CALIDAD SOSTENIBLE

LIBRO DE COMUNICACIONES
ORALES TEMÁTICAS, ORALES Y PÓSTERS

XIX
CONGRESO
CALIDAD ASISTENCIAL

sadeca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

Sevilla
del 19 al 21
noviembre 2014

LIBRO DE COMUNICACIONES DEL XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL. SEVILLA DEL 19 AL 21 DE NOVIEMBRE DE 2014
© Sadeca ISBN - 10 84-697-1643-3
ISBN - 13 978-84-697-1643-4

RECONOCIMIENTO

JUNTA DE ANDALUCIA

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
25 JUL. 2014
Registro Auxiliar
633-7445
Sevilla

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación.

SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SADECA)
A/A JOSE MORENO PERALTA
C/ ACACIAS, 18, 1º IZQ.
CADIZ, 11007

AMRM /RCG/RMV
17 de julio de 2014
Asunto: Expte. 198/14

En relación con la solicitud presentada en esta Consejería, mediante la que se interesaba le fuera concedido el **Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario** para la celebración del acto que reseñamos a continuación: ***"XIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial"***.

Adjunto le remitimos Resolución por la que se concede el mencionado Reconocimiento, rogándole tenga a bien enviarnos las conclusiones o resúmenes del acto una vez concluido éste.

También queremos señalarle que esta Resolución en ningún caso implica necesariamente valoración, ni baremación posterior del diploma o certificado de asistencia, etc., por las mesas de contratación del Servicio Andaluz de Salud, ni puede considerarse la actividad reconocida como formación continuada, cuya acreditación se rige por normas específicas (Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias)

Para cualquier consulta en relación con el acto de referencia, será necesario hacer constar, al menos, el número de expediente, que figura mas arriba.

Les deseamos éxito en sus objetivos.

EL SUBDIRECTOR

Fdo. Rafael Carretero Guerra

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena I. Apdo. Correos 17.111. 41080 Sevilla
Teléf. 95 500 63 00. Fax 95 500 63 31

PRESENTACIÓN

Bienvenidos

Un año más desde la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial ponemos en marcha el conjunto de acciones y esfuerzos encaminados a hacer realidad nuestra cita anual en el Congreso de SADECA, que cumplirá este año su XIX edición. La ciudad que nos acogerá es Sevilla y desde que terminó el Congreso de Granada en noviembre de 2013 hemos movilizado recursos y sobre todo personas que asuman con ilusión y responsabilidad la cada día más difícil tarea de organizar eventos científicos que mantengan el nivel y la capacidad de convocatoria que SADECA ha logrado a lo largo de su ya dilatada historia en pro de la calidad asistencial. Los Comités Organizador y Científico ya se han puesto en marcha para lograr una fuerte implicación del conjunto de profesionales de la Salud en Andalucía a los que añadimos al colectivo de profesionales del área de bienestar social para los que se han diseñado espacios temáticos específicos lo cual constituye una novedad importante en la trayectoria del congreso.

El lema del Congreso "Calidad Sostenible", creemos refleja bien el contexto en el que hoy en día está inmerso nuestro sistema sanitario y que nos puede permitir introducir en el debate suficientes argumentos e hipótesis que demuestren la importancia del enfoque de calidad en la propia pervivencia de nuestro sistema de salud y plantear las posibles soluciones o alternativas que lo hagan realmente sostenible y base sólida y vertebradora de nuestro modelo de bienestar social. Creemos que el programa que estamos elaborando responde plenamente a estos objetivos y que será lo suficientemente atractivo para provocar el "milagro" anual de reunir a cientos de profesionales preocupados por la calidad de lo que hacen y por el resultado excelente del servicio que prestan a los ciudadanos.

Desde los Comités Organizador y Científico y desde la Junta directiva de SADECA os animamos a presentar vuestros trabajos y a guardar, desde ya, en vuestras agendas de trabajo este espacio anual que significa el encuentro de profesionales comprometidos con la calidad, de conocidos y amigos con los que compartir experiencias e inquietudes, y hacerlo en un marco atractivo como es siempre la ciudad de Sevilla..

Os esperamos

Presidenta de SADECA
Reyes Alvarez-Ossorio García de Soria

Portavoz Comité Organizador
Antonio Torres Olivera
Presidentes Comité Científico
Marta del Nozal Nalda
Ignacio Pajares Bernaldo de Quirós

ÍNDICE GENERAL

Índice de Comunicaciones.....5

Comunicaciones orales.....20

Comunicaciones orales temáticas.....168

Comunicaciones póster.....225

Índice de autores.....377

Comunicaciones orales

C-1 IMPACTO DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS EN UNA UGC DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN.

C-2 INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LAS PÁGINAS WEB SANITARIAS

C-3 INTERVENCIONES DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.

C-4 ¿ACREDITARSE, PARA QUE?

C-5 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

C-7 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE COMPRA DIRECTA DE ABSORBENTES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

C-8 DISMINUCIÓN DE LA TASA DE INDICACIONES DE ARTROPLASTIAS DE RODILLA

C-9 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESCRIPCIÓN DE ZOLPIDEM TRAS ALERTAS SANITARIAS

C-10 RESULTADO DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE UN MEDICAMENTO CON PAUTA POSOLÓGICA INAPROPIADA

C-11 COMO MEJORAR LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN CIRUGIA EN TIEMPOS DE CRISIS

C-12 BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUVN: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

C-13 CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CRIBADO MAMOGRÁFICO DEL CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS FINALES DE UN ENSAYO ALEATORIZADO

C-14 PERCEPCIONES DE LAS MUJERES SOBRE LA MAMOGRAFÍA DE CRIBADO POBLACIONAL DEL CÁNCER DE MAMA

C-15 SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

C-16 UN PASO MAS EN LA CALIDAD ASISTENCIAL...PARTICPACION CUIDADANA

C-17 GUÍA PARA EL CUIDADOR DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO EN UCI.

C-18 ESTUDIO DE LA UTILIDAD DE UNA GUIA INFORMATIVA PARA PACIENTES INGRESADOS EN UCI INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA

C-19 COORDINACIÓN DE LAS COMISIONES DE CALIDAD HOSPITALARIAS

C-20 EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS A PROFESIONALES SANITARIOS DE UCI SOBRE PROGRAMAS BASADOS EN EVIDENCIA CIENTIFICA

C-21 ELABORACIÓN DE UN BANCO DE TEMAS VALORADOS CRÍTICAMENTE COMO HERRAMIENTA DE FORMACIÓN PARA MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

C-22 PROMOCIÓN DE CUIDADOS DE CALIDAD ANTE LA E.RENAL POR PROFESIONALES DE MEDICINA INTERNA Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

C-23 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN HEMODIÁLISIS

C-24 IMPORTANCIA DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL CELADOR SOBRE SU FORMACIÓN CONTINUADA

C-25 EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA ELECTRÓNICA

C-26 OBESIDAD INFANTIL EN ESCOLARES INMIGRANTES DEL MUNICIPIO DE EL EJIDO

C-27 ¿QUÉ INTERVENCIONES SON EFECTIVAS PARA DISMINUIR LA OBESIDAD INFANTIL?

C-28 USO DE SERVICIOS EN ATENCION DOMICILIARIA

C-29 ADECUANDO LA ASISTENCIA, A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

C-30 CLAVES QUE GARANTIZAN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y SEGURIDAD CLÍNICA EN PACIENTES FRÁGILES AL ALTA HOSPITALARIA

C-31 COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICO Y FARMACÉUTICO POR MENSAJERÍA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

C-32 IMPLANTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA ENFERMERA EN HOSPITALIZACION MEDICO-QUIRURGICA.

C-33 EL PROYECTO PALANTE, ESPACIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y LA RED GUADALINFO EN UN ÁREA SANITARIA

C-34 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITACIÓN DE ANALÍTICAS HOSPITALARIO DE FORMA TELÉMÁTICA A TRAVES DE SALUD RESPONDE

C-35 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA LA CONSULTA DE ESTILOS DE VIDA PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

C-36 "ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL MODULO DE CUIDADOS DE DAE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS".

C-37 CALIDAD Y USO DE LAS PÁGINAS WEB DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANDALUCES COMO CANAL DE COMUNICACIÓN PARA EL CIUDADANO

C-38 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD HISTORIA CLINICA DIGITAL DIRAYA ATENCIÓN ESPECIALIZADA SEGÚN CRITERIOS CONTRATO PROGRAMA.

C-39 EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA DE CURA DE HERIDA QUIRÚRGICA.

C-40 IMPACTO DEL PAPEL DE UN INTERNISTA EN EL AREA DE URGENCIAS

C-41 MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL CLÍNICA TRAS IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

C-42 REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA EN NIÑOS CON MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

C-43 GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA SEGÚN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

C-44 EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LLAMADA PREQUIRÚRGICA EN USUARIOS DEL PAI CATARATAS EN LA APES HOSPITALD E PONIENTE

C-45 "PROCESO CÁNCER DE MAMA: PROFESIONALES-PACIENTES-ESPACIO COMPARTIDO HERRAMIENTA EFECTIVA DE TRABAJO"

C-46 COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE LA UGC "SAN ISIDRO" LOS PALACIOS (SEVILLA).

C-47 ¿CUÁNTO Y CÓMO ASISTIMOS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

C-48 DOCUMENTO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA DEMENCIA AVANZADA: UN ESTÁNDAR DE CALIDAD ASISTENCIAL

C-49 MODELO DE CODIFICACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE DATOS DE LA AGENCIA SANITARIA BAJO GUADALQUIVIR.

C-50 PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO HORMONAL PARA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

C-51 ABIRATERONA PRE-QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS PREVIAMENTE CON KETOCONAZOL

C-52 LA CODIFICACIÓN SNOMED-CT EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE.

C-53 LA CONSULTA POR DOLOR CRONICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS, ¿POSIBLE EVENTO CENTINELA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE?

C-54 PROYECTO ALAMEDA: ANTICOAGULACION EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA ¿SATISFECHOS?

C-55 LOS ERRORES EN LA FASE PREANALÍTICA : PREGUNTEMOS A LOS PROFESIONALES

C-56 INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

C-57 LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: PRÁCTICAS ACTUALES Y POSIBLES INTERVENCIONES.

C-58 IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DESDE EL ÁREA DE FARMACIA DE RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD EN PRESCRIPCIÓN DE METOCLOPRAMIDA

C-59 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON ACTUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y/O RODILLA.

C-60 GESTIÓN DEL RIESGO DE REACTIVACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS TRATADOS CON BIOLÓGICOS

C-61 PROGRAMA DE INTERVENCION ENFERMERA PARA LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA A PACIENTES AFECTADOS DE CLAUSTROFÓBIA

C-62 ACTUACIONES DE CALIDAD IMPRESCINDIBLES EN LA CENTRALIZACIÓN PROVINCIAL DE UN LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

C-63 APLICACIONES DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO PARA ESTUDIO DE LA MARCHA

C-64 HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA" ALTERNATIVA POSIBLE; NUESTRA EXPERIENCIA"

C-65 ¿UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE LA ATENCIÓN AL PROCESO MUSCULOESQUELÉTICO PUEDE AYUDAR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SSPA?

C-66 REVISIÓN DE PROCESOS DE SOPORTE DE COMUNICACIÓN INTERCENTROS PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA.

C-67 EFECTIVIDAD DE LA LLAMADA TELEFÓNICA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

C-68 INNOVACIÓN EN EL DISEÑO FUNCIONAL DE UNA CONSULTA DE HIPOACUSIA.

C-69 EFICACIA DEL NUEVO PROTOCOLO TRANSDISCIPLINAR DE DISFAGIA DE LA UNIDAD DE ICTUS TRAS SU PRIMER AÑO DE APLICACIÓN

C-70 PROYECTO TELERRADIOLOGÍA:CONTABILIDAD ANÁLITICA COMO HERRAMIENTA PARA TOMA DECISIONES DE CAPACIDAD INSTALADA EN HOSPITAL

C-71 PLAN DE ATENCIÓN BUCODENTAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C-72 CALIDAD Y EFICIENCIA EN EL MANTENIMIENTO ELECTROMÉDICO. UNA GESTIÓN INNOVADORA.

C-73 "HIGIENE DEL PACIENTE CON CLORHEXIDINA.NUEVA MEDIDA PARA LA ERRADICACIÓN DE BACTERIAS MULTIRESISTENTE EN UNA UCI"

C-74 VALIDACIÓN DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE CON ALERGIA AL LÁTEX

C-75 IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE UTILIZACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS A PARTIR DE UN CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

C-77 EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

C-78 MEJORA EN LA NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

C-79 ANÁLISIS COMPARATIVO DE COSTES DE UN NUEVO SISTEMA ORGANIZATIVO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CPAP (ESTUDIO ECOCPAP)

C-80 EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE DEPRESCRIPCIÓN DE CITICOLINA

C-81 EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE ADECUACION DE LA PRESCRIPCIÓN DE RANELATO DE ESTRONCIO

C-82 MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS ALMACENES INTERMEDIOS HOSPITALARIOS

C-83 MESAS TÉCNICAS EN EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN PÚBLICA:HAY QUE ACERTAR

C-84 PLAN PARA MEJORAR EL USO ADECUADO Y SEGURO DEL MEDICAMENTO EN ATENCIÓN

C-85 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA UGC DE SERÓN

C-86 BUENAS PRÁCTICAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SAS

C-87 LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: LA PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y CIUDADANÍA

C-88 SALUD ENTRE PALABRAS, LECTURAS Y LIBROS

C-89 EDUCACIÓN PREOPERATORIA EN EL PROCESO ARTROPLASTIA DE RODILLA: GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES.

C-90 PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, GARANTÍA DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

C-91 DETECCIÓN DE NECESIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN

C-92 LA ACREDITACIÓN Y USO INTENSIVO DE LAS TICS EN LA FORMACIÓN EN SERVICIO DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

C-93 IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN INTERNA EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

C-94 TALLER DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE RENAL

C-95 TIPOLOGÍA, SATISFACCIÓN Y COMPONENTE CUALITATIVO EN ACTIVIDADES FORMATIVAS EN ANDALUCÍA

C-96 ITINERARIOS FORMATIVOS: RUTAS DE DESARROLLO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

C-97 TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PROGRAMA “ACTIVARTE” - RECUPERAR LA SALUD A TRAVÉS DEL DEPORTE

C-98 ANÁLISIS DE LA DONACIÓN DE SANGRE POR RANGO DE EDAD Y SEXO¿HACIA QUIÉNES SE DEBEN DIRIGIR LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN?

C-99 CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS VERSUS LA POBLACIÓN GENERAL

C-100 EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.C.S.LAS NORIAS.DISTRITO PONIENTE ALMERIA

C-101 PROMOCIÓN COMPARTIDA DE HÁBITOS SALUDABLES EN ESCOLARES DE UN COLEGIO DE LA SIERRA NORTE. EDUCACIÓN Y SANIDAD.

C-102 AVANZAMOS EN IGUALDAD, AVANZAMOS EN RESPONSABILIDAD SOCIAL

C-103 DISMINUCIÓN DEL ABSENTISMO EN CONSULTAS EXTERNAS CON ESTRATEGIAS DE RECORDATORIO

C-104 IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE FISIOTERAPIA MUY PRECOZ DE "ESTIMULACIÓN 24 HORAS" TRANSDICIPLINAR EN UNA UNIDAD DE ICTUS.

C-105 IMPLANTACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD POR HPLC EN LA ELABORACIÓN DE FORMULAS MAGISTRALES HOSPITALARIAS DE ALTO IMPACTO

C-106 IMPACTO POSITIVO DEL PLAN DE GESTION DE CAMAS DEL AREA DE GESTION SANITARIA SUR DE SEVILLA

C-107 MODELO DE TRABAJO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE. IMPLICACIONES EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

C-108 ALGUNAS ACTUACIONES DE CALIDAD IMPRESCINDIBLES EN LA CENTRALIZACIÓN PROVINCIAL DE UN LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

C-109 EVALUACIÓN CRÍTICA MEDIANTE EL INSTRUMENTO AGREE DE GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

C-110 EVALUACIÓN DE LA CITOLOGÍA POR PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVARES

C-111 LA COMUNICACIÓN FÁCIL. UN RETO EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

C-112 ANALISIS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN AISLAMIENTO HOPITALARIO: ESTUDIO COMPARATIVO

C-113 PAI DIABETES: AVANZAMOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

C-114 AVANCES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PROCESO OBESIDAD MÓRBIDA MEDIANTE UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

C-115 RELACIONES ENTRE DISTINTOS INDICADORES DE FRECUENCIA DE INFECCIÓN Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS EN LOS HOSPITALES.

C-116 COMPONENTES PRINCIPALES DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA Y CLASIFICACIÓN DE CENTROS.

C-117 INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO EN CENTRO DE SALUD DE CONIL "LA ATALAYA" (CADIZ) 2013-2014

C-118 VIGILANCIA Y CONTROL DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UCI HUV MACARENA

C-119 LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

C-120 COLESTEATOMA, SER O NO SER: AHI ESTÁ LA DIFUSIÓN.

C-121 LIMITACIONES DE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA CON EL TEST_VF14 EN EL HAR SIERRA NORTE (HAR_SN).

C-122 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

C-123 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO: EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN CUIDADORAS FAMILIARES.

C-124 INFORMACIÓN A FAMILIARES Y PARTICIPACIÓN DE ESTOS EN LAS DECISIONES AL FINAL DE LA

C-125 PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: PERSPECTIVA CIUDADANA

C-126 MEDIDAS ADOPTADAS PARA FAVORECER LA INTIMIDAD, INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD Y SU IMPACTO EN SATISFACCIÓN

C-127 ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS DIABÉTICOS DEL AREA SANITARIA DEL JUNCAL

C-128 DETECCIÓN DE MEJORAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

C-129 COORDINACIÓN ENTRE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL PROCESO DE CÁNCER DE MAMA COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN EL AMBITO HOS

C-130 ELABORACION E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CESAREA PIEL-PIEL

C-131 PROFUND Y PALIAR: ¿HERRAMIENTAS ÚTILES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL?

C-132 REVISIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (ESTUDIO

C-133 ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES DEL PERFIL LIPÍDICO E INTERVENCIONES REALIZADAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

C-134 PERFIL NUTRICIONAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

C-135 ANÁLISIS DEL INDICADOR IQI 17 EN HOSPITAL DEL SSPA: TASA DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

C-136 EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE CALIDAD IQI 16:TASA DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

C-137 ANÁLISIS DEL INDICADOR DE CALIDAD IQI 20 EN HOSPITAL DEL SSPA: TASA DE MORTALIDAD EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA.

C-138 CONSULTA DE PATOLOGÍA MAMARIA EN ACTO ÚNICO

C-139 USO DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA UGC. DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HUV.MACARENA: RESULTADOS DE AUDITORÍAS 2013

C-140 CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS.

C-141 SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL HOSPITAL DE RIOTINTO CON LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

C-142 IMPACTO DE UNA CAMPAÑA INTENSIVA Y PROLONGADA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO

C-143 REALIDAD DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LOS PROCESOS FIN DE VIDA.

C-144 BARTHEL VERSUS INICIARE: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS SENSIBLES A LA PRÁCTICA ENFERMERA

C-145 EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE IDENTIFICACION DE PACIENTE INGRESADO EN ADMISION DE UN HOSPITAL GENERAL-REGIONAL

C-146 HERRAMIENTAS PARA UNA COMUNICACIÓN MÁS SEGURA EN EL TRASPASO DE PACIENTES.

C-147 RIESGO DE CAÍDAS POR PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN PACIENTES ANCIANOS

C-148 PREDICCIÓN DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES A PARTIR DE LA ESCALA INICIARE EN EL HOSPITAL DE MOTRIL.

C-149 ANÁLISIS DE PRÁCTICAS SEGURAS EN QUIRÓFANO.

ÍNDICE COMUNICACIONES ORALES TEMÁTICAS

T-1 PERFIL DE UTILIZACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA E IMPACTO ECONÓMICO TRAS SU ELABORACIÓN EN EL ÁREA DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

T-2 IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA INTERDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO PRESUPUESTARIO DEL USO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS.

T-3 VARIABLES RELACIONADAS CON EL COSTE TAFE EN UNA UGC DE ATENCION PRIMARIA

T-4 UN MODELO EFICIENTE DE ACUERDO INTERNIVEL BASADO EN LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD TOTAL. IMPACTO EN LA SOCIEDAD¿ES POSIBLE?

T-5 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS ADSCRITOS A UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO PILOTO.

T-6 ACCESIBILIDAD UNIVERSAL: IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DIFICULTADES DE VISIÓN, AUDICIÓN O MOVILIDAD.

T-7 ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS DISTRITOS SANITARIOS DE ANDALUCÍA.

T-8 DETECCIÓN DE ZONAS DE RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO

T-9 REINGENIERIA DEL PROCESO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE IV NIVEL

T-10 AJUSTE DEL STOCK DE MEDICACIÓN ALMACENADA EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN SEMIAUTOMÁTICO EN URGENCIAS

T-11 GESTIÓN DEL CAMBIO PARA IMPLANTAR UN MODELO CORPORATIVO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

T-12 JUNTOS GANAMOS TODOS: ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL.

T-13 CÓDIGOS QR Y GOOGLE: LA PAREJA PERFECTA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN NUESTRA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

T-14 DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA DE LOS DONANTES DE SANGRE ANTE LAS CONVOCATORIAS VÍA POSTAL O SMS

T-15 ¿USAMOS ADECUADAMENTE LA HISTORIA DIGITAL DE SALUD DIRAYA?

T-16 INTEGRACIÓN DE LA ELECTROCARDIOGRAFÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE MEDIANTE PETICIÓN ELECTRÓNICA

T-17 CALIDAD ASISTENCIAL DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA TORÁCICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

T-18 OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE RECOMENDACIONES Y EVIDENCIAS EN HIPERTENSIÓN, DISLIPEMIA Y DEPRESIÓN.

T-19 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN TIEMPOS DE CRISIS

T-20 ¿SE AJUSTA A LAS GUÍAS EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PRESCRITO EN URGENCIAS A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEUMONÍA?

T-21 REVISIÓN DEL RESPALDO CIENTÍFICO DE LOS ESTÁNDARES DEL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ACSA

T-22 ACREDITACIÓN DE HOSPITAL SEGURO A TRAVÉS DE LA COMUNICACION DE INCIDENTES CRÍTICOS EN UN SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.

T-23 REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA (RVA). AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

T-24 CARACTERÍSTICAS DE LAS SESIONES CLÍNICAS ACREDITADAS A TRAVÉS DE LA NUEVA MODALIDAD DE ACREDITACION

T-25 FORMACIÓN EN RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL.PREVENCIÓN DEL RIESGO SANITARIO Y MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN OBSTETRICIA.

T-26 PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONCILIACION DE LA MEDICACION EN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.

T-27 ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN UNA UGC DE SALUD MENTAL: UNA CUESTIÓN DE CONSENSO CLÍNICO.

T-28 LA ENFERMERA REFERENTE DEL PACIENTE QUIRÚRGICO GARANTE DE SU SEGURIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

T-29 MEJORANDO LA EFICIENCIA: ANÁLISIS DE COSTE UTILIDAD DE BECLOMETASONA/ FORMOTEROL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

T-30 RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS MÚLTIPLES PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DE ANTIMICROBIANOS UN AÑO DESPUÉS

T-31 IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS INNECESARIAS Y POTENCIALMENTE INSEGURAS EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

T-32 ¿MENORES TASAS DE ESTATINAS SE CORRELACIONAN CON MEJOR ADECUACIÓN TERAPÉUTICA?

T-33 ESTRATEGIA ACTIVA DE PREVENCION Y DETECCION DE UN NUEVO ROL SOCIAL EMERGENTE: EL ABUELO CANGURO.-

T-34 GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS EN SEVILLA: UNA EXPERIENCIA DE ESFUERZO Y SATISFACCIÓN MUTUA

T-35 PREVENIR ACCIDENTES DE TRÁFICO: DESARROLLO Y RESULTADOS DEL PROYECTO “SOBRE

T-36 MORIR EN ANDALUCIA. PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES

T-37 PROPUESTA DE MEJORA EN LA CONSULTA PROGRAMADA Y A DEMANDA DE ENFERMERÍA DE PACIENTES CRÓNICOS. GUÍA COENCRO.

T-38 INCREMENTO DE LA COBERTURA VACUNAL ANTITETÁNICA TRAS LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNIVELES.

T-39 PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS: AVANCES RECIENTES EN LA METODOLOGÍA

T-40 PRÁCTICAS AVANZADAS DE ENFERMERIA: DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO DESDE EL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

T-41 FACILITANDO LA REALIZACIÓN DE MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN BÁSICA POR LA POBLACIÓN GENERAL:UTILIDAD DE UNA APP PARA MÓVILES

T-42 ELABORACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA LA CREACIÓN Y CONSULTA DE LOS MAPAS DE ACTIVOS EN SALUD

T-43 IMPACTO DE DIRAYA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

T-44 GESTION DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS

T-45 AUDITORIA BÁSICA DE CALIDAD DE LA MAMOGRAFÍA DE CRIBADO: INFLUENCIA DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA

T-46 CICLO DE MEJORA CONTÍNUA PARA LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE UROLOGÍA.

T-47 IMPLICACIÓN DEL FACULTATIVO EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL CENTRO A TRAVÉS DE AUTOAUDITORÍAS DE HISTORIAS CLÍNICAS

T-48 ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA; MÁS, NO ES MEJOR

T-49 MEJORAS IMPLANTADAS DURANTE LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LABORATORIOS

T-50 INFLUENCIA DE REFERENTES EN ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

T-51 LOS LOGROS DE LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE SALUD CON EL MODELO ACSA EN EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD DE PORTUGAL

T-52 SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA RESPECTO A LOS ESTÁNDARES DE SOPORTE EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN

T-53 ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCO-HEMATOLÓGICO COMO PILAR DE CALIDAD

T-54 PRESENTE Y FUTURO DE LA ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANDALUCÍA.

T-55 NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN "MODO AVIÓN"

T-56 DESCENTRALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES

Comunicaciones póster

P-1 AREAS DE MEJORA EN EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL MATERIAL QURURGICO DE SALA DE CURAS DE ORL. HUV. MACARENA

P-2 DECLARACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

P-3 ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA

P-4 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION EXTRAHOSPITALARIA URGENTE

P-5 MAPA DE RIESGO DE UN LABORATORIO A PARTIR DEL ANALISIS DE LA PÁGINA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIA

P-6 ¿ COMO EVITAR ERRORES DE MEDICACION EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO?

P-7 LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA BLOQUEOS ECOGUIADOS EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

P-8 SEGURIDAD EN INTENSIVOS: ANALISIS DE UN CASO AISLADO DE ULCERA POR PRESION PRODUCIDA POR SENSOR DE PULSIOXIMETRIA

P-9 APLICACIÓN DE LOS LISTADOS DE VERIFICACIONES EN HEMOTERAPIA

P-10 CATARATAS: PROCURANDO EL ENTORNO MÁS SEGURO PARA UNA INTERVENCIÓN APARENTEMENTE SENCILLA CON UNA ORGANIZACIÓN COMPLEJA

P-11 LISTADO DE VERIFICACIÓN (CHECK-LIST) ASOCIADO A LA INSERCIÓN DE CATÉTERES CENTRALES.

P-12 CHECKLIST COMO INSTRUMENTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI

P-13 FOTOPROTECTORES SOLARES UTILIZADOS POR LOS BAÑISTAS

P-14 EVOLUCION EN LA CUMPLIMENTACION DEL LSVQ EN LA HISTORIA DIGITAL

P-15 USO DE LA METODOLOGÍA AMFE PARA MEJORAR LOS INDICADORES DE SEGURIDAD EN SALUD BUCODENTAL.

P-16 CONCILIANDO LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

P-17 CONSOLIDANDO LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

P-18 NOTIFICACIÓN DIARIA DE RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS A MEDICINA PREVENTIVA. IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

P-19 ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA_GUADALQUIVIR

P-20 INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS, UN RETO EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES

P-21 ESTABA PENSANDO OPERARME EN SU PAÍS ¿UTILIZAN SUS CENTROS LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA?

P-22 CHECK-LIST QUIRÚRGICO: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA

P-23 MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES. INSTRUMENTOS CORTANTES Y PUNZANTES DE SEGURIDAD

P-25 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE FORMULACIONES DE HIERRO ORAL EN EL DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

P-26 ANÁLISIS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

P-27 UTILIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE USO DE ANTIFÚNGICOS

P-28 INFORME ANUAL DEL INDICADOR IQI 19: MORTALIDAD EN FRACTURA DE CADERA EN EL HU VIRGEN DEL ROCÍO

P-29 TRABAJANDO CON CRONHOS: NUESTRA EXPERIENCIA.

P-30 LA ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISISÓN BIBLIOGRÁFICA.

P-31 EVALUACIÓN DE LA REINCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CORONARIA

P-32 MEJORA EN LA COMUNICACION A.PRIMARIA-A.ESPECIALIZADA (DERIVACIÓN DE PACIENTES)

P-33 MEJORANDO LA CALIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROCEDIMIENTOS DE CURA TRAS LA RESECCIÓN DE SINUS PILONIDAL

P-34 RESULTADOS ASISTENCIALES EN CMA: ADENOAMIGDALECTOMÍA

P-35 ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL MODELO APARATO LOCOMOTOR?

P-36 PROYECTO DE COLABORACIÓN ENTRE LA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO Y ATENCIÓN PRIMARIA.

P-37 ENFERMERO-PACIENTE ANTE UNA LOBECTOMÍA PULMONAR

P-38 ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE SECRECIÓN ÁCIDA EN PROFILAXIS DE ÚLCERA POR ESTRÉS EN UCI

P-39 MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE REUMATOLÓGICO

P-41 ACTO DE DECISIONES COMPARTIDAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: AREAS DE MEJORA

P-42 MAPA SITUACIONAL DA LA DESNUTRICIÓN EN EL EPOC. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA .

P-43 ANALISIS DAFO DE SEQUALITA:HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA CALIDAD

P-45 IMPACTO ENFERMERÍA PRÁCTICAS AVANZADAS EN TRAUMA MENOR (EPATM) EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE DE SEVILLA

P-46 ANTICOAGULACIÓN INTRADIÁLISIS. NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA.

P-47 PROGRAMA ANTICOAGULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA:ANALISIS DE INDICADORES E INCIDENCIAS

P-48 VALORANDO LOS CUIDADOS

P-49 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CORDECTOMÍA LÁSER.

P-50 ESCALA DE ALERTA TEMPRANA EN PEDIATRÍA

P-51 MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA.

P-52 LA COMUNICACIÓN EN LOS EQUIPOS DE SALUD

P-53 DESCRIPCIÓN DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL A BASE DE SUCRALFATO PARA DERMATITIS DEL PAÑAL REFRACTARIA

P-54 LEISMANIASIS VISCERAL RECIDIVANTE EN PACIENTE VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO.

P-55 RILPIVIRINA:UNA NUEVA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES VIH

P-56 RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA CLÍNICA A PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZOS.

P-57 EVITAR EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL PACIENTE CON CÁNCER, UN RETO.

P-58 OPTIMIZANDO LA CALIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL ANCIANO CON FIBRILACIÓN

P-59 ESTRATEGIAS DESARROLLADAS FRENTE A INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VÍAS BAJAS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA PEDIATRICA

P-60 IDENTIFICACION DE AREAS DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN EN LA INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS.

P-61 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE UNA UGC DE MEDICINA INTERNA

P-62 IMPLANTACIÓN DEL BRIEFING EN EL TRASPASO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE UROLÓGICO RECIÉN INTERVENIDO

P-63 CONSULTA TOXICIDAD CRÓNICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SOMETIDOS A TRATAMIENTO HORMONAL Y RADIOTERAPIA

P-64 GESTIÓN DEL PROCESO: EL PACIENTE ANTICOAGULADO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

P-65 CAMBIOS EN LA TECNOLOGIA DE PRODUCCIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

P-66 EVOLUCIÓN DE ESTÁNDARES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MANUAL DE ESTÁNDARES DE OFICINAS DE FARMACIA

P-67 ACOGIDA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

P-68 DISFAGIA: LA SOMBRA DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

P-69 MULTICULTURIDAD Y HEMODIÁLISIS

P-70 OPINIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN CUIDADOS

P-71 EVALUACIÓN DEL LA CALIDAD DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (RVVA) DE UN HOSPITAL DEL SAS.

P-72 CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA

P-73 ASISTENCIA INTEGRAL AL ENFERMO TERMINAL EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: PROTOCOLO: ACOGIDA –CUIDADO FLEXIBILIDAD-

P-74 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE ASISTENCIA A LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO AGÓNICO (PROTOCOLO DE DUELO)

P-75 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN USUARIOS: ACCIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD MENTAL

P-76 EL PACIENTE QUIRÚRGICO. RESPUESTA ANTE UNA CIRUGÍA COMPLEJA

P-77 COLABORACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS DEL TUBO DE DRENAJE TORÁCICO

P-78 LA EVALUACIÓN AXIOLÓGICA DE LOS PROYECTOS EN LOS COMITÉS DE ÉTICA DE LA

P-79 EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

P-80 FACTORES DETERMINANTES DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE CON LA CONSULTA DE ANESTESIA

P-81 EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE UN EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE GRUPOS FOCALES.

P-82 EVALUAR PARA PREVENIR: TERAPIA GRUPAL ANTITABACO

P-83 REHABILITACIÓN CARDÍACA: INCORPORACIÓN DEL CIUDADANO A UN PROGRAMA DE SALUD.

P-84 "PODER MIRARTE". ALGO MÁS QUE UN GESTO ESTETICO.

P-85 LA CALIDAD: OBJETIVO EN LA EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO.

P-86 CALIDAD EN LA ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS, UNA NECESIDAD IMPERIOSA

P-87 COLABORACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNIVELES, CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDAED DE ALZHEIMER Y SU FAMILIA

P-89 IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES FRÁGILES DADOS DE ALTA DESDE URGENCIAS

P-91 MEJORAS IMPLANTADAS TRAS LA CERTIFICACIÓN DEL BANCO DE SANGRE DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.

P-92 ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (2010-2013).

P-93 INTERVENCIONES DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

P-94 PROGRAMAS DE CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ANDALUCÍA

P-95 METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD

P-96 IMPACTO EN EL TIEMPO DE RESPUESTA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN TRAS LA NUEVA MODALIDAD PARA JORNADAS Y CONGRESOS

P-97 ENSEÑANZA DE GRADO. PAPEL DE LA INFORMACION CIENTIFICA COMO ELEMENTO FACILITADOR EN EL PROCESO DE TOMAS DE DESICIONES

P-98 DISEÑO Y PILOTAJE DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERA REFERENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

P-99 EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA EN LA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS

P-100 ACOGIDA Y ORIENTACIÓN DEL ALUMNADO EN PRÁCTICAS CLÍNICAS Y FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO

P-101 BRAQUITERAPIA EN EL CANCER GINECOLOGICO: COMPETENCIAS ENFERMERAS; FIEL REFLEJO DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR.

P-102 LA CALIDAD EN LOS CONTENIDOS CURRICULARES DE LA FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

P-103 EXPERIENCIA Y EVALUACION DE LA DOCENCIA REALIZADA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA DE UN HOSPITAL GENERAL-REGIONAL

P-104 "¿ME SE ESCUCHA?" LA "IN"COMUNICACIÓN COMO MÉTODO HABITUAL DE TRABAJO.

P-105 SE HACE CAMINO AL ANDAR… LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN DE PONIENTE

P-106 RIESGO CARDIOVASCULAR Y EMIGRACÍON.

P-107 PROYECTO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS EN LA PREVENCIÓN DE RADIODERMITIS EN CÁNCER DE MAMA

P-108 UNIDAD DE ICTUS = CALIDAD DE CUIDADOS

P-109 PERFIL DE UTILIZACIÓN DE PRASUGREL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO REVASCULARIZADO.

P-110 EVALUACION DE MEJORAS IMPLANTADAS EN LA INDICACION DE TRANSFUSION DE ANEMIAS CARENCIALES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

P-111 CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO BASADA EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

P-112 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE CRÍTICO: REVISION BIBLIOGRÁFICA

P-113 MANEJO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DE ST (SCASEST) EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

P-114 ANÁLISIS DE LOS CONTROLES DE HBA1C EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD.

P-115 RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

P-116 EVOLUCIÓN DEL USO DE PREGABALINA Y GABAPENTINA EN UN DISTRITO SANITARIO

P-117 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD EN EL QUIRÓFANO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL LOCAL BASADO EN LA EFICIENCIA.

P-118 ALTAS HOSPITALARIAS TEMPRANAS – CAMAS LIBRES A LAS 12H. A.M.

P-119 RACIONALIZACION EN EL CONSUMO Y GASTO DE PIJAMAS DESECHABLES EN ELAREA

P-120 CAMBIOS EN LA TECNOLOGIA DE PRODUCCIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

P-121 PROMOCIÓN DE SALUD Y CALIDAD SOSTENIBLE

P-122 PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DE DIETAS EN EL C.H. TORRECÁRDENAS

P-123 UN NUEVO PARADIGMA EN LAS CONSULTAS HOSPITALARIAS DE ANTICOAGULACIÓN ORAL.

P-124 EL HOSPITAL COMO ACTIVO EN SALUD. EL PAPEL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

P-125 LA GESTION DE LOS "NO ACUDE" EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

P-126 LA UNIDAD DE DIA: UNA ALTERNATIVA REAL A LA HOSPITALIZACION

P-127 PEDIATRÍA DE ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA: NUEVO CONCEPTO DE ATENCIÓN

P-128 IMPLANTACIÓN DE GSIR EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA: RETOS Y MEJORAS.

P-129 MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES PORTADORES DE D.A.I. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA.

P-130 MODELOS PREDICTIVOS DE DIABETES GESTACIONAL BASADOS EN EL CRIBADO DE PRIMER TRIMESTRE (PROYECTO CRIVENTOS).

P-131 SISTEMA SPINECOR , INNOVACIÓN Y EFICACIA

P-132 ¿SUPONDRÍA LA APLICABILIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN HOLOCRÁTICO UN AUMENTO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN SANIDAD?

P-133 PLASMACIÓN DE ASPECTOS DE LA LEY DE TRANSPARENCIA PÚBLICA DE ANDALUCÍA EN LA WEB DE UNA PLATAFORMA LOGÍSTICA SANITARIA

P-134 IMPLANTACIÓN DEL CUPO ENFERMERO EN SAN ISIDRO. PERSIGUIENDO INDICADORES DE CALIDAD

P-135 NORMALIZACION DE LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA EN ANDALUCIA

P-136 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN POR CÓDIGO DE BARRAS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

P-137 IMPLANTACIÓN DE LA DIGITALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMAS EN LOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE GRANADA

P-138 GRADO DE ADECUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNACIÓN DE TÉTANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

P-139 GESTIÓN DE PERSONAS. CENTRALIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS. HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.

P-140 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADHERENCIA DEL PACIENTE VIH.

P-141 FORMACIÓN Y USO DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.

P-142 TELEDERMATOLOGIA.DIAGNOSTICO PRECOZ DE LESIONES DERMICAS

P-143 DESARROLLO DE UN SISTEMA SEGURO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS MEDIANTE LECTURA DE CÓDIGO DE BARRAS

P-144 CUESTIONARIO ONLINE:HERRAMIENTA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PLAN DE PARTICIPACION DE LA CIUDADANIA

P-145 IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA CORPORATIVO DE IMAGEN DIAGNÓSTICA DIGITAL EN LA PROVINCIA DE GRANADA

P-146 AJUSTE POSOLÓGICO DE ANTIBIÓTICOS IV EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA

P-147 PROMOCION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE MEDIANTE UNA ESTRATEGIA POBLACIONAL EN SALUD: PROYECTO POR UN MILLON DE PASOS_

P-148 ASESORÍAS DE FORMA JOVEN. CAMBIOS EN LA DEMANDA DE INFORMACIÓN DE LOS JOVENES DEL AGS NORTE DE ALMERÍA

P-149 TEATRALIZACION DEL PARTO EN EDUCACIÓN MATERNAL DIRIGIDA A MUJERES INMIGRANTES. C.S. LAS NORIAS. DISTRITO PONIENTE.

P-150 ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES RARAS

P-151 REPERCUSIÓN SOCIAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES

P-152 “COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: ENTRE HOSPITAL Y AGENCIA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. UNA LINEA INNOVADORA EN ALMERIA”

P-153 MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE ANCIANO

P-154 MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO CON CÁNCER DE PULMÓN

P-155 DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN EN LA MUERTE DIGNA DE PACIENTES TERMINALES: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES.

P-156 ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE FALLOS DE CMA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.

COMUNICACIONES ORALES

C-1

Centro: Hospital Universitario Virgen de Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: Acreditación I

IMPACTO DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS EN UNA UGC DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN.

Autores: CÁCERES VALVERDE A.M.; AZNAR MÉNDEZ R. Y PÉREZ TEJADA J.C..

Objetivos: - Exponer las modificaciones en la organización de nuestra UGC generadas tanto durante el proceso de acreditación de la Unidad como tras la obtención del grado Avanzado. - Analizar el impacto positivo o negativo que ha tenido sobre las distintas facetas organizativas, tanto en lo que concierne a los profesionales miembros de la UGC como a los de otras Unidades de nuestro centro así como al ciudadano. - Reflexionar sobre las posibles áreas de mejora detectadas tras el análisis realizado.

Material y Método: Hemos realizado una revisión de toda la documentación en formato electrónico o en papel, generada tanto de forma previa a la solicitud de la acreditación como durante el proceso de autoevaluación, sin olvidar las modificaciones, gran parte de ellas en forma de protocolos, que se crearon a raíz de la obtención de la misma.

Resultados: Nuestra UGC de Diagnóstico por Imagen obtuvo el grado de acreditación Avanzado concedido por la Agencia

de Calidad Sanitaria de Andalucía en diciembre de 2011. Este proceso de acreditación conllevó muchas y variadas modificaciones que pueden distribuirse en tres grandes grupos: - En lo que respecta a la organización

interna del Servicio y su relación con otras Unidades: Creación e implantación de protocolos y procedimientos de trabajo, organización por Procesos Asistenciales, reorganización del área de citaciones, Plan de Acogida a nuevos profesionales, elaboración de un inventario de equipamiento. - En los que se refiere a la creación de una cultura de calidad: Programa de garantía de Calidad, Actividades formativas sobre Seguridad del paciente, creación del libro de incidencias, sesiones clínicas acreditadas, grupos de trabajo interservicios, autoauditorías periódicas de registros de intervenciones… - En lo referente a la atención al ciudadano: Creación del Comité de Participación ciudadana, cartelería visible, información escrita sobre pruebas a realizar, implantación de GSIR en el Área de Gestión Sanitaria, instauración del turnómetro de cara a asegurar la privacidad del paciente…

Discusión: La decisión de iniciar el proceso de Acreditación en una UGC debe hacerse de forma meditada, sopesando los medios humanos y en cuanto a infraestructura de los que se dispone. No debemos obviar la creencia fundamental en la cultura de la calidad como el medio para conseguir organizaciones excelentes. Nuestro proceso de acreditación ha conllevado importantes modificaciones en diferentes áreas, muchas de las cuales en un momento previo al proceso de autoevaluación ni se vislumbraban. Las encuestas de satisfacción al ciudadano, el análisis de las reclamaciones recibidas y la opinión de los profesionales miembros de la Unidad y de otras Unidades Hospitalarias a la que damos atención como Servicio General, nos muestran que el impacto

ha sido claramente positivo. Sin embargo, este proceso también nos ha puesto de manifiesto algunas áreas de mejora que no considerábamos importantes y sobre las que trabajamos en la actualidad.

C-2

Centro: UNIVERSIDAD DE HUELVA

Provincia: HUELVA

Área Temática: Acreditación I

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LAS PÁGINAS WEB SANITARIAS

Autores: BAYO CALERO J.; PADILLA GARRIDO N.; HUELVA LÓPEZ L.; BAYO LOZANO E.; AGUADO CORREA F. Y ORTEGA MORENO M..

Objetivos: Las páginas web sobre salud presentan una gran variabilidad en la calidad de sus contenidos. Nuestro objetivo consiste en realizar un análisis de los distintos instrumentos que permiten saber a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos cuándo se está accediendo a una fuente de calidad en Internet.

Material y Método: Para localizar dichos instrumentos hemos empleado diferentes estrategias de búsqueda, empleando términos en inglés y español, que incluyeron: revisión de la literatura mediante términos clave; búsqueda, en septiembre de

2014, de los 50 primeros resultados de Google; examen de referencias de artículos destacados; selección de fuentes exclusivamente gratuitas y que no requerían suscripción o nombre de usuario.

Resultados: Se encontraron varios tipos de instrumentos, de los cuales destacamos los siguientes: A) códigos de conducta 1) Code of Conduct de la American Medical Association (AMA). 2) e-Health Code of Ethics de la Internet Healthcare Coalition. 3) HONcode of Conduct de la Health On the Net Foundation. 4) Código e-Europe 2002 de la Comisión Europea. B) sellos de calidad 1) Web Médica Acreditada (WMA). 2) Web Sanitaria Acreditada SEAFORMEC. 3) Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 4) Web de interés sanitario (WIS). 5) Health Web Site Accreditation de URAC. 6) TRUSTe Certified Privacy. 7) HONcode certification. C) recomendaciones generales 1) Decálogo para el uso de webs de salud de Web Médica Acreditada. 2) Principios básicos para reconocer páginas web fiables sobre salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 3) Evaluación de las fuentes de información de salud en Internet de the National Cancer Institute. 4) Evaluating Internet Health Information, tutorial de the National Library of Medicine. 5) Guide to Healthy Web Surfing de MedlinePlus. 6) Find Quality Resources de the Office of the National Coordinator for Health

Information Technology. 7) Trust It or Trash It? de Genetic Alliance. D) cuestionarios 1) The DISCERN Instrument, para evaluar la calidad de la información sobre opciones de tratamiento. 2) Net Scoring, que analiza

la fiabilidad de cualquier información relacionada con la salud. 3) QUICK, orientada a los niños. 4) Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos. F) filtros, entre los que destaca LIS-

España: sitios saludables para ciudadanos, de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III.

Discusión: Existen numerosos instrumentos para evaluar páginas web sanitarias. El usuario debe ser prudente y tener en cuenta que: una web fiable no debe ser anónima; no valorar sólo la apariencia de la página sin examinar el contenido; hay que comprobar que la información esté actualizada; se debe desconfiar de recetas milagro; es necesario comprobar que la información tenga buenas referencias; se debe verificar si la página web tiene sello de calidad; se debe contrastar la información con un profesional de la salud antes de tomar cualquier decisión.

C-3

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: Acreditación I

INTERVENCIONES DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.

Autores: BREA RIVERO P.; ROJAS DE MORA-FIGUEROA A.; JULIÁN CARRIÓN J. Y SALGUERO CABALGANTE R..

Objetivos: Analizar las intervenciones encaminadas a reducir la ansiedad en los pacientes, registradas en el proceso de acreditación de las enfermeras acreditadas con el Manual de Competencias de la Enfermera de Bloque Quirúrgico de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Material y Método: Análisis descriptivo transversal de las intervenciones realizadas. Ámbito de estudio: Informes de Práctica aportados por las enfermeras de quirófano, como prueba de la evidencia Intervenciones encaminadas a reducir la

ansiedad en los pacientes atendidos. Periodo de estudio: septiembre 2006 - julio 2014. Variables analizadas: - Nivel de acreditación de las enfermeras: Avanzado, Experto o Excelente. - Intervenciones realizadas: 5270 Apoyo emocional, 5820 Disminución de la ansiedad, 5880 Técnica de relajación, 5380 Potenciación de la seguridad, 5240 Asesoramiento, 5230 Aumentar el afrontamiento, 5290 Facilitar el duelo, 5430 Grupo de apoyo y 7170 Facilitar la presencia de la familia - Registro de datos en relación a los resultados alcanzados: consta en la historia de salud el registro correspondiente, o no consta dicho registro. La recogida de datos se realizó a través de la aplicación informática denominada ME_jora P, desarrollada por ACSA y sobre la que se sustenta el Programa de Acreditación de Competencias.

Resultados: A fecha de 1 de julio de 2014, las enfermeras acreditadas de quirófano han aportado 303 Informes de Práctica de

pacientes en los que han intervenido para reducir la ansiedad/temor. En base al Nivel de Acreditación, las intervenciones NIC realizadas con mayor frecuencia por parte de las enfermeras de Nivel Avanzado fueron 5270 Apoyo emocional, seguido de 5820 Disminución de la ansiedad, en porcentajes muy semejantes, siendo 5380 Potenciación de la seguridad la siguiente intervención realizada más frecuentemente. En el caso de las enfermeras acreditadas en Nivel Experto, las más frecuentes fueron 5230 Aumentar el afrontamiento y 5820 Disminución de la ansiedad. Respecto a las acreditadas en Nivel Excelente, las intervenciones más frecuentes fueron 5820 Disminución de la ansiedad y, después, 5270 Apoyo emocional, 5380 Potenciación de la seguridad y 7170 Facilitar la presencia de la familia, en el mismo porcentaje. En relación a los resultados alcanzados tras las intervenciones realizadas, el 84,6% de las enfermeras acreditadas en Nivel Avanzado los registraron, así como el 89,2% de las acreditadas en nivel Experto y el 100% de las acreditadas en nivel Excelente.

Discusión: Los resultados obtenidos indican que las enfermeras de quirófano, para reducir la ansiedad en sus pacientes realizan intervenciones centradas fundamentalmente en: Disminución de la ansiedad, Apoyo emocional y Potenciación de la seguridad. Además, a medida que aumenta el Nivel de Acreditación, mayor es el porcentaje de registro de los resultados alcanzados en su práctica clínica referidos a las intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad en sus pacientes.

C-4

Centro: HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL

Provincia: Málaga

Área Temática: Acreditación I

¿ACREDITARSE, PARA QUE?

Autores: MARTÍN VÁZQUEZ J.M.; GARCIA TORMO C.; GONZALEZ GARCIA A.; TRUJILLO ARENILLAS A. Y BUFORN CRESPO P..

Objetivos: La teorificación sobre la excelencia y la calidad de los servicios sanitarios, es un aspecto que clientes y proveedores de los servicios, comienzan a poner en duda. El cliente exige seguridad, el proveedor garantías y los accionistas eficiencia Objetivos: 1. Implantar el plan de calidad y acreditar el hospital por JCI. 2. Generar una nueva cultura en la organización 3. Hacer un hospital viable económicamente y líder asistencial

Material y Método: Hospital privado, 104 habitaciones individuales, 13 puestos de UCI, 8 salas quirúrgicas, urgencias, hospital de día oncológico con 10 puestos, medicina nuclear, 44 consultas externas. Población natural de referencia 497.000 hab. La auditoria de una aseguradora internacional fue un hito para el desarrollo del plan de calidad iniciado en 2012 para conseguir un nuevo modelo de hospital. Los enfoques del plan se realizaron sobre 8 perspectivas: accesibilidad, formación, comunicación e imagen, mejora del proceso asistencial, orientación al cliente, continuidad asistencial, seguridad de pacientes y responsabilidad social. Para las 8 perspectivas se desplegaron 67 acciones, soportadas en procesos y procedimientos que configuran el Plan de Calidad con: 9 Políticas, 76 procedimientos generales, 123 formatos de soporte. Comités operativos: Oncológico, Calidad, Coordinación Asistencial, Infecciones, Mortalidad, RCP, Ética asistencial y Farmacia. Cuadro de mando asistencial con 56 indicadores monitorizados. Auditorías de las seis metas de seguridad de la OMS. Objetivos de calidad de los procesos asistenciales anuales para todos los servicios y ligado a incentivos desde 2012. Privilegios médicos por especialidad, competencias enfermeras y de otros profesionales sanitarios.

Resultados: El incremento de actividad 2010-2013 ha sido: Actividad Quirúrgica +84 %, Estancias +71%, Consultas Externas +59 %, Urgencias +28 %, Profesionales +39%. Se ha establecido el happinness day con una alta participación. Los profesionales son evaluados por resultados de indicadores clínicos y competencias establecidas. Comparando los GRD con la norma que IASIST establece para hospitales privados el comportamiento de 2013 ha sido óptimo con un impacto negativo, es decir mejor que la norma en mas del 90% de los GRDs y supone que en cómputo global el hospital ha requerido de 28972 estancias menos que lo que necesitaría la norma para hospitales privados. Cuando se realiza sobre GRDs depurados el cómputo de estancias ahorradas desciende a 21563 que sigue siendo un nivel óptimo. El EBITDA ha pasado de 0,4 M € en 2010 a 6,1 M €. En enero se solicitó la auditoria a Joint Commissión y se llevó a cabo los días 30 de Junio y 1,2 y 3 de Julio. EL resultado: Hospital acreditado por JCI hasta el 18 de Julio de 2017. Único hospital privado de Andalucía acreditado por JCI y el 9 de España entre públicos y privados.

Discusión: Acreditar lo que se hace es el mejor signo para la confianza de todos.

C-5

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: Acreditación I

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

Autores: BREA RIVERO P.; JULIÁN CARRIÓN J.; SALGUERO CABALGANTE R. Y ROJAS DE MORA-FIGUEROA A..

Objetivos: Analizar el cumplimiento de la evidencia "Manejo adecuado de las habilidades de comunicación " en el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal de los proyectos de certificación realizados por los profesionales sanitarios con el Programa de Acreditación de Competencias de ACSA, durante el periodo abril 2008-septiembre 2014, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). En el periodo de análisis se han acreditado un total de 10.556 proyectos de 78 Manuales de Competencias (MC): 7.444 de profesionales de Atención Hospitalaria (AH) y 2.894 de Atención Primaria (AP). Los datos se han desagregado por niveles asistenciales AH y AP. También se ha analizado el cumplimiento de la evidencia por MC, teniendo en cuenta aquellos con más de 100 pruebas aportadas sobre el manejo adecuado de las habilidades de comunicación evaluadas. El cumplimiento está asociado a un informe que solicita resumir los puntos básicos para encuadrar la entrevista con los pacientes y/o familiares, indicar la importancia que el profesional concede a las habilidades de comunicación y de entrevista clínica en su práctica diaria, describir las habilidades de comunicación en distintas situaciones (conflictivas, negociación, malas noticias…) y proponer mejoras con respecto a estas habilidades.

Resultados: El cumplimiento de la evidencia en todos los proyectos acreditados fue del 72.9% siendo el 72.5% de profesionales de AH y el 74% de AP . El cumplimiento global para todas las evidencias fue del 47.6%. El cumplimiento de la evidencia "Manejo adecuado de las habilidades de comunicación" es superior al 80% en los siguientes MC: Enfermero/a Gestor/a de Casos 92%, Farmacéutico/a de Hospital 84.3%, Médico/a Intensivista y de Cuidados Críticos 83.4%, Cirujano/a General y del Aparato Digestivo 81.7%, Pediatra de Atención Hospitalaria 81.6% y Médico/a Internista 80.7%.

Discusión: El cumplimiento de la evidencia "Manejo adecuado de las habilidades de comunicación " es superior al cumplimiento global para todas las evidencias. Los Procesos de Certificación ponen de manifiesto el buen cumplimiento de los criterios de calidad relacionados con una comunicación adecuada y eficaz, por parte de los

profesionales del SSPA.

C-7

Centro: DISTRITO ALJARAFE-SEVILLA NORTE

Provincia: SEVILLA

Área Temática: DESINVERSIÓN I

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE COMPRA DIRECTA DE ABSORBENTES PARA LA INCONTINENCIA URINARIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Autores: MONTERO BALOSA M.C.; MEDINA MUÑOZ J.; FERNANDEZ URRUSUNO R.; RIOS BLANCO S. Y DELICADO CLAVERIA M..

Objetivos: Optimizar el coste de absorbentes para la incontinencia urinaria (AIU) en centros sociosanitarios mediante la gestión de compra directa por un Distrito de Atención.

Material y Método: Diseño: estudio cuasi-experimental antes y después. Criterios de inclusión: centros sociosanitarios del área de referencia a los que se suministraba AIU por compra directa desde el Distrito. Ámbito: Atención Primaria. Variable principal: coste en AIU. Período evaluado: enero-junio/2014 vs. enero-junio/2013. Intervención: 1º) Se incluyó en el impreso de solicitud de AIU la valoración funcional de la incontinencia y la indicación del tipo y unidades de absorbentes por paciente institucionalizado. 2º) Los modelos de solicitud de AIU pasaron a ser cumplimentados exclusivamente por personal de enfermería del Centro de Salud de referencia. No se aceptaron las peticiones directas de los centros. 3º) Se estableció la supervisión de las solicitudes de AIU por parte del Enfermero de Enlace, como paso previo a su remisión al Servicio de Farmacia del Distrito. 4º) El Servicio de Farmacia diseñó un programa informático para la gestión de los AIU en los centros sociosanitarios,

que facilitase el control de los pedidos, el análisis de la evolución del consumo y la estimación del coste en absorbentes por centro.

Resultados: La intervención se realizó en 53 centros sociosanitarios (100% de los centros del área), con una población de 1.363 pacientes incontinentes. El nuevo programa informático permitió: a) ajustar los envíos de AIU en función de los excedentes remitidos en el mes anterior; b) explotar la información de consumo de cada centro y c) analizar las variaciones interanuales y las estimaciones anuales de la utilización de absorbentes en los centros. El coste generado por compra directa de AIU en el período enero a junio de 2014 ascendió a 239.629,23 euros, un 14,4% inferior al mismo período del año anterior, con un ahorro de 40.275,03 euros. La estimación de ahorro al final del año 2014 es de 73.455,74 euros (desviación interanual de -13,12%). Un total de 31 centros (58,5%) mostraron un menor consumo en la estimación anual a diciembre de 2014. El descenso observado en la utilización de absorbentes en los centros sociosanitarios no repercutió negativamente en la prescripción en recetas en atención primaria, que experimentó una reducción en el importe de 1.830,83 respecto

al año anterior.

Discusión: La implicación del personal de enfermería y el desarrollo del nuevo programa informático se han mostrado eficaces para optimizar el uso adecuado de los AIU en los centros sociosanitarios, contribuyendo a un ahorro neto en la compra directa de absorbentes.

C-8

Centro: HAR de Ecija ASBG

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN I

DISMINUCIÓN DE LA TASA DE INDICACIONES DE ARTROPLASTIAS DE RODILLA

Autores: PÉREZ-AÍNSUA MENDEZ M.C.; ARTIME DIAZ V. Y PÉREZ RAMÍREZ M.C..

Objetivos: En nuestro hospital, durante el primer trimestre del año 2014, se indicaron 24 artroplastias de rodilla, lo cual está un 34,9% por encima de la tasa bruta de Andalucía. Por tanto, se hace necesario hacer una revisión de estas

indicaciones y ofrecer a los pacientes otros tratamientos diferentes al quirúrgico

Material y Método: Se diseñó un programa de tratamiento y revisión de los pacientes susceptibles de recibir una artroplastia de rodilla. • Todos los pacientes con artrosis de rodilla en los que el traumatólogo indique una Prótesis, antes de incluirlo en Registro de Demanda Quirúrgica, son enviados a la consulta de dolor, en una agenda creada específicamente para estos pacientes. • En esta consulta, el anestesiólog@ realiza una historia del dolor e instaura tratamiento farmacológico, según el nuevo concepto de "ascensor analgésico", y no farmacológico. Dentro del tratamiento no farmacológico se incluyen medidas físicas, TENS y lavados articulares con infiltración de Bupivacaína + corticoides. • Al cabo de un mes de tratamiento son citados a "hospital de día", en el caso de precisar lavado articular, el traumatolog@ evalúa el tratamiento farmacológico y realiza lavado e infiltración, el cual se repite al mes. En el caso de que el tratamiento farmacológico no haya sido efectivo se reenvía a la consulta del dolor para modificar el tratamiento. • Si el tratamiento y las infiltraciones han sido efectivos se replantea la indicación de artroplastia y se revisan a los 6 meses, si no es así se incluyen en el RDQ.

Resultados: Durante el 2ª trimestre de 2014, se han revisado a 26 pacientes en la consulta de Dolor, todos recibieron tratamiento farmacológico, a 20 se les indicó infiltración con corticoides y anestésicos locales+ lavado articular y a 3 se les indicó iontoforesis, 3 más fueron remitidos directamente a traumatología para revisión de la indicación. Cuando fueron revisados por traumatología después de llevar un mes de tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados: - Indicación quirúrgica 9 - Se descarta intervención por buenos resultados en el tratamiento y la infiltración 11 - Revisión a los 6 meses 6

Discusión: La artrosis de rodilla es frecuentemente causa de discapacidad, provoca dolor crónico y limitación funcional, disminuyendo la calidad de vida. El objetivo de tratamiento de la misma debe ser disminuir el dolor y recuperar

la movilidad de la rodilla. Cuando el tratamiento conservador, no quirúrgico no controla el dolor y compromete la función de la rodilla, es necesario valorar el tratamiento mediante cirugía. Mediante este programa se valoran todas las opciones de tratamiento y se ha conseguido disminuir la tasa de indicaciones sin

disminuir la seguridad y la satisfacción del paciente.

C-9

Centro: Distrito de Atención Primaria Sevilla

Provincia: sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN I

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESCRIPCIÓN DE ZOLPIDEM TRAS ALERTAS SANITARIAS

Autores: FERRER LÓPEZ I.; DOMÍNGUEZ CAMACHO J.C.; CARABALLO CAMACHO M.O.; GUTIÉRREZ GIL J.F. Y PALMA MORGADO D..

Objetivos: Determinar que variables influyen en la modificación del tratamiento con zolpidem tras intervención realizada con los médicos de familia

Material y Método: Estudio observacional analítico. Población diana: pacientes con dispensaciones de zolpidem a dosis superiores a 5 mg/día en el momento de la emisión de las notas de seguridad por las agencias: FDA, Enero 2013; AEMPS, Marzo 2014. Intervención: Difundir un resumen de la nota de seguridad junto con la relación de pacientes afectados y propuestas para su revisión a cada médico de familia. Seguimiento: Dieciocho meses desde la emisión y difusión de la primera nota de seguridad y listados de pacientes. Variable dependiente: Modificación del tratamiento (retirada/reducción de dosis o mantenimiento) Variables independientes: Edad; sexo; duración de la prescripción; régimen pensionista; nivel de aportación a farmacia (0; 10%; 40%; 50%; 60%); ingresos económicos (sin ingresos; <18.000 €; hasta 100.000 €; >100.000 €)); centro de salud (CS); Índice Sintético de Calidad y Consumo (ISCC) y tasa de uso de benzodiazepinas (TBZD) asociada a la clave médica. Fuentes de información: Bases de Datos de Farmacia del SAS y Base de datos de Usuarios del SSPA. Ámbito: Urbano. Estadística descriptiva, regresión logística (Wald, forward).

Resultados: La cohorte la constituyó 5.933 pacientes. El tratamiento se modificó en un 53.3%.Edad media: 67,5 (rango 16-

103). Mujeres: 70,3%. Régimen pensionista: 74,8%. Ingresos <18.000€: 80,9%. Aportación farmacéutica <10%: 83,0%. Duración media del tratamiento prescrito: 189 días (DE 92,7; moda 180). ISCC medio: 5,54 (rango 0,4-10). TBZD media: 8,57% (rango 1,31-23,9). Pertenecientes a 32 CS. El modelo define, en orden de importancia, las variables asociadas a la probabilidad de deprescribir: centro de salud del paciente; TBZD; duración de la prescripción; ISCC (todas ellas $p<0.001$). Además, se asocian a mayor probabilidad de deprescribir en el sexo femenino (OR=1,15; p=0.028). Ni la edad del paciente ni la situación económica administrativa parecen predecir la probabilidad de deprescripción, en contra variables de gestión sí lo predicen como: centro de salud (rango de % tratamientos modificados: 39,9% - 94,9%); y del estilo de práctica clínica: tasa de benzodiazepinas de la clave médica (por cada punto de incremento % disminuye la probabilidad de deprescribir un 8%); ISCC de la clave médica (por cada punto de aumento, aumenta la probabilidad un 11%); duración del tratamiento prescrita (por cada 100 días, disminuye la probabilidad de deprescripción un 20%).

Discusión: La probabilidad de retirar o bajar dosis de un paciente en tratamiento con dosis altas de zolpidem, a tenor de las notas informativas de las agencias, comunicadas a los centros junto a listados de pacientes depende, fundamentalmente, de variables de gestión y no tanto de variables asociadas al paciente.

C-10

Centro: Agencia Sanitaria Poniente

Provincia: Granada

Área Temática: DESINVERSIÓN I

RESULTADO DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE UN MEDICAMENTO CON PAUTA POSOLÓGICA INAPROPIADA

Autores: URQUÍZAR RODRÍGUEZ O.; CASTRO VIDA M.A.; URDA ROMACHO J.; GONZÁLEZ VAQUERO D.; HIERRO PEDROSA C.M. Y ACOSTA ROBLES P..

Objetivos: Según la Organización Mundial de la Salud, uso racional de medicamentos es cuando el paciente recibe el medicamento correcto a la dosis adecuada y el tiempo suficiente, al menor coste para él y la comunidad. Sin embargo diversos estudios afirman que más del 50% de los medicamentos se prescriben y dispensan de forma inapropiada. Hacer un uso correcto, es fundamental en la seguridad y la calidad de los tratamientos farmacológicos. OBJETIVO: Analizar en un hospital comarcal el resultado de una intervención farmacéutica sobre la prescripción de parafina, medicamento en el que se detectó un uso inapropiado en términos de posología.

Material y Método: MÉTODOS: Período de estudio: agosto 2014. Tipo de intervención: se recomendó mediante la aplicación de prescripción electrónica Farmatools®, la revisión de la posología de parafina, facilitando la indicada según ficha técnica. Se revisó a posteriori si el prescriptor ajustó la pauta correctamente. Parafina es un laxante emoliente cuya acción comienza tras 6-8 horas de su administración. Debe separarse dos horas de las comidas y

de otros medicamentos. La dosis recomendada es 12 gramos antes de acostarse. Interacciona en su uso concomitantemente con anticoagulantes orales y digoxina.

Resultados: RESULTADOS: Se prescribió en 12 pacientes, todos con pauta incorrecta (4 gramos en desayuno, almuerzo y cena). Media de edad: 75,5 años; 33,3% mujeres. Estancia y duración media del tratamiento: 12 y 4,6 días. Al 33,3% de los pacientes les sustituyeron parafina por otro laxante el mismo día de la intervención sin motivo aparente y al 66,7% restante, no les ajustaron la pauta. Media de fármacos por paciente: 15 (ninguna interacción). **Discusión:** DISCUSIÓN: Las recomendaciones posológicas realizadas con anterioridad en nuestro hospital usando este método han sido exitosas. Es posible que parafina, al tratarse de un medicamento bastante seguro y usado en el manejo de un síntoma menor, no sea suficientemente atractivo y pase desapercibido una vez instaurado. El nº de pacientes que ingresan en agosto es bajo, por tanto, los casos estudiados han sido pocos, pero no por eso menos importantes: todos fueron ancianos polimedicados que precisan de una revisión exahustiva de sus tratamientos farmacológicos debido al mayor riesgo de descompensación. La continuación del tratamiento hasta el alta puede sugerir beneficio terapéutico incompleto u olvidos de suspensión. En contrapartida el tiempo de tratamiento se ajustó al recomendado. CONCLUSIONES: La intervención realizada no obtuvo la respuesta esperada. Nos planteamos la necesidad de contactar directamente con el prescriptor en futuras ocasiones para que se realice el ajuste de pauta, maximizando así las posibilidades de éxito terapéutico. En caso de seguir detectando uso inapropiado de forma generalizada, sería recomendable realizar una sesión informativa y concienciar de la importancia que un uso racional del medicamento tiene sobre la calidad de nuestra asistencia sanitaria y la seguridad de nuestros pacientes.

C-11

Centro: Hospital San Juan de Dios / Consorcio sanitario Público del Aljarafe

Provincia: Sevilla **Área Temática:** DESINVERSIÓN I

COMO MEJORAR LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN CIRUGIA EN TIEMPOS DE CRISIS

Autores: AMAYA CORTIJO A.; CRUZ VILLALÓN F.; PAZO CID A.; ROMERO FERNÁNDEZ J.M.; TORRES RECIO J.J. Y KADDOURI MOHAMED S..

Objetivos: Analizar la evolución de los resultados en indicadores de gestión en Cirugía desde Enero de 2012 a Agosto de 2014 tras introducción de medidas organizativas encaminadas a mejorar el uso de los recursos disponibles

Material y Método: Se realiza análisis comparativo de los indicadores de gestión en el servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo de nuestro hospital en el periodo 2011 -2014 tras realización de reformas organizativas y de gestión quirúrgica

Resultados: - Demora de solicitud de consulta menor de 60 días en todo el periodo analizado. Planificación media anual. Disminución de las consultas sucesivas y reprogramaciones. - Cumplimiento de los plazos de respuesta quirúrgicos con disminución de pacientes transitoriamente no programables del 8.5% en 2011 a menos del 1% en 2014. Gestión de colas en base a la demanda. - Equilibrio entradas / bajas de lista de espera quirúrgica a pesar de un menor número de sesiones quirúrgicas. - Aumento del rendimiento quirúrgico con estabilización del índice de ocupación de quirófanos por encima del 65% y de la media de pacientes en 3.5 por sesión, incluida patología oncológica. - Aumento del número de procedimientos cirugía mayor ambulatoria con mayor

eficiencia del hospital de día quirúrgico. Creación de circuito específico de cirugía menor sin ingreso. - Disminución y estabilización de la estancia media hospitalaria por debajo de la media del resto de hospitales comarcales andaluces.

Discusión: Las iniciativas desarrolladas desde dentro del sistema sanitario y a través de los profesionales pueden optimizar la calidad de la asistencia y controlar el gasto sanitario. En tiempos de crisis más que núnca, la mejora de la eficiencia es la mejor solución para garantizar la continuidad de nuestro sistema sanitario. En nuestro caso, el análisis de resultados y la aplicación de reformas organizativas ha permitido toma de decisiones que han conllevado una mejor utilización de los recursos y mejores indicadores de gestión globales: 1. Adecuación de las consultas sucesivas 2. Mayor adecuación de las estancias e ingresos 3. Disminución de las estancias medias 4. Gestión equilibrada de la demanda quirúrgica 5. Menor consumo de medicamentos y material sanitario 6. Reducción de costes de personal 7. Menores costes de hospitalización

C-12

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Provincia: GRANADA

Área Temática: DESINVERSIÓN I

BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUVN: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Autores: RUIZ RODRIGUEZ M.C.; ORTEGA AYLLON D. Y GUZMAN SANCHEZ F..

Objetivos: OBJETIVOS Objetivo General: - Analizar las prácticas habituales en la administración de medicación, realizados por enfermería en el SU del HUVN Objetivos Específicos: - Dar a conocer la existencia del Observatorio para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario de Andalucía. - Proponer estrategias de mejora para la disminución de riesgos en el S. Urgencias, HUVN Granada

Material y Método: METODOLOGÍA Estudio transversal para analizar, en base al Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, cuales eran los criterios esenciales que en el SU del HUVN destacaban como puntos fuertes en la seguridad en la administración de los medicamentos y cuales eran sus debilidades.

Resultados: RESULTADOS La población objeto de estudio es el equipo de enfermería del SU del HUVN, formado por 53 DUEs, de los cuales realizan el cuestionario el 53,9%. El 65% son mujeres y el 27% hombres. Las edades de los mismos oscilan entre los 30 y 60 años, donde el 46,15% están entre los 51-60 años lo que indica que son profesionales con amplia experiencia laboral. El 73% de los mismos no han declarado nunca EA en relación a medicamentos. Existe un amplio conocimiento de los protocolos de administración de medicación vaso activa y por tanto de alto riesgo (69,23% dicen conocerlos). Sin embargo no hay una clara estandarización de las vías de comunicación para la prescripción y validación de la administración (61,53%, 50% y 30,76% contestan "A veces") lo que nos indican que existen diferentes vías y/o cierto grado de confusión en cuanto los circuitos.

Discusión: CONCLUSIONES Y DISCUSION Los errores de medicación evitables en el SU del HUVN en relación al trabajo del equipo de enfermería pasa por mejorar los canales de comunicación de la prescripción, revisar zona de alto riesgo de errores de medicación dentro del SU, protocolizar por escrito perfusiones de uso común y potenciar la formación en cuanto a manejo de medicación y cultura de seguridad y de declaración de efectos adversos.

C-13

Centro: Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Provincia: Cádiz

Área Temática: CIUDADANOS I

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CRIBADO MAMOGRÁFICO DEL CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS FINALES DE UN ENSAYO ALEATORIZADO

Autores: BAENA CAÑADA J.M.; ROSADO VARELA P.; EXPÓSITO ÁLVAREZ I.; GONZÁLEZ GUERRERO M.; NIETO VERA J. Y BENÍTEZ RODRÍGUEZ E..

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de un modelo de consentimiento informado basado en la percepción de beneficios y riesgos de la mamografía de cribado, en términos de conocimientos, actitud, decisión e impacto emocional, con la hipótesis de que se incrementaría el grado de conocimiento y se modificarían la actitud y decisión, sin impacto emocional.

Material y Método: Un ensayo aleatorizado y controlado fue llevado a cabo en la sede del Programa de Cribado mamográfico del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. En la primera entrevista las mujeres recibieron la información contenida en el documento creado por el Centro Nórdico Cochrane (www.cochrane.dk) sobre la mamografía de cribado (grupo intervención, GI) o la información estándar del programa (grupo control, GC). El objetivo principal fue evaluar el grado de conocimiento sobre la mamografía, mediante cuestionario específico, en la segunda entrevista al mes. Objetivos secundarios de actitud, decisión, ansiedad y depresión y preocupación por el cáncer fueron medidos también en la segunda entrevista con cuestionarios de actitud, decisión, escala de Hospital Anxiety and Depression (HAD) y la Cancer Worry Scale (CWS). Puntuaciones de 5 o más (sobre 10) y 12 o menos (sobre 24) indicaban buen conocimiento y actitud positiva respectivamente.

Resultados: Entre enero de 2011 y septiembre de 2012, en 28 sesiones de trabajo, fueron aleatorizadas 434 mujeres (218 asignadas al GC y 216 al GI) y analizadas 355 (178 en el GC y 177 en el GI). La preocupación por el cáncer se analizó en 62 y 59 mujeres respectivamente (se introdujo con el estudio ya iniciado). Adquirieron buen conocimiento 15 mujeres (8.4%) en el GC y 32 (18.1%) en el GI (p=0.008). La puntuación media de conocimiento en el GC pasó de 2.97 (DE 1.16) en la primera entrevista a 3.43 (DE 1.39) en la segunda, mientras que en el GI aumentó de 2.96 (DE 1.23) a 3.95 (DE 1.78) (p=0.002) [RR 2.39 (IC 95%: 1,24–4,60)]. Tras la intervención, 176 mujeres del GC (98.9%) mostraron actitud positiva y solo 2 (1.1%) negativa. En el GI

176 mujeres (99.4%) mostraron actitud positiva y 1 (0.6%) negativa (p=1.000). La puntuación media de actitud fue 3.20 (DE 2.81) en el GC y 3.08 (DE 2.64) en el GI (p=0.680). No hubo diferencias en la decisión ya que en el GC 178 mujeres (100%) estaban decididas a participar y ninguna estaba indecisa y en el GI 175 mujeres (98.9%) estaban decididas y 2 (1.1%) indecisas (p=0.240). La distribución de las mujeres según rango de puntuación en las subescalas del cuestionario HAD y la puntuación media de los items que evalúan la ansiedad y depresión y la CWS no fueron diferentes en uno y otro grupo.

Discusión: Incluir a un profesional de la salud en el cribado mamográfico para obtener un consentimiento informado individual, con la información del documento del Centro Nórdico Cochrane mejora significativamente el conocimiento de las mujeres. Pero esto no es suficiente para que tomen una decisión informada, ni para modificar su actitud, decisión o impacto emocional.

C-14

Centro: Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Provincia: Cádiz

Área Temática: CIUDADANOS I

PERCEPCIONES DE LAS MUJERES SOBRE LA MAMOGRAFÍA DE CRIBADO POBLACIONAL DEL CÁNCER DE MAMA

Autores: ROSADO VARELA P.; BAENA CAÑADA J.M.; EXPÓSITO ÁLVAREZ I.; GONZÁLEZ GUERRERO M.; NIETO VERA J. Y BENÍTEZ RODRÍGUEZ E..

Objetivos: Las participantes en el cribado mamográfico pueden beneficiarse de la detección precoz del cáncer de mama y se exponen a daños (falsos positivos y sobrediagnóstico). Han sido encuestadas para determinar su nivel de conocimientos, fuentes de información, actitud y repercusión psicosocial.

Material y Método: Mujeres de 45-69 años fueron entrevistadas utilizando cuestionarios de conocimientos, fuentes de información, actitud y repercusión psicosocial. Una decisión basada en conocimientos adecuados precisaba una puntuación de 5 de un máximo de 10. El límite entre actitudes positivas y negativas se situó en 12, a mitad

de la escala entre 0 y 24. La repercusión psicosocial fue medida mediante la Hospital Anxiety and Depression y Cancer Worry Scale.

Resultados: Solo 42 mujeres (9.7%) poseían conocimientos adecuados. La puntuación media fue 2.97 (1.16), mayor en mujeres sin falsos positivos previos [RR 0.21 (0.05-0.90); P=0.03], con mayor educación [RR 3.33 (1.68-

6.62); P=0.001] y con situación laboral en activo, en paro o pensionistas [RR 2.15 (1.05-4.41); P=0.03], respecto de las que habían sufrido falsos positivos, con menor educación y amas de casa respectivamente. En el modelo multivariante solo los falsos positivos previos y el nivel de estudios mantuvieron su significación. Las principales fuentes de información fueron la televisión, prensa, documentación del Servicio Andaluz de Salud y familiares o amigos. La puntuación media del cuestionario de actitud fue 3.21 (2.66). 430 participantes (99.1%) mostraron actitud positiva y 4 (0.9%) negativa. La puntuación media de ansiedad fue 1.86 (3.26), de depresión 0.72 (1.99) y de preocupación por el cáncer 9.4 (3.04).

Discusión: Las mujeres poseen un nivel de conocimientos pobre sobre el programa de cribado con mamografía, siendo la televisión su principal fuente de información. Tienen una actitud muy positiva sobre el mismo y no se aprecia un impacto negativo en la esfera psicosocial por su participación.

C-15

Centro: A.G.S. Norte de Huelva

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANOS I

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Autores: CARABALLO CAMACHO N.; TORRES MARÍN M.D.; PALANCO PARREÑO A.; JIMÉNEZ MÁRQUEZ M.D.; CONTRERAS TORRADO I. Y MÁRQUEZ NAVARRO J..

Objetivos: Determinar el grado de satisfacción de los pacientes con la unidad de fisioterapia del Hospital de Riotinto. Detectar áreas de mejora para definir estrategias en función de los ítems peor valorados por los pacientes.

Material y Método: Estudio transversal mediante entrega de la encuesta de satisfacción a todos los pacientes atendidos en la unidad durante el mes de diciembre de 2013 para que la devolvieran cumplimentada antes de finalizar el tratamiento. En dicha encuesta valoramos 19 ítems referidos a indicadores de satisfacción (satisfacción con el servicio recibido, comodidad, horarios, instalaciones, señalización, limpieza, resolución de trámites, información, confianza, identificación, valoración de los profesionales, intimidad, respeto, tiempo de espera, recomendación de la unidad) y 4 ítems referidos a indicadores de uso y demanda (personal de referencia, información del tratamiento, consentimiento informado). Posteriormente se compararon los resultados con la encuesta realizada en el año 2012. También se realizó un análisis de las sugerencias de mejora ofrecidas por los pacientes.

Resultados: Se recogieron y analizaron 50 encuestas de satisfacción. En cuanto a los indicadores de satisfacción, el 96% de los usuarios están satisfechos con el servicio recibido. El 92% realiza una valoración positiva de los horarios, el 96% valora satisfactoriamente la comodidad y las instalaciones de la unidad. El 98% de los usuarios está satisfecho con la limpieza de la unidad. En cuanto a la información recibida por el personal, el 96% está satisfecho con la información recibida por los fisioterapeutas y el 94% con la información recibida por los auxiliares y/o celadores. El 94% de los usuarios considera que los profesionales están correctamente identificados y un 66% está satisfecho con el tiempo de espera hasta comenzar tratamiento. El 92% de los pacientes está satisfecho con la intimidad proporcionada en su tratamiento y el 96% de los usuarios con el respeto con el que se le había tratado. Un 98% de los usuarios recomendaría la unidad a otros usuarios. Encontramos 14 ítems que han mejorado su puntuación respecto a la encuesta del año 2012 y 8 que han empeorado, aunque no existen diferencias significativas. Un 8% de los pacientes atendidos sugiere mejorar la

dotación de material de la unidad y un 2% aumentar el número de profesionales y de boxes para tratamiento individual.

Discusión: El índice de satisfacción global con el servicio recibido es elevado así como la proporción de pacientes que recomendarían la unidad. Nos planteamos como áreas de mejora los ítems que han perdido puntuación respecto

al año 2012: resolución de trámites, limpieza, fisioterapeuta de referencia, información proporcionada sobre el tratamiento y petición del consentimiento informado por escrito.

C-16

Centro: H.U.V. MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: CIUDADANOS I

UN PASO MAS EN LA CALIDAD ASISTENCIAL...PARTICPACION CUIDADANA

Autores: TENA GARCIA B.; RUIZ BAYO L.; LOPEZ MARCO M.J.; CARCAMO BAENA J.; ZAMBRANO OLIVO M.C. Y GARCIA BERNAL E..

Objetivos: La participación ciudadana consiste en la intervención activa y consciente de los ciudadanos en procesos organizados para la toma de decisiones en asuntos de interés público. Desde el H.U.V.Macarena favorecemos la

participación ciudadana estableciendo mecanismos para acercar el punto de vista de los ciudadanos a la toma de decisiones en asuntos sanitarios de interés público. . En nuestro hospital apostamos en el día a día, por la participación ciudadana fomentando una nueva cultura de la salud, valores éticos, humanitarios, solidarios, de equidad y de calidad; y la consideración del valor de la salud como valor transversal que incide en todos los ámbitos y parcelas de la vida. OBJETIVOS: 1.- Hacer partícipe a los ciudadan@s de la gestión de su hospital. 2.- Favorecer mayores áreas de trabajo para la creación para la creación de proyectos de desarrollo e innovación que contribuyan a la mejora del servicio público. 3-Conocer mediante el mapa de actividades anuales nuestra apuesta por la Ciudadanía.

Material y Método: Reuniones conjuntas entre las Asociaciones y las UGC y/o Servicio implicados, existiendo grupos de trabajo multidisciplinares que permitan una mayor eficacia en la gestión y en la realización de programas, así como la planificación y programación de las actividades anuales a desarrollar. Creación de Subcomisiones específicas de Participación Ciudadana en el caso de Salud Mental y la Infancia.

Resultados: Líneas de participación social: -Asociaciones de Pacientes y Autoayuda. -Voluntariado(Donación de Tiempo) -Promoción de la Salud: lectura en Colegios e Institutos de la Zona, Campaña de medios, Actos de educación en prevención y comprensión en Distritos Municipales, Actos en el hospital, Visitas al Hospital de Centros de Enseñanza Secundaria del Área Norte de Sevilla, Programa Semanal Para Padres De Niños Hospitalizados (Diver), Actuaciones en materia de Prevención y Concienciación Pública. -Museo y Salud. -

Atención al cuidador. -Comité director de UGC.

Discusión: Dado el volumen de actividades y el amplio número de entidades con las que mantiene relación el Hospital, se consideró la necesidad de la puesta en marcha de un Plan de Participación Comunitaria desde un enfoque global, participativo e interactivo. Un plan con carácter transversal, donde la participación debe surgir desde la base, desde quienes representan a pacientes y usuarios, y desde las entidades responsables de la atención a su salud. El plan trabaja con cuatro líneas de actuación: 1- Asociaciones de pacientes y autoayuda 2- Voluntariado 3- Organizaciones de consumidores y vec4- Línea de agenda social.

C-17

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Huelva

Área Temática: CIUDADANOS I

GUÍA PARA EL CUIDADOR DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO EN UCI.

Autores: BÁRCENAS VILLEGAS D. Y JIMENEZ ESTRADA M.C..

Objetivos: -Convertir tanto a la familia como al paciente en parte activa del proceso salud-enfermedad. -Dar a conocer qué es una traqueostomía y por qué se hace necesaria. Mejorar los cuidados extra-hospitalarios a pacientes portadores de traqueostomías. -Adiestrar a la persona afectada o a su familiar en los cuidados de una traqueostomía. -Disminuir el estrés al alta hospitalaria tanto del paciente como de la familia.

Material y Método: Se elaboró una guía clínica de práctica sanitaria adaptada a personas sin conocimientos sanitarios específicos. Se recogen todos los aspectos necesarios para llevar a cabo un adecuado plan de cuidados a pacientes traqueostomizados, como son: tipos de cánulas y cuidados de las mismas, cuidados del traqueostoma, materiales necesarios, recomendaciones, estilos de vida y eventos adversos. Toda esta información está reforzada con material gráfico y resumido como son trípticos de ayuda. Con esto, se lleva a cabo una entrevista con el cuidador principal antes de los cinco días posteriores a la traqueostomía para valorar nivel de conocimientos, aclarar dudas..., adjuntando una encuesta de conocimientos previos. A los 3-5 días del alta de UCI volvemos a entrevistarnos con el familiar, adjuntando de nuevo la encuesta, valorando conocimientos adquiridos y puesta en marcha de los mismos.

Resultados: La recogida de datos se inició a partir del segundo semestre de 2012. Se evaluaron 5 ítenes: adecuado manejo de secreciones, ubicación del material en UCI, manejo del neumotaponamiento, limpieza de traqueostomía y cambio de cánulas internas. Se incluyeron a todos los pacientes a los que se les realizó una traqueostomía y que contaban con un adecuado soporte familiar en cuidados. De todos, se llevó a cabo ES a 5 familiares, de los cuales se finalizó la misma en 3 de ellos, obteniendo los siguientes resultados: El 89% reconocía saber como llevar a cabo un adecuado manejo de secerciones. El 100% ubicaba correctamente el material. El 87,5% sabía manejar el neumotaponamiento. El 100% llevaba a cabo una adecuada limpieza de traqueostomía. El 83,25% realizaba una adecuado cambio de cánula interna.

Discusión: La iniciación desde UCI de ES a los familiares de pacientes con traqueostomia, lleva consigo una disminución del estrés al alta, garantiza la continuidad de cuidados, disminuye la variabilidad en los mismos, promociona una atención mas eficiente y aumenta la satisfacción usuario-familiar. Para poder implantar esta guía es necesaria la confluencia de diferentes factores: pacientes con apoyo familiar, con perspectivas de recuperación, interacción paciente-familia, todo ello dificulta haber tenido un numero mayor de casos; por tanto será necesaria la continuidad del análisis de datos a largo plazo, para poder obtener una muestra a estudiar más representativa.

C-18

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Provincia: Cádiz

Área Temática: CIUDADANOS I

ESTUDIO DE LA UTILIDAD DE UNA GUIA INFORMATIVA PARA PACIENTES INGRESADOS EN UCI INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA

Autores: BENDICHO LOPEZ M.J.; PARAMIO DATO M.M. Y FERNANDEZ GUTIERREZ C..

Objetivos: Conocer si los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía cardíaca tienen información previa a su intervención y posterior ingreso en UCI. Saber su opinión sobre la guía informativa que hemos elaborado, para

informarles del proceso asistencial durante su permanencia en nuestra Unidad, y si entienden que les puede resultar útil para hacer su estancia en la UCI más agradable y evitar algunas complicaciones.

Material y Método: Diseño prospectivo y descriptivo. Ámbito: Unidad de coronarias de la UCI de un Hospital Universitario de referencia. Periodo de estudio: Enero-Junio 2014. Sujetos de estudio: Pacientes intervenidos de cirugía valvular y revascularización coronaria, durante su postoperatorio en UCI Protocolo: Se diseña una hoja de registro para la recogida de datos durante su estancia en la Unidad, con ocho Ítems y una escala de medición de ansiedad.

Resultados: Muestra: 40 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. Edad media: 67 años (52-82) Sexo: 44% hombres y 56% mujeres El 88% de los pacientes creen que esta guía les hubiese sido útil antes de la intervención. Al 100% les ha aclarado dudas y han entendido las explicaciones que se dan en ella. Solo el 3% eliminaría o añadiría algo y piensa que es demasiado extensa. El 88% opina que el dibujo explicativo si es necesario, en él

se detallan los diversos catéteres, sondas, dispositivos, etc, que tienen estos pacientes colocados, su localización y la utilidad de los mismos.

Discusión: A la vista de los resultados obtenidos mediante la entrevista y encuesta realizada a los pacientes que han sido intervenidos de cirugía cardíaca, podemos deducir que estos pacientes necesitan información previa a su intervención quirúrgica, motivo por el cual creemos necesario poner en marcha esta guía informativa ya que en ella detallamos los cuidados de enfermería, técnicas, horarios de comidas, visitas, etc. El objetivo de esta guía es que las personas que van a ser intervenidas tengan un conocimiento previo de cómo va a ser su estancia en nuestra unidad, desde el momento que llegan del quirófano hasta que se van de alta a la planta de hospitalización. Hemos intentado utilizar un lenguaje claro y comprensible para que los pacientes entiendan las explicaciones y se aclaren sus dudas, al parecer lo hemos logrado, pues el 100% de los encuestados así nos lo ha manifestado. En la guía explicamos paso a paso los cuidados y acciones que se van a realizar durante los dos días que son los que suelen permanecer en la UCI, si no surgen complicaciones.

C-19

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: COMPETENCIAS PROFESIONALES I

COORDINACIÓN DE LAS COMISIONES DE CALIDAD HOSPITALARIAS

Autores: BARROETA URQUIZA J.; RUIZ ROMERO V.; GIMÉNEZ RAURELL F.J.; TORRES MARTÍN M. Y ALEMANY LASHERAS F.J..

Objetivos: Evaluar el funcionamiento de las Comisiones de calidad del hospital y el cumplimiento de los objetivos

Material y Método: A través de la Comisión Central de Calidad, la Responsable de Calidad realiza una labor de coordinación de todas las comisiones de calidad del hospital. Se actualiza la información disponible desde la web de cada comisión, solicitando la información necesaria a cada uno de los secretarios. A finales de año, se realiza un informe que incorpora una evaluación del cumplimiento de objetivos y se diseña el cronograma de reuniones del año. Todo ello se presenta a principios de año en la reunión anual de la Comisión. Para el año 2013, se plantearon 7 objetivos comunes: 1) Establecer el calendario de reuniones para 2013 en enero, 2) Confirmar la periodicidad o ajustarla a necesidades actuales, 3) Disponibilidad de cada acta por intranet en 30 días, 4) Mantener actualizados los miembros. 5) Revisar los documentos disponibles en la página de intranet de la Comisión y actualizarla. 6) Añadir en intranet aquellas Comisiones activas que no estuviesen disponibles aún y las nuevas. 7) Homogenizar el formato de cada una de las páginas web de las comisiones. En algunas comisiones no procedían algunos de estos específicos, especialmente aquellas que no se reúnen con una periodicidad definida sino a demanda. Además se plantean varios objetivos específicos para cada comisión (una media de 3,5 para cada una), alineados con los objetivos del Contrato Programa y con los objetivos del hospital. Éstos se acuerdan entre la Dirección y el secretario de cada una de ellas y, en las primeras reuniones del año de cada una de las comisiones, se van matizando los objetivos.

Resultados: Se evaluaron 24 comisiones y se chequearon los específicos y los 4 primeros objetivos comunes (el 5 está en proceso y los dos últimos son función de la Responsable de Calidad y están cumplidos). Objetivos comunes: Cronograma de reuniones del año entregado en enero (Cumplen el 88,9% de la comisiones), periodicidad (100%), actas de las reuniones (95,5%) y actualización de miembros (95,5%). Objetivos específicos: Se cumplen 45, el 83,3% del total de objetivos pactados; entre los no cumplidos (9), 5 estaban en desarrollo. El porcentaje medio de cumplimiento de objetivos fue del 87,2%; 13 comisiones cumplieron el 100%. Se fijaron al

inicio del año un total de 60 reuniones y se realizaron 57.

Discusión: Desde 2010 se realiza una coordinación directa sobre el funcionamiento de las comisiones de calidad, desde entonces se ha avanzado en la homogenización de los criterios de evaluación, de los objetivos acordados y del contenido de la web, así como en la puntualidad en la entrega del cronograma y actas. Los secretarios de las

comisiones ajustan cada año la periodicidad según necesidades y concretan los objetivos específicos, de manera que evolucionan adecuándose la realidad del centro.

C-20

Centro: Hospital Virgen Macarena

Provincia: SEVILLA

Área Temática: COMPETENCIAS PROFESIONALES I

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS A PROFESIONALES SANITARIOS DE UCI SOBRE PROGRAMAS BASADOS EN EVIDENCIA CIENTIFICA

Autores: ALEX SÁNCHEZ M.D.; QUESADA PEREZ T.; FLORES CORDON J. Y GONZALEZ CARO M.D..

Objetivos: Identificar fortalezas y áreas de mejora sobre la formación de los profesionales sanitarios que permitan aumentar la seguridad del paciente sometido a procedimientos invasivos en la UCI.

Material y Método: Estudio descriptivo y clinimétrico de corte transversal; realizado con metodología cuantitativa. Mediante elaboración, validación, entrega y recogida de un cuestionario basado en escala NIC para analizar y conocer el grado de conocimiento de 50 profesionales (enfermeras, auxiliares y médicos) de la UCI en el HUV Macarena en el año 2013 sobre los programas BZNZ.

Resultados: El cuestionario BZNZ_0 consta de 16 ítems, fiable (alpha de Cronbach 0,894) y válido (70,188% de varianza explicada), con 4 dimensiones: 1.Conocimiento de los programas (BZ-NZ), 2. Cumplimiento del programa NZ, 3. Cumplimiento del programa BZ y 4. Cumplimiento de higiene de manos. Cada una de estas dimensiones cuentan con una fiabilidad que oscila entre 0,897-0,669. El perfil profesional corresponde a mujer (80%), de más de 40 años (90%) plantilla y con más de 6 años trabajando en UCI (56%).

Discusión: Incentivar la formación continuada entre los profesionales sanitarios y su grado de motivación, contribuirá a mantener e incrementar el cumplimiento de programas basados en evidencia científica como son los programas Bacteriemia Zero y Neumonía Zero y así mejorar la calidad asistencial. El uso en la práctica clínica de la taxonomía NIC permite conocer de forma fiable y válida el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios en los programas BZ y NZ y detectar medidas específicas donde reforzar la formación continuada.

C-21

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. H.U. Virgen de Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: COMPETENCIAS PROFESIONALES I

ELABORACIÓN DE UN BANCO DE TEMAS VALORADOS CRÍTICAMENTE COMO HERRAMIENTA DE FORMACIÓN PARA MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Autores: EXPÓSITO TIRADO J.A.; ECHEVARRÍA RUIZ DE VARGAS C.; LAGUNA TÉLLEZ E.; LÓPEZ LOZANO A.M.; RODRÍGUEZ GARCÍA J. Y GALVÁN RUIZ A..

Objetivos: La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) puede ser un buen método para formar al médico residente a enfrentarse a la numerosa evidencia científica y a las nuevas tecnológicas. Una de las herramientas en la que se aplica la MBE es en los temas valorados críticamente o Critically Appraised Topics (CATs). Un CAT tiene unos apartados bien diferenciados: 1.Desarrollar una pregunta clínica bien construida 2.Búsqueda de la mejor evidencia científica actualizada 3.Criticar y sintetizar la evidencia encontrada --> Escribir CAT 4.Aplicar la evidencia en nuestro ámbito clínico 5.Evaluación de la aplicación de la evidencia --> Revisar CAT 6.Difusión de los hallazgos --> Banco de CATs El objetivo de este proyecto es elaborar un banco de CATs en entorno web que facilite el almacenamiento y consulta de los CATs elaborados por médicos internos residentes de Medicina Física y Rehabilitación.

Material y Método: Diferenciar tres fases bien diferenciadas para alcanzar el objetivo del proyecto: 1.- Selección del contenido que compondrá el Banco de CATs: campos a introducir, funcionalidades a incluir en el Banco de CATs, medidas de calidad que aseguren unos CATs con buena metodología y resultados basados en los criterios de MBE, perfiles de usuarios del registro … Creación de un grupo de expertos (4 tutores de residentes de Medicina Física y Rehabilitación, 1 coordinadora de formación continuada, 1 jefe de Unidad docente de Rehabilitación). Revisión de la literatura científica actualizada sobre sesiones de temas valorado críticamente y

medicina basada en la evidencia. 2.- Desarrollo del software que soportará el Banco de CATs por profesional

experto en el área de informática, con conocimientos y experiencia en realización de bases de datos en el ámbito de la medicina. 3.- Pilotaje del funcionamiento del Banco de CATs y descripción de los resultados preliminares.

Resultados: Se ha elaborado un Banco de CATs en entorno web (dirección http://www.eulate.net/cats/) Se han incluido 13 sesiones tipo CATs en la aplicación. Por áreas temáticas se han incluido 6 de Musculoesquelético, 3 de Neurorehabilitación, 1 de Rehabilitación Infantil y 3 Miscelánea. De estas, 7 han finalizado el proceso de calidad de la sesión, tras revisión por el tutor de referencia y por el revisor responsable del área temática de la sesión, habiéndose publicado y siendo consultable en el banco de CATs de forma libre. Se pueden utilizar distintos filtros para su consulta: áreas temáticas, códigos diagnósticos CIE-9, códigos de procedimientos CIE-9, fecha de validez de la sesión CAT, etc.

Discusión: Las Sesiones Clínicas tipo CATs son un instrumento óptimo para formar al médico interno residente en la utilización de la metodología de Medicina Basada en la Evidencia. Este banco de CAT es una innovación dentro de nuestra especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, ayudando a difundir los resultados de los CATs para uso de otros profesionales con interés en el tema.

C-22

Centro:

Provincia:

Área Temática: COMPETENCIAS PROFESIONALES I

PROMOCIÓN DE CUIDADOS DE CALIDAD ANTE LA E.RENAL POR PROFESIONALES DE MEDICINA INTERNA Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

Autores: POZUELO GARCÍA I.; CABELLO ROMERO C. Y TIENDA MORENO M..

Objetivos: Investigar qué nivel de conocimientos sobre la ERC tienen los profesionales sanitarios, así como los estudiantes en formación del tercer curso de Enfermería. Detectar si el programa de formación académica en La facultad de Enfermería,es adecuado adquirir los conocimientos necesarios sobre la patología renal. Recopilar información sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios en los servicios de medicina interna de nuestro Hospital.

Material y Método: Diseñamos estudio longitudinal descriptivo, a 35 profesiones Medicina Interna y a 68 estudiantes de 3º de Enfermería. Se diseñó una encuesta con 14 preguntas cerradas con respuestas verdaderas, incompletas o falsas y

N/S N/C. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, años de ejercicio de la profesión y las correspondientes a la encuesta de valoración.

Resultados: Un 11% desconoce la importancia de la prevención de la hipertensión y la diabetes en el desarrollo de la enfermedad renal. En la prevención en salud el 23% opina que no se pueden evitar las infecc. de orina, frente al 6% de los estudiantes. Un 31% y en un 50% respectivamente, opinaron que el debut de la enfermedad renal va acompañado necesariamente de síntomas y/o malestar y que el seguimiento en las consultas de nefrología nunca puede retrasar el progreso de la enfermedad. Que el paciente sea participe en las decisiones que se tomen durante todo su proceso(Ley de autonomía)es desconocido en un porcentaje considerable de los encuestados. En relación al trasplante renal se demuestra con las respuestas obtenidas en un alto porcentaje de

no sabe/no contesta, que es necesaria una formación básica en esta cuestión.

Discusión: Enfermería debe utilizar, manejar y dominar todos los instrumentos de información posible para saber cuáles son las principales enfermedades que inducen a Enfermedad Renal Crónica y abordar a la población en riesgo de forma integral. Prevención, Cuidados y Manejo de la Enfermedad Renal es la clave, y este es el conocimiento fundamental que deben adquirir los estudiantes durante su formación y los profesionales en el ejercicio de su práctica diaria.Consideramos que con los datos obtenidos sería necesario que los futuros profesionales adquieran conocimientos y competencias que los capaciten para el trabajo interdisciplinario e interniveles. Respecto a las enfermeras en activo sería interesante crear un programa de reciclaje básico para profesionales de medicina interna para poder prevenir numerosos problemas y tratarlos de forma prematura. El gran reto es mantener el entusiasmo e interés por formarse para poder asumir la demanda de cuidados de nuestros pacientes, cuidados especializados, individualizados y de calidad. En definitiva, los objetivos e intereses para profesionales y estudiantes son comunes, que no son otros que proporcionar los mejores cuidados a aquellos que nos necesitan.

C-23

Centro:

Provincia:

Área Temática: COMPETENCIAS PROFESIONALES I

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN HEMODIÁLISIS

Autores: TIENDA MORENO M.; CABELLO ROMERO C. Y POZUELO GARCIA I..

Objetivos: 1.-Determinar la reducción del volumen de residuos sanitarios peligrosos. 2.-Aumentar la seguridad de pacientes, profesionales y población en general

Material y Método: El estudio se ha llevado a cabo en el Centro Periférico Hemodiálisis Virgen Macarena (CPH), desarrollándose un estudio prospectivo de cuatro años, con un volumen asistencial de 94 pacientes en programa de hemodiálisis (HD), con más de 50 profesionales para un total de aproximadamente 52.000 sesiones de HD en el

período. Partiendo de un mapa de distribución de contenedores existente, se reformula éste y paralelamente se inicia un programa de formación específico para los profesionales del centro. Se participó activamente en la comisión de residuos del Hospital Virgen Macarena (HVM) y se rediseñó el plan de gestión de residuos del centro. Los datos sobre generación de residuos se registraron diariamente, por turnos, de mañana y tarde, pesándose los contenedores una vez retirados de las unidades asistenciales, etiquetándolos convenientemente y anotando los valores obtenidos en hojas de control. El análisis de estos datos se realiza mensualmente y es auditado por la unidad de gestión ambiental del HVM.

Resultados: Los resultados arrojan un descenso de los residuos generados del 20,7%, con un descenso adicional del 60,3%

en el número de contenedores utilizados, sin que se hayan registrado accidentes con material infeccioso en el personal del centro. Adicionalmente, se han cumplido objetivos de la Unidad de Gestión Clínica en esta materia para el ejercicio 2013. En cuánto al segundo de los objetivos propuestos, no se han registrado accidentes biológicos, ni denuncias por incumplimiento de protocolos, así como se han superado todas las auditorías realizadas.

Discusión: La gestión de Enfermería se apoya en el amplio y profundo conocimiento que posee y trasciende lo estrictamente asistencial. Enfermería es capaz de participar en proyectos de esta o de cualquier índole y lo que es más importante, es capaz de desarrollarlos con éxito. Además se ha contribuido significativamente al ahorro de costes económicos.

C-24

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: COMPETENCIAS PROFESIONALES I

IMPORTANCIA DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL CELADOR SOBRE SU FORMACIÓN

Autores: LÓPEZ CASTILLO A.; AYALA AGUIRRE I.; LÓPEZ PIEDRA J.A.; CAMILO GARRIDO J.A.; SÁNCHEZ MIRALLES M.D. Y ATAZ LÓPEZ P..

Objetivos: General: Conocer la opinión de las/los celadoras/es en relación con las acciones formativas programadas. Específicos: • Percibir si el plan formativo responde a las necesidades y expectativas del/de la profesional. • Detectar carencias e identificar áreas de mejora para futuras acciones formativas.

Material y Método: Considerando los posibles sesgos y los aspectos éticos de cualquier investigación, el estudio se ha realizado con un diseño cualitativo mediante la técnica de grupo discusión con diez participantes, grabados durante 73 minutos, hasta saturación del discurso, con 1 moderador y 2 observadores. De forma previa, se procedió a la elaboración del protocolo de actuación, carta de información, consentimiento de participación y guión de entrevista semiestructurada. Tras la información obtenida de dos informantes clave, se realizó un muestreo intencional segmentado entre la población diana (plantilla de 230 celadores/as), en torno a cuatro perfiles: a) Género; b) Edad; c) Relación contractual; d) Ser referente – no serlo. Para el análisis de los datos: Transcripción literal del audio a texto. Primera lectura y elaboración de guión por categorías. Codificación de las transcripciones mediante un número. Análisis y elaboración de informe final.

Resultados: ¿De qué se habla?, ¿Qué se dice?, ¿Quién lo ha dicho? y ¿Cómo se ha dicho? Verbatims: GD6: "La formación continuada es importante y necesaria"; GD4: "Falta información"; GD7: "Nos tendrían que dar los días por formación"; GD3: "La formación se debería realizar en jornada laboral"; GD6: "Es indispensable una formación específica para cada puesto de trabajo y que haya más plazas"; GD1: "No tengo porqué gastar mis días en ir a los cursos"; GD2: "Que pongan cursos a distancia",… Mayoritariamente, las/los celadores coinciden en la necesidad de la Formación Continuada (FC) pero se apuesta por su realización durante la jornada laboral o por un cambio de metodología con formación e-learning o b-learning. Se conviene en la necesidad de una mayor difusión y se considera necesario una formación específica para cada puesto de trabajo.

Discusión: Aún siendo necesario que las/los celadores estén cada vez más formados para el desempeño de su puesto de trabajo, con la actual coyuntura económica, la formación continuada está sufriendo ajustes y se está creando incertidumbre sobre su continuidad y calidad. Parece oportuno pues hacer una valoración que permita conocer la opinión,... de estos profesionales acerca de su utilidad, pertinencia,... así como sus propuestas de mejora. En conclusión, aunque es verdad que la FC programada satisface las necesidades y expectativas de la/del celador, no es menos cierto sin embargo que, en un contexto de crisis, la metodología de formación «online» es una de las mejores alternativas ya que permite la mejora de competencias a un mayor número de profesionales, es más económica que la formación presencial, facilita la flexibilidad de horario y favorece la conciliación de la vida laboral y familiar.

C-25

Centro: Hospital de la Merced

Provincia: Sevilla

Área Temática: Espacio Social I

EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA ELECTRÓNICA

Autores: MEDINA PÉREZ M.J.; ORTEGA GÁMEZ M.N.; PUERTA RICA A.; MORALES RIOS S.; BORREGO GRACIANO M.J. Y MARTÍN PRIEGO D..

Objetivos: Objetivo principal: Evaluar la implantación del sistema de hemovigilancia electrónica. Objetivos secundarios: ·Conocer el tiempo en transfundir una unidad de sangre. ·Conocer el grupo sanguíneo más transfundido. ·Conocer el Rh más transfundido. ·Conocer el hemoderivado más transfundido. ·Conocer el sexo que recibe más transfusiones. ·Conocer la edad de las personas que reciben más transfusiones. ·Evaluar el porcentaje de transfusiones iniciadas y finalizadas con sistema de hemovigilancia electrónica.

Material y Método: Material y método Se ha realizado un estudio observacional, ya que nos hemos limitado a observar, medir y analizar determinadas variables en los registros de estudio sin establecer ni ejercer ningún control sobre ellos, descriptivo, puesto que los datos son utilizados con finalidades puramente descriptivas y sin establecer posibles relaciones causales, transversal y retrospectivo, puesto que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo y se han obtenido de archivos o registros. Se ha desarrollado durante los

meses de Enero de 2014 a Marzo 2014. Se revisaron todas las transfusiones realizadas en una unidad de urgencias. Se estudiaron todos los datos registrados en el sistema de hemovigilancia electrónica: unidades de hemoderivados con su correspondiente grupo y Rh, el tiempo de transfusión, las unidades iniciadas y finalizadas con dicho sistema, así como sexo, edad, grupo y Rh de cada persona transfundida.

Resultados: Resultados Se realizaron 507 transfusiones, de ellas 294 se administraron a hombres y 213 a mujeres. La edad a la que se recibieron mayor número de transfusiones fue entre 71 y 90 años. Se transfundieron los siguientes productos: 459 unidades de hematíes, 15 unidades de plaquetas, 34 unidades de plasma.

Discusión: Conclusión El sistema electrónico de identificación es fundamental para garantizar la trazabilidad transfusional. .Prácticamente la totalidad de las transfusiones se han realizado con hemovigilancia electrónica.

·Respecto al tiempo de transfusión, ha sido entre sesenta y uno y ochenta minutos coincidiendo con los tiempos aconsejados. ·El grupo sanguíneo más transfundido ha sido el A. ·De todos los pacientes trasfundidos

el Rh que predomina es el positivo. ·El hemoderivado más transfundido son los hematíes. ·Los hombres reciben más transfusiones sanguíneas que las mujeres. ·La edad en la que se reciben más transfusiones es entre setenta y uno y noventa años.

C-26

Centro: Distrito Sanitario Poniente de Almería

Provincia: Almería

Área Temática: Espacio Social I

OBESIDAD INFANTIL EN ESCOLARES INMIGRANTES DEL MUNICIPIO DE EL EJIDO

Autores: MONCADA DÍAZ R.; GARCÍA HERNÁNDEZ A.M. Y FERNÁNDEZ LÓPEZ M..

Objetivos: Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los escolares inmigrante del municipio de El Ejido. Analizar las diferencias en obesidad según nacionalidad, sexo y nivel educativo.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo transversal sobre 3.009 escolares del municipio de El Ejido (1.430 chicas y 1.579 chicos) en el año escolar 2012-2013, con un muestreo intencional de los colegios, con edades de los escolares de entre 6 y 13 años, participando 12 de los 18 centros públicos con los que cuenta el municipio. El 96,2% del alumnado participó en el estudio antropométrico según la siguiente distribución de alumnos por curso: 519 de 1º, 534 de 2º, 479 de 3º, 530 de 4º, 455 de 5º y 492 de 6º. La recogida de datos se realizó entre enero y mayo de 2013, se utilizó un cuestionario con las medidas antropométricas (peso, talla e indice de masa corporal), y las variables fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad, colegio, curso y clase. Los datos se recogieron en horario lectivo a través del profesorado de educación física que fue previamente entrenado para unificar los criterios de recogida de información. El peso se estimó con balanzas de baño electrónicas con una precisión de ± 100 gramos previamente calibradas. Los escolares fueron pesados sin calzado y con ropa deportiva. La altura se estimó mediante tallímetros portátiles enrrollables con la precisión de ± 1 mm, con lo escolares en bipedestación, sin calzado y en condiciones estandarizadas, con la cabeza situada en plano horizontal nariz-trago. Para establecer los puntos de corte de sobrepeso y obesidad se han utilizado los estándares de crecimiento de la O.M.S. de 2007 para niños de entre 5 y 18 años.

Resultados: En escolares inmigrante hemos encontrado un 14.7% de obesidad frente al 26.5% de los escolares españoles ($p<0.0001$). Según las nacionalidades mas representadas en el municipio, los búlgaros son los que más obesidad presentan (30.3%), seguido por los españoles (26.5%), después los rumanos (23.8%) y por último los marroquíes (10.6%) ($p<0.0001$). Entre el alumnado inmigrante no hay diferencias en obesidad entre chicos y chicas (14.8% y 14.6% respectivamente) a diferencia del alumnado español (31.1% y 22.2% respectivamente). A diferencia del resto de nacionalidades, en los rumanos las chicas superan a los chicos en obesidad (27.9% y 19.7%) ($p<0.0001$). No hay diferencias significativas en obesidad en escolares inmigrantes entre los diferentes cursos y ciclos educativos. En escolares española aumenta significativamente en el último ciclo (10-12 años).

Discusión: Debido al alto porcentaje de escolares inmigrantes en el municipio de El Ejido, es interesante conocer la obesidad infantil con la finalidad de acercarnos más a la realidad de la zona y ajustar los programas y acciones a dicha población, teniendo en cuenta las condiciones sociales y culturales que les rodean. Nos queda pendiente evaluar los estilos de vida de la población inmigrante para conocer la relación que tiene con la obesidad en la población inmigrante.

C-27

Centro: Distrito Sanitario Poniente de Almería

Provincia: Almería

Área Temática: Espacio Social I

¿QUÉ INTERVENCIONES SON EFECTIVAS PARA DISMINUIR LA OBESIDAD INFANTIL?

Autores: FERNÁNDEZ LÓPEZ M.; MONCADA DÍAZ R.; GARCÍA HERNÁNDEZ A.M.; GRANADOS SERRANO M.T. Y PIQUERAS ROMERO N.M..

Objetivos: Evaluar y determinar la efectividad de las intervenciones destinadas a prevenir la obesidad infantil y a disminuir su prevalencia.

Material y Método: Revisión sistemática de la literatura usando las palabras clave: Child Obesity, Health Promotion, Health Promotion & Pediatric Obesity. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante: Medline, Pubmed, Cochrane. Se seleccionados 36 estudios, los que se incluyeron en la revisión realizada por Cochrane en 2013, se evaluaron distintos tipos de intervenciones con enfoque individual y multicompetente aplicados en colegios a niños menores de 18 años.

Resultados: La evidencia sugiere que cuando se combinan e integran varias estrategias dirigidas a la reducción de la conducta sedentaria, al aumento de la actividad física, dieta saludable y comportamiento pueden tener un beneficio potencial en los resultados antropométricos, tanto para la prevención cómo para el manejo de la obesidad infantil. Se establecen con esta revisión una serie de estrategias que son: 1. Incluir en el Plan de centro en las escuelas estrategias donde se aborde: alimentación saludable, actividad física e imagen corporal; 2.Aumentar las sesiones para la actividad física y el desarrollo de habilidades básicas de movimiento a lo largo de la semana escolar; 3. Mejorar la calidad nutricional de los alimentos en los comedores escolares; 4. Entornos y prácticas culturales que apoyen a los niños a comer alimentos saludables y a la realización de actividad física a lo largo de cada día. 5. Apoyo a los profesores y personal escolar, para poner en práctica las estrategias de promoción de la salud; 6. Apoyo a los padres para que los niños en el hogar sean más activos, coman alimentos más nutritivos y pasen menos tiempo en actividades que incluyan pantallas.

Discusión: A pesar de los múltiples estudios que existen sobre este tema, en la actualidad no identificamos cuales son los componentes de la intervenciones eficaces y como estos pueden integrarse en las áreas de educación, sistemas de atención, salud y lograr por tanto, un impacto sobre la salud sostenible a largo plazo. Faltan estudios que disminuyan el alto nivel de heterogeneidad que se observa en los estudios. La obesidad infantil causa problemas psicológicos, sociales y de salud, está relacionada en la edad adulta con enfermedades como la disfunción cardiovascular, DM tipo II, alteraciones hepáticas y renales. Se han realizado numerosos estudios destinados a mejorar tanto la obesidad como la actividad física, pero solo unos pocos estudios han visto resultados positivos en cuanto al IMC. La prevención de la obesidad es una prioridad en salud pública. La base de conocimiento disponible sobre las intervenciones para reducir el riesgo de obesidad en la población, sigue siendo limitada. El impacto de las intervenciones en la prevención de la obesidad, el funcionamiento y seguridad de las intervenciones sigue siendo poco conocida.

C-28

Centro: UGC EL JUNCAL. SEVILLA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Espacio Social I

USO DE SERVICIOS EN ATENCION DOMICILIARIA

Autores: GAMERO DE LUNA E.J.; WINKLER - G.; MESA RODRIGUEZ P.; MONTERO GARCIA J.D. Y LIÑAN CACERES A.M..

Objetivos: Describir el uso de los servicios en Atención primaria (AP) y Hospitalaria (AH) de los pacientes en atención domiciliaria (AD) de una UGC urbana.

Material y Método: Estudio descriptivo de ámbito AP y marco temporal 2013. La población muestral estuvo formada por 159 pacientes elegidos aleatoriamente del registro de pacientes en AD (402) de nuestra UGC. Se tomaron variables

demográficas, de uso de servicios en AP y AH.

Resultados: El 80% fueron mujeres y el 83% >75 años. Todos los pacientes recibieron atención por el médico (MF) y el 81,4% por la enfermera (EF). Sólo el 67% recibió atención en domicilio (AtD), y de ellos el 40,6% sólo por EF y el 57,4% por ambos. En el Centro se generaron 1819 consultas en MF y 584 en EF (frecuentación 12 Vs 3,9). En AtD se generaron 152 consultas en MF y 1095 en EF (frecuentación 1 Vs 7,25). 6 pacientes consumieron el 54% de la AtD de EF, y sólo 2 de ellos habían recibido una única visita de MF en AtD. Hubo 512 demandas de servicios de EF para procedimientos. El 57,8 % para analíticas y el 28,5 % para medir el INR. Se realizaron 854 consultas fuera de la UGC, el 84% en AH, 13,5% en fisioterapia y el 2,8 % a estomatología. De las 715 consultas realizadas a AH el 19,1% fueron primeras consultas (1ªC) y de ellas sólo el 47% procedentes de AP. El 75% de las 1ªC corrieron a cargo de Aparato locomotor (17%), Cardiología (16%), Neurología (10%), oftalmología (8%), anestesia (7%), digestivo y oftalmología (6%) y neumología (4%). Las derivaciones desde AP de los pacientes en AD representan sólo el 0,04% de las derivaciones realizadas en nuestra UGC. Si excluimos del análisis las especialidades quirúrgicas y de tercer nivel, hay un alto número de 1ªC procedentes de AH, en especial en especialidades con patología de frecuente consulta en AP, como son las relacionadas con el aparato locomotor (52%), cardiología (64%), neumología (67%), digestivo (63%) o dermatología (60%). Sólo las consultas de neurología (79%), ORL (88%), urología y oftalmología (100% ambas) tuvieron mayor origen en AP. Las derivaciones desde el servicio de urgencia sólo ocasionaron el 10% de las 1ªC, y no explican el elevado número de primeras consultas procedente de la AH.

Discusión: Debemos cuestionarnos si la información recogida en los procesos asistenciales obedece a la situación real y hasta que punto deben usarse para la toma de decisiones. Los servicios deben orientarse hacia intervenciones efectivas y no hacia la demanda. Para ello, deberían revisarse aspectos estructurales como, los sistemas informáticos, su intercomunicación y gestión de citas; aspectos organizativos como los modelos de sectorización enfermera frente a modelos de cupo compartido, fórmulas de coordinación entre niveles y categorías, pasando por una única gestión de historias y sistemas de citación. La AtD debería incluirse dentro de la ordenación funcional del MF. Es preciso revisar los procedimientos y establecer programas de abordaje específico para los pacientes especialmente frecuentadores.

C-29

Centro: 670948000

Provincia: Sevilla

Área Temática: Espacio Social I

ADECUANDO LA ASISTENCIA, A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

Autores: BAENA RAMIREZ B.; ROJAS LUCENA I. . Y ALFONSO DALDA S..

Objetivos: Detectar las necesidades de la población, priorizar las intervenciones y evaluar nuestra labor asistencial

Material y Método: La UGC de San Isidro emprende su andadura en el año 2011. Al comenzar el 2012 y tener que establecer los objetivos en el Acuerdo de Gestión se realiza un análisis de los resultados clínicos conseguidos en el cierre del año 2011, para detectar el estado de salud de nuestra población y priorizar intervenciones lo más adaptadas posibles a las necesidades de nuestra población. La Unidad dispone de un cuadro de mando para el seguimiento de los indicadores del Acuerdo de Gestión, firmado con el Gerente del Distrito y el director de cada UGC. Esta monitorización contempla, entre otros, indicadores de calidad de los diferentes planes integrales, de los procesos asistenciales integrados (PAI) y el Índice Sintético para la Normalización de la Práctica Clínica (ISNPC).Así como, la hospitalización por enfermedades sensibles a los cuidados ambulatorios y su correlato en los Preventable Quality Indicators (PQIs).

Resultados: Ante los resultados de estos indicadores, y evidenciando que algunos como el PAI diabetes y el PAI cuidados paliativos eran deficitarios, se decide poner en marcha un plan formativo y de seguimiento de los mismos y una Técnica de Grupo Nominal. El ISNPC al cierre del 2011 se encontraba en un nivel de consecución de 85,65%. Respecto al PAI diabetes, menos del 40% tenía en el 2011 una petición de HBA1c. Además el informe emitido por el servicio de epidemiología de nuestra AGS, evidenciaba una desviación en el PQI 16 y el PQI3 en nuestra ZBS.Es decir, que nuestros diabéticos tenían más ingresos por complicaciones crónicas y eran sometidos a intervenciones de amputación en extremidades inferiores, en una tasa mayor al resto de la población del AGS. La Técnica de Grupo Nominal para explorar el PAI de paliativos concluyó en 5 ideas que fueron; la necesidad de mejorar la organización y comunicación entre el médico y su enfermero, de formación en el manejo de estos pacientes y sus cuidadores, de reforzar el procedimiento a seguir en las voluntades vitales anticipadas, de identificación de un profesional referente por parte del paciente y su círculo de confianza, y de nombrar un referente de este proceso en la unidad.

Discusión: Aunque la evolución de nuestra UGC en el transcurso de los tres años, ha sido favorable, en general, ya que se ha mejorado en la cobertura de los indicadores de calidad del conjunto de los procesos asistenciales, se ha pasado de un ISNPC de 85,65% a un 94,56% al cierre del 2013. En la unidad se está trabajando para mejorar las deficiencias halladas y entre otras cosas, se ha puesto en marcha un estudio de investigación denominado "Características del paciente diabético del C.S. "San Isidro" de Los Palacios (Sevilla) y sus motivos de ingreso", para a partir de los resultados poder reevaluar el trabajo que se realiza y modificarlo si fuera necesario, en beneficio de la salud de nuestra población.

C-30

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA **Provincia:** SEVILLA

Área Temática: Espacio Social I

CLAVES QUE GARANTIZAN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y SEGURIDAD CLÍNICA EN PACIENTES FRÁGILES AL ALTA HOSPITALARIA

Autores: BLANCO REINA E.; LÓPEZ ARANDA A.I.; PANTOJA BENITEZ J.; CARCAMO BAENA J. Y BALSERA TREJO M.I..

Objetivos: Nuestro objetivo es la inclusión del 100% de los pacientes susceptibles en la plataforma Salud Responde/Telecontinuidad de cuidados de pacientes frágiles, mejorando la homogeneización de la práctica asistencial ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de hospitalización, la implicación de los profesionales referentes asistenciales, recogida correcta de datos evitando la discontinuidad de los cuidados, garantizando la seguridad clínica del paciente en la fase de transición entre ambos niveles asistenciales.

Material y Método: 1. Análisis de datos evolutivos de 2009 a mazo de 2012. 2. Realización de DAFO. 3. Formación acreditada para profesionales asistenciales y mandos intermedios 4. Explotación de datos y cuadro de mando mensual 5. Circuito de identificación y captación de pacientes incluyendo a la enfermera referente en la captación del paciente susceptible. 6. Programa de análisis de errores de registros que imposibilitan el seguimiento en domicilio del paciente. 7. Análisis comparativos de los periodos correspondientes al 2013 y 2014 tras la implantación de líneas de mejora.

Resultados: 1. DAFO identificándose como debilidades principales: La resistencia a los cambios en la sistemática de trabajo, desconocimiento el manejo de la herramienta, en seguridad clínica y homogenización de la práctica asistencial interniveles, ausencia de monitorización, seguimiento y difusión de resultados. 2. Diseño de un Programa de Formación acreditada, que incluyó 2, sesiones formato taller y tutoriales de uso de la herramienta, dirigido a enfermeras asistenciales y mandos intermedios, de la UGC de MI 3. Incremento de registros del 373,46% en el 2013 respecto al 2012 y 11,09% en el 2014 respecto al 2013 4. Disminución de errores al 3% y 2% en el 2013-2014 respecto al 20% de errores en el 2012 5. Disminución de pacientes no localizados, por número incorrecto de teléfono al 9% y 10% en el 2013-2014 respecto al 32% de pacientes no localizados en el 2012 6. Disminución de registros sin número telefónico al 0% en el 2013-2014 respecto al 4.8 % en el 2012 7. La explotación, monitorización y su difusión de los datos a mandos intermedios y profesionales asistenciales, ha permitido corregir las desviaciones e implementando líneas de mejoras a muy corto plazo. 8. Las enfermeras referentes han asumido su corresponsabilidad realizando la captación y recogida de datos.

Discusión: Las claves para garantizar la continuidad de cuidados y la seguridad clínica del paciente frágil al alta hospitalaria requieren, explotación, monitorización y difusión de los datos. Formación en el manejo de la herramienta y sus objetivos, impacto en la calidad asistencial y seguridad clínica del paciente, formando parte de los objetivos y sistemática de trabajo de los profesionales asistenciales y gestores de cuidados.

C-31

Centro: H.U. Puerta del Mar

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN I

COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICO Y FARMACÉUTICO POR MENSAJERÍA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Autores: GALLEGO MUÑOZ C.; SÁNCHEZ BLANCO G. Y DOMÍNGUEZ LÓPEZ M..

Objetivos: El objetivo principal es analizar el nivel de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas a través de un sistema de mensajería en un programa de prescripción electrónica asistida. El objetivo secundario es analizar los motivos más prevalentes susceptibles de intervención farmacéutica.

Material y Método: Estudio observacional prospectivo. Se revisaron diariamente las prescripciones en el área de Sistemas de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) de todos los pacientes ingresados en los siguientes servicios: Rehabilitación, Cirugía Cardiaca, Traumatología, Neurología, Urología y Digestivo. Como medio de comunicación con el médico se empleó el sistema de mensajería incluido en el programa de prescripción electrónica APD-ATHOS®. Diariamente las intervenciones se incluyeron en una base de datos creada con el objetivo de poder sacar conclusiones de los datos a posteriori. El estudio se realizó durante los meses de Abril-Mayo de 2014. En el estudio se incluyeron 988 pacientes. Se realizaron 4.587 validaciones y se revisaron 56.117 líneas de tratamiento.

Resultados: Se realizaron 70 intervenciones de las cuáles 62 (89,85 %) fueron a través de mensajería y el resto por vía telefónica por la urgencia en la resolución de la misma. El número de intervenciones desglosadas por Servicio fue el siguiente: 3 en Rehabilitación, 18 en Traumatología, 10 en Cirugía Cardiaca, 12 en Urología, 12 en Digestivo y 15 en Neurología. Los principios activos implicados se clasificaron según su grupo terapéutico (clasificación A.T.C.): 9 en el grupo A (aparato digestivo), 4 en el grupo B (sangre y órganos hematopoyéticos), 14 en el grupo C (cardiovascular), 32 en el grupo J (antiinfecciosos de uso sistémico), 4 en el grupo N (sistema nervioso), 1 en el grupo R (aparato respiratorio), 3 en el grupo G (aparato genitourinario) y 2 en el grupo M (aparato musculoesquelético). Del total de las 70 intervenciones fueron aceptadas por el facultativo en las 24 horas posteriores un total de 49 (70%) y el resto no fueron aceptadas. Los motivos de la intervención farmacéutica fueron los siguientes: 5 por desescalada antibiótica, 12 por modificación de dosis, 13 por ajuste posológico, 11 por valoración de fín de tratamiento, 8 por existir medicamento más eficaz, 6 por terapia secuencial y el resto (11) por otros motivos de diversa índole.

Discusión: El elevado porcentaje de aceptación de las intervenciones es reflejo por un lado de la utilidad del sistema de mensajería, que facilita una comunicación fluida entre facultativos, y por otro de la importancia del farmacéutico en la validación de los tratamientos. Dichas intervenciones propician un uso más seguro y eficiente de la farmacoterapia de los pacientes. Con respecto a los motivos de intervención farmacéutica, los antibióticos son el grupo de medicamentos más propensos de intervención farmacéutica, aspecto que se correlaciona con la bibliografía existente.

C-32

Centro: APES Hospital de Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN I

IMPLANTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA ENFERMERA EN HOSPITALIZACION MEDICO-QUIRURGICA.

Autores: RECHE GONZALEZ F.J.; CAPEL BONACHERA Y.; JIMENEZ LIRIA M.J.; ESTEVEZ MORALES M.T.; GUIL LOPEZ F. Y GARCIA PANIAGUA J..

Objetivos: Presentar la experiencia y resultados de la implantación de la Historia clínica digital enfermera en Hospitalización médico-quirúrgica del Hospital de Poniente

Material y Método: Se constituyo un grupo de trabajo formado por los Gestores de cuidados de hospitalización médico-quirúrgica, Enfermera gestora de casos hospitalaria y subdirección de enfermería. Tras una revisión bibliográfica y estudio de los diferentes registros enfermeros que se disponían en hospitalización, se procedió a actualizarlos y con ayuda del equipo informático del hospital se incluyeron en el programa Ariadna. El grupo de trabajo ha planificado la formación a los profesionales y el pilotaje posterior durante 1 mes, detectándose durante este periodo áreas de mejora. Y se establecieron criterios de calidad para cumplimentar los registros sin obviar ningún dato importante de tal manera que si no se reflejaban ciertos aspectos no se podía avanzar en el registro.

Resultados: Formación: entre los meses de enero y marzo de 2014 se hicieron un total de 32 sesiones formativas en las diferentes plantas de HMQ y en los diferentes turnos, explicando tanto el funcionamiento del programa, como la forma de registrar y se habilitaron claves y contraseñas a los diferentes usuarios para que practicaran en modo demo. En el primer trimestre de 2014, se piloto en las diferentes áreas de hospitalización médico-quirúrgica, coexistiendo registro en papel y registro electrónico, durante esta fase se aportaron sugerencias por parte de los profesionales para agilizar el programa, o bien para completar alguno de los diferentes apartados las cuales se fueron incluyendo en el registro electrónico. A partir de Abril pasa a ser el único recurso disponible para el registro enfermero. Se va evaluando periódicamente y agilizando y mejorando su uso.

Discusión: Permite a cualquier profesional que esté tratando al paciente tener acceso a la historia clínica completa del paciente con episodios actuales y anteriores, acceso a las diferentes pruebas diagnosticas, analíticas e imágenes. Se minimizan los errores derivados de la transcripción e interpretación de datos al desaparecer los manuscritos. Se reduce la perdida de la información y aumenta la accesibilidad para todos los profesionales implicados Se disminuye significativamente la duplicidad de datos Se ha conseguido unificar en un solo documento la Valoración inicial, planificación y evolución de cuidados, orden de tratamiento e Informe de continuidad de cuidados.

C-33

Centro: Area de Gestión Sanitaria de Osuna

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN I

EL PROYECTO PALANTE, ESPACIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y LA RED GUADALINFO EN UN ÁREA SANITARIA

Autores: IRALA PÉREZ F.J.; REIG REDONDO J.; AGUILAR ALÉS D.; CHUPS RODRÍGUEZ A.M. Y GARCÍA CUMBRERAS F..

Objetivos: El proyecto PALANTE, acrónimo de "Patients leading and manageing their healthcare", persigue el empoderamiento del paciente en el seguimiento de su diabetes utilizando las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en un marco de seguridad y privacidad de los datos personales. Nos planteamos como objetivo, la puesta en marcha del proyecto PALANTE en un Área de Gestión Sanitaria.

Material y Método: Barreras importantes para la inclusión de pacientes en el proyecto, sobre todo en un área rural, son la poca formación tecnológica, la escasa disposición de ordenadores a nivel personal y la carencia de certificado digital para garantizar el acceso seguro a los datos de salud. Para salvar esos impedimentos, se entablaron contactos con la red de centros Guadalinfo a nivel regional y del Área de cara a utilizar los recursos disponibles TIC y favorecer la participación de los pacientes en el proyecto. Entre ambas instituciones se analizaron las formas de colaboración y la distribución de roles de forma que se consiguiese que cada servicio público pusiera a disposición de los pacientes diabéticos del área su experiencia y conocimiento: por parte del SSPA el cuidado de la salud y por parte de la red Guadalinfo, su vocación para mejorar las capacidades tecnológicas de la ciudadanía. El trabajo conjunto se plasmó en un acuerdo de colaboración, la definición de los procedimientos de actuación, actividades de difusión entre sanitarios y dinamizadores de los centros del Área y el lanzamiento definitivo del proyecto de cara a los pacientes.

Resultados: Tras el la puesta en marcha del proyecto, se han incluido 212 pacientes en el seguimiento, 21 pacientes incluidos a nivel hospitalario y 191 a nivel de Atención Primaria (Datos a junio de 2014). La cooperación entre ambas instituciones ha permitido aumentar el número de pacientes responsables en el control de su diabetes a través de las TIC, mejorar el seguimiento por parte del los profesionales sanitarios asignados y convertir a la red de centros Guadalinfo en un recurso de difusión de salud.

Discusión: El trabajo conjunto del Área de Gestión Sanitaria y la Red de Centros Guadalinfo ha generado una importante sinergia entre ambos recursos públicos en beneficio de los pacientes diabéticos del Área, abriendo el camino para la colaboración a nivel de Andalucía.

C-34

Centro: HOSPITAL REGIONAL DE Málaga

Provincia: Málaga

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN I

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITACIÓN DE ANALÍTICAS HOSPITALARIO DE FORMA TELÉMÁTICA A TRAVES DE SALUD RESPONDE

Autores: BUJALANCE HOYOS J.; GOMEZ ROMERO DE ÁVILA J.V.; BUJALANCE OTEROS M.; CRUZADO ALVAREZ C.; FERNANDEZ FERRER F.J. Y MORENO SANJUAN

Objetivos: • Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario. • Organizar el proceso de citación de analíticas a través de agendas. • Disminuir los tiempos de espera para acceder al laboratorio para una extracción

sanguínea(ES). • Aumentar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales de Laboratorio. • Implantar un sistema de citación telemático, innovador en el ámbito hospitalario, de citación de pruebas diagnosticas a través de Salud Responde.

Material y Método: El acceso al Laboratorio de los pacientes para realizarse una ES se realizaba a través de un número de orden. Esto suponía que había pacientes que podían tardar más de dos horas para la ES, dependiente de los picos de demandas. se realizan 750 ES al día en ambos centros. Metodología: • Se diseñaron las de los diferentes tipos de analíticas existentes. • Se organizó el sistema de comunicación telemático con Salud Responde. • Se crearon unas tarjetas identificativas con el código de provincia, el código del tipo de analítica y el código de centro sanitario. • Se diseñó un circuito de entrega de estas tarjetas a través de los profesionales de enfermería de y el proceso informativo a los pacientes. • Se diseña un plan de formación a todos los profesionales de enfermería y de atención ciudadana. • Se implanta unos teléfonos en los centros sanitarios para los paciente que lo deseen. • Se coloca cartelería informativa para los pacientes y profesionales.

Resultados: Se inicia el nuevo sistema el 29/9/14. Se realizan 8 sesiones informativas a los cargos intermedios de enfermería. Se han diseñado las agendas dependiendo de los diferentes tipos de analíticas existentes en los centros: adultos, pediátricas, curvas de glucemia y especiales. Todas las consultas disponen de las tarjetas identificativas y se están facilitando a todos los pacientes. Tras dos semanas de implantación, el 32% de las citas del laboratorio ya se realiza a través de este sistema. Aun hay pacientes con el sistema anterior que no estaban informados antes del 29/9/14. Este porcentaje de pacientes con citas se estima que irá aumentando en unos meses hasta conseguir el 100%. La mayor dificultad que hemos tenido ha sido que han estado activos los dos sistemas de acceso al laboratorio: pacientes con cita y sin cita, priorizando los que venían con cita.

Discusión: Implantar sistemas innovadores de citación mejora la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario. La citación de los pacientes está siendo de forma organizada y planificada. La colaboración de los profesionales de enfermería ha sido fundamental en el proceso de información. El acceso mediante cita mejora la satisfacción de los pacientes y profesionales. Este sistema que se ha pilotado en nuestro centro será evaluado a través de unas encuestas de satisfacción a los pacientes. Este sistema podrá ser implantado en el resto de centros sanitarios de Andalucía. El sistema de citación ha sido un éxito, y aportaremos más datos del próximo mes en la exposición en la sede.

C-35

Centro: AGS NORTE DE Jaén

Provincia: Jaén

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN I

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA LA CONSULTA DE ESTILOS DE VIDA PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: CARRANZA MIRANDA E.M.; GARCÍA MORAL A.T.; GARCÍA HERNÁNDEZ R.; ORTEGA MARTÍNEZ M.I.; QUESADA SUÁREZ J.P. Y VALERO BALBOA L.C..

Objetivos: La reorientación de los servicios sanitarios es una recomendación del IV Plan Andaluz de Salud que señala entre las necesidades y servicios que se han de prestar a medio plazo, la priorización de la prevención y la promoción de salud, la potenciación de la enfermería en la gestión de la cronicidad, mayor protagonismo de los pacientes, la interacción de los planes entre sí y la evaluación de los mismos. Con el diseño e implantación de esta aplicación se persigue: * Fomentar la promoción de estilos de vida saludables como medida preventiva y de promoción de salud. * Promover la intervención en estilos de vida como la primera medida a realizar ante el diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible. * Facilitar a los profesionales la realización de una intervención estructurada y rigurosa para abordar los estilos de vida. * Favorecer la autonomía del paciente

Material y Método: Consulta de bibliografía actualizada para diseñar la intervención y materiales de apoyo. Reestructuración de la consulta programada de enfermería para dar espacio específico a estas intervenciones. Diseño e implementación de la aplicación web que guía la intervención y graba la información en la historia de salud digital del ciudadano (Diraya). Revisión de los materiales con los referentes de consejo dietético y tabaquismo de Atención Primaria. Formación en cadena a través de los referentes para dar difusión a todos los profesionales de Medicina y Enfermería de Atención Primaria del AGS Norte de Jaén.

Resultados: La estructura definitiva de esta consulta consiste en un proceso de valoración inicial del estilo de vida, cuatro sesiones de intervención en consejo dietético o en tabaquismo y un programa de seguimientos para valorar la continuidad. Todo ello queda reflejado en la historia de salud digital del paciente. La aplicación y sus contenidos definitivos han sido puestos a disposición de los profesionales en junio de 2014 por lo que los resultados son datos iniciales de recorrido de la intervención. Así encontramos que en este periodo se ha intervenido con 1150 pacientes. Además del AGS Norte de Jaén, la aplicación está siendo utilizada por el AGS Norte de Córdoba y los DS Metropolitano de Granada y Jaén-Jaén Sur.

Discusión: Los datos de actividad de los profesionales de Atención Primaria nos hablan de una buena acogida de la iniciativa y de la concienciación de los profesionales, especialmente de Enfermería, acerca de la importancia de intervenir en el estilo de vida de sus pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en los momentos iniciales tras el diagnóstico. Con un mayor plazo para evaluar el alcance de esta reestructuración de la intervención esperamos encontrar resultados alentadores en la frecuentación de los pacientes a las consultas de Enfermería y Medicina, mejoras en las constantes recogidas y cambios en la pauta de medicación de pacientes con diabetes, hipertensión arterial y dislipemia.

C-36

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Provincia: Almería

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN I

"ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL MODULO DE CUIDADOS DE DAE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS".

Autores: LOPEZ GARCIA J.; LOPEZ CABRERA D.; JUAREZ MORALES A. Y CAÑADAS NUÑEZ F..

Objetivos: El objetivo del Plan de Implantación fue conseguir la adherencia de los profesionales en el uso de la historia digital del paciente.

Material y Método: La estrategia de implantación abarcó diversas líneas de trabajo, las orientadas a la formación de los profesionales en el manejo de la aplicación, las de creación e incorporación de herramientas de ayuda a la planificación de los Cuidados (Planes y Recomendaciones al alta) y por último las centradas en el seguimiento de indicadores de cumplimentación y feed-back a los profesionales. En orden cronológico el Plan de Implantación se llevó a cabo de la siguiente forma: Año 2012: Implantación del módulo de cuidados de DAE en todas las Unidades del C.H.T. (2º trimestre de 2012). Sesiones prácticas de formación a profesionales en las Unidades. Creación de Planes de Cuidados estandarizados en la aplicación. Año 2013:Sesiones de formación a Supervisores y Coordinadores de Cuidados. 4 sesiones abril 2013. Creación y revisión de Planes de Cuidados en la aplicación. Sesiones prácticas de formación a profesionales en las Unidades. Seguimiento mensual de indicadores de cumplimentación de la Valoración Inicial de Enfermería. Año 2014:Creación y revisión de Planes de Cuidados en la aplicación. Incorporación de recomendaciones al alta en la aplicación. Seguimiento de indicadores de cumplimentación: Valoración Inicial, Informes de Continuidad de Cuidados (I.C.C.) y tasas de UPP.

Resultados: Durante estos tres años se han formado enfermeras de 30 Unidades de Hospitalización del Complejo y un total de 19 Supervisores responsables de Unidades de Hospitalización. Los profesionales disponen en la aplicación de 46 planes de Cuidados estandarizados y 134 recomendaciones de cuidados al alta Progresivamente se han ido siguiendo un mayor número de indicadores, en 2014 los indicadores de seguimiento son: % de cuestionarios de Valoración Inicial cumplimentados sobre el total de ingresos, dato octubre 2014: 83.16%, % de informes de continuidad de cuidados emitidos sobre el total de altas, 60.77%, % de aparición de úlceras por presión sobre el total de pacientes hospitalizados, 1.48% y % de pacientes con úlcera por presión, producida o no, sobre el total de pacientes ingresados, 2.59%. Los datos obtenidos del seguimiento se remiten a los responsables de las unidades para su conocimiento y difusión entre los profesionales con periodicidad mensual.

Discusión: Podemos concluir que las iniciativas puestas en marcha para la implantación han sido oportunas arrojando en este momento porcentajes elevados de adherencia de los profesionales al uso de la historia digital. Consideramos que una de las estrategias clave ha sido el seguimiento constante de los indicadores y su feed-back a los profesionales ya que al establecerse con periodicidad mensual permite incidir precozmente ante cualquier desviación. La evolución ha sido creciente desde el comienzo de la implantación dándose en los meses de mayor temporalidad laboral ligeras fluctuaciones en los indicadores.

C-37

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN II

CALIDAD Y USO DE LAS PÁGINAS WEB DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANDALUCES COMO

CANAL DE COMUNICACIÓN PARA EL CIUDADANO

Autores: ESCOBAR-UBREVA A.; BUIZA-CAMACHO B.; FERNÁNDEZ-BERMEJO M.C. Y TURIÑO-GALLEGO J.M.

Objetivos: Medir la relevancia que le dan los centros hospitalarios públicos andaluces a sus canales de comunicación y de oferta de servicios web. Evaluar el alcance del Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias en este ámbito con respecto a otros sistemas de reconocimiento de calidad y fiabilidad de información web.

Material y Método: Estudio observacional, transversal y descriptivo de la situación de los portales web de 33 centros hospitalarios del SSPA en cuanto al uso de estos canales y la calidad y fiabilidad de los servicios web que se prestan. Fecha del estudio: Septiembre 2014

Resultados: El 24% de los centros hospitalarios del SSPA no disponen, a fecha del estudio, de página web. Solo el 20% de los centros hospitalarios con página web actualizó sus contenidos en el último año o informa de ello. Únicamente, el 8% de los portales de estos centros hospitalarios cuenta con algún tipo de reconocimiento de calidad y fiabilidad de sus contenidos (sello de acreditación, distintivo, etc.). La cobertura actual para centros hospitalarios del SSPA del Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias es del 32% y acumulada desde el inicio del Programa del 33%.

Discusión: Actualmente, el 41,4% de los internautas utiliza Internet como el primer canal de comunicación e información en páginas web de instituciones públicas de salud. Sin embargo, aún existen centros hospitalarios públicos en

Andalucía que carecen de estos medios. Por otro lado, la calidad de estos canales de comunicación, como escaparate de servicios en el caso los organismos públicos, debería ser un factor prioritario. La incorporación de sellos, distintivos de prestigio o elementos de reconocimiento, incluido el Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias, que garanticen la calidad y el compromiso con el usuario para proporcionar información fiable y actualizada es escaso en los centros hospitalarios del SSPA. El Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias actualmente es de carácter gratuito. Otorga el único sello de acreditación avalado por un ente público, constituyendo una oportunidad para las instituciones sanitarias de completar un procedimiento para valorar y mejorar la calidad, fiabilidad y seguridad de estos canales de comunicación, potenciando así los servicios ofrecidos a los ciudadanos. De este modo, sería recomendable continuar potenciando la acreditación de páginas web de estos centros hospitalarios públicos a partir de actividades de sensibilización y difusión, concienciando acerca de la importancia de estos canales de comunicación para potenciar la actividad y servicios de estos centros.

C-38

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Provincia: Granada

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN II

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD HISTORIA CLINICA DIGITAL DIRAYA ATENCIÓN ESPECIALIZADA SEGÚN CRITERIOS CONTRATO PROGRAMA.

Autores: PEÑA TAVERAS M.C.; MARTINEZ CIRRE M.C.; FERNANDEZ VALDIVIA A.; MARTINEZ TAPIAS J. Y MORENO AGUILAR R..

Objetivos: Comprobar grado de cumplimentación y cierre de los documentos de la historia digital (DAE) de los episodios de alta de hospitalización, en el porcentaje previsto en los objetivos del Contrato Programa: Hoja de anamnesis (HA) >75%. Informe de Alta (IA) >75%. Hoja de Valoración de Enfermería (HVE) >75%. Informe de Alta de Enfermería (IAE) >75%. Hoja Quirúrgica (HQ+Preingreso) (HQ) >80%.

Material y Método: Altas CMBD de Hospitalización de octubre 2013. Muestreo: Aleatorio y estratificado por servicio CMBD. Error: 5%. Confianza: 95%. Proporción: 50%. Población: 2.771 altas. Tamaño muestral: 340. Distribución de estrato: por servicio, ponderado por su número de altas. Se consultó el árbol desplegable de cada episodio de la historia digital DAE de la muestra, comprobándose la "cumplimentación y cierre" de los HA, IA, H VE, IAE, HQ según el procedimiento de DAE y con los criterios del CP.

Resultados: HA está cumplimentada y cerrada en el 30%. por lo que el hospital NO cumple CP. IA en el 93,8. por lo que el hospital SI cumple. HVE en el 76,2%. por lo que el hospital SI cumple. IAE en el 72% de los episodios, por lo que el hospital NO cumple. HQ (HQ+Preingreso) en el 59% de los episodios en que procede su valoración, NO cumple CP.

Discusión: De los 340 episodios, 141 (41,5%), son altas de servicios médicos (M) y 199 (58,5%).de servicios quirúrgicos (Q). Destaca baja cumplimentación de la hoja específica de Anamnesis. Un total de 236 episodios (69,4%) no tenían rellena y cerrada la HA, de los que 60 son médicos y 176 quirúrgicos. El IA estaba cumplimentado y cerrado 319 (93,8%). En 21 episodios no (6 M y 15 Q). Destaca que 21(6,2%)episodios contienen el IA, aunque no está cerrado, cuatro meses después del alta. En 110 altas de servicios en quirúrgicos no procedía (NP) la existencia de la HQ, por tratarse de un procesos médicos. En 39 casos de los en que procedía la HQ no estaba cumplimentada y cerrada. La VIE estaba cumplimentada y cerrada en 259 episodios (76%), y no en 81 episodios (23 M y 58 Q). Hay 246 episodios (72,4%) con IAE. Faltando en el 90 (27 M y 63 Q) de los 340 procesos (26,5%). Los servicios médicos rellenan bien la HA. Destacando Cardiología (100%), Medicina Interna (100%) y digestivo (100%). En cambio, los servicios quirúrgicos no la rellenan y/o no la cierran, destacando Traumatología (100%), Neurocirugía (100%) y Cirugía general (100%). El IA reúne los requisitos en casi todos los servicios, no cumpliéndolo 21 episodios, de los que 7 son de Obstetricia y 4 de neurocirugía. La VIE es cumplimentada y cerrada más en Obstetricia, C. General, Neumología. Y menos en Traumatología, Neurocirugía y C. Pediátrica. El IAE en Medicina Interna, Digestivo y Cardiología. Deficiente en Traumatología, C. Pediátrica y Neurocirugía. La HQ es menos cumplimentada y cerrada en Traumatología, y más en Urología y C. General. Recomendamos una estrategia de abordaje del problema, con sesiones informativas y formativas de las distintas unidades clínicas.

C-39

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Provincia: GRANADA

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN II

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA DE CURA DE HERIDA QUIRÚRGICA.

Autores: MARTINEZ SANCHEZ M.I.; ANAYA FERNANDEZ R.M.; MOLINA MARTIN P. Y CABRERA CASTRO N..

Objetivos: La cura de herida quirúrgica se realiza tradicionalmente mediante técnica seca, sin embargo diversos estudios apuntan a que la utilización de una técnica de cura húmeda puede mejorar la seguridad y el confort de los pacientes. En el servicio de urología en el año 2012 se comenzó a utilizar una técnica de cura húmeda en las heridas quirúrgicas. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia de implantación de la técnica de cura húmeda en heridas quirúrgicas en un servicio hospitalario de urología y las ventajas e inconvenientes percibidas frente a la técnica seca tradicional

Material y Método: Se realizó una investigación cualitativa, en mayo de 2014, a través de un grupo focal formado por 5 profesionales de enfermería que participaron desde el inicio en la implantación de la cura húmeda en el servicio de urología. Se garantizó la confidencialidad de los participantes. La investigación se centró en dos aspectos: Dificultades y puntos fuertes a la hora de implantar la técnica y ventajas e inconvenientes de ésta. Se transcribió literalmente y se realizó un análisis de contenido semántico.

Resultados: La principal dificultad en la implantación de la nueva técnica fue el temor al cambio y la inercia en la práctica diaria de los profesionales. Como punto fuerte destacaron la implicación de los profesionales, sobretodo de la supervisión de enfermería, los buenos resultados obtenidos, así como la disponibilidad de material. Las ventajas percibidas de la técnica se centran en la posibilidad de sellado de la herida durante 7 días lo que aumenta la asepsia y por tanto disminuye la contaminación y la posibilidad de infección, el aumento del confort para el paciente al disminuir las manipulaciones y al ser un apósito adaptable y cómodo y en el ahorro de tiempo de cura y de material. Los inconvenientes se debieron en la fase inicial a la textura y tamaño del material y al rechazo de los profesionales, ambos superados tras salir al mercado apósitos más adecuados y paulatinamente al obtenerse buenos resultados y ser apreciado así por los mismos profesionales.

Discusión: La técnica de cura húmeda es percibida por los profesionales como más segura y confortable para el paciente y más costo-eficiente para la atención sanitaria. Los problemas en la implantación se relacionaron con la dificultad para la mudanza de rutinas y la adecuación del material a las heridas quirúrgicas urológicas. Las principales fortalezas percibidas para el cambio fueron los propios profesionales implicados, el apoyo de la supervisión de enfermería y los buenos resultados obtenidos con la técnica de cura húmeda.

C-40

Centro: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

Provincia: SEVILLA

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN II

IMPACTO DEL PAPEL DE UN INTERNISTA EN EL AREA DE URGENCIAS

Autores: MARTÍN PONCE M.L.; SILLERO HERRERA A.; GARCÍA GARCÍA J.A. Y MIRA ESCARTI J.A..

Objetivos: Evaluar el papel de un internista ubicado en el área de Urgencias con respecto a la adecuación de la asistencia del paciente.

Material y Método: Estudio descriptivo sobre la actividad asistencial desarrollada entre Noviembre de 2013 a Mayo de 2014 por un facultativo de Medicina Interna ubicado en el área de Urgencias. El objetivo fundamental es facilitar las alternativas de hospitalización entre los pacientes pendientes de ingreso. Otro de los objetivos es optimizar la orientación diagnóstica y el tratamiento en aquellos pacientes ingresados en nuestro Servicio así como la solicitud y gestión de pruebas complementarias desde Urgencias de dichos pacientes. Para ello, se dispone de las siguientes herramientas extrahospitalarias: dos consultas externas para diagnóstico rápido y cuatro unidades de día (tres de ellas para cuidados paliativos). En todas ellas es posible ubicar a los pacientes en menos de una semana desde la solicitud de la cita y, en el caso de las unidades, en menos de 48 horas. En Urgencias, las pruebas complementarias que pudieran ser solicitadas por el internista, además de las propias de este área, son: 1) extracción de analíticas de hospitalización de forma dirigida 2) pruebas diagnósticas para su realización precoz antes de 48 horas, como son la ecocardiografía, ecografía abdominal, TAC cuerpo entero, así como estudios endoscópicos.

Resultados: Fueron evaluados un total de 406 pacientes durante los 79 días con presencia de un internista en el área de Urgencias. De ellos, 124 (30,5%) sujetos pendientes de ingreso fueron remitidos a otras alternativas a la hospitalización: 23 individuos a consultas, 59 a las unidades de día y el resto de sujetos para seguimiento en atención primaria tras optimización del tratamiento, evitando así el ingreso hospitalario. Entre los pacientes ingresados, 282 (69,5%), se realizaron extracciones de analíticas completas de forma dirigida en 82 (29%) de ellos y se solicitaron pruebas diagnósticas en 88 (31,2%) individuos.

Discusión: Invertir recursos propios de Medicina Interna en el área de Urgencias permite disminuir el número de ingresos y repercute en una mejora de la orientación diagnóstica y terapéutica de los pacientes ingresados. Existe un claro beneficio para los pacientes, y un beneficio económico, con la presencia del internista en todas las áreas hospitalarias (urgencias y especialidades quirúrgicas). Esto además conlleva una mejora en la continuidad asistencial y en la relación del hospital con atención primaria. CONCLUSIONES: La valoración precoz de los pacientes pendientes de ingreso en el área de Urgencias facilitó la orientación diagnóstica y la optimización del tratamiento. Un alto porcentaje de individuos pueden ser reubicados en las distintas alternativas a la hospitalización de las unidades de Medicina Interna, evitando así el ingreso hospitalario.

C-41

Centro: Hospital Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN II

MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL CLÍNICA TRAS IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: JIMÉNEZ RAMOS C.; MACÍAS DÍAZ P.; PÉREZ HUERTAS R.; CANO MATÍAS A.; RODRÍGUEZ LLAMAS R. Y DOMÍNGUEZ-ADAME LANUZA E..

Objetivos: Principales. 1) Determinar el porcentaje de pacientes que en la fase prequirúrgica alcanzan una pérdida de peso de un 10-20% del peso ponderal; 2) Establecer el porcentaje de pacientes que continúan acudiendo a las revisiones postquirúrgicas según el Protocolo 2 años después de ser intervenidos de cirugía bariátrica (C.B.). Secundarios. 1) Analizar los motivos de fracaso en el seguimiento (fase postquirúrgica); 2) Establecer el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) a 1 y 2 años después de la cirugía.

Material y Método: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes atendidos en una consulta de enfermería. Se analizan 42 pacientes intervenidos entre septiembre de 2011 y julio de 2012, incluidos en un Protocolo de C.B.: -Periodo prequirúrgico: educación en salud y optimización del paciente. Se establece una pérdida de peso ponderal de 10-20% (según Índice de Masa Corporal -IMC- inicial) con una periodicidad de visitas cada 14 días. -Periodo postquirúrgico: educación en salud, control de datos antropométricos y complicaciones postquirúrgicas con seguimiento a los 21 y 45 días de la intervención, y a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses.

Resultados: Características: 69% mujeres; edad media 42,26 años (DS: 10,25); IMC inicial medio 48,9 (DS: 6,96); comorbilidades: HTA 38%, DM 38%, SAOS 40,5%. El objetivo de pérdida de peso prequirúrgico es alcanzado por un 92,86% de pacientes. Un 80,95% de los sujetos continúa el seguimiento postquirúrgico en Consulta de Enfermería a los 2 años. Los motivos de abandono de las revisiones son: 12,5% por embarazo, 12,5% por pertenecer a otra área sanitaria, 75% desconocidos. La media de PSP al año de la C.B. es de 68,69%; teniendo el 57,5% de los pacientes una pérdida del exceso de peso superior al 65%, el 35% pierden entre 50-65% y el 7,5% pierde menos del 50% del sobrepeso. A los 2 años la media de PSP es de 67,52%, consiguiendo el 57,57% de los pacientes una pérdida de sobrepeso superior al 65%, el 30,3% logra entre un 50-65% y el 12,12% no alcanza el 50%.

Discusión: En la Consulta de Enfermería de C.B., aplicando un Protocolo clínico, se consigue que la mayoría de los pacientes con obesidad mórbida pierdan entre un 10-20% del peso antes de la cirugía. El seguimiento estrecho por parte de enfermería de estos pacientes facilita el cumplimiento del Protocolo en la fase postquirúrgica, abandonando pocos pacientes las revisiones periódicas a los 2 años. Esta Consulta ha permitido objetivar el éxito de la cirugía en cuanto al registro del sobrepeso perdido al año y los dos años de la misma. La implantación de una consulta especializada de enfermería en C.B. permite una mayor calidad asistencial clínica y un mayor grado de satisfacción por parte del paciente.

C-42

Centro: HOSPITAL LA INMACULADA, HUERCAL-OVERA

Provincia: Almería

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN II

REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA EN NIÑOS CON MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

Autores: SANCHEZ GARCIA M.C.; SEGURA FLORES M.F.; LEON GARRIDO M.L. Y FONTALBA NAVAS A..

Objetivos: - Estudiar la eficacia de una intervención con medidas no farmacológicas para reducir la ansiedad de los niños que van a ser intervenidos de cirugía mayor ambulatoria. - Estudiar si se modifica la intervención según la edad o el sexo.

Material y Método: Se trata de un estudio piloto cuantitativo cuasi experimental. En el grupo experimental, dos enfermeras realizan ciertas intervenciones no farmacológicas (disfraces, juegos, trucos de magia, chistes, etc) desde el momento en que los niños ingresan en el hospital (esa misma mañana de la intervención) hasta el momento de la inducción anestésica en quirófano, mientras que en el grupo control, los niños no son visitados por enfermeras del estudio, sino que se sigue el protocolo de ingreso en planta usado normalmente. Tanto en uno como en otro, la valoración de la ansiedad preoperatoria se realiza por un miembro del grupo de investigación, mediante la escala observacional EAPY-m (Yale Preoperative Anxiety Scale Modified de Kain and Col).

Resultados: Tomamos una muestra de 30 niños entre 3 y 12 años, de los que 15 de ellos componen el grupo control y los otros 15 el grupo experimental. - Con la Escala de Yale modificada, nos encontramos que en el grupo control el 73,3 % presenta ansiedad frente a un 26,7 % que no. Sin embargo en el grupo experimental, solo el 20% presenta ansiedad frente al 80% que no la presenta. Si usamos el test Chi-cuadrado, vemos que p es igual a 0.003415, por lo que es significativo. Y si calculamos la Odds Ratio (3*4/11*12) = 0,09. - Calculamos las medias entre el grupo experimental (intervención) y grupo control (no intervención), resultando un 33,88 % en el primero frente a un 50,37 % en el segundo. Si realizamos el test de student , t = 2.0683, df = 27.561, p = 0.04811, lo que se traduce en que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas medias. - Ajustando por el resto de variables mediante el Modelo de regresión lineal múltiple, concluimos que la única variable explicativa del modelo es la intervención y los resultados no se modifican por diferencias de edad o sexo.

Discusión: La ansiedad preoperatoria (ansiedad con respecto a la experiencia quirúrgica inminente) en los niños es un fenómeno común que se ha asociado con una serie de comportamientos negativos durante la experiencia de la cirugía (agitación, llanto, micción espontánea e incluso necesidad de contención física durante la inducción anestésica). La intervención de payasos de hospital segun nuestros resulatdos demuestra reducir el malestar psicológico infantil en el contexto sanitario CONCLUSIONES 1. Se demuestra que la intervención realizada supone un efecto positivo en los niños que van a ser sometidos a una cirugía programada. 2. La intervención muestra similar eficacia por edad y sexo.

C-43

Centro: Consorcio Sanitario Público San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla

Provincia: Córdoba

Área Temática: Gestión por Procesos I

GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA SEGÚN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

Autores: VARO SÁNCHEZ G.M.; MUÑOZ CALERO M.; SALAS HERRERO E. Y MONTILLA LÓPEZ C..

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la medida de gestión de demanda de la prueba HbA1c llevada a cabo en el Servicio de Análisis Clínicos durante el último año basándose en el Proceso Asistencial Integrado de Diabetes Mellitus de la Consejería de Salud.

Material y Método: Estudio transversal retrospectivo de las peticiones de HbA1c solicitadas en un periodo de 12 meses en el Laboratorio de Análisis Clínicos. La medida de gestión de la demanda de la HbA1c fue consensuada en el año 2008 entre Atención Primaria, el Laboratorio de Análisis Clínicos y Atención Hospitalaria del área sanitaria, basándose en el Proceso Asistencial Integrado de Diabetes Mellitus de la Consejería de Salud y según las recomendaciones en cuanto a intervalos de repetición de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los cuales se mantienen en la última revisión de la Guía de Práctica Clínica de 2014. Así, se consideraron los siguientes criterios en los intervalos mínimos de repetición de la prueba: la medición de HbA1c por lo menos dos veces al año (180 días) si se han alcanzado y mantenido los objetivos glucémicos en el paciente (< 6,5%), mientras que en los pacientes con cambios de tratamiento o mal controlados (≥ 6.5%) se recomienda la determinación de HbA1c hasta cuatro veces al año (90 días).

Resultados: El total de HbA1c solicitadas fueron 23.017 durante el último año. De las cuales 1.174 (5,10%) fueron rechazadas por estar fuera de los intervalos mínimos de repetición considerados. Las pacientes con HbA1c se clasificaron en: 18.157 (72,2%) con 1 prueba/año, 5.638 (22,4%) con 2 pruebas/año, 1.020 (4,1%) con 3 pruebas/año y 327 (1,3%) con 4 pruebas/año. El valor medio de HbA1c para cada grupo respectivamente fue: 6,28%, 6,96%, 7,62% y 7,9%.

Discusión: - El consenso aprobado en nuestro Hospital sobre el intervalo mínimo de repetición de la HbA1c ha contribuido a mejorar la gestión de la diabetes con unos criterios y estrategias basados en la mejor evidencia. - Las duplicaciones y pruebas innecesarias influyen directamente en la seguridad del paciente y suponen un aumento del gasto hospitalario, con un consecuente empeoramiento de la calidad asistencial.

C-44

Centro: APES Hospital de Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión por Procesos I

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LLAMADA PREQUIRÚRGICA EN USUARIOS DEL PAI CATARATAS EN LA APES HOSPITALD E PONIENTE

Autores: ALBERT CANDEL L.; GIL MILAN M.L.; RIVAS SÁNCHEZ M.; BERENGUEL VILLEGAS A.M. Y VILLOSLADA GONZALEZ M.I..

Objetivos: Evaluar el impacto del pilotaje de la estrategia de llamada prequirúrgica realizada por la enfermería de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria mediante el análisis del proceso facoestimulación y aspiración de cataratas durante el año 2013 en relación a las suspensiones quirúrgicas que se han producido en ese período

Material y Método: Estudio descriptivo mediante el análisis de los datos extraídos del cuadro de Mandos de la unidad de Gestión de Oftalmología y del Servicio de información del Hospital de Poniente

Resultados: En total se han analizado los registros de 78 pacientes de Oftalmología que iban a ser intervenidos de cataratas entre el 20 de Junio y el 20 de Julio de 2013. En ese periodo se han realizado en total 93 intervenciones de cataratas, de forma que los 78 pacientes a los que se les realizó llamada prequirúrgica suponen una muestra del 83,8% del total de esas intervenciones. Con la llamada se comprobó que el 87% de los pacientes eran aptos para ser intervenidos quirúrgicamente, y se detectó un 13% de pacientes no aptos. En El 1,4% de pacientes se realizó un cambio de régimen de la intervención quirúrgica tras la llamada. De los pacientes no aptos detectados, se sustituyó al 100% de ellos. Y finalmente se han suspendido al 1,3% de pacientes de los pacientes a los que se realizó la llamada. De no haberse realizado la llamada, la cifra de pacientes suspendidos podría haber alcanzado el 13%, que fueron los detectados como no aptos por Enfermería.

Discusión: Las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria son la modalidad asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud y del ámbito privado que han tenido un considerable desarrollo en los últimos 15 años. La información es uno de los pilares del éxito de los programas de CMA y una de las actividades más relevantes realizadas por enfermería. Tras analizar el período de pilotaje y sus resultados, podemos concluir que la llamada prequirúrgica es efectiva debido al impacto que ha tenido sobre las suspensiones quirúrgicas de las especialidades implicadas, especialmente en pacientes oftalmológicos. Durante el período analizado sólo ha habido un 1% de suspensiones en pacientes quirúrgicos de Oftalmología, que de no haberse producido la llamada prequirúrgica hubieran llegado hasta el 15%. La llamada prequirúrgica no sólo ha supuesto un ahorro para la empresa sino que ha supuesto una mayor agilidad a la hora de recepcionar a los pacientes en la UCMA, y una mayor satisfacción del usuario que en la entrevista preoperatoria ha manifestado su gratitud por la atención recibida.

C-45

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión por Procesos I

"PROCESO CÁNCER DE MAMA: PROFESIONALES-PACIENTES-ESPACIO COMPARTIDO HERRAMIENTA EFECTIVA DE TRABAJO"

Autores: GUIL LÓPEZ F..

Objetivos: - Analizar las distintas estrategias llevadas a cabo en 2014 para la implantación del proceso asistencial integrado (PAI) Cáncer de mama en el área asistencial de Cirugía General del Hospital de Poniente.

Material y Método: Este proyecto forma parte de una estrategia mayor, que supone un nuevo modelo de gestión de cuidados por procesos asistenciales en el Hospital de Poniente, en el que se han reorganizado sus áreas asistenciales, y mediante metodología de la Investigación-Acción Participativa se han realizado diversas intervenciones con profesionales y usuarias: 1. Revisión de las competencias necesarias del gestor/a de cuidados para desarrollar el proyecto, tras formar un grupo de trabajo con todos los gestores del Hospital de Poniente. 2. Técnica de análisis DAFO con los profesionales del área de Cirugía. 3. Entrevistas semiestructuradas con profesionales clave del área. 4. Análisis cualitativo de las necesidades y expectativas de las pacientes incluidas en el PAI Cáncer de mama mediante el uso de nuevas tecnologías: aplicación WhatsApp y correo electrónico.

Resultados: - Se han establecido las competencias profesionales que debe desarrollar el gestor/a de cuidados para liderar este proyecto, entre las que destacan: adquisición de habilidades y técnicas claves para la motivación de los profesionales, reconocimiento por parte del equipo. - Análisis DAFO y entrevistas con profesionales del área: se han establecido sus expectativas y necesidades, propuesta de líneas de trabajo, análisis de resistencias y facilitadotes del cambio, y análisis de campos de fuerzas. - Análisis cualitativo de las necesidades y expectativas de las pacientes del PAI Cáncer de mama, tras el empleo de nuevas tecnologías, donde lo más demandado por las usuarias ha sido información en todo momento y acompañamiento durante el proceso.

Discusión: Las estrategias de mejora basadas en un modelo de prestación de cuidados usuarios-profesionales-espacio compartido, utilizando como herramienta la gestión por procesos asistenciales, nos ha servido para adaptar el proceso Cáncer de mama a la realidad de nuestra área, reduciendo la variabilidad en la asistencia y cuidados que prestamos. El uso de técnicas cualitativas en la implantación del proceso Cáncer de mama ha hecho que obtengamos líneas de trabajo encaminadas en su mayoría a la información y formación de los profesionales en gestión por procesos. Y ha favorecido el trabajo en equipo y que los profesionales y los pacientes se sientan implicados en el mismo. El que tanto pacientes como profesionales sean partícipes en la toma de decisiones, hará que construyamos un sistema sanitario dinámico y participativo buscando la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

C-46

Centro: UGC "San Isidro" Los Palacios

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos I

COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE LA UGC "SAN ISIDRO" LOS PALACIOS (SEVILLA).

Autores: ROJAS LUCENA I.M. Y BAENA RAMÍREZ B..

Objetivos: Conocer la prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM) y su evolución en el tiempo y analizar la comorbilidad de los pacientes diabéticos de la UGC "San Isidro".

Material y Método: Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional descriptivo y transversal, tomando como población de estudio, una muestra de los pacientes diabéticos adscritos al Centro de Salud "San Isidro" de Los Palacios (Sevilla), desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2013. La población a estudiar fue de 280 pacientes y el periodo de estudio 12 meses. La fuente de recogida de información utilizada fue la historia clínica digital (DIRAYA). Los datos obtenidos se procesaron informáticamente, para el análisis de los resultados obtenidos se utilizo el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

Resultados: La prevalencia de DM en nuestra UGC fue 8,8%. El 50,7% de nuestros pacientes diabéticos eran varones y el 49,3% mujeres. La edad media fue de 65,6 años. El 50,4% de nuestros pacientes diabéticos eran mayores de 65 años. El tiempo medio de evolución de la DM en nuestros pacientes diabéticos fue de 6,8 años. El 41,8% de los diabéticos tenía una evolución de la enfermedad menor a 5 años, el 53,9% entre 6 y 10 años de evolución, el 3,6 % entre 11 y 20 años de evolución, y sólo el 0,7% una evolución superior a 20 años. El 70% de los pacientes con una evolución de la DM entre 6 y 10 años eran mayores de 65 años. El 68,2% de los diabéticos son hipertensos, el 59,3% dislipémicos y el 35,4% están diagnosticados de alguna cardiopatía (18,6% cardiopatía isquémica), el 19,6% patología osteomuscular, el 15,7% patología digestiva, el 13,9% patología neurológica, el 13,2 % patología respiratoria, el 10% patología endocrino metabólica, el 8,9% patología renal y/o urológica, el 4,6% patología oftálmica, un 3,9% patología psiquiátrica, el 2,5% patología ginecológica, el 2,1% patología dermatológica, el 1,1% hematológica, y solo el 0,4% patología otorrinolaringológica. El 91,8% de nuestros diabéticos tiene alguna comorbilidad. Los pacientes de mayor edad tienen más comorbilidad, el 54,9% de los pacientes con 3 comorbilidades son mayores de 65 años. El 13,9%% de los pacientes con una evolución entre 6 y 10 años tenían 3 comorbilidades, lo que ocurre en el 11,1% de los pacientes con una evolución de su enfermedad menor o igual a 5 años.

Discusión: La prevalencia de DM en nuestra UGC "San Isidro" fue 8,8%, valor similar al descrito en la literatura en la que se hace referencia a una prevalencia de DM en Andalucía del 8%, describiendo valores en España entre el 4 y el 18% según las características de la población y la metodología utilizada. La mayoría de los diabéticos de nuestra UGC son pacientes de edad avanzada, con una importante comorbilidad asociada, y menos de 10 años de evolución de la DM. Por ello creemos interesante profundizar en el futuro sobre aspectos que pudieran estar influyendo en ello, como la demora en el diagnostico de la enfermedad y/o la inercia terapéutica.

C-47

Centro: UGC "San Isidro" Los Palacios

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos I

¿CUÁNTO Y CÓMO ASISTIMOS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS?

Autores: ROJAS LUCENA I.M. Y BAENA RAMÍREZ B..

Objetivos: Conocer la prevalencia de DM. Describir los datos socioculturales y antropométricos de los pacientes. Explorar la frecuencia de consultas de enfermería y médicas realizadas por los diabéticos. Analizar el control metabólico y prevención de complicaciones.

Material y Método: Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional descriptivo y transversal, tomando como población de estudio, una muestra de los pacientes diabéticos adscritos al Centro de Salud "San Isidro" de Los Palacios (Sevilla), desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2013. La población a estudiar fue de 280 pacientes y el periodo de estudio 12 meses. La fuente de recogida de información utilizada fue la historia clínica digital. Los datos obtenidos se procesaron informáticamente, para el análisis de los resultados obtenidos se utilizo el programa estadístico SPSS.

Resultados: La prevalencia de DM obtenida en nuestra UGC fue 8,8%. La edad media de los diabéticos fue de 65,6 años, el 50,7% de ellos eran varones y el 49,3% mujeres. Los datos socioculturales y demográficos de nuestros pacientes, no constan en la historia clínica, así como el nivel cultural de los mismos, ni su profesión. El 66,8% de los pacientes era pensionistas y el 33,2% estaba en activo. En el 79,3% de los pacientes desconocemos los hábitos dietéticos. El 48,6% de los pacientes tenía registrado su habito tabáquico y en el 35,7% había constancia del consumo de bebidas alcohólicas. Se registró la actividad física del 17,9% de los diabéticos, y sólo pudimos calcular el IMC al 5,7% de ellos. Nuestros pacientes acudieron a consulta médica una media de 9 veces y de 5 a consultas de enfermería. Sólo 3 pacientes no acudieron a ninguna consulta. Al 10,7% de los pacientes no se le solicitó ninguna analítica de control. El 49,6% de los diabéticos tenía una HbA1c menor o igual a 7%. El 41,4% tenía al menos un registro de TA. Al 39,6% de pacientes se les realizó una exploración de pies y al 51,4% una valoración oftalmológica.

Discusión: La prevalencia de DM en nuestra UGC fue 8,8%, valor incluido entre 4 y 18% descrito en la bibliografía para España. El registro en la historia clínica es insuficiente, el conocimiento de los datos no registrados es esencial para la educación sanitaria y atención de los diabéticos. Nuestros diabéticos son atendidos tanto por enfermería como por su médico de familia con una frecuencia superior a la recomendada en las GPC. Aproximadamente la mitad de los pacientes tenían un control metabólico aceptable. Se realizaron exploraciones para prevenir las complicaciones aproximadamente a la mitad de los diabéticos, datos estos más favorables que los descritos en el PIDMA. En base a los resultados del estudio creemos necesario meditar sobre la implantación en nuestra UGC de una nueva organización, que facilite el trabajo en equipo y la coordinación entre profesionales, potenciando la labor de enfermería, lo que redundaría en la eficiencia de nuestro trabajo y en la calidad de vida de nuestros pacientes.

C-48

Centro: Hospital El Tomillar

Provincia: sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos I

DOCUMENTO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA DEMENCIA AVANZADA: UN ESTÁNDAR DE CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: DE VILLAR CONDE E.; CUARTERO RODRIGUEZ E.; LABRADOR FREIRE J.F. Y ACUÑA OLIVA M.J..

Objetivos: Elaboración de un estándar de calidad asistencial en el ámbito de la Demencia Avanzada.

Material y Método: Los autores (dos psiquiatras, una neuróloga y un internista expertos en práctica clínica y en revisiones bibliográficas) realizan una revisión sistemática actualizada de la literatura científica disponible hasta el final del primer semestre del 2014: metaanálisis ; guías de práctica clínica; directrices gubernamentales; opiniones de expertos (en ausencia de evidencia científica).

Resultados: Se elabora un documento de consenso en el que se aborda: 1.La definición de Demencia Avanzada y Terminal. 2. Indicaciones de la retirada de medicación específica (IACE/memantina) 3. Abordaje terapéutico de los trastornos neuropsiquiátricos 4. Como consecuencia de los anteriores puntos: indicación de derivación definitiva a una Unidad de Cuidados Paliativos.

Discusión: Se elabora un estándar de calidad para el manejo eficiente multidisciplinar de los pacientes con Demencia Avanzada con la finalidad de optimizar la práctica clínica mediante la reducción de la variabilidad y la mejora de la eficiencia.

C-49

Centro: Hospital Alta Resolución Moron

Provincia: Sevilla

Área Temática: GESTIÓN CLINICA I

MODELO DE CODIFICACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE DATOS DE LA AGENCIA SANITARIA BAJO GUADALQUIVIR.

Autores: MUÑOZ JURADO P.U.; MARTÍNEZ FRÍAS I.G.; MILLÁN GONZÁLEZ I.N.; DE LA CRUZ MESA M.A. Y PÉREZ POSADA I.S..

Objetivos: Las instituciones sanitarias se enfrentan al desafío de generar sistemas de información computarizados que permitan una gestión eficaz y eficiente centrada en los ciudadanos. Uno de los atributos fundamentales de estos

sistemas de información es la interoperabilidad, pues permite la comunicación transversal y longitudinal a lo largo de las estructuras de los servicios de salud, garantizando la confidencialidad y la integridad de la información intercambiada y su acceso. Este tipo de comunicación es la nos permite una conexión entre los cuatro centros de la Agencia en materia de codificación, validación y explotación de datos.

Material y Método: En la elaboración de los indicadores de gestión de la Unidad de Hospitalizacion Polivalente(UHP) podemos encontrar 4 fases: codificación, generación, agrupación y validación de datos. Para la codificación de los episodios asistenciales, se emplea el Sistema de información (HIS) de los centros, desde el cual se accede a toda la historia clínica del paciente. Este HIS dispone de un modulo de codificación con los códigos de la CIE-9-MC. Para la generación de los ficheros del conjunto mínimo basico de datos (CMBD), se emplea un desarrollo propio de la U.T. Sistemas de información de la Agencia, el cual, de forma automatizada extrae y procesa la información de las historias clínicas y genera los ficheros CMBD de cada centro. En dicho proceso, se realiza también una validación automatizada, que puede detectar hasta un total de 87 errores tanto administrativos como clínicos, que permite a los técnicos documentalistas (TSDS) la corrección antes de continuar con la elaboración de los indicadores. Tras obtenerse el fichero CMBD validado, se procesa mediante la aplicación Alcor, que agrupa en AP27 los distintos episodios, obteniéndose los GRD,pesos,case-mix.. Por último, desde la aplicación utilizada para la generación de ficheros, se extrae de forma automatizada los indicadores para la elaboración del cuadro de mando (CM) de Hospitalización. Los HIS de la Agencia son accesibles por todos los TSDS de los centros, a partir de una intranet cifrada,que permite la codificación conjunta inter-centros.

Resultados: Disminución en los tiempos de generación de indicadores para el CM Asistencial basado en : - Codificación común. Los TSDS codifican en los 4 centros, distribuyéndo los recursos según el número de episodios a codificar. Además, la codificación común posibilita la obtención de indicadores comparables en los 4 centros bajo un mismo criterio. -Detección de errores en la fase post-codificación. Los errores pueden ser solucionados antes de la obtención de los indicadores, evitando repetir el proceso.

Discusión: Este modelo permite a los TSDS una visión integrada del trabajo, adaptándose a las nuevas situaciones generadas como consecuencia de innovaciones tecnológicas y organizativas dentro de su área laboral.Fomenta trabajar en equipo, asumir responsabilidades, cumplir los objetivos asignados y mantener un flujo de información adecuado.

C-50

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar

Provincia: Cádiz

Área Temática: GESTIÓN CLINICA I

PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO HORMONAL PARA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Autores: SUÁREZ CARRASCOSA F.; DOMÍNGUEZ CANTERO M.; ROMERO HERNÁNDEZ I.; GALLEGO MUÑOZ C.; BLANCO SÁNCHEZ G. Y HUERTAS FERNÁNDEZ M.J..

Objetivos: Diseño de un programa de atención farmacéutica en pacientes de reproducción asistida y análisis de la actividad realizada en nuestra unidad. Con este trabajo se pretende estructurar la entrevista de atención farmacéutica con el fin de optimizar la información que recibe el paciente, evitar posibles problemas en la conservación, preparación y administración de los medicamentos, así como cuantificar la actividad realizada.

Material y Método: En cumplimiento de la resolución SC 403_10 de ámbito andaluz, los fármacos incluidos dentro del grupo terapéutico G03GA Gonadotrofinas y H01CC Hormonas liberadoras de antigonadotrofinas dejaron de dispensarse en oficinas de farmacia para ser dispensados en las unidades de atención a pacientes externos (UAPE) de los servicios de farmacia hospitalaria. Estudio descriptivo, restrospectivo sobre un programa de atención farmacéutica cuyo diseño consta de: 1) Entrevista inicial con el paciente donde se le explica el plan asistencial a seguir por parte del servicio de farmacia. Dejando constancia de la entrevista farmacéutica en historia única de salud (Diraya). 2) Se obtiene información sobre alergias y detección de posibles interacciones con la medicación habitual. 3) Explicación, por este orden, de los siguientes aspectos de la medicación: condiciones de conservación, preparación y manipulación, posología, principales efectos adversos y forma de administración de los medicamentos incluyendo el manejo de los dispositivos. 4) Posteriormente se proporciona una cita, mediante para la próxima recogida de medicación, realizando entrevistas de seguimiento tras cada revisión médica donde se comprueba el cumplimiento terapéutico, se resuelven posibles problemas relacionados con el medicamento (PRM) y se dispensa la nueva medicación prescrita.

Resultados: Se realizaron en el periodo comprendido entre mayo 2011 y septiembre 2014 un total de 2191 entrevistas. Estratificado por años se efectuaron 190 en 2011, 533 en 2012, 598 en 2013 y 870 de enero a septiembre de 2014

Discusión: Los fármacos usados en reproducción asistida suelen ser complejos para el paciente en su preparación y administración, por lo que es necesario impartir una educación sanitaria completa y sistemática al usuario que asegure un adecuado uso de estos medicamentos. Estructurar la entrevista con el paciente puede ser una estrategia muy útil para favorecer la comprensión de la información por parte del usuario y ayudar al profesional a trasmitir la información de forma completa. El programa de atención farmacéutica a pacientes de reproducción asistida es una de las actividades que requiere un mayor recurso asistencial en comparación con el resto de patologías atendidas en la UAPE. El número de entrevistas de atención farmacéutica se ha cuadruplicado en desde la implantación del programa hasta la actualidad.

C-51

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar

Provincia: Cádiz

Área Temática: GESTIÓN CLINICA I

ABIRATERONA PRE-QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS PREVIAMENTE CON KETOCONAZOL

Autores: ROMERO HERNÁNDEZ I.; RODRÍGUEZ MATEOS M.E.; SUÁREZ CARRASCOSA F.; BLANCO SÁNCHEZ G.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ M. Y GARCÍA MARTÍN F..

Objetivos: Evaluar la respuesta y seguridad a acetato de abiraterona en pacientes pretratados con ketoconazol.

Material y Método: Estudio descriptivo restrospectivo desde enero de 2011 hasta mayo de 2014 en el que se incluyeron todos los pacientes con cáncer de próstata resistente a castración oligoasintomáticos tratados con abiraterona y que habían recibido tratamiento anterior con ketoconazol, previa autorización por la Comisión de Farmacia Permanente, al tratarse de una indicación fuera de ficha técnica (basándose en el estudio "Phase I Clinical Trial of the CYP17 Inhibitor Abiraterone Acetate Demonstrating Clinical Activity in Patients With Castration-Resistant Prostate Cancer Who Received Prior Ketoconazole Therapy, Ryan C.J. et al, J Clin Oncol Mar 20, 2010; 28(9): 1481-1488"). Ketoconazol y abiraterona comparten mecanismo de acción: el ketoconazol bloquea la actividad de varias enzimas dependientes del citocromo P-450, mientras que la abiraterona es un inhibidor selectivo de la enzima 17α-hidroxilasa/C17,20-liasa (CYP17) necesaria para la biosíntesis de andrógenos. Variables recogidas en la historia clínica Diraya®: edad, presencia de metástasis óseas, duración del tratamiento, valores de PSA y reacciones adversas. Se definió como respuesta al tratamiento una disminución de al menos el 50% del valor previo de PSA. La seguridad del tratamiento se evalúo en base a la toxicidad presentada durante la administración del fármaco.

Resultados: En el estudio se incluyeron nueve pacientes según nuestros criterios de inclusión con una media de edad de 71±8 años, el 66% presentaban metástasis óseas. El 55% de los pacientes respondieron al tratamiento con abiraterona, con una mediana hasta la consecución de la respuesta de 15 [4 – 25] semanas (105 días). A fecha de fin del estudio cinco pacientes habían progresado recibiendo quimioterapia posterior y cuatro continúan en tratamiento, teniendo en cuenta que el 89% de los pacientes han completado al menos 24 semanas (mediana de duración de tratamiento de 240 días). Las reacciones adversas registradas fueron: 1 astenia, 1 anemia y 1 deterioro neurológico, toxicidad limitante del tratamiento; en seis pacientes se observó buena tolerancia. En ningún caso se presentó toxicidad hepática.

Discusión: Más de la mitad de los pacientes respondieron bioquímicamente al tratamiento con abiraterona a pesar del uso previo de ketoconazol, dato en consonancia con los obtenidos en el estudio en fase I. La seguridad de los pacientes fue aceptable precisándose la suspensión del tratamiento en un caso (11%).

C-52

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Provincia: Granada

Área Temática: GESTIÓN CLINICA I

LA CODIFICACIÓN SNOMED-CT EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE.

Autores: PÉREZ GARCÍA I.; CASTRO LÓPEZ R.; MARTÍNEZ RUBIA M.D.; CARMONA SÁNCHEZ M. Y GARCÍA DEL MORAL GARRIDO R..

Objetivos: Analizar la estructura actual de codificación aplicada en los laboratorios de Anatomía Patológica (AP) y su relación con los Sistemas de Información del Laboratorio (LIS) con mayor implantación en Andalucía proponiendo su mejora.

Material y Método: Mediante entrevistas previas se han recogido los sistemas de codificación y LIS utilizados en los distintos laboratorios de AP de Andalucía. La calidad de la terminología empleada se ha analizado a partir de los datos obtenidos del sistema implantado desde hace 18 años en el Laboratorio de AP del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

Resultados: El sistema de codificación que se utiliza en el 100% de los laboratorios encuestados aunque está basado en la terminología topográfica y morfológica SNOMED, en ningún caso se encuentra bajo la norma CT sino que utilizan códigos previos ya obsoletos o de desarrollo estrictamente local no reproducibles. La actuación realizada en el sistema de codificación del HUSC ha consistido en: 1) Homogeneizar la terminología topográfica empleada según las normas del microglosario elaborado por la Fundación TICSalut de Cataluña (http://www.ticsalut.cat/estandards/terminologia/diccionari-clinic/es_anatomia-patologica/), que contiene un total de 5921 términos de los que 1839 corresponden a desórdenes, 187 a hallazgos, 2869 a morfológicos, 619 a topográficos, 121 a procedimientos y 286 a una miscelánea; 2) Analizar los 2112 términos de codificación morfológica acumulados a lo largo de 18 años en el HUSC para: a) Redefinir como códigos locales válidos solo a 64 de ellos; b) Eliminar 319 términos que nunca habían sido utilizados; c) Trasladar 898 términos indicativos de desorden a esta codificación, eliminándola de la morfológica; d) Sustituir la terminología SNOMED antigua por su versión CT desde el microglosario TICSalut en 1801 casos y e) Introducir nueva terminología SNOMED CT en 30 casos por carencia de ella en el microglosario.

Discusión: En Andalucía existe una notable heterogeneidad entre los sistemas de codificación topográfica y morfológica existentes en AP. Además de forma inapropiada entre la terminología se introduce nomenclatura de desorden o trastorno, hallazgo o procedimiento con la confusión que provoca en el usuario. Por ambos motivos es necesario renovar y adaptar la actual terminología topográfica y morfológica en AP con progresiva introducción del sistema de codificación SNOMED-CT además de ir introduciendo tres nuevos tipos de codificación: trastorno (D de Disorder) o enfermedad, hallazgo (F de Finding) y tipo de intervención (P de Procedure), que permita estratificar y diferenciar los diferentes términos empleados en la obtención, procesamiento, observación, diagnóstico y catalogación de las lesiones y enfermedades que afectan a cada paciente. En este sentido es preciso instar a las compañías de diseño de LIS de laboratorio que trabajan en este campo para que habiliten soluciones capaces de ampliar las posibilidades de codificación inherentes a los sistemas que han desarrollado.

C-53

Centro:

Provincia:

Área Temática: GESTIÓN CLINICA I

LA CONSULTA POR DOLOR CRONICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS, ¿POSIBLE EVENTO CENTINELA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE?

Autores: LIÑAN LOPEZ M.; SANTAELLA ACEITUNO F.; ROCA FERNANDEZ CASTANYS E.; GOMEZ GARCIA E.; PINEDA MARTINEZ A. Y PEREZ ROMERO G..

Objetivos: En España el dolor crónico representa un problema socio-sanitario por su prevalencia, la complejidad de su tratamiento y el impacto sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen. Aunque por las características del dolor y el carácter crónico, su abordaje se hace desde el ámbito de Atención Primaria y Unidades del Dolor, paradójicamente constituye también uno de los crecientes motivos de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Nuestro estudio pretende realizar un análisis descriptivo de los pacientes que consultan por dolor crónico moderado-intenso en un SUH Neurotraumatológico de 3º nivel y su posible relación con los aspectos sensoriales y emocionales que condicionan un impacto directo en la calidad de vida del paciente.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo desde Junio a Diciembre 2013 inclusives. Se registraron datos de filiación, etiología del dolor y tratamiento según escalera analgésica O.M.S., escala visual analógica (E.V.A.) en reposo y movimiento del paciente, efectos adversos de medicación y calidad de vida mediante cuestionario EQ-5D con las siguientes dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades usuales cotidianas, percepción dolorosa, estado de ánimo por el dolor en sí. Los datos se analizaron mediante SSPS versión 15.

Resultados: Se computaron 89 pacientes en este periodo (30 varones y 59 mujeres), predominando el grupo etario 70-80 años (27), 50-60 años (24) y 60-70 años (17). En el momento de su atención todos los pacientes tenían registrada al menos una visita en la Unidad del Dolor con informe de recomendaciones a su Médico de Atención Primaria. No constaba derivación al SUH en el 62% de los casos. En cuanto a la tipología,el dolor era somático en 52 pacientes, neuropático 30 y visceral 7 respectivamente. En relación a las terapias, 23 pacientes consumían fármacos del escalón I de la escalera OMS, 41 con agentes de escalón II, 25 con terapias de escalón III. La percepción de dolor era: EVA en reposo medio de 5,3; en movimiento 7,7. En cuanto a cuestionario E5-QD la puntuación media fue 54,6 destacando: movilidad 15,1; dificultad para ducharse y vestirse 13,7; 0 puntos en no percepción dolorosa siendo 13,7 de media la percepción grave del dolor; y afectación anímica 12,5. Los principales secundarismos eran gastrointestinales (estreñimiento y nauseas) y cefalea.

Discusión: A pesar de que el manejo de pacientes con dolor crónico de intensidad moderada-severa es una tarea difícil por la complejidad del tratamiento y la variabilidad de respuestas entre los afectados, en nuestro estudio, llama la atención que la mayoría se encuentren en un escalón analgésico inferior en relación a la severidad del dolor, lo cual, junto al impacto negativo que ocasiona el dolor en su calidad de vida, hace que se convierta en un motivo de consulta del SUH. Por ello, la consulta en SUH podría constituir un evento centinela dentro del proceso a fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

C-54

Centro: la rinconada

Provincia: sevilla

Área Temática: GESTIÓN CLINICA I

PROYECTO ALAMEDA: ANTICOAGULACION EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN

EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA ¿SATISFECHOS?

Autores: MORENO ALVAREZ P.J.; GARCIA LINARES M.E.; RECIO MAYORAL A.; LUQUE ROMERO L.G.; VILCHEZ ARENAS A. Y GONZALEZ TOUYA M..

Objetivos: Características clínicas, demográficas y nivel de riesgo de los pacientes anticoagulados con cumarincos por FANV, analizando la labilidad de la anticoagulación mediante el Tiempo Total en Rango (TTR) según Rosendaal, idoneidad, eficacia y seguridad de los anticoagulantes

Material y Método: Estudio descriptivo transversal retrospectivo sin intervención, con consentimiento informado, realizado en 12

meses (de enero a diciembre de 2013) La Rinconada (38.000 H) sobre pacientes en seguimiento con FANV y anticoagulados con cumarinicos, iniciado antes del 2012, con aprobación por el CEIC del Hospital Virgen Macarena. Fuentes de datos: DIRAYA,BD de farmacia (MicroStrategy), BD de anticoagulación (TAONet). Se incluyeron variables demográficas, antecedentes de embolias y hemorrágicas previas a 2013 necesarias para el cálculo del CHADS2, CHA2DS2VASc y HASBLED, hasta 35 características clínicas, tipo de cumarínico utilizado, objetivo individual de INR, número total de visitas y valores de INR. Para evaluar la labilidad el criterio de calidad es el modelo de Rosendal (proporción de tiempo en rango terapéutico de INR (TRT)], definiendo el estándar como un TRT superior al 65% al menos durante 6 meses. Se recogió mortalidad cardiovascular, eventos isquémicos y hemorrágicos, idoneidad del anticoagulante utilizado, gradación de riesgo de nuestra población.

Resultados: Se incluyeron 301 pacientes (Prevalencia: 0,8-0,9%). Mujeres: 154 (52%) -más frecuentes en > 75 años-. Edad media 73,74 + 9,72 (IC 95%: 72,21-74,47). FA permanente en 243 (81%) Labilidad INR: 146(55%). El 78,4% warfarina, 3,6%,acenocumarol,4,3%,dabigatran,3,7% ribaroxaban. Modificación del tratamiento: 10% (6,6% no se identifica el motivo). El 17% no adecuación a recomendaciones (4,3% anticoagulados con CHADS2= 0 y 12% mal indicada la doble terapia (antiagregación y anticoagulación)).El 83% eran polimedicados, un 53% con labilidad del INR (p= 0,04). Encontramos relación entre la edad> 75 años y los eventos cerebrovasculares (ICTUS + AIT) (p= 0.02) y una asociación entre ICTUS/AIT previo y evento cerebrovascular en 2013 (p= 0.001). El 32% sufrieron eventos tromboembólicos incluido la muerte de origen cardiovascular, 21 pacientes presentaron el evento combinado de muerte cardiovascular, ictus e infarto de miocardio El 56% tenían labilidad del INR (p> 0.05), 35 pacientes (11,3%) tuvieron complicaciones hemorrágicas (29 leves, 5 graves y 1 fatal). En el 31,4% observamos labilidad del INR (p= 0,04

Discusión: El porcentaje de anticoagulados en pacientes con FANV es alto pero el grado de control del INR es deficiente, la warfarina es la mas utilizada y el uso de NACOs se adecua a sus indicaciones. Labilidad del INR asociada a mayor probabilidad de evento o muerte cardiovascular Tener un ICTUS/AIT en el año previo aumenta la probabilidad de sufrir un evento cerebrovascular (p= 0.001). A nivel que aumenta el riesgo peor control de los pacientes. La polimedicación influye en el control. La reingeniería del modelo es prioritaria.

C-55

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Provincia: Málaga

Área Temática: Seguridad del Paciente I

LOS ERRORES EN LA FASE PREANALÍTICA : PREGUNTEMOS A LOS PROFESIONALES

Autores: ROMERO RUIZ A.; GOMEZ SALGADO J.; CAPARROS MIRANDA I.S.; COBOS DIAZ A.; REINA AROSTEGUI M. Y BARBA CAÑETE M.C..

Objetivos: La presencia de errores en la fase preanalítica es un tema ampliamente estudiado. No obstante, no es frecuente acudir a los profesionales para que ofrezcan su visión de este tipo de problemas, que pueden afectar a la seguridad del paciente y al gasto sanitario. Se pretende investigar la percepción de este problema en los profesionales vinculados a la preanalítica en el laboratorio y en Atención Primaria (AP)

Material y Método: Se realizan dos grupos focales de profesionales de Atención Primaria involucrados en la fase preanalítica (médicos y enfermeras de familia, auxiliares de enfermería, administrativos y conductores). Se realiza análisis cualitativo con un enfoque fenomenológico, adaptando como guía la estructura del análisis DAFO. Se realiza categorización de variables, que se agrupan en dimensiones de acuerdo a dicha estructura.

Resultados: Asistieron 12 profesionales (6 y 6 en cada grupo, 3 médicos, 3 auxiliares, 5 enfermeras, 2 administrativos y 1 conductor). Edad y sexo con distribución similar. La debilidad más comentada fue el incremento de cargas de trabajo (relacionado con el escaso tiempo dedicado a la toma de muestras). Las amenazas se relacionaron con el excesivo tiempo de transporte al laboratorio, la previsión de incremento en las cargas asistenciales y problemas relacionados con la identificación de muestras. Las fortalezas que se refirieron se enfocaron a la capacidad organizativa y al trabajo en equipo, mientras que las oportunidades hacían referencia sobre todo a la optimización del uso del módulo electrónico para peticiones analíticas.

Discusión: El punto de vista de los profesionales de AP difiere en algunos puntos con el ofrecido por los profesionales del laboratorio, pero coinciden en que las cargas de trabajo son la principal amenaza y las posibilidades que ofrece el módulo electrónico de petición analítica puede ser la mejor oportunidad. Estas aseveraciones permitirán en un futuro próximo abordar con mayor conocimiento de causa aquellas estrategias necesarias para disminuir el número de errores preanalíticos detectados en nuestro laboratorio.

C-56

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente I

INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE

CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

Autores: GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I.; MARTÍN CASTAÑO C.; ALONSO ARAUJO I.; NAVARRO NAVARRO M.C.; FERRETE PÉREZ R. Y URBÁN CARMONA R..

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio ha sido estimar la incidencia de úlceras por presión (UPP) en los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos.

Material y Método: Estudio con diseño descriptivo, longitudinal y prospectivo. Se ha llevado a cabo en dos fases. La primera, de valoración de riesgo de aparición de UPP y recogida diaria de las UPP generadas, se desarrolló a lo largo del año 2012. La segunda fase de búsqueda de datos en historias de salud. Como criterios de inclusión hemos considerado a todos los pacientes ingresados. Como criterios de exclusión: pacientes menores de edad y pacientes que ya presentaban UPP en el momento de su ingreso. VARIABLE PRINCIPAL Presencia de UPP durante el ingreso en estadios del I al IV y en cualquier localización corpora

RESTO DE VARIABLES • Variables sociodemográficas: edad, sexo. • Localización de la UPP. • Duración de estancia en UCI. • Tiempo de aparición de UPP. • Puntuación obtenida en la escala de Braden. • Ventilación mecánica. • Terapia de reemplazo renal. • Medicación vasopresora. • Medicación sedoanalgesiante. • Diabetes Mellitus. • Proteínas totales y hemoglobina en sangre. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS 20.0 para Windows.

Resultados: La incidencia de UPP en esta UCI ha sido de 7,8%. De las 209 UPP desarrolladas, 107 han sido de estadio I, 79 de estadio II, 19 de estadio III y cuatro de estadio IV. En cuanto a las localizaciones más frecuentes,un 70,3% fueron sacras y un 11,5% se localizaron en los talones, un 4,3% de UPP aparecieron en occipital, en los omóplatos un 2,4% y en el resto de localizaciones un 11,5%. El 75,1% de las UPP aparecen en los primeros 14 días de ingreso. Se ha encontrado relación entre los estadios de la UPP y el tiempo de aparición en días. Los días de estancia son mayores para las úlceras de mayor gravedad. No hemos encontrado relación entre los estadios de la UPP y el resto de variables de estudio, lo que no permite aceptar la influencia de los mismos sobre la aparición de UPP.

Discusión: La incidencia de UPP en nuestro estudio (7,82%), es inferior a los valores hallados por otros autores en similares entornos clínicos. En cuanto a los estadios de estas UPP nuestros resultados son discordantes con otros estudios en los que las más frecuentes son las UPP de estadio II. En todos los estudios revisados, la localización sacra es la más frecuente. La segunda localización en frecuencia es algo más variable. El tiempo de aparición en días es similar en otras investigaciones. En cuanto a la utilidad de la escala de Braden como predictora de la aparición de UPP, sólo podemos concluir que el 92% de los pacientes que desarrollaron alguna UPP fue considerado desde el momento de su ingreso como de alto riesgo.Estos resultados son muy similares a los encontrados en otras publicaciones.

C-57

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente I

LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: PRÁCTICAS ACTUALES Y POSIBLES INTERVENCIONES.

Autores: PÉREZ PÉREZ P.; CARRILLO MURCIA I.; OLIVERA CAÑADAS G.; ASTIER PEÑA M.P. Y FERRÚS ESTOPA L..

Objetivos: Los eventos adversos (EA) son causa de lesiones, daño o sufrimiento en los pacientes pero también son responsables de alteraciones en la esfera laboral, familiar o personal de los profesionales involucrados en ellos (segundas víctimas). Objetivo: conocer el grado de implementación y utilidad de medidas dirigidas a la atención de las segundas víctimas en opinión de directivos y coordinadores de seguridad del paciente de centros de atención primaria y hospitales.

Material y Método: Estudio transversal mediante encuesta online a 641 profesionales: 305 de atención primaria (AP) (127 directivos y 178 coordinadores) y 328 de atención hospitalaria (AH) (199 directivos y 129 coordinadores) en 8 comunidades autónomas. La encuesta fue elaborada por consenso del equipo investigador a partir de los resultados de la revisión de experiencias en EEUU, Reino Unido y España. Se llevaron a cabo análisis descriptivos en términos de frecuencias, para diferenciar entre medidas con una alta y baja implementación y utilidad percibidas, y pruebas T de Student, para comparar los resultados entre niveles asistenciales.

Resultados: Respondieron 385 profesionales (tasa de respuesta del 60,1%): 214 (82 directivos y 132 coordinadores) de AP (tasa de respuesta del 70,2%) y 171 (94 directivos y 77 coordinadores) de AH (tasa de respuesta del 52,1%). La mayoría de los participantes consideraron que la implementación de las siguientes intervenciones era escasa o nula: programa integral de orientación y ayuda a las segundas víctimas (85,79%; n=326), protocolo de actuación (80,63%; n=308) y atención especializada para la segunda víctima (73,30%; n=280). Entre las actuaciones con una implementación percibida alta o muy alta destacaron: la disponibilidad de la dirección para atender al profesional involucrado en un EA (59,53%; n=228) y el asesoramiento legal ofrecido por la póliza de seguros de la institución (49,17%; n=177). Las medidas valoradas con una alta utilidad por la mayoría de los participantes fueron: el apoyo de la dirección (76,47%; n=286), la oferta de asesoramiento legal por parte de la póliza de seguros (73,39%; n=262), el fomento de la participación de la segunda víctima en la búsqueda de soluciones (69,13%; n=253) y el apoyo entre compañeros (61,93%; n=231). En general, la implementación fue más alta en los hospitales que en los centros de atención primaria, identificando diferencias estadísticamente significativas en las medidas referidas a la póliza de seguros (p=0,018), la atención especializada (p=0,012) y la participación de la segunda víctima (p=0,008). En cuanto a la utilidad no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión: En las instituciones sanitarias de nuestro país existe una escasa implementación de intervenciones dirigidas a la atención integral de las segundas víctimas. Se requieren protocolos y programas de actuación específicos que aborden esta problemática. En atención primaria parece existir una mayor desprotección de las segundas víctimas que en los hospitales.

C-58

Centro: APES HOSPITAL DE PONIENTE

Provincia: Almería

Área Temática: Seguridad del Paciente I

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DESDE EL ÁREA DE FARMACIA DE RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD EN PRESCRIPCIÓN DE METOCLOPRAMIDA

Autores: GIMENO JORDA M.J.; CASTRO VIDA M.A.; URDA ROMACHO J.; MARTOS ROSA A.; FAYET PEREZ A. Y URQUIZAR

RODRIGUEZ O..

Objetivos: Analizar el impacto de la implantación de las recomendaciones reflejadas en la nota de seguridad de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre las modificaciones de uso de metoclopramida.

Material y Método: Se procedió a poner una nota informativa con las modificaciones de uso en la hoja de tratamiento de cada paciente al que se le prescribía metoclopramida (restringida en adultos para prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (retardados), radioterapia, cirugía y migraña. Entre 1 a 18 años como SEGUNDA LÍNEA en prevención de nauseas y vómitos retardados en quimioterapia y en tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios. En < 1 año NO está indicado. DOSIS MÁXIMA 0,5 mg por kg de peso en 24 horas (máx 30 mg/día). La DURACIÓN del tratamiento será MÁXIMO 5 días), así como, a establecer en el programa de prescripción electrónica una duración máxima de 5 días. Para evaluar el impacto de las medidas tomadas se realizó un análisis del consumo por unidades durante los 6 meses previos y los 6 meses posteriores a la implantación. Se analizó el número de pacientes a los que se les había prescrito el fármaco, duración media del tratamiento y dosis media/día en área médica (medicina interna, neumología, cardiología, dermatología), área quirúrgica (cirugía general, ORL, oftalmología, urología, traumatología), ginecología y obstetricia (GyO), UCI y pediatría.

Resultados: En los 6 meses previos se prescribió el fármaco a 854 pacientes (12,6% ingresos) que consumieron 16677 unidades. El área médica (56,3% pacientes) consumió 63,7%, área quirúrgica (31,5% pacientes) 19,1%, UCI (7,8% pacientes) 15,2%, GyO (4,2% pacientes) 2%. En 43,7% pacientes se excedió los 5 días (rango 6-114). La duración media: 12,5 días en UCI (30,3 mg/día), 8,3 días en área médica (26,6 mg/día), 5 días en área quirúrgica (23,7 mg/día) y 3 días en GyO (26 mg/día). En los 6 meses posteriores se prescribió el fármaco a 702 pacientes (10,1% ingresos) que consumieron 6803 unidades. El consumo se redujo un 59,2%, mayoritariamente en UCI (88,8%) seguido de área médica (61,5%) y área quirúrgica (35,8%). En el 11,4% de los pacientes se excedió la duración máxima (rango 6-17), aunque la duración media no excedió los 5 días en ningún área. No se superó la dosis máxima. Se administró a 20 pacientes entre 15-18 años. En 4 se excedió los 5 días y en ningún caso se superó la dosis máxima. No hubo consumo en pediatría en ningún período del estudio.

Discusión: La implantación de la nota de seguridad provoca una reducción del consumo del fármaco, principalmente en UCI y área médica en las que la duración media disminuye notablemente. El no consumo en pediatría se puede achacar a la implantación de una nota de seguridad previa específica. La intervención activa del farmacéutico permite una mayor adecuación de la prescripción y con ello mejorar el uso de los fármacos.

C-59

Centro: Hospital Universitario Puerto Real

Provincia: Cádiz

Área Temática: Seguridad del Paciente I

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON ACTUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y/O RODILLA.

Autores: GARCÍA JUÁREZ M.R.; GONZÁLEZ TOME S.; YAGÜE SÁNCHEZ J.M.; MUÑOZ DE LA NAVA SÁNCHEZ P.; CASARES CERVILLA R. Y CANO ANTELO D..

Objetivos: Determinar la proporción de eventos adversos, relacionados con la actuación enfermera en hospitalización, que ocurren en pacientes que ingresan para artroplastia de cadera y/o rodilla.

Material y Método: Estudio descriptivo, prospectivo realizado en cuatro hospitales del Servicio Andaluz de Salud durante el año 2013. Se incluyeron pacientes que ingresaron para intervención de artroplastia de cadera y/o artroplastia de rodilla, en base a criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, entre el 1 de mayo y el 30 de octubre de 2013. Se estudiaron variables sociodemográficas (sexo, edad, patología asociada, nivel de estudios,

presencia de cuidador e ingresos anteriores); v. de interacción (factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos) y v dependientes (aparición de evento adverso relacionado con la actuación enfermera, tipo de evento adverso y estancia postquirúrgica). Se consideraron eventos adversos para este estudio: luxaciones por movimientos inadecuados, reacción alérgica, caídas, error en la administración de medicación, aparición de úlcera por presión, flebitis, infección de la herida quirúrgica y muerte. Los datos se analizaron en su totalidad y agrupados por hospitales. Se realizaron medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas y frecuencia de variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 226 pacientes que ingresaron en las UGCs de traumatología de los hospitales: Puerta del Mar (Cádiz), Puerto Real, Santa Ana (Motril) y Riotinto. El 58% eran hombres. La edad media fue de 67,22 con una desviación estándar de 9,153. El 91,6% presentaban patología previa al ingreso, el 24,6% refería algún tipo de alergia, el 93,8% tomaba medicación domiciliaria y el 59,3% habían estado ingresados previamente. El nivel de estudios mayoritario fue "Saber leer y escribir" y "Estudios primarios". El 30,5 % se intervino de artroplastia de cadera y el 69,5 de rodilla. El 52,2% de los pacientes tenía una dependencia moderada (escala Barthel) y el 97,3% tenían un riesgo bajo de desarrollo de Upp (escala Braden). El 35% precisó una transfusión sanguínea en el postoperatorio. La estancia media fue de 5,45 días con una desviación de 2, 19. En el 19,9% de los casos se documentó algún evento adverso, la frecuencia absoluta de estos fue: Caídas (2), Infección de la herida quirúrgica (6), Error en la administración de medicación (4), Upp (3), Reacción transfusional (5), Reacción alérgica (3). En un hospital no se documentó ningún evento adverso.

Discusión: La proporción de eventos adversos detectados es similar a la encontrada en la bibliografía existente. Llama la atención la aparición de Upps en pacientes que a priori se habían valorado con riesgo bajo para ello. Ningún paciente sufrió luxación o presentó flebitis. Aunque los eventos adversos no tuvieron repercusión grave sobre los pacientes se evidenció la necesidad de realizar una intervención organizativa para prevenir la aparición futura de los mismos. Esta intervención se está evaluando actualmente.

C-60

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Seguridad del Paciente I

GESTIÓN DEL RIESGO DE REACTIVACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS TRATADOS CON BIOLÓGICOS

Autores: FOBELO LOZANO M.J.; TRISTANCHO PEREZ A.; UCEDA MONTAÑES J. Y GUZMAN RAMOS M..

Objetivos: Analizar si el estudio del perfil serológico para el virus de la hepatitis B (VHB) de pacientes con enfermedades reumatológicas tratados con medicamentos biológicos se realiza de forma rutinaria y adecuándose al protocolo de profilaxis de reactivación de VHB; según los resultados, establecer una estrategia para conseguir un seguimiento eficaz.

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes con enfermedades reumatológicas que iniciaron tratamiento con medicamentos biológicos entre enero de 2013 y julio de 2014. El protocolo de profilaxis de reactivación de VHB establece, realizar cribado antes del inicio del tratamiento con biológico y según los resultados serológicos, seguir las recomendaciones de la European Association for the Study of the Liver (EASL) y la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Para cada paciente se realizó el análisis de adecuación a partir de los siguientes datos: nombre y fecha de inicio del medicamento biológico, fecha y resultados de la serología (HBsAg, anti-HBc, ADN viral).

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes; la distribución según el fármaco prescrito fue: 39 en tratamiento con etanercept, 18 con rituximab, 9 con adalimumab, 6 con abatacept, 4 con tocilizumab, 2 con infliximab, 1 con anakinra, 1 con certolizumab, 1 con golimumab. La adecuación al protocolo no se realizó correctamente en 11 pacientes (13,6%); cinco pacientes en tratamiento con rituximab, tres con etanercept, uno con adalimumab, uno con abatacept y uno con tocilizumab. La inadecuación por falta de cribado de VHB ocurrió en siete pacientes (6,2%); en los cuatro pacientes restantes (4,9%), los anti-HBc eran positivos y no se solicitó la determinación del ADN viral. Como resultado del estudio se planteó la necesidad de realizar un seguimiento sistemático en todos los pacientes con enfermedad reumatológica que inician tratamiento con biológicos. La comisión asesora local del hospital para el tratamiento de las enfermedades reumáticas inflamatorias, formada por reumatólogos y farmacéuticos, evalúa mensualmente, la adecuación de las solicitudes de inicios y cambios de tratamientos con medicamentos biológicos; así, se propone como posible estrategia para conseguir el cribado de VHB de forma rutinaria y la adecuación al protocolo de profilaxis, que todos los pacientes, previo a su evaluación en la comisión, tengan disponible el perfil serológico para el VHB y se le hayan realizado las actuaciones preventivas y de tratamiento según los resultados de dicha serología.

Discusión: Las causas de riesgo de reactivación de VHB detectadas fueron, la falta de solicitud del estudio del perfil serológico para la infección por VHB y la ausencia de niveles de ADN viral en los casos de anti-HBc positivos. Se propone como estrategia para el seguimiento rutinario y eficaz del protocolo de profilaxis de reactivación, incluir el perfil serológico completo para el VHB como requisito indispensable para la aprobación en la comisión asesora local.

C-61

Centro: HU Reina Sofía

Provincia: Córdoba

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN III

PROGRAMA DE INTERVENCION ENFERMERA PARA LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA A PACIENTES AFECTADOS DE CLAUSTROFÓBIA

Autores: RAMIREZ LOPERA M.C.; MARIN SANCHEZ J.M. Y PEDRAZA MORA M.P..

Objetivos: La Resonancia Magnética es un procedimiento, que a día de hoy, mejora sustancialmente el diagnóstico por la imagen y, por ello, ampliamente elegible. Sin embargo, una parte importante de los pacientes que se someten a ella sufren claustrofobia, particularmente en los casos en los que no se trabaja con equipos abiertos. EL OBJETIVO perseguido por el presente estudio ha sido la valoración de la eficacia de implantación de un programa con intervenciones enfermeras, mediante el cual, el paciente sea capaz de gestionar y manejar de manera positiva las emociones provocadas por la claustrofobia durante la realización de una resonancia magnética cerrada de alto campo (con mejor calida de imagen) y su capacidad para someterse a ella en sustitución de una resonancia abierta de bajo campo.

Material y Método: De este modo, se planificó un sistema de atención y tutela que contemplaba intervenciones enfermeras capaces de mejorar las condiciones de confortabilidad y el éxito en la realización de exploraciones con Resonancia Magnética cerrada o de alto campo. El programa abarcaba desde el ofrecimiento de apoyo, tutela y entrenamiento hasta la intervención (desensibilización sistemática, relajación, musicoterapia y visualización de imágenes mentales), en caso necesario. Se han estudiado y tratado pacientes afectados en el periodo comprendido entre el 1 de julio al 31 de diciembre del año 2012, comparándolo con un periodo similar en el que no estaba implantado el programa.

Resultados: El número de pacientes derivados a Resonancia Magnética abierta desde nuestra unidad pasó de un 2,8% del total de pacientes atendidos durante el segundo semestre de 2011 (no estaba aun implantado el programa) a un 0,5% en el mismo periodo de tiempo de 2012, periodo de implantación del mismo. La disminución del número de pacientes afectados, derivados a una Resonancia Magnética abierta y la verbalización de su satisfacción por el logro conseguido indicó la mejora en la calidad asistencial. Además, se ha reducido el gasto generado, debido a la disminución importante de derivaciones a una Resonancia Magnética abierta ajena a la unidad (201 derivaciones en el año 2011 y solamente 33 derivaciones y en el año 2012).

Discusión: La implantación de este programa ha mejorado, de manera sustancial y de forma óptima la asistencia a un nicho poblacional de pacientes con peso específico dentro de Resonancia Magnética.

C-62

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Provincia: Granada

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN III

ACTUACIONES DE CALIDAD IMPRESCINDIBLES EN LA CENTRALIZACIÓN PROVINCIAL DE UN LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Autores: PÉREZ GARCÍA I.; LÓPEZ CASTRO R.; CARMONA SÁNCHEZ M.; MARTÍNEZ RUBIA M.D. Y GARCÍA DEL MORAL GARRIDO R..

Objetivos: Con el horizonte de su casi inmediato traslado al nuevo Hospital del Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud (PTCS), se presenta la experiencia de centralización del laboratorio de Anatomía Patológica (APA) de la

provincia de Granada a partir de los cuatro laboratorios previamente existentes, con desglose y discusión de las medidas de control de la calidad que lo han permitido.

Material y Método: La Unidad Provincial Intercentros de Anatomía Patológica de Granada (UPIGAP) se constituyó en Febrero de 2013 por unión de las UGC de APA de los hospitales Universitarios San Cecilio y Virgen de las Nieves y los de las áreas hospitalarias de las Zonas Norte y Sur de Granada. La filosofía del proceso de convergencia es centralizar las principales actividades APA en un gran laboratorio que se ubicará en el nuevo Hospital del PTCS quedando en los hospitales periféricos tres laboratorios de actuación rápida para registro de estudios, biopsias intraoperatorias, procedimientos de punción-aspiración y diagnóstico histopatológico rápido.

Resultados: La principales actuaciones de calidad realizadas y que consideramos imprescindibles en este tipo de procesos han sido: 1) Unificación de la gestión de productos y reactivos en un Concurso Provincial, ya resuelto con un ahorro del 20% sobre el gasto anterior; 2) Unificación de tareas por similitud de actividades entre los laboratorios, con implantación de un sistema de trazabilidad externa y de transferencia de muestras en tiempo real entre ellos; 3) Implantación de un modelo de solicitud electrónica de estudios integrado en Diraya basado en codificación SNOMED CT; 4) Implantación de un sistema de trazabilidad interna basado en codificación bidimensional; 5) Desarrollo de un sistema de listas de comprobación (Checklist) en los puntos críticos del sistema; 6) Puesta a punto de un sistema de vídeoconferencias para que los profesionales que realizan turnos en centros distintos puedan compartir opiniones o discutir casos en tiempo real, esencialmente biopsias intraoperatorias y 7) Diseño de un sistema de patología digital con escaneo de alta resolución de las preparaciones histológicas convencionales para convertirlas en preparaciones virtuales susceptibles de ser observadas, manipuladas y analizadas informáticamente.

Discusión: Los procedimientos diseñados, ya en fase muy avanzada de implantación, permiten: 1) Mejorar la eficiencia del laboratorio de APA aplicando el lema de hacer más por menos; 2) Obtener la mejora de costes tecnológicos suficiente para implementar nuevos procedimientos sin incrementar el gasto del laboratorio; 3) Favorecer la equidad sanitaria entre los ciudadanos de las distintas áreas de la provincia de Granada ya que se pone a su disposición la tecnología más avanzada existente, anteriormente no disponible en los hospitales comarcales y 4) Permitirán optar en breve a la acreditación del laboratorio central al máximo nivel incluyendo la Norma Europea ISO 15189 para Laboratorios Clínicos.

C-63

Centro: HOSPITAL TRAUMATOLOGIA VIRGEN DEL ROCIO

Provincia: SEVILLA

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN III

APLICACIONES DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO PARA ESTUDIO DE LA MARCHA

Autores: ALCAZAR RUEDA E.; FERRAND FERRI P.; FERNANDEZ TORRICO J.M.; PEÑA DE LA CUEVA M.D.; PEREZ LOPEZ T. Y ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS C.

Objetivos: Dar a conocer los conceptos básicos relacionados con el laboratorio de análisis de movimiento, presentando su utilidad clínica, aplicaciones y aportando indicadores con objeto de estudiar la evolución y mejora de esta práctica asistencial. La presentación enfatiza en la utilización de esta herramienta para el análisis clínico de la marcha en pacientes neurológicos y amputados.

Material y Método: Se han revisado los pacientes evaluados en nuestro Laboratorio desde sus comienzos en octubre de 2011 hasta septiembre de 2014, que cuenta con un sistema compuesto por seis cámaras optoelectrónicas de alta resolución, encargadas de registrar los marcadores que se ubican en la superficie corporal del paciente. También hay dos cámaras de video digital que monitorean el movimiento del paciente en distintos planos. Las fuerzas de reacción del suelo se miden usando una plataforma de fuerza incrustada en medio del pasillo de marcha de 4 metros de longitud. Se han obtenido datos estadísticos de patologías evaluadas y las principales indicaciones para la prescripción de las pruebas.

Resultados: De los 264 paciente evaluados, 70 han sido sanos, 168 neurológicos (Ictus 26 y Parálisis Cerebral 128), 15 trastornos ortopédicos y 11 amputados. Estos datos muestran que la mayoría de los estudios se realizan principalmente a pacientes con patologías neurológicas, con el fin de realizar estudios prequirúrgicos en niños con PCI para cirugía multinivel, en pacientes potenciales para infiltración con toxina botulínica y para reglaje de ortesis. Actualmente tenemos en desarrollo una línea de estudios en pacientes amputados con el fin de mejorar el ajuste en la alineación de las prótesis, así como poder analizar la biomecánica de su marcha en pro de realizar un tratamiento de fisioterapia en base a sus necesidades.

Discusión: El estudio de la marcha ha interesado desde tiempos remotos y los métodos para su evaluación han avanzado mucho. Se han desarrollado nuevos métodos que permiten valorar los distintos parámetros de la marcha de forma objetiva y eficaz, apreciar los factores que pueden modificarla, diagnosticar alteraciones del patrón de marcha en diversas patologías y lesiones traumáticas, y realizar un seguimiento de pacientes para observar la evolución de los mismos, valorar la efectividad del tratamiento, recuperación tras una intervención quirúrgica o la necesidad y adecuación de ayudas técnicas. En pacientes amputados va a permitirnos además, conseguir mejoras de la alineación protésica mediante plataforma dinamométrica, lo cual nos ayudará a realizar una intervención temprana en la prevención de sobrecargas funcionales, que pueden derivar en lesiones cutáneas locales o en trastornos osteoarticulares degenerativos a medio-largo plazo. Todo ello repercute en un aumento de la seguridad del paciente en base a una potencial disminución del grado de discapacidad.

C-64

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE

Provincia: Almería

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN III

HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA" ALTERNATIVA POSIBLE; NUESTRA EXPERIENCIA"

Autores: GARCIA HITA S.; CARO RODRIGUEZ I.; OJEDA RAMIREZ M.D. Y OJEDA RAMIREZ D..

Objetivos: -Valorar los beneficios de la hemodiálisis en casa con herramientas enfermeras: valoración y plan de cuidados. -Detectar dificultades y mejoras en la elaboración de una guía de hemodiálisis domiciliaria para nuevos pacientes.

Material y Método: En este de proyecto se han planificado y realizado diferentes intervenciones: -Formación inicial a cargo del enfermero experto en diálisis domiciliaria dirigida a 3 enfermeras de la unidad de Hemodiálisis del Hospital de Poniente. -Protocolo de formación, con cronograma establecido, actividades progresivas, test de conocimientos y check-list para el paciente y persona de apoyo en domicilio. -Evaluación del equipo multidisciplinar; evaluación psicológica de capacidad intelectual y estabilidad emocional, evaluación de apoyo familiar y requisitos del domicilio por parte del trabajador social. -Valoración de enfermería(Virginia Henderson)y plan de cuidados(Nanda,NIC,NOC) -Teleasistencia con la creación de un grupo de WhatsApp que acoge;al paciente,al enfermero de la empresa responsable del monitor y a las 3 enfermeras que formadas. -Gráficas diarias de tratamiento que el paciente cumplimenta en casa. -Visita a domicilio y visita mensual.

Resultados: El programa formativo de las profesionales se realizó con éxito, la formación del paciente se alargó 2 semanas mas.La formación de la persona de apoyo en su domicilio se realizo en el hospital. Se ha detectado una evolución positiva en la situación del paciente,con necesidades alteradas en la valoración inicial durante su tratamiento en la unidad y que han mejorado al trasladar el éste a su domicilio. Se mantienen los diagnósticos de riesgo asociados a la Insuficiencia renal, pero se ha resuelto el Incumplimiento terapéutico, el Afrontamiento inefectivo y el Deterioro del patrón del sueño. Atención primaria aportará continuidad en su domicilio, y se está trabajando conjuntamente en la elaboración y protocolización de dicho seguimiento con la gestora de casos.

Discusión: La hemodiálisis domiciliaria es una alternativa posible.La experiencia está siendo muy positiva y enriquecedora, sin olvidar que para el éxito de este programa es necesario un abordaje integral y la existencia de un equipo comprometido y realista ante un paciente con un deseo y necesidad, conocedor de su enfermedad, requisitos que nos permiten hacer realidad este proyecto. Esta alternativa ofrece al paciente autonomía, flexibilidad, percepción de calidad de vida, mejor adherencia terapéutica, mejor estado nutricional con menores restricciones dietéticas menor consumo de fármacos, calidad de sueño, mejor tolerancia al tratamiento, conciliación laboral y familiar. La experiencia con teleasistencia en este tipo de terapia es escasa.Con el grupo de WhatsApp podemos aprovechar nuevas tecnologías para acercar el hospital al paciente, facilitar un soporte de ayuda, de apoyo, consejos, seguimiento del tratamiento incluso del acceso vascular en tiempo real, y por supuesto conocer cómo se siente y qué le preocupa.

C-65

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. H.U. Virgen de Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN III

¿UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE LA ATENCIÓN AL PROCESO MUSCULOESQUELÉTICO PUEDE AYUDAR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SSPA?

Autores: EXPÓSITO TIRADO J.A.; GONZÁLEZ MARTÍN A.; LARA BULLÓN J.; MARENCO DE LA FUENTE J.L.; CÓZAR LEÓN M.V. Y ALGUACIL HERRERO M.D..

Objetivos: Nuestro Sistema Sanitario Público de Andalucía(SSPA) debe hacer frente a nuevos retos para mantener su sostenibilidad: envejecimiento de la población, cambios tecnológicos, aumento del nivel de información y expectativas de los ciudadanos/as y un gasto sanitario constantemente creciente. Uno de los procesos crónicos con mayor prevalencia son los procesos musculoesqueléticos que causan discapacidad e impacto negativo en la calidad de vida. Objetivo: Evaluar la demanda de solicitudes de interconsultas entre especialidades hospitalarias tras realizar una reorganización de la atención al proceso musculoesquelético en el Área de Gestión Sanitaria (AGS).

Material y Método: 1ª Fase: Análisis de situación en el AGS, circuitos asistenciales y demanda asistencial. Se crea una Comisión del Proceso Musculoesquelético: 3 jefes clínicos de las especialidades hospitalarias implicadas, 5 médicos de Atención Primaria(AP), 1 médico rehabilitador, responsable de Atención al Usuario y Dirección Médica. Se redefine de forma consensuada la cartera de servicio básica para derivación directa desde AP a cada una de las especialidades que se consideran pueden resolver el proceso clínico con mayor eficiencia, simplificando el circuito de derivación. 2ª Fase: Diseño: estudio descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio: Enero-Agosto de 2.012-2.013-2.014. Fuente: Módulo de Tratamiento de la Información. Medida de resultado: Solicitudes de Primera de Atención Primaria(PAP) y Primera de Atención Especializada(PAE) por cada especialidad. Comparación de la demanda por especialidad.

Resultados: Número total de PAP en los períodos enero-agosto de 2.012-2.013-2.014 han sido 16.795, 16.379 y 16.852 respectivamente. La distribución de la demanda por especialidades ha pasado de 1.818 en el Servicio de Rehabilitación en 2.013 a 5.785 en 2.014; de 14.419 en 2.013 (esta cifra incluye las recibidas por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología(COT) y la anterior Unidad de Aparato Locomotor dirigida por el Servicio de Reumatología) a 8.346 en 2.014 en el Servicio de COT; de 142 en el Servicio de Reumatología en 2.013 a 2.721 en 2.014. Número total de PAEs en los períodos enero-agosto de 2.012-2.013-2.014 han sido 12.007, 12.368 y 9.895 respectivamente. La distribución por especialidades ha pasado de 3.461 en el Servicio de Rehabilitación en 2.013 a 2.982 en 2.014; de 7.669 en el Servicio de COT a 5.536 en 2.014; de 1.238 en el Servicio de Reumatología a 1.377.

Discusión: Tras la redefinición organizativa llevada a cabo en el AGS, se ha concedido a AP la responsabilidad de derivar al paciente a la especialidad más adecuada frente al modelo anterior. Manteniéndose la misma demanda desde AP, se ha objetivado un descenso del 20% de PAEs solicitadas. Esto ha supuesto que a 2.473 pacientes se les ha evitado una segunda lista de espera a la vez de un descenso de la carga asistencial en el Sistema, colaborando con la sostenibilidad de la atención sanitaria al proceso musculoesquelético dentro del SSPA.

C-66

Centro: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN III

REVISIÓN DE PROCESOS DE SOPORTE DE COMUNICACIÓN INTERCENTROS PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA.

Autores: MARTÍN SECANO M.; LUQUE ROMERO L.G.; PICÓN VALERO M.D.; RAMÍREZ FLORES M.C. Y NIETO REINOSO A..

Objetivos: Los procesos de soporte como cualquier otro, en ausencia de evaluaciones, acumulan ineficiencias causadas, en la mayoría de los casos, por el establecimiento actividades duplicadas y poco eficientes. Objetivos: Analizar los procesos de soporte relacionados con el transporte y comunicación entre los centros sanitarios (CS) y la sede del Distrito Aljarafe-Sevilla Norte y entre éstos y otros centros y organismos de la Consejería de Salud. Adecuar los recursos asignados a las necesidades resultantes del análisis. Reevaluar el proceso una vez implementadas las mejoras.

Material y Método: Estudio transversal cuali-cuantitativo de los circuitos administrativos y de transporte de un años de duración (junio 2013- junio2014). Ámbito: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Entrevista semiestructurada a los celadores-conductores y administrativo encargados de la comunicació intercentros. Estudio cuantitativo de los recursos tiempo, humanos, y costes directos. Grupo focal de expertos para la propuesta de mejoras. Estudio de minimización de costes mediante el análisis de rutas asistido por geo-localización, y ordenación de tareas según check-list para la priorización siguiendo un algoritmo creado por el grupo de expertos. Análisis estadístico descriptivo mediante SPSS v18. Se describirán las variables cuantitativas mediante media, desviación estándar e intervalo de confianza y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Adecuación de los puestos de trabajos necesarios: se consiguió la reubicación de la persona excedente a otras tareas. Reducción de los costes derivados del uso de los vehículos en uso desde 737€/semana a 577€ por semana. Disminución de las horas medias de exposición de los conductores al tráfico (desde 566,7 km y 14 horas medias semanales cada uno de los tres conductores a 443,5 Km y 12 horas medias semanales dos conductores), lo que ha mejorado la salud laboral percibida (disminución del estrés derivado del tráfico y del riesgo de accidentes laborales). Creación de circuito específico para el material de bio-riesgo. Mejora de atención a los pacientes en deshabituación de estupefacientes mediante la programación del reparto de la metadona a los centros un día antes de la fecha de dispensación al usuario, evitando así incidencias por retraso en la entrega de la misma. Implantación sin incidencias del programa de dispensación de material sanitario, no sanitario y correo intercentros según cronograma, y protocolo de priorización de tareas. Mantenimiento de la atención de las necesidades de los centros en todos los procesos de prioridad 1 (Urgentes) sin menoscabo de las tareas de prioridad menor (3-4).

Discusión: La revisión de los procesos de soporte suponen una mejora en el uso de los recursos disponibles en el Sistema Sanitario Público, permitiendo la adecuación de los recursos humanos y económicos a las necesidades de los ciudadanos, profesionales y sistema.

C-67

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN IV

EFECTIVIDAD DE LA LLAMADA TELEFÓNICA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

Autores: MARTIN SIERRA M.D.; LUPIÓN MENDOZA C.; MARQUEZ PAVON I.; GONZALEZ FERNANDEZ C.; GARCIA BRIZ C. Y RODRIGUEZ BAÑO J..

Objetivos: 1.Detectar la diferencia de la tasa de infección quirúrgica durante el ingreso y la desarrollada tras el alta 2.Detectar el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de colecistectomia con la atención recibida

Material y Método: Hospital de tercer nivel de 950 camas. Se realiza recogida de datos de pacientes intervenidos de colecistectomia durante el periodo comprendidos desde el 1 de Enero hasta el 30 de Abril de 2014, realizando vigilancia de infección en estos pacientes desde el día de la intervención hasta el alta, teniendo esta cirugía un periodo postoperatorio muy breve debido a las altas precoces. Posteriormente, se contacta telefónicamente 40 días después, para realizarle una encuesta (previo consentimiento del paciente) donde se incluyen ítems sobre infección así como de satisfacción del paciente. Esta encuesta es realizada y validada. Los ítems de satisfacción se miden a través de la escala de Likert (1 a 5). Las preguntas realizadas para detectar infección van dirigidas a conocer la aparición de signos de infección tales como fiebre, enrojecimiento de las herida,… En cuanto a la satisfacción de la atención recibida, las preguntas serían como ha considerado su periodo postoperatorio así como el grado de satisfacción con la atención recibida durante su ingreso.

Resultados: El número de pacientes intervenidos de colecistectomia en el periodo de estudio fue de 107. Se realizó llamada telefónica hasta en 3 ocasiones, en diferentes días y horas para obtener el máximo de respuesta. Así los datos resultantes son: contestación en la primera llamada de 86 pacientes (80.38%), en la segunda y tercera llamada serían 3 pacientes en cada una de ellas (2.8%) y no contestan o número telefónico erróneo 15 pacientes (14,02%). Las infecciones nosocomiales detectadas durante el ingreso son de 4 pacientes (3.73%) y detectadas en las llamadas son 14 (13.08%), siendo el total de infecciones nosocomiales de 18 (16.81%). Dentro de estas se hallarían las infecciones de localización quirúrgica que serían durante el ingreso 3 pacientes (2.8%) y detectadas en llamada telefónica 9 (8.41%), siendo el total de infecciones nosocomiales de 12 (11.21%). Con respecto a la percepción de los pacientes sobre la calidad asistencial, el 84.79% consideran que la satisfacción en el periodo postoperatorio ha sido de 4-5 en la escala Likert (rango de1 a 5) y el 89.13% consideran que el grado de satisfacción con la atención recibida ha sido de 4-5 en la escala de Likert (rango de 2 a 5).

Discusión: La llamada telefónica demuestra su efectividad para la detección de infecciones postquirurgicas que no aparecen durante el corto ingreso hospitalario, su utilidad para disminuir el estrés en los pacientes en el periodo postoperatorio en su domicilio y orientar a los pacientes ante las dudas surgidas tras el alta hospitalaria. Por otra parte, se demuestra el alto grado de satisfacción de los pacientes con dicho periodo y la atención recibida durante su estancia en el hospital.

C-68

Centro: UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL H. VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN IV

INNOVACIÓN EN EL DISEÑO FUNCIONAL DE UNA CONSULTA DE HIPOACUSIA.

Autores: SANCHEZ JIMENEZ M.T.; JARANA BOY D.; SANCHEZ JIMENEZ A. Y DIAZ SALIDO E..

Objetivos: Presentar innovaciones en el diseño de una consulta de hipoacusia para mejorar la calidad del Programa de Detección Precoz de hipoacusia en el recién nacido, mejorar la eficiencia de la consulta y la seguridad del neonato atendido.

Material y Método: 1. Identificación de áreas de mejora. 2. Diseño del Plan funcional. 3. Implementación del Plan funcional. 4. Seguimiento y evaluación de resultados.

Resultados: Se diseña un plan funcional donde se marcan líneas de mejoras y las líneas de trabajo que derivan de las mismas. Se planifica, además, recursos de soporte necesarios para su realización y cronograma. Se definen las siguientes lineas de mejora: 1. Accesibilidad de los recién nacidos y sus familiares a la realización de la prueba. 2. Información a usuarios y profesionales. 3. Formación de los profesionales sanitarios. 4. Actualización y sincronización de registros. 5. Renovación de Audiómetros y formación en uso y mantenimiento. 6. Atención e incorporación a la ciudadania. 7. Mejoras de infraestructuras. Se ejecutan las siguientes líneas de trabajo: 1. Diseño de agenda externa e interna; con nuevo modelo de citación. 2. Se diseña y entrega tríptico de información a profesionales y familiares. 3. Se realizan talleres formativos y sesiones clínicas multidisciplinares. 4. Se incorpora la realización y resultado de la otoemisión en historia digital del recién nacido, tras diseño e implementación de registro informatizado en el marco de los indicadores de calidad que definen el Programa de Hipoacusia. 5. Incorporacion de nuevo audiómetro; comunicación más efectiva con casa comercial y servicio de electromedicina. 6. Se diseña y entrega encuesta de satisfacción a la familia para depositar en buzón. 7. Se realizan cambios de mobiliario, pintura y recursos materiales de la consulta.

Discusión: El nuevo Plan funcional ha demostrado mejorar la efectividad del programa con resultados de cobertura del 99.18% ,de 4751 recien nacidos, garantizar la seguridad del paciente, sin notificacion de incidentes adversos, con una consulta mas eficiente y con mayor satisfacción de usuarios reflejados en una valoracion global en las encuestas de 8,75 puntos.

C-69

Centro: HU Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN IV

EFICACIA DEL NUEVO PROTOCOLO TRANSDISCIPLINAR DE DISFAGIA DE LA UNIDAD DE ICTUS TRAS SU PRIMER AÑO DE APLICACIÓN

Autores: RUÍZ MERINO L.; HOCHSPRUNG ANJA A.N.; ZAYA DOMINGUEZ E. Y QUESADA GARCÍA M.A..

Objetivos: - Evaluar la eficacia del nuevo protocolo transdisciplinar de disfagia tras un año de aplicación (desde Abril de 2013 hasta Abril de 2014) - Evitar broncoaspiraciones - Educación Sanitaria del paciente y/o familia para evitar broncoaspiraciones

Material y Método: - De los 422 pacientes ingresados en la Unidad de Ictus en el periodo anteriormente mencionado (Abril 2013 hasta Abril 2014), se seleccionan aquellos que presentan alteraciones funcionales para la deglución (26.07% del total) - Se elabora un protocolo transdisciplinar consensuado - Se realiza formación del personal implicado en su aplicación - Se aplica al 100% de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus - Se realiza Educación Sanitaria al paciente y/o cuidadores, entregando la documentación elaborada para tal fín, basada en el protocolo diseñado.

Resultados: Tras la aplicación del protocolo al 100% de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus en un año, obtenemos los siguientes resultados: - Incidencia de broncoaspiración: 0% - Evolución de la Disfagia: . Inicialmente: a) 29.09% requieren sonda nasogástrica (GUSS 0) b) 70.91% requieren consistencia triturada y/o espesantes (GUSS 8) . Al Alta: a) 6.36% continúan con sonda nasogástrica (GUSS 0) b) 24.54% continúan necesitando consitencia triturada y/o espesantes (GUSS 8) c) 69.09% puede tomar todo tipo de consistencias, incluídos los líquidos (GUSS 20) - Educación Sanitaria y entrega de información documentada: 100% de los pacientes y/o cuidadores.

Discusión: La aplicación del protocolo transdisciplinar de disfagia ha resultado eficaz en la prevención de broncoaspiraciones en el 100% de los casos atendidos en la unidad de Ictus en un año, y ha conseguido mejorar la disfagia en el 69.09% de los mismos.

C-70

Centro: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Provincia: SEVILLA

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN IV

PROYECTO TELERRADIOLOGÍA:CONTABILIDAD ANÁLITICA COMO HERRAMIENTA PARA TOMA DECISIONES DE CAPACIDAD INSTALADA EN HOSPITAL

Autores: BELTRÁN RODRÍGUEZ M.; RUBIO MELLADO A.; PIERRARD HARDY F.S. Y BARRIOS FAYULA S..

Objetivos: El estado actual de desarrollo de las TIC y de los PACS permite una deslocalización de los procesos de producción, de los resultados de las Exploraciones Diagnosticas. Además la concreción y definición de los productos intermedios (imágenes) y de los resultados (informe) son factores clave que facilitaran el intercambio de estos servicios. Estos elementos son los que permite concebir los beneficios de una gestión global del conjunto de la oferta de Servicios Radiológicos existente. De esta forma los diferentes núcleos de producción, dependiendo de su especialización y capacidades en términos de recursos humanos y tecnológicos, podrían asumir producción excedentaria de otros núcleos o alternativamente disponer de capacidad productiva adicional para hacer frente a momentos de sobredemanda. En el aspecto referido a la subespecialización el propio Libro Blanco de Telerradiología en Europa (Asociación de Radiología Europea 2004) destaca los beneficios intrínsecos del intercambio: Las imágenes de casos complejos pueden transmitirse desde hospitales dotados con servicios generales de radiología a centros especializados para obtener su evaluación y asesoramiento. Prestar al ciudadano unos servicios de mayor calidad (accesibilidad y agilidad en la respuesta), conseguir explotar los recursos tecnológicos instalados, dar a los Profesionales mayores oportunidades de desarrollo e intercambio de conocimientos, superar los problemas estructurales de especialistas en radiología detectados en nuestra red de Hospitales, trabajar en Red en una organización por órganos y sistemas, donde todos los profesionales ofrezcan lo mejor de su conocimiento, nuevas vías para incrementar la financiación, gestión eficiente de los recursos instalados, ahorro en costes.

Material y Método: 1.- Definir las actividades a estudiar: Resonancia Magnética Simple, Resonancia Magnética Compleja, TAC Simple y TAC Complejo 2.-Localizar los inductores de coste de cada una de las actividades (Costes Directos y costes estructurales incrementales).3.- Determinar Costes estructurales incrementales: (Para aprovechar la capacidad instalada no se tienen que tener en cuenta todos los costes estructurales sino aquellos costes que se generan de un mayor coste como consecuencia de realizar la actividad).4.- Acudir a la contabilidad analítica del hospital para obtener los costes unitarios para cada uno de los inductores de coste.5.- Obtener el Coste Ajustado por Capacidad Instalada (C.A.C.I.).

Resultados: La actividad de Telerradiología se puso en marcha en marzo 2014 y hasta agosto se han realizado 929 informes.

Discusión: El Coste Ajustado por Capacidad Instalada (C.A.C.I.) es una herramienta para la toma de decisiones en tanto que tiene en cuenta la capacidad instalada en un hospital y por tanto la subactividad que se presenta en el Centro Hospitalario, no trasladando esta ineficiencia al coste de nuevas actividades que se quieran incorporar. El método del C.A.C.I. nos permite validar que la actividad es viable y rentable.

C-71

Centro: Centro de Salud de Cazalla de la Sierra

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN IV

PLAN DE ATENCIÓN BUCODENTAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: GARCÍA PALMA A.; BEJARANO ÁVILA G.; CARRILLO DE ALBORNOZ-SOTO R.; DE MARCOS PÉREZ F.; BRAVO ESCUDERO C. Y MONTES REAL R..

Objetivos: La quimioterapia y la radioterapia son causa de complicaciones orales: mucositis, disgeusia, xerostomía, infecciones, hemorragias gingivales, caries rampantes, etc.; aunque la rápida actuación del odontoestomatólogo reduce el riesgo y mejora la calidad de vida de estos pacientes. Los objetivos a desarrollar serán: 1. Tasa de pacientes que acuden al gabinete para revisión /tratamiento. 2. Tratamientos realizados y complicaciones registradas antes, durante y después del tratamiento oncológico. 3. Evaluación de las necesidades de tratamiento restaurador.

Material y Método: Se otorgará cita preferente al paciente oncológico desde el Hospital Universitario Virgen Macarena al Servicio de Odontología de Salud Bucodental Aljarafe Sevilla Norte antes del tratamiento oncológico. De no ser posible, por instauración temprana de dicho tratamiento, se le citaría entre el 1º y 2º ciclo. En la 1ª visita en gabinete dental se elaborará la historia clínica odontológica realizando una exploración intra oral de tejidos duros y blandos y radiografías. Asimismo serán instruidos en la importancia del mantenimiento de una higiene oral meticulosa mediante cepillado 3 veces al día o enjuagues si existe riesgo de sangrado, modificaciones dietéticas, eliminación de hábitos tóxicos, recomendaciones preventivas, identificación de focos infecciosos, presencia de mucositis y se informará al paciente de las opciones de tratamiento y los objetivos del programa. Para una mejor coordinación interniveles se mantendrá contacto permanente con su oncólogo mediante la apertura de una hoja en Diraya, en Historia de Salud Digital pudiéndose recurrir al contacto telefónico. Durante el tratamiento oncológico será imprescindible realizar una higiene oral meticulosa y la aplicación de colutorios antiplacas, soluciones anestésicas, ingesta hídrica y vitamínica, etc. frente a la mucositis o la xerostomía. Si es imprescindible realizar una intervención cruenta se contactará con el oncólogo responsable para informarnos de la conveniencia de realizarlo. Las exodoncias deberán diferirse hasta normalizar valores analíticos por riesgo de hemorragias e infección. Después del tratamiento oncológico insistiremos en el mantenimiento de la higiene oral. En pacientes irradiados por neoplasias de cabeza y cuello se produce xerostomía que aumenta el riesgo de caries sobretodo cervical y radicular y serán tratadas con obturaciones; además se aplicará flúor y clorhexidina durante meses.

Resultados: Los resultados serán similares a la literatura revisada.La prevalencia de caries en estos pacientes podrá ser alrededor del 28,1%; gingivitis severa del 20,3%, infecciones dentales y abcesos del 5,8% y será beneficioso el uso de flúor, clorhexidina y obturaciones entre otras medidas.

Discusión: Se necesitan más ensayos clínicos controlados para evaluar el daño dental asociado a otras complicaciones intraorales en pacientes con tratamiento oncológico. El tratamiento multidisciplinar y el del dentista son fundamentales en estos casos.

C-72

Centro:

Provincia:

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN IV

CALIDAD Y EFICIENCIA EN EL MANTENIMIENTO ELECTROMÉDICO. UNA GESTIÓN

Autores: PEIS REDONDO V.E.; MARTINEZ MARTINEZ E.; PEIS CASTAÑEDA A. Y SMITH EDITH E..

Objetivos: Gestión del mantenimiento electromédico a través de dos empresas: una generalista y otra tecnológica, que permite la mejora sustancial de los tiempos de respuesta y disponibilidad de los equipos electromédicos, así como la disminución efectiva de costes de mantenimiento y de operación.

Material y Método: Se dispone de la experiencia de más de 8 años en el AGS Sur de Granada con empresas generalistas de mantenimiento, los costes asociados al mantenimiento de equipos a través de preventivos. El proceso desarrollado: 1.- La potenciación del alcance del mantenimiento preventivo a través de convenios con las empresas tecnológicas y formación de los profesionales intervinientes. 2.- El análisis de costes asociados a las operaciones de mantenimiento. 3.- El perfeccionamiento tutelado de las relaciones de las empresas: generalista y tecnológica. 4.- Análisis comparativo de costes y tiempos de disponibilidad de equipos.

Resultados: La utilización de la fórmula Primera Intervención + Correctivo, estando desarrollada la primera por E. generalista y la segunda por E. tecnológica, ambas actuando como socios tutelados, no administrativos, en cualquier entorno y dimensión, ya sea Atención Primaria, ya sea Atención Hospitalaria, permite obtener un ahorro de costes significativo además de mejorar la calidad de ejecución de los trabajos de mantenimiento.

Discusión: La innovación en la gestión del mantenimiento usando los conocimientos de las empresas especialistas, generalista y tecnológica, y logrando que compartan medios de trabajo, alcance en cuanto equipos y parámetros de control de ejecución, proporciona un ajuste de costes, mejora de la disponibilidad de equipos y trazabilidad completa del mantenimiento, no existiendo "huecos de responsabilidad" en el procedimiento. Proporcionar el entorno adecuado que promocione la colaboración entre empresas, buscando a través de ello la eficiencia y la calidad, es un reto en vigor y con un futuro amplio.

C-73

Centro: H.U.Virgen del rocio

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente II

"HIGIENE DEL PACIENTE CON CLORHEXIDINA.NUEVA MEDIDA PARA LA ERRADICACIÓN DE BACTERIAS MULTIRESISTENTE EN UNA UCI"

Autores: ALONSO ARAUJO I.; GONZALEZ MENDEZ M.I.; NAVARRO NAVARRO M.C.; MARTIN CASTAÑO C.; JIMENEZ MESA E. Y LOCATELLI GARRÓN R..

Objetivos: Reducción de la infección/colonización por bacterias multiresistentes en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos mediante la implantación de un nuevo procedimiento sobre la higiene del paciente con solución de gluconato de clorhexidina.

Material y Método: Se realiza una búsqueda bibliográfica durante el mes de noviembre de 2012 en las principales bases de datos de ciencias de la salud y enfermería, entre ellas PubMed, Scopus, Cochrane, WOK, Cinhal, IME, ENFISPO, Cuiden y Lilacs. Para ello se redactan diferentes estrategias de búsqueda con descriptores DeCs. En cuanto a la naturaleza de los estudios, se trata de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados. En todos ellos se concluye una reducción de la infección/colonización por bacterias multiresistentes en pacientes de UCI o de larga estancia hospitalaria tras el uso de gluconato de clorhexidina en el baño diario de los pacientes. A la luz de los resultados obtenidos, se realiza una revisión del protocolo de baño del paciente y se modifica el uso de jabón dermo por gluconato de clorhexidina. Al igual que en alguno de los ensayos revisados, aparecen algunos casos de reacciones alérgicas a la clorhexidina que se notifican como eventos adversos. Este nuevo procedimiento se incluye en un paquete de medidas ya existente en UCI para el control y erradicación de las bacterias multiresistentes.

Resultados: La Implantación del nuevo procedimiento se realiza comenzando con la formacion de los profesionales de la unidad. De forma semanal desde hace 2 años se les realiza un estudio de portadores de Acinetobacter y Klebsiela Neumoniae a todos los pacientes ingresados cuya estancia supere las 48h. Paralelamente se lleva un control sobre todos los estudios microbiológicos de las muestras clínicas de estos pacientes. A lo largo de estos dos años se ha conseguido una reducción de la incidencia de un 11,6% al comienzo del programa a una incidencia 0% de pacientes colonizados/infectados y en los últimos dos meses.

Discusión: El baño con gluconato de clorhexidina es una medida simple, efectiva y poco costosa para proteger a los pacientes de las bacterias multiresistentes. El gluconato de clorhexidina tiene una actividad de amplio espectro, con una elevada duración y una baja toxicidad. Modificando una rutina diaria en el baño de nuestros pacientes, que no precisa ninguna carga de trabajo adicional para los profesionales, estamos luchando contra un grave problema de salud pública. Ya que las infecciones nosocomiales son unas de las primeras causas de morbimortalidad de los pacientes críticos, lo que conlleva a un aumento de la estancia hospitalaria y el consiguiente gasto económico. Con el uso del gluconato de clorhexidina en el baño de los pacientes , junto con otras medidas en la lucha contra las bacterias multiresistentes, hemos conseguído reducir de forma sustancial, la infección/colonización por bacterias multiresistentes en los pacientes ingresados en la unidad.

C-74

Centro: Hospital Virgen Macarena de Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente II

VALIDACIÓN DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE CON ALERGIA AL LÁTEX

Autores: MARTÍNEZ LARA C.; DE LA TORRE CADENA E.; POSADILLO SÁNCHEZ DE PUERTA L. Y ZAMBRANO OLIVO C..

Objetivos: 1.Objetivo general: Mostrar el procedimiento de validación y activación de la alerta quirúrgica, que constituye la alergia al látex en la Unidad de quirófanos. 2. Objetivo específico: Mostrar los resultados de la incidencia de pacientes intervenidos con alergia al látex según sexo, edad y especialidad quirúrgica.

Material y Método: Tipo de estudio: estudio prospectivo y descriptivo, realizado a través del método cuantitativo en el periodo comprendido entre los meses de enero de 2013 y agosto de 2014. Selección de caso: se han recogido de forma consecutiva todos los visados quirúrgicos de pacientes con alergia al látex. En el análisis descriptivo se ha realizado la media, la desviación típica. La variable no numérica se muestra con frecuencia y porcentajes.

Resultados: Durante el período de estudio, se han realizado 57 validaciones de pacientes que van a ser intervenidos con alergia al látex entre enero de 2013 y agosto de 2014, de los cuales el 63,2% son mujeres y el 36,8% son hombres. La edad media de los pacientes es de 45,9 años con una desviación típica de 17,8 y el rango de 78-9. En relación al sexo, la edad media de los varones de 45,6 años con una desviación típica de 22,7 y el rango de 78-9 y una edad media en las mujeres de 46,1 años con una desviación típica de 14,7 y el rango de 74-21.

Discusión: La activación del procedimiento de pacientes con alergia al látex que realizamos en nuestro centro hospitalario, aumenta la seguridad del paciente que va a ser intervenidos quirúrgicamente ya que mejora la comunicación entre los distintos estamentos profesionales que intervienen en el proceso quirúrgico (cirujano programador, administrativos, supervisores, DUE, TCAE, profesional de limpieza).

C-75

Centro:

Provincia:

Área Temática: Seguridad del Paciente II

IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE UTILIZACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS A PARTIR DE UN CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Autores: GONZÁLEZ PIÑEIRO S.; SALVADOR GARRIDO P.; PEDREIRA VÁZQUEZ M.I.; CALVIN LAMAS M.; YÁÑEZ MARTÍNEZ M.D. Y MARTÍN HERRANZ I..

Objetivos: Describir las prácticas de mejora de seguridad implantadas por el Servicio de Farmacia (SF) tomando como base el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" (CA) del ISMP-España.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las prácticas de seguridad implantadas por el SF de un hospital de tercer nivel. Durante los años 2012-2013, cada farmacéutico integrante del SF seleccionaba alguno de los puntos del CA para el desarrollo e implantación de una práctica concreta.

Resultados: Se implantaron 42 prácticas agrupadas en: Información sobre pacientes (5/42):identificación inequívoca del paciente, registro de creatinina/peso; Información de medicamentos (7/42): conciliación al ingreso y alta, utilización de medicamentos fuera de indicación, incorporación del farmacéutico en UCI-Pediatría; Guía Farmacoterapéutica (5/42): implantación de alertas de alergias e interacciones medicamentosas en el sistema de prescripción electrónica, ausencia de duplicidades, proceso de equivalentes terapéuticos, carteles para prevenir confusión entre especialidades farmacéuticas con igual principio activo; Prescripción automatizada (1/42): implantación de alertas de dosis máximas (oncología); Medicamentos con similitud fonética, ortográfica y/o visual (5/42): implantación de "letras mayúsculas resaltadas"; Etiquetado correcto de mezclas intravenosas (2/42); Dispensación de medicamentos en tiempo y de forma segura (1/42) mediante un sistema automatizado de dispensación (Partos); Almacenamiento seguro de medicamentos y productos químicos (2/42): cloruro potásico (únicamente en unidades autorizadas en lugar separado y perfectamente identificado) y registro y revisión periódica de productos químicos; Formación del personal (3/42): proceso de acogida, formación sobre monitorización de digoxina en Urgencias; Formación sobre utilización de medicamentos (2/42): notas informativas (antibióticos, riesgo de sangrado por ácido acetil salicílico, terapia inhalatoria); Educación al paciente (3/42): información escrita sobre terapias biológicas y antirretrovirales, dispensación de medicamentos con etiquetas identificativas medicamento/indicación en una residencia; Detección y notificación de errores (1/42): análisis de riesgos en PE; Doble chequeo independiente/Procedimientos automatizados de verificación (3/42): doble revisión (oncología), lector de código de barras en muestras sanguíneas; Control de infección (2/42): dispensación individualizada de colirios y plumas de insulina. Para los CE 7, 11, 12, 13 y 17 sobre medidas estructurales y organizativas no se implementó ninguna práctica.

Discusión: En nuestro hospital, la utilización del CA ha sido una herramienta muy útil para orientar y planificar las prácticas de utilización segura de medicamentos implantadas, así como para identificar aquellas áreas que constituyen oportunidades de mejora para el desarrollo de nuevas prácticas.

C-77

Centro: Hospital U Puerta del Mar

Provincia: Cádiz

Área Temática: Seguridad del Paciente II

EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores: MONROY MORCILLO A.; BULO CONCELLÓN R.; GARCÍA CAMACHO C.; BENDICHO LÓPEZ M.J.; ALONSO OJEMBARRENA A. Y SÁNCHEZ MEDINA M..

Objetivos: Conocer cómo se realiza la conciliación de la medicación en el Hospital y en qué porcentaje de Unidades se realiza la conciliación de la medicación de manera adecuada en todas sus fases.

Material y Método: El Universo fueron todos los episodios de alta de ingresos de más de 24 h de todas las Unidades de hospitalización, disponibles desde el 01 de enero al 01 de mayo de 2014. Se utilizó un muestreo de conveniencia de al menos 10 Historias Clínicas (HHCC) por Unidad de aquellos episodios de más de 5 días de ingreso de pacientes mayores 65 años. En aquellas Unidades en las que no se alcanzó la muestra se amplió el criterio. Se definieron los indicadores de la conciliación de la medicación que deberían conocer los profesionales, y aquellos elementos básicos de la conciliación de la medicación que deberían estar registrados en las HHCC; se elaboró un cuestionario de conciliación para su cumplimentación por las UGC y se realizaron auditorías de 10 episodios de ingreso y alta de pacientes en cada Unidad prescriptora, siguiendo un modelo diseñado previamente.

Resultados: Se han completado 15 encuestas y se han auditado 199 HHCC que han implicado a 19 especialidades. Cuestionario El 80% de las UGC contestó que la UGC conocía en qué consistía, al menos parcialmente, la conciliación de la medicación, aunque solo el 20% conocía el documento sobre conciliación editado por el Hospital. El 53% recogen en la HC de ingreso "el listado de la medicación que el paciente toma en el medio ambulatorio en cada uno de los ingresos hospitalarios" En el 50% de los informes de la Unidad para el alta, el traslado a otra especialidad, Unidad o Centro, se indicaba el tratamiento completo con el que se traslada el paciente, y no sólo el listado de fármacos que se habían modificado o añadido. Auditoría De Historias Clínicas De las HHCC auditadas, en el 69% el/la Facultativo/a registraba la "Medicación ambulatoria en la HHCC de ingreso". El 55 % incluía dosis y vía de administración. En el 67% de las HHCC el/la Facultativo/a escribió la prescripción con todos los medicamentos para el ingreso. La validación del farmacéutico de la medicación prescrita se realizó en el 57% de las 199 HHCC revisadas. En el 61% de los informes de alta se indicaba el tratamiento completo con el que se iba el paciente. El listado completo con las dosis, vía de administración e instrucciones se encontraba claramente reflejado en el 51% de los informes de alta.

Discusión: Aun considerando la conciliación de la medicación como un elemento estratégico y básico para la seguridad de los pacientes el porcentaje de Unidades que realizan una correcta conciliación de la medicación en cada una de las fases el proceso en los momentos de transferencia de los pacientes entre niveles es bajo. Se necesitan estrategias adicionales para mejorar la conciliación de la medicación de los pacientes al ingreso y al alta hospitalaria.

C-78

Centro: Hospital U Puerta del Mar

Provincia: Cádiz

Área Temática: Seguridad del Paciente II

MEJORA EN LA NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores: MONROY MORCILLO A.; CONEJERO GÓMEZ R.; JIMÉNEZ PÉREZ I.; SAMPER TOSCANO M.A.; COBO OCAÑA M.A. Y UTOR FERNÁNDEZ D.A..

Objetivos: El Hospital ha contado desde 2005 con un sistema propio de notificación de incidentes de seguridad (IS), además de otros específicos de sistemas. No obstante, el procedimiento quedó obsoleto y el circuito de gestión poco definido y disfuncional. En este contexto se retomó la comisión de seguridad en junio de 2013, que se planteó revisar e impulsar el sistema de notificación y el circuito de recepción, análisis y puesta en marcha de mecanismos preventivos derivados del conocimiento generado.

Material y Método: 1) Se decidió unificar los sistemas locales de notificación y sustituirlos por el sistema de notificación de IS del Observatorio para la Seguridad del Paciente. 2) se definieron las distintas fases de la gestión de IS: Los IS son recibidos por la Comisión Permanente De Seguridad (CPS) que a su vez lo transmite a la Comisión de Seguridad general (CSG). La CPS solicita al/los responsable/s del área afectada que informe/n a la CPS sobre las medidas correctivas y preventivas llevadas a cabo, según procedimiento establecido previamente. Si se trata de un evento centinela que requiere análisis de causa raíz (ACR), la CPS realiza una reunión extraordinaria para configurar el grupo de estudio. El grupo de ACR informa del resultado del estudio y de las medidas correctivas y preventivas ejecutadas o planificadas. La CSG revisa la información recibida, puede proponer nuevas medidas y/o promover la implantación de medidas de mejora que pudieran aplicar al resto de Unidades. 3) Se dispuso un acceso directo a la aplicación del Observatorio en la Web documental 4) En diciembre de 2013 se comunicó el cambio del sistema de notificación y gestión de IS a las distintas Unidades de Gestión a través de distintos canales informativos.

Resultados: En el año 2013 se notificaron 3 IS. En los tres primeros trimestres de 2014 se han notificado 20 a través del Observatorio. Se ha solicitado información adicional a todos los responsables de las Unidades implicadas, que han evaluado los IS en su área. Todos los IS han sido objeto de análisis por la CGS, realizándose en un caso 1 ACR mediante un grupo específico de trabajo. Hasta el momento se han llevado a cabo las siguientes mejoras: cambios en la realización de un procedimiento; mejoras en la implantación de otro; elaboración de dos procedimientos de trabajo inexistentes; cambio de instrucción operativa en una Unidad y una revisión y modificación de enseres fijos la planificación de mejoras en algunas infraestructuras del Centro.

Discusión: El sistema de notificación del observatorio para la seguridad del paciente de Andalucía junto con la puesta en marcha de una comisión operativa de seguridad han sido estrategias eficaces en la creación de una base de conocimiento sobre riesgos para pacientes en el centro y la generación de mejoras derivadas de su análisis.

C-79

Centro: Hospital de Alta Resolución Sierra Norte

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN II

ANÁLISIS COMPARATIVO DE COSTES DE UN NUEVO SISTEMA ORGANIZATIVO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CPAP (ESTUDIO ECOCPAP)

Autores: GONZÁLEZ VERGARA D.; MÁRQUEZ PELÁEZ S.; PÉREZ RAMOS J.; ALFONSO ARIAS J.D.; AUMESQUET NOSEA M. Y CAPOTE GIL F..

Objetivos: El síndrome de apneas-hipopneas del sueño es una enfermedad prevalente cuyo tratamiento de elección, la CPAP, se presta de forma externalizada mediante empresas privadas. En nuestro conocimiento no existe ningún estudio que plantee un sistema de financiación alternativo al tradicional. Tras análisis teóricos previos de impacto presupuestario hemos implantado un nuevo sistema organizativo donde el hospital adquiere los equipos en propiedad y realiza el control, mantenimiento y seguimiento de la terapia. El objetivo de este estudio fue comparar los costes del nuevo sistema frente al tradicional de pago por prestación de servicios, con una empresa suministradora externa, un año después de su implantación y valorar la calidad del nuevo servicio prestado.

Material y Método: Se realizó un análisis comparativo de costes de ambas formas de prestación desde la perspectiva del sistema de salud, con enfoque de microcostes diarios por paciente, considerando costes directos sanitarios del nuevo sistema organizativo (coste de dispositivo CPAP, accesorios y consultas de enfermería necesarias para realizar el control y mantenimiento de la terapia) y se comparó con los costes que hubiesen generado los pacientes al continuar con la empresa suministradora externa. Se realizó además una encuesta de satisfacción sobre el servicio prestado por el centro hospitalario y se comparó con la realizada sobre la empresa suministradora en el periodo de tiempo inmediatamente anterior.

Resultados: Se adquirieron 21 dispositivos CPAP que se empezaron a entregar en octubre de 2013. El estudio comprende un promedio de 340,42 días por paciente (327-355), se han realizado dos revisiones de enfermería programadas a cada paciente y 5 incidencias o consultas no programadas. El coste total del nuevo sistema fue de 5.350,31 € (coste por paciente de 254,77 €) frente a los 6.816,87 € (324,61 € por paciente) que hubiese costado el sistema tradicional. El nuevo sistema ha supuesto un ahorro del 21,51% y previsiblemente aumentará en años posteriores al imputar este primer año la compra de los dispositivos que tienen una vida útil de 5 años. Respecto a la encuesta de satisfacción, los pacientes contestaron: estar muy satisfechos con las explicaciones recibidas por la enfermería del centro en un 80%, frente al 11.7% que estuvieron muy satisfechos con las explicaciones recibidas por la empresa externa ($p<0.001$); el 80% califica como muy bueno el servicio prestado por el hospital, frente al 11,76% de los pacientes con la empresa externa ($p<0.001$). Ningún paciente cree que el servicio prestado sea peor que el que recibían con la empresa externa y el 72,22% piensa que el hospital presta un mejor servicio.

Discusión: El nuevo sistema organizativo de adquisición ha supuesto, en el primer año, un ahorro de costes y una mejora en la satisfacción percibida por los pacientes con respecto al sistema tradicional con la empresa suministradora externa.

C-80

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN II

EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE DEPRESCRIPCIÓN DE CITICOLINA

Autores: SABORIDO CANSINO M.C.; SÁNCHEZ PEDROSA A.; CANTUDO CUENCA M.R.; SANTOS RAMOS B.; GÓMEZ ESTRELLA G. Y PORRAS TEJERO E..

Objetivos: Evaluar el impacto de una estrategia de deprescripción tras revisión de la eficacia de citicolina en pacientes con trastornos neurológicos/cognitivos.

Material y Método: Estudio prospectivo realizado de enero-julio 2014 en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (AGSSS) formada por un Distrito de Atención Primaria y un hospital de 2º nivel. La reciente constitución del AGSSS ha posibilitado la estrategia común y única en ambos niveles asistenciales. Tras la revisión de la última evidencia científica, citicolina no ha demostrado ser eficaz en trastornos neurológicos/cognitivos en: accidentes cerebrovasculares (ICTUS TRIAL Lancet. 2012;380:349-57), traumatismos craneales (ensayo COBRIT. JAMA. 2012;308:1993-2000), demencias y otras enfermedades cerebrales crónicas (Revisión Cochrane:Fioravanti M, Yanagi M. Citidinadifosfocolina (CDP - colina) para los trastornos cognitivos y conductuales asociados con las enfermedades cerebrales crónicas en los ancianos. En enero y marzo 2014 se realizó una intervención en las 20 Unidades de Gestión Clínicas de Atención Primaria (UGCAP) y en el servicio de Neurología, respectivamente. Ésta consistió en la divulgación de la estrategia en sesiones en Consejo Asesor del ÁGSSS, identificación de prescriptores del hospital y entrevista con ellos, realización de sesiones formativas en 4 UGCAP priorizadas por tener más pacientes con citicolina, envío de listados de pacientes en tratamiento y documento resumen al resto de UGCAP. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación MicroStrategy®; para el registro y análisis se empleó Excel®.

Resultados: En las 20 UGCAP se identificaron 1029 pacientes con prescripción activa de citicolina en enero 2014, de los cuáles el 45.5% de las prescripciones (n=467) correspondían a 4 UGCAP. En siete meses se retiraron un 40.5% de los tratamientos (n=417), siendo el porcentaje de reducción en las 4 UGCAP del 49.0% (n=77), 40.3% (n=57), 53.7% (n=51) y 48.7% (n=36). La reducción máxima conseguida en el resto de UGCAP fue del 81.4%, siendo la mínima conseguida del 0%. En el período de estudio la disminución en el importe fue del 58.3%, lo que corresponde a un ahorro de 45.508 euros, y del 44.5% en envases. En cuanto a la prescripción hospitalaria, en marzo 2014 se encontraban en tratamiento 219 pacientes pertenecientes al servicio de Neurología. Al final del estudio, se retiraron un 44,3% de las prescripciones de citicolina (n=97). Como consecuencia, la reducción del importe de marzo a julio 2014 fue del 64.0%, suponiendo un ahorro de 8.141 euros. En cuanto al número de envases, ésta fue del 43.6%.

Discusión: La deprescripción de medicamentos que no muestran eficacia es una intervención efectiva y de calidad, ya que el número de pacientes tratados con citicolina ha disminuido en nuestra área, reduciendo los pacientes expuestos a efectos adversos y los costes.

C-81

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN II

EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE ADECUACION DE LA PRESCRIPCIÓN DE RANELATO DE ESTRONCIO

Autores: SÁNCHEZ PEDROSA A.; SABORIDO CANSINO C.; CANTUDO CUENCA M.R. Y SANTOS RAMOS B..

Objetivos: Evaluar la adecuación de ranelato de estroncio (RE), en base a las nuevas evidencias, así como analizar el impacto de una estrategia de deprescripción en caso de inadecuación.

Material y Método: Estudio prospectivo (abril-2012 a septiembre-2014) en un área de gestión sanitaria integrada. Tras las dos notas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se realizó una revisión bibliográfica de las fuentes originales. Se emitieron recomendaciones de adecuación y se enviaron listados de pacientes a los facultativos en Junio-2013 y Junio-2014 para su revisión. En septiembre-2014 se revisaron las historias clínicas de pacientes que continuaban con RE, recogiéndose: sexo, edad, fecha de inicio de RE, fractura previa al tratamiento, indicación y tratamiento anterior con otros medicamentos para prevención de facturas. La estimación del impacto de la intervención se obtuvo de la base de datos de facturación de recetas mediante la aplicación MicroStrategy . Para el registro y análisis de datos se utilizó Excel empleando medidas de frecuencia (variables categóricas) y de tendencia central y dispersión (variables cuantitativas).

Resultados: Al inicio, se identificaron 175 pacientes con RE. Tras la publicación de la 1ª nota y hasta Junio-2013 se apreció una reducción de 23 pacientes (13.1%). Tras la 1ª intervención, se obtuvo una reducción de 120 pacientes más (68.5%). Tras el 2º envío, otros diez (5.7%).Por tanto la reducción total fue del 87,3% Los 22 pacientes con tratamiento en el momento de la evaluación, fueron revisados por el Servicio de Farmacia, para determinar la adecuación a las recomendaciones emitidas. De éstos, el 90.9% eran mujeres cuya media de edad fue 69.0 (DE=19.4) años. La duración media de tratamiento con RE fue 1643.0 días (IQR:1291.0-1817.0). El 40.9% de los pacientes habían tenido fractura previa siendo las más frecuentes; cadera (13.6%) y vertebral (13.6%). El 72.7% de los tratamientos con RE eran inadecuados principalmente porque la indicación no se correspondía con la autorizada en ficha técnica por no tener osteoporosis (13.6%), no habían recibido tratamiento previo con otros medicamentos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis (45.5%) o existía contraindicación (13.6%) por episodios de tromboembolismo venoso previos o enfermedad cardiovascular. El 31.8% había recibido previamente alendrónico, el 18.2% risedrónico y el 4.5% raloxifeno. Los 16 pacientes con tratamiento inadecuado han sido comunicados a los facultativos correspondientes para su consideración.

Discusión: El número de pacientes con prescripción activa de RE ha disminuido en el área. Esto indica que las intervenciones dirigidas a reevaluar tratamientos, con el fin de obtener prescripciones de calidad, se muestran

efectivas.

C-82

Centro: APSBG

Provincia: SEVILLA

Área Temática: DESINVERSIÓN II

MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS ALMACENES INTERMEDIOS HOSPITALARIOS

Autores: GARCIA GONZALEZ D.A.; CARBALLO CONTRERAS A.N.; MURCIA LAGUNA A.L.; JIMENEZ GUERRERO F.R.; MARTIN HIDALGO F.R. Y BARBACID RODRIG

Objetivos: Una vez finalizada en 2013 la fase de implantación del sistema de doble cajetín en todos los almacenes intermedios del Hospital como herramienta para la gestión logística de los mismos, se define y desarrolla una segunda fase para alcanzar los siguientes objetivos encaminados a la mejora de este sistema de gestión: Optimización de los productos almacenados, en cantidades y referencias. -Incremento de la rotación de los productos de los almacenes. -Disminución de productos caducados. -Disminución de las roturas de stock. -

Mejora de la gestión de suministros en los distintos servicios asistenciales. -Liberalización de espacio y mejora de la accesibilidad a los productos. -Retroalimentación, basado en la participación de los profesionales usuarios. Para lograr estos objetivos se parte de: -Know-how adquirido por los profesionales usuarios, al haber sido los actores en la implantación del sistema del doble cajetín. -Aplicaciones informáticas diseñadas en su implantación, que permiten la explotación los datos para la toma de decisiones. -La flexibilidad en el diseño del sistema, que permite adoptar cambios con facilidad.

Material y Método: Seguimiento continuo mediante: -La definición y análisis de indicadores asociados a los objetivos marcados: Número de referencias: Valoración almacenes intermedios Índice de rotación Roturas de stocks: -Explotación de forma periódica de datos históricos de consumo para adaptarlo a la demanda y optimizar tanto el número de referencias como las cantidades de cada cajetín, para así mejorar el volumen de los almacenes intermedios -

Realización de auditorias internas periódicas en almacenes, registrándose incidencias y poder así detectar fortalezas y debilidades. Participación del personal: -Reuniones periódicas con la Coordinación de Cuidados para analizar fluctuaciones y adaptar la cantidad del doble cajetín a la demanda, así como el posible rediseño de los almacenes para facilitar el acceso a los diferentes productos. -Jornadas periódicas del personal asistencial y celadores, para reforzar su formación e implicación, y analizar propuestas de mejora por su parte.

Resultados: Los resultados alcanzados durante 2014 en esta fase de mejora son: -Disminución de la valoración económica de stocks de los almacenes. -Aumento del índice de rotación. -Disminución de productos caducados. -

Disminución de las roturas de stocks. -Valoración positiva por parte del personal. -Involucración de los profesionales, aportando mejoras (transvase entre cajetines, reubicación de productos, etc.).

Discusión: El sistema de doble cajetín se ha constituido como una herramienta de reconocida utilidad para la gestión de los almacenes hospitalarios. Su implantación no debe finalizar con su puesta en servicio, ya que, si se dispone de los mecanismos adecuados para la explotación de información y se diseña permitiendo su flexibilidad ante cambios, se constituye como una herramienta para el seguimiento y mejora de la gestión logística de los almacenes.

C-83

Centro: H.V.Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN II

MESAS TÉCNICAS EN EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN PÚBLICA:HAY QUE ACERTAR

Autores: DOMÍNGUEZ MORALES C.; CÁRCAMO BAENA J.; JIMÉNEZ MÉNDEZ M.L.; GONZÁLEZ CARO D.; BARROSO GUTIÉRREZ C. Y CASTRO JIMÉNEZ F..

Objetivos: 1.Mejora en la preparación y planificación de las mesas técnicas de adjudicación de material en los expedientes de contratación administrativa a través de un mejor conocimiento de los productos.

Material y Método: 1. Análisis retrospectivo de la preparación de las mesas técnicas de expedientes públicos para la adjudicación de material que han tenido lugar en el último año. 2.Identificación de los campos de mejora, entre los que destaca la formación previa sobre los productos que se prevé que se vayan a presentar 3. Establecimiento de sesiones presenciales de las empresas con la Comisión Permanente del expediente.

Resultados: 1. Para el expediente de material de monitorización-ventilación han tenido lugar 4 sesiones presenciales con empresas 2. En las 4 sesiones han participado un total de 21 empresas de las 31 que finalmente licitaron al expediente 3. La totalidad de las empresas manifestaron una gran satisfacción por la posibilidad de presentar sus productos de manera directa a la Comisión Permanente 4. La Comisión Permanente quedó ampliamente satisfecha por la posibilidad de aumentar su formación en productos sanitarios.

Discusión: 1. Posibilidad de la Comisión Permanente de selección de material para pilotaje y de análisis para la documentación. 2. Ha quedado de manifiesto una mejor preparación de la Comisión Permanente tras estas sesiones formativas para afrontar las mesas técnicas. 3. La formación en productos sería más completa si asistieran todos los componentes de la mesa técnica (no sólo la Comisión Permanente). 4. Con un mayor margen de tiempo mayor se podrían preparar mejor las mesas técnicas de los expedientes.

C-84

Centro: HOSPITAL ANTEQUERA

Provincia: Málaga

Área Temática: DESINVERSIÓN II

PLAN PARA MEJORAR EL USO ADECUADO Y SEGURO DEL MEDICAMENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: TORRES VERDÚ B.; GALÁN RETAML C.; NAVARRO GALLEGO M.I.; PÉREZ RAYA S.; GUTIÉRREZ SEQUERA J.L. Y GARCÍA CISNERO R..

Objetivos: Crear un plan que potencie un uso adecuado, seguro y eficiente del medicamento por parte de médicos y enfermeros de Atención Primaria (AP) de un área de gestión sanitaria, mediante formación, información e implicación de profesionales.

Material y Método: El plan se desarrolla en un Área Sanitaria, con 5 Unidades de AP, población referencia 117.000 hab y 70 cupos. Grupo inicial de trabajo: FEA farmacología-Dirección asistencial-Directores UGC AP. 1)Análisis DAFO: examen previo del entorno. 2) Situación de partida: Unidad de Farmacia describe grupos terapéuticos (GT) en base a su uso (Dosis Diaria Definida), gasto y puntuación en Índice Sintético de Calidad (ISC) 3) Priorización y selección de GT para desarrollar estrategia: Antihipertensivos, Inhibidores bomba de protones, Antidiabéticos orales, Tiras reactivas glucemia, Absorbentes, Antirresortivos e Inhibidores selectivos recaptación de serotonina. 4)Acciones: Cuestionario inicial de conocimiento ISC para detectar necesidades formativas/informativas, con cumplimentación al final para evaluar la mejora. Formación y autoevaluación práctica clínica: divide el desarrollo del plan en bloques temáticos (Diabetes, Hipertensión, Dispepsia, Incontinencia orina, Antidepresivos y Antirresortivos). Se crean "subgrupos" de trabajo (FEA farmacia, profesionales referentes de cada UGC y profesionales referentes hospitalarios. Autoevaluación resultados: entrevistas individualizadas con referentes de farmacia, con análisis de indicadores del profesional prescriptor. Homogeneización evaluación: consenso en objetivos individuales y de UGCs que serán homogéneos para toda el Área. 5) Cronograma. 6)Indicadores de proceso y resultado para evaluación.

Resultados: El plan tiene un desarrollo anual (nov'13-nov'14), los resultados corresponden a un corte realizado a junio 2014. Porcentaje de actividades formativas: Área 80%. Salvo la UGC 4 con 66.7% de consecución, el resto alcanza 83.33. Porcentaje autoauditorías realizadas: Área 82; UGC 1: 75, UGC 2: 87.5; UGC 3: 95; UGC 4: 77.5; UGC 5: 75. Porcentaje entrevistas realizadas: 100%. Mejora en resultado cuestionario conocimiento ISC: No evaluado por no finalización del plan. Mejora porcentual en valor del ISC: Área 13.6; UGC 1: 13.6; UGC 2 14.7; UGC 3: 14.3; UGC 4: 11.1; UGC 5: 13.7. Cumplimiento del presupuesto asignado: Área Sí;

Discusión: Destacar la aceptación de los profesionales por su participación en la elaboración del proyecto y la dinámica adquirida del trabajo orientado a la calidad y seguridad más allá de la orientación a resultados clásicamente cuantitativos. Tanto actividades formativas como autoauditorias, su implantación en la intranet corporativa y el seguimiento de los resultados, han influido en la mejora del ISC. Es necesario mencionar el cumplimiento del presupuesto asignado, pero teniendo en cuenta que este resultado es consecuencia de las medidas encaminadas a mejorar la calidad en la prescripción médica y enfermera y no la finalidad principal de este proyecto.

C-85

Centro: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (AGS Norte de Almería)

Provincia: Almería

Área Temática: CIUDADANOS II

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA UGC DE SERÓN

Autores: COMPANY MORALES M.; RUBIO JIMENEZ M.F. Y REQUENA RAMOS J.M..

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de la UGC de Serón

Material y Método: Nuestra investigación es un estudio descriptivo transversal que analiza la asociación entre DM2 y la calidad de vida de los pacientes. El estudio se realizó en la UGC de Serón (AGS Norte de Almería). Se realizó muestreo aleatorio simple entre los pacientes incluidos en el proceso diabetes a 31 de diciembre del 2011 (N=491). Se seleccionó una muestra con precisión del 3%,confianza del 95% y una corrección por perdidas del 15%, siendo la muestra n = 169. Como instrumento hemos utilizado el cuestionario SF-36. Consta de 36 ítems y 8 dimensiones: Función Física(10), Función Social(2), Rol físico(4), Rol Emocional(3), Salud mental(5), Vitalidad(4), Dolor corporal(2), Salud General(6). Los datos fueron recogidos por los profesionales sanitarios de la unidad entre Marzo de 2012 y Febrero de 2014. El cuestionario fue auto-administrado a los pacientes en la consulta. Para el análisis de los datos se utilizó el software informático SPSS 15. Sobre todas las variables se realizó un análisis de estadísticos descriptivos de frecuencias, medias y desviación típica y tablas de contingencias por sexo y dos grupos de edad (mayores y menores de 60 años). Significación estadística para p<0,05%.

Resultados: En el estudio participaron 148 personas(edad media 71,3 años). Las mujeres suponen el 52% de la muestra(77 participantes). En la población de estudio el índice global de la calidad de vida es superior a 50 puntos en la mayoría de las dimensiones. La menor puntuación la encontramos en la dimensión "Dolor Corporal" (48,5). Las puntuaciones más elevada las obtienen las dimensiones, "Función Física"(75,5), "Rol Físico"(87,8) y "Rol Emocional" (84,7). Observamos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para las dimensiones "Función Física", "Rol Emocional" y "Salud Mental" siendo las puntuaciones más elevadas en el caso de los hombres. Estas diferencias tienen mayor significación para las dimensiones "Dolor Corporal" y "Función Social" siendo más elevadas en las mujeres. También existen diferencias significativas entre los pacientes mayores 60 años en comparación a los pacientes menores de 60 años. Estos últimos presentan una mayor puntuación en la mayoría de dimensiones del cuestionario. Sin embargo, los pacientes mayores de 60 años presentan una mayor puntuación en las dimensiones "Dolor Corporal", "Rol Físico" y "Vitalidad".

Discusión: De nuestra investigación se desprende que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con DM2 está afectada negativamente, en relación con la población en general, correspondiendo las puntuaciones más bajas a las dimensiones "Dolor Corporal" y "Función Social", como también recogen otros estudios previos. La calidad de vida está asociada negativamente con el sexo femenino y las personas mayores de 60 años en la mayoría de las dimensiones del cuestionario.

C-86

Centro: Escuela Andaluza de Salud P?blica

Provincia: Granada

Área Temática: CIUDADANOS II

BUENAS PRÁCTICAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SAS

Autores: GÓMEZ MARTÍNEZ M.E.; MARTIN BARATO A.I.; IRIARTE DE LOS SANTOS M.T.; GARCÍA ROMERA I.; PÉREZ CORRAL O. Y ESCUDERO ESPINOSA C..

Objetivos: Identificar la existencia y distribución de buenas prácticas en participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica (UGCs) del Servicio Andaluz de Salud.

Material y Método: Estudio descriptivo de corte transversal basado en una encuesta administrada on line. La población de estudio han sido las UGC con una Comisión de Participación Ciudadana (CPC) constituida antes del 30 septiembre de 2013 (957). A partir de una consulta a expertos y una revisión de bibliografía se diseñó un cuestionario para recoger la realización de prácticas de participación ciudadana en las UGCs. Después de pilotar el cuestionario se invitó a participar a todos los presidentes /as de CPC mediante un correo electrónico. Para analizar la distribución de buenas prácticas se utilizaron métodos de estadística descriptiva estándar.

Resultados: Se ha obtenido una tasa de respuesta del 57,6% (530 UGCs). El 50,6% de las CPC participantes son de atención primaria, el 42,6% de nivel hospitalario y el 6,8% interniveles o intercentros. En general, las prácticas de participación ciudadana realizadas con mayor frecuencia por las CPC se incluyen en los niveles de información y consulta: "actividades educativas dirigidas a pacientes" (82,6%); "recogida sistemática de opiniones, valoraciones o quejas de pacientes y familiares" (80,9%); "edición y utilización de información escrita y audiovisual sobre el funcionamiento de la UGC" (79,4%). Las prácticas incluidas en los niveles de implicación, colaboración y delegación, así como las prácticas de participación a través de redes sociales y espacios webs son menos frecuentes. Además, se han observado algunas diferencias según el nivel asistencial de la UGC. Así, las UGCs de atención primaria tienen una trayectoria más larga y desarrollada en cuanto a prácticas de participación ciudadana, lo que se evidencia en la mayor frecuencia de realización de cada una de las prácticas examinadas.

Discusión: Se han identificado las principales buenas prácticas de participación ciudadana llevadas a cabo por un importante número de UGCs. A la vista de los resultados, hay un extenso desarrollo de actividades que informan a la ciudadanía y les ofrecen oportunidades para expresar sus opiniones sobre el sistema sanitario. Sin embargo, se requiere avanzar en prácticas y espacios que involucren y empoderen a la ciudadanía y faciliten el diálogo con los/las profesionales en la toma de decisiones.

C-87

Centro: Escuela Andaluza de Salud P?blica

Provincia: Granada

Área Temática: CIUDADANOS II

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: LA PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y CIUDADANÍA

Autores: MENA JIMENEZ A.L.; ESCUDERO ESPINOSA C.; MARTÍN BARATO A.I.; GOMEZ MARTÍNEZ M.E.; GARCÍA ROMERA I. Y PÉREZ CORRAL O..

Objetivos: Identificar las expectativas hacia la participación ciudadana de los miembros de las Comisiones de Participación Ciudadana (CPC) de las Unidades de Gestión Clínica (UGCs) del Servicio Andaluz de Salud

Material y Método: Estudio cualitativo exploratorio, basado en entrevistas semiestructuradas a miembros de CPC de UGCs. Teniendo en cuenta como criterios de segmentación el nivel asistencial de la UGC (primaria/hospitalaria) y el perfil de miembro (profesional/ciudadanía), se establecieron cuatro perfiles a entrevistar. Asimismo, se tuvieron en cuenta el sexo y la provincia de residencia como criterios que pudiesen hacer heterogéneo el discurso. Se diseñaron dos guiones de entrevista adaptados a los perfiles de profesionales y ciudadanos/as. La toma de contacto se llevó a cabo mediante informantes clave en los distritos sanitarios y hospitales del SAS y las entrevistas tuvieron lugar entre enero y marzo de 2014. Se realizó un análisis de contenido por temas con el apoyo del programa Nudist Vivo.10.

Resultados: Han participado 16 miembros de CPC de 16 UGCs diferentes ubicadas en 4 provincias de Andalucía (8 profesionales y 8 ciudadanos/as; 8 de atención primaria y 8 de atención hospitalaria). Entre los principales hallazgos encontramos que tanto profesionales como ciudadanía asimilan la participación ciudadana en salud con información y actividades educativas o de promoción de la salud dirigidas a la ciudadanía. En concreto, los ciudadanos/as consideran que participar en salud consiste en estar informados y poder opinar; además, creen que es una responsabilidad de la ciudadanía y es importante en la medida que permite valorar el sistema sanitario desde la visión de persona no enferma. Los /las profesionales entienden que participar en salud supone la creación de espacios colaborativos donde los principales agentes implicados en el proceso de salud y enfermedad puedan ofrecer sus puntos de vista. Tanto profesionales como ciudadanos/as destacan la importancia de incorporar la opinión de personas no vinculadas a organizaciones o asociaciones al proceso de participación en salud. Sin embargo, son más escépticos con respecto al cauce empleado para integrar a la ciudadanía en el sistema sanitario. La ciudadanía demanda una participación más activa y los/las profesionales esperan ciudadanos/as más implicados y demandantes.

Discusión: Entender el significado que tiene la participación ciudadana en salud para los diferentes agentes implicados en el proceso es un requisito previo al establecimiento de los cauces y las herramientas de participación de la ciudadanía en salud. La ciudadanía demanda información y necesita sentirse útil para el sistema sanitario. Y los/las profesionales solicitan orientación y conocimiento sobre las vías para integrar a la ciudadanía en su práctica asistencial.

C-88

Centro: Centro de Salud de Cartuja

Provincia: Granada

Área Temática: CIUDADANOS II

SALUD ENTRE PALABRAS, LECTURAS Y LIBROS

Autores: GARACH GÓMEZ A...; RUIZ HERNÁNDEZ A...; JIMÉNEZ CASTILLO I... Y MORCILLO RÓDENAS C....

Objetivos: La introducción de la lectura en edades tempranas favorece el proceso de aprendizaje del niño, herramienta esencial para alcanzar una buena autoestima y un buen desarrollo psicológico que nos va a evitar mucha patología posterior. Si esta introducción se ofrece de parte de alguien cercano al niño (padre, madre, abuelo...), nos permite además trabajar el mundo de las emociones. Nuestro objetivo es acercar el mundo de la lectura a nuestra población desde las consultas de pediatría, enfermería y medicina de familia. Pretendemos ofrecer esta herramienta a la gente con la que trabajamos,que posee un nivel sociocultural bajo que se perpetúa de generación en generación, estando muchos de ellos situados en los umbrales de la pobreza.

Material y Método: Hasta la fecha se han ralizado varias actividades: Se ha decorado la sala de espera con dibujos y carteles que animan a la lectura. En las consultas de pediatría tenemos libros disponibles para los niños que utilizan tanto en al consulta como en la sala de espera. Hemos incluido el consejo de leerles en voz alta dentro del Programa del Niño Sano. Contamos con libros del centro y otros prestados por la biblioteca pública de la zona orientados a trabajar ciertos temas de afectividad, emociones y aprendizaje. Desde la Asociación Entrelibros se ha puesto en marcha un taller de lectura en voz alta dirigido a madres y padres que acuden a consulta de pediatría realizado con periodicidad mensual. Pertenecemos a una plataforma de promoción de la lectura del barrio, a la que acuden representantes de las distintas entidades educativas Estamos iniciando un proyecto en colaboración con la biblioteca pública en el que queremos acercar mediante el mundo de la lectura a niños y mayores, invitando desde las consultas de medicina de familia a aquellos que quieran implicarse en formar parte de un grupo que representará un cuentacuentos en los diferentes colegios de la zona.

Resultados: -La mayoría de niños, al llegar a la consulta de pediatría, busca los libros y muchos te los piden prestados. -A los niños a los que se les presta un libro se les da información de la existencia en su zona de una biblioteca pública, para muchos desconocida, y algunos se han hecho usuarios de la misma. -Los asistentes a las sesiones de lectura en voz alta han manifestado gran satisfacción con las mismas -El proyecto está teniendo gran difusión en la zona, y ya se han puesto en contacto con nosotros encargados de guarderías para que trabajemos en equipo este tema.

Discusión: Antes de escolarizarse, la familia pasa en multitud de ocasiones por la consulta de Pediatría y Enfermería.Se ha demostrado que el alcance de los consejos dados por estos profesionales a los padres es superior al de otros que pasan menos tiempo en contacto con ellos. Con nuestro proyecto, queremos aunar nuestros esfuerzos con los de otros colectivos y así acercar el mundo de la lectura, con todas las ventajas que conlleva, a los colectivos más desfavorecidos con los que trabajamos.

C-89

Centro: Hosp?tal San Juan de Dios de Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANOS II

EDUCACIÓN PREOPERATORIA EN EL PROCESO ARTROPLASTIA DE RODILLA: GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES.

Autores: SÁNCHEZ GUTIÉRREZ C.; GARCÍA BENÍTEZ B.; ISORNA RODRÍGUEZ C.; BORRERO ESTEBAN M.P.; ÁLVAREZ TELLADO L. Y PAZO CID A..

Objetivos: La información médica que recibe el paciente en relación a su proceso quirúrgico puede condicionar su evolución y modificar las expectativas que éste tiene al respecto. Hemos querido analizar el grado de satisfacción de pacientes y familiares tras recibir en el período preoperatorio de la artroplastia de rodilla una jornada educacional sobre su proceso, detectando además áreas de mejora en la información que ofrecen los distintos profesionales implicados.

Material y Método: Ciento treinta y cuatro pacientes en el mes previo a su cirugía de artroplastia de rodilla fueron citados junto con sus familiares más cercanos a una jornada educacional sobre todo su proceso presentada por un equipo multidisciplinar. Se han realizado tres jornadas en las que se ofrecía información verbal, audiovisual y gráfica. Tras la exposición de 30 minutos comenzaba el turno de preguntas que nunca fue inferior a 90 minutos caracterizado por una gran participación ciudadana. Los pacientes y familiares completaron un cuestionario de satisfacción sobre la información recibida a final de la sesión y se recogieron las preguntas y preocupaciones que nos fueron transmitidas.

Resultados: De forma mayoritaria los pacientes y familiares estuvieron muy satisfechos con la calidad de la información recibida, mostrándose de acuerdo en la utilidad de estas jornadas y sugiriendo cambios para futuras sesiones. A partir de las preguntas formuladas se ha detectado como área de especial preocupación la referida a la conciliación de la medicación en el período preoperatorio y la recuperación domiciliaria. En respuesta a esta información el Servicio de Anestesia ha diseñado un informe que se entrega al paciente en la Consulta de Preanestesia explicando los cambios de medicación antes de la intervención y que queda registrado en nuestro sistema informático.

Discusión: La satisfacción por parte del paciente y su familia tras el uso de esta herramienta informativa es elevada, pudiendo contribuir a una mejor evolución de su proceso y a la detección y aplicación de áreas de mejora por parte de todos los profesionales implicados.

C-90

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: CIUDADANOS II

PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, GARANTÍA DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Autores: PASTOR ESCOBAR I.J.; LEAL ROMERO J.; ROMÁN FUENTES M. Y LEON SOTELO MEDINA R..

Objetivos: Reflejar las actuaciones que se han efectuado desde la UGC Diagnóstico por Imagen, para diseñar un modelo teórico-práctico de participación ciudadana. Se establecen como objetivos: Integrar la participación ciudadana en la dinámica de la Unidad. Generar las condiciones para lograr la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud. Mejorar la satisfacción de la ciudadanía.

Material y Método: Se ha sustentado en técnicas cualitativas de recogida de información para la reflexión y debate en un modelo de participación activa, basado en los planes y recomendaciones de nuestra comunidad autónoma. Una vez configurado el equipo de trabajo, el diseño y elaboración del plan contempla un análisis de la situación de partida, el contexto en el que desarrolla la actividad, iniciativas puestas en marcha y líneas de mejora. Las actividades que se han llevado a cabo se clasifican en tres niveles: Información a la Ciudadanía. Consulta/Colaboración Ciudadana. Mejora de la satisfacción de la Ciudadanía.

Resultados: Durante este año, se han desarrollado las siguientes iniciativas relacionadas con la participación ciudadana: Elaboración de paneles informativos sobre las características de las distintas técnicas de imagen, preparación de los pacientes, etc. distribuidos en las áreas comunes y salas de espera. Elaboración de cartelería informativa sobre el riesgo de las radiaciones. Diseño de guías de usuarios con información sobre funcionamiento de la Unidad, ubicaciones, teléfonos, aspectos de interés, etc. Actualización del programa formativo de los profesionales de la unidad. Encuesta de satisfacción, con objeto de explorar la opinión de los usuarios con el servicio prestado. Análisis de las reclamaciones, a través de la comisión de reclamaciones. Se han distribuido buzones de sugerencias, como herramienta para que los pacientes manifiesten su opinión también se da esta posibilidad on-line, a través de la página Web del Hospital. Presentación del plan a la Comisión de Participación Ciudadana.

Discusión: Con un adecuado plan incorporamos las propuestas de mejora para adecuar, optimizar y establecer criterios de calidad acordes con nuestra actividad. Hemos detectado falta de información en lo que a participación ciudadana se refiere, debemos dotar de recursos y herramientas a la ciudadanía que quiera participar. Los mecanismos de análisis utilizados, deben permitir evaluar la aplicación, el funcionamiento y la efectividad de las medidas tomadas. Es fundamental dar a conocer a la ciudadanía, la información, de manera comprensible y accesible para todos. La Comisión de Participación Ciudadana debe convertirse en espacio de interacción, de discusión y de esfuerzo para transmitir y entender los problemas que la ciudadanía manifiesta. Durante el primer trimestre del año 2015, se realizará la evaluación de dicho plan y se elaborará una memoria que será presentada a la Dirección y a la Comisión de Participación Ciudadana para su conocimiento y aprobación.

C-91

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Competencias Profesionales II

DETECCIÓN DE NECESIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN

Autores: SÁNCHEZ MIRALLES M.D.; CAMILO GARRIDO A.J.; LÓPEZ CASTILLO A.; AYALA AGUIRRE I.; RIPOLL SORBAS M.C. Y ATAZ LÓPEZ P..

Objetivos: General: Elaborar un Plan de Formación del Centro en el que exista conjunción entre las necesidades formativas de los profesionales de la salud, en base a sus competencias profesionales, y los objetivos estratégicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Específicos: 1.- Establecer un procedimiento de detección de necesidades formativas considerando las competencias evaluadas y los planes de desarrollo individual. 2.- Conocer las necesidades formativas de todos los profesionales. 3.- Promover y priorizar acciones formativas acordes con esa demanda.

Material y Método: 1.- Consolidación de la Comisión de Formación e institucionalización de la figura del "Referente". 2.- Implementación de modelo multivectorial con: • Entrevistas de Desarrollo Profesional Individual, realizadas por las direcciones de cada UGC en la que se detectan necesidades formativas relacionadas con competencias específicas. • Cumplimentación de ficha técnica por parte de cada UGC y remisión a la UIF. 3.- Análisis de fichas recibidas. 4.- Propuesta de Plan de Formación. 5.- Respuesta rápida ante necesidades detectadas de forma urgente. 6.- Comunicación de resultados y planificación de la oferta formativa.

Resultados: • Año 2013: 42 fichas formativas o 30 abordan competencias profesionales sanitarios. o 12 abordan competencias profesionales de gestión y servicios. o 41 acciones formativas planificadas desde principio de año. o 64 ediciones planificadas. o 1023 profesionales potenciales formados. • Año 2014: 30 fichas formativas o 17 abordan competencias profesionales sanitarios. o 13 abordan competencias profesionales de gestión y servicios. o 57 acciones formativas planificadas desde principio de año. o 76 ediciones planificada. o 1287 profesionales potenciales formados.

Discusión: El Plan formativo se realiza en base a la planificación de necesidades formativas detectadas y, en caso de detectarse alguna necesidad urgente, existe un procedimiento de solicitud para priorizar su realización. 1.- El programa formativo ha dado respuesta a la demanda de todos los profesionales. Ha cubierto las expectativas de los grandes colectivos (Facultativos y DUES); la de los medianos (celadores, TCAEs,…) y la de los pequeños (electricistas, fisioterapeutas,…), con la planificación de una formación específica para ellos. 2.- Se ha planificado y priorizado la oferta formativa en base a las necesidades detectadas en el seno de las UGCs. 3.- Se ha priorizado la conjunción entre las necesidades detectadas y los objetivos estratégicos del SSPA. En conclusión: • La Formación de los profesionales de la salud no es un fin en sí misma, sino un medio con el que conseguir mejorar la calidad asistencial que se presta a los ciudadanos. • Atender y responder a las necesidades formativas de todos los profesionales es garantía de calidad y redunda en la mejora de satisfacción de los mismos y en el mantenimiento de actitudes proactivas que aumentan la motivación de todos.

C-92

Centro: HU. Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: Competencias Profesionales II

LA ACREDITACIÓN Y USO INTENSIVO DE LAS TICS EN LA FORMACIÓN EN SERVICIO DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

Autores: LEAL ROMERO J.; PASTOR ESCOBAR I. Y MARTIN RUDILLA F..

Objetivos: Comprobar la influencia de la acreditación y virtualización de la formación en servicio para Técnicos de Imagen para el Diagnóstico en la participación y la percepción de la calidad y utilidad de las sesiones

Material y Método: Se tomaron los datos de los años 2011, 2012, 2013 y 2014 de formación en servicio realizada por los Técnicos de Imagen para el Diagnóstico del Hospital Universitario Virgen Macarena. Comparamos la frecuencia total de actividades de formación en servicio realizadas durante estos años así como la participación en las mismas. Estos datos se extrajeron tanto de los ficheros de Formación Continuada como de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía Se empleó una encuesta con 25 preguntas con escala Tipo Likert para valorar la percepción sobre acreditación y virtualización de las sesiones. Esta encuesta se administró a través de la plataforma Moodle de teleformación.

Resultados: En el año 2011 tan solo se acreditó 1 actividad formativa. En el año 2012 no se acreditaron actividades dirgidas a este colectivo, retomándose la acreditación en el año 2013 con un total de 26 sesiones de formación en servicio acreditadas. En el año 2014, fecha en la que se produce la virtualización de la formación en servicio se llevan impartidas y acreditadas o en proceso de acreditación un total de 32 sesiones y 64 horas de formación. Esto es un incremento del 40,6% respecto al año anterior. Además la cobertura de la formación se amplió de 40 participantes por sesión a los 133 profesionales Las valoraciones sobre la virtualización de la formación aportan los siguientes datos de media. Ítem 1.Valoración Formación Servicio 4,36 Ítem 2.Valor de la Acreditación 4,18 Ítem 3.Participación más activa por virtualización 4,27 Ítem 4.Mejora acceso información 4,45 Ítem 5.Acreditación como garantía de calidad 4,27 Ítem 6.Acreditación como incentivo 4,18 ítem 7.Cumplimiento Objetivos 4,27 Ítem 8.Contenido 4,64 Ítem 9.Profundidad de los temas 4,55 Ítem 10.Actividad coordinador 4,27 ítem 11.Duración adecuada 4,18 ítem 12.Metodología 4,27 Ítem 13.Participación activa 4,36 Ítem 14.Suficiencia prácticas/ejercicios 4,36 ítem 15.La calidad y cantidad de la documentación 4,45 ítem 16.Credibilidad técnica de los docentes 4,27 ítem 17.Capacidad pedagógica del docente 4,54 ítem 18.La navegación por la plataforma 4,54 Ítem 19.Accesibilidad Plataforma 4,54 ítem 20.Administrador de la plataforma 4,27 Ítem 21.Herramientas de comunicación 4,45 Ítem 22.Utilidad para puesto trabajo 4,72 ítem 23.Utilidad formación profesional 4,64 ítem 24.Utilidad formación personal 4,36 ítem 25.Valoración global 4,64.

Discusión: La virtualización de la formación aporta ventajas en cuanto a participación respecto a la formación en servicio estrictamente presencial. La acreditación de la formación aporta calidad percibida a los profesionales y es un valor añadido Los profesionales perciben una alta utilidad de esta formación Los profesionales consideran accesible y de calidad la formación virtual.

C-93

Centro: Hospital Antequera-Area Sanitaria Norte de Málaga

Provincia: Málaga

Área Temática: Competencias Profesionales II

IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN INTERNA EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

Autores: GARCÍA CISNEROS R.; GUTIERREZ SEQUERA J.L.; TORRES VERDU B.; DELGADO VIERA R.; NAVARRO GALLEGO M.I. Y DOÑA FERNANDEZ J..

Objetivos: *Garantizar que el mejor conocimiento que se genera y se consume en el área se transmita en las mejores condiciones a todos los profesionales y ciudadanos *Creación y desarrollo de un conjunto de herramientas que interrelacionadas entre sí facilitan la accesibilidad al conocimiento de una forma eficaz

Material y Método: Entendiendo el conocimiento como la materia prima del Sistema sanitario, se ha implantado una estrategia que garantiza la accesibilidad de la comunicación. Esta estrategia aborda el conocimiento desde cuatro áreas: •Científico-Técnico •Corporativo •Experiencias y Relaciones Humanas •Gestión de la Investigación e Innovación La herramienta principal se denomina blogosfera, parte esencial de la comunicación interna, compuesta por 28 Blogs. Cada unidad del área gestiona el blog donde se transmite la información de la UGC. Existen a su vez 7 Blogs Transversales y 3 Corporativos en los que se encuentran suscritos automáticamente todos los profesionales. Cada profesional recibe en su correo un email avisándole de la publicación de un post. Todos los post son volcados en un blog general, en el cual de un rápido vistazo se puede visualizar todas las noticias. Esta blogosfera es accesible desde fuera del ámbito corporativo, a través de un enlace en la web del área, con acceso securizado. Los blogs disponen de un gestor documental para almacenar los archivos que cada unidad considere necesario situar. Existe un gestor documental en la Intranet, en la que se sitúan los archivos de estos blogs que son de interés para todo el área. Se han hecho grupos de discusión y consulta con profesionales , para valorar la implantación de la blogosfera y su importancia como herramienta comunicativa.

Resultados: El acceso a la blogosfera y a los blogs es diario y constante por parte de los profesionales como una forma comunicación interna, para obtener información rápida y fiable sobre las distintas actividades que se desarrollan en el área. Los cargos intermedios de las distintas unidades, junto con las unidades de calidad y el blog generalista del área (TuASNM) son los que más utilizan esta herramienta para el transvase de información a los profesionales Los profesionales valoran como muy positiva esta herramienta, no solo por la recepción de la información, sino también por la posibilidad de respuesta e interacción que ésta ofrece.

Discusión: •Destacar la importancia que los profesionales le dan a la blogosfera como herramienta para obtener información rápida y fiable de todo lo que acontece en el área •Gestión y confianza de la información, ya que el post es de aparición inmediata en la blogosfera y puede visualizarse en cualquier momento. Pudiendo interaccionar en cualquier momento, y sabiendo quién es el generador de la información •El acceso desde el ámbito extracorporativo, ha supuesto un punto de inflexión al poder los profesionales tener acceso a la información y a la documentación en todo momento, desde cualquier lugar, y cualquier dispositivo (Smartphone, tablet, etc…)

C-94

Centro: Centro d Salud de Nerja

Provincia: Málaga

Área Temática: Competencias Profesionales II

TALLER DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE RENAL

Autores: ARRABAL TELLEZ A.B.; OLIVA GONZALEZ D.; SIERRA RUIZ N.; SANCHEZ NAVAS P.; MORENO ALONSO R. Y PALOMA ATENCIA C.A..

Objetivos: aumentar el conocimiento del paciente renal y sus diferentes etapas a los profesionales de atención primaria. -Mejorar la continuidad de cuidados del paciente renal entre atencion pimaria y especializada. -Aumentar la comunicación ineterniveles. -Mejorar la educación y promoción de salud del enfermo renal en atención primaria. -Mejorar la derivación del paciente diagnósticado de insuficiencia renal tanto aguda como crónica a atención especializada.

Material y método: organización del taller -se le informa a todos los profesionales de atención primaria del centro de salud de nerja por escrito de la existencia del taller. -Lugar biblioteca del centro de salud de nerja,en horarios de docencia de 14 a 15 horas. -Dedicado tanto al personal sanitario tanto de atención primaria como de urgencias de dispositivo de apoyo. -Se reparte resumen del taller por escrito. -Se pasa cuestionario a todo el personal discente de la docente y del contenido para poder evaluar el taller.

Resultados: -en cuanto a los objetivos propuestos la satisfacción de los docentes es alta;en metodologia de enseñanza -aprendizaje es buena, en documentación adecuada,la valoracion docente,alta,en la rganización buena. -El resultado total: -en general,el taller,tiene un grado de aplicabilidad es del 70% -En general ,los objetivos se han cumplido n un 70% -en general ,el grado de satisfacción del taller es de un 70%

Discusión: todos los profesionales sanitarios, estaban de acuerdo que cuanto mas informacion tuvieran de estos pacientes aumentaria la seguridad del paciente en la calidad asistencial facilitando asi la continuidad de cuidados inetrniveles de los pacientes renales

C-95

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: Competencias Profesionales II

TIPOLOGÍA, SATISFACCIÓN Y COMPONENTE CUALITATIVO EN ACTIVIDADES FORMATIVAS EN ANDALUCÍA

Autores: ESPOSITO GONFIA T.; PERIÁÑEZ VEGA M.; MUÑOZ CASTRO F.J. Y HERRERA USAGRE M..

Objetivos: Determinar cuáles son tipologías y modalidades de formación mejor valoradas por alumnos y docentes, en relación a variables que se analizan con cuestionarios tipo de la aplicación eValúa. Determinar cuáles son tipologías y modalidades de formación con mejor componente cualitativo (CCL) en procesos de acreditación. Establecer si existe relación entre elección de una determinada tipología, CCL y satisfacción de alumnos y docentes.

Material y Método: Análisis de puntuaciones asignadas por alumnos y docentes en los cuestionarios de satisfacción a la formación evaluadas a través de la aplicación eValúa; análisis del CCL asignado a actividades en los procesos de acreditación de la formación; comparación entre resultados obtenidos en actividades de distinta modalidad/tipología. Los datos analizados proceden de bases de datos de eValúa y ME_Jora F y se refieren al periodo mayo 2012-mayo 2014. La muestra es de un total de 1014 actividades en eValúa y 3349 en ME_Jora F. El cuestionario de satisfacción del discente ha sido validado con un estudio de fiabilidad y validez y emplea una escala de medición 0-10.

Resultados: Entre las actividades analizadas en eValúa, cursos y sesiones clínicas en modalidad semi-presencial y presencial son los tipos de formación más frecuentes (770 actividades sobre un total de 1014). Las actividades que presentan mejores medias para docentes y alumnos son los seminarios (8,9 y 8,8) y los talleres (8,7 y 8,1); las actividades que presentan puntuaciones más bajas para los alumnos son las sesiones clínicas (7,6) y para los docentes son las jornadas (7,8). Entre las actividades analizadas en ME_Jora F, los tipos más frecuentes son los cursos y las sesiones clínicas (2385 sobre 3349) en modalidad presencial y semi-presencial (93,28%). Las actividades con mejor CCL son de tipo Taller (1,95); les siguen los Cursos y Seminarios (1,94); las Sesiones clínicas son la tipología con peor puntuación (1,89).

Discusión: En ambos ámbitos (evaluación y acreditación) se ha evidenciado la costumbre mayoritaria de optar por una tipología clásica como los cursos y la tendencia a elegir una tipología que está siendo reconocida cada vez más por su transferencia directa del aprendizaje a la práctica en contexto real como las sesiones. Sin embargo estas tipologías no son las que obtienen una mayor valoración. Las sesiones clínicas presentan los niveles más bajos de satisfacción para los alumnos y el CCL más bajo entre todas las tipologías. Por lo contrario, talleres y seminarios tienen la mejor puntuación en cuanto a satisfacción y CCL. Estos datos sugieren que pueda existir una relación entre, por un lado, la elección de una determinada tipología y, por otro, el componente cualitativo y la satisfacción de alumnos y docentes. Sin embargo, para establecer si esa relación es cierta, dada la desproporción entre tipologías a favor de cursos y sesiones clínicas, se requiere llevar a cabo un análisis ponderado, donde se reduzca el margen de error derivado de la asimetría entre las muestras.

C-96

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria

Provincia: SEvilla

Área Temática: Competencias Profesionales II

ITINERARIOS FORMATIVOS: RUTAS DE DESARROLLO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Autores: FERNÁNDEZ - SACRISTÁN GARRIDO B.; PERIAÑEZ VEGA M.T.; CEBALLOS POZO M.; GARCÍA RIOJA F. Y ESPÓSITO GONFIA T..

Objetivos: Establecer rutas de desarrollo formativas en base a las necesidades de desarrollo reales de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Material y Método: La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, a partir de los mapas de competencias corporativos que están siendo validados por grupos de expertos, está trabajando en el diseño de itinerarios formativos que permitan dibujar rutas de desarrollo de los profesionales sanitarios en relación a sus perfiles competenciales individuales. Estos itinerarios se van a traducir en programas formativos a medida para cada profesional, teniendo en cuenta el nivel de capacitación o dominio previo. La metodología para la configuración de los itinerarios formativos se basa en la transformación de los diferentes componentes de un mapa, en elementos formativos. Es decir, las competencias, se transforman en objetivos generales, las buenas prácticas, en objetivos específicos, los requisitos que puedan ser alcanzados mediante acciones formativas, se definen en términos de resultados de aprendizaje, de los que se extraen los contenidos, y los niveles de logro, básico, medio, alto y muy alto, serán los niveles de partida o de dominio. Estos itinerarios están siendo validados por grupos de expertos, es decir profesionales con experiencia en el desempeño de dichos puestos, tanto de la división médica como de la división enfermera.

Resultados: En Andalucía, ya se ha realizado el itinerario formativo de los Responsables de Unidades de Gestión Clínica, siguiendo esta metodología, además de la experiencia acumulada en distintos puestos de trabajo en los Servicios de Salud Chilenos a lo largo de 2013 y 2014. En la actualidad se está trabajando en el itinerario formativo de la Enfermera de Atención Primaria, Médico/a Especialista en Endocrinología y Nutrición; Médico/a Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; Médico/a de Familia de Atención Primaria y Médico/a Especialista en Pediatría de Atención Primaria. Está previsto que a lo largo de 2015 se avance en los itinerarios formativos del resto de los puestos de trabajo priorizados por el SSPA.

Discusión: En todas las organizaciones y sin lugar a dudas en los sistemas sanitarios, la formación es una de las herramientas más valiosas con la que contamos para nuestro desarrollo profesional. Elevar a un plano estratégico el interés por la formación de calidad de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, implica el desarrollo de herramientas y metodologías que permitan adecuar los planes de formación de los centros a las necesidades reales de los profesionales; por ello poder contar con itinerarios formativos que respondan a diferentes niveles de dominio,en base a competencias generales, transversales y específicas por puesto de trabajo, supone una apuesta de futuro clave para seguir caminando hacia la excelencia.

C-97

Centro: Area Gestión Sanitaria Norte Almería

Provincia: Almería

Área Temática: Espacio Social II

TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PROGRAMA "ACTIVARTE" - RECUPERAR LA SALUD A TRAVÉS DEL DEPORTE

Autores: FONTALBA NAVAS A.; MARIN OLALLA M.; COMPANY MORALES M.; PEREZ RAMIREZ B.; MARTINEZ MARTINEZ B. Y VIDAL LOPEZ A..

Objetivos: Los trastornos mentales graves son un conjunto de patologías que producen un significativo impacto y repercusión en la calidad de vida de las personas que los padecen, dificultándoles su adaptación socio-laboral y generando un importante sufrimiento personal y familiar. El estigma, los prejuicios y falsas creencias en torno a la recuperación de estas personas, afectan al cuidado de su salud general. Desde estas premisas se diseña el PROGRAMA "activARTE": "activa":Fomento de actividad física mediante el deporte, senderismo, excursiones, de forma grupal. Una parte fundamental del programa es la organización del Ocio y tiempo Libre en un contexto comunitario, y no sanitario. "ARTE":Fomento de las relaciones sociales, la implicación en la comunidad, la prevención del aislamiento y la recogida de opiniones, sugerencias y el propio arte de las personas con trastorno mental grave mediante la creación de un BLOG: "mentarte"

Material y Método: Se inició el Programa en Enero de 2013 hasta Junio de 2013, con 10 sesiones de actuación en comunidad y 20 sesiones de trabajo grupal. Tras la finalización del programa se procedió a su evaluación mediante metodología cualitativa. Todas las personas participaron en la evaluación del mismo, previa obtención del consentimiento informado.

Resultados: Como objetivo se marcó que hubiera al menos un 60 – 75% participación siendo el resultado de un 80- 85% en todo el programa. Sobre los resultados en la investigación cualitativa, en relación a la categoría "Promoción de la salud" destaca el nivel de comprensión del concepto tras las intervenciones del programa y su relación con el bienestar físico, psíquico y social, aunque se identifica un perfil de participantes que presenta una concepción cercana al paradigma biomédico y de evitación de riesgo, algo distinta de la idea inicial de socialización y promoción hábitos saludables. Como categoría emergente aparece el concepto de estigma, y la actividad de promoción de la salud como herramienta facilitadora del cambio y de integración "te ven como uno más". El nivel de aceptación y participación en el programa ha sido alto, y la evaluación es favorable. En la difusión del Programa se comunican resultados a través de 2 artículos de prensa, comunicaciones científicas, taller de difusión por FAISEM en todas las provincias andaluzas, Comunicación en el Día Mundial de la Salud Mental, en la red a través de "1 millón de pasos".

Discusión: La promoción de la salud en salud mental tiene sentido, siendo el deporte es un gran motor de cambio o "nueva terapia" Por otro lado destaca la importancia de la investigación cualitativa en salud mental ya que nos aporta información única para comprender estos fenómenos sociales. Como conclusión principal obtenemos que la realización de actividades de Promoción de la Salud favorecen la integración social de los participantes, a la vez que ayudan a cada persona a retomar un proyecto de vida y a recuperar al máximo sus propias capacidades como individuo.

C-98

Centro: UNIVERSIDAD DE HUELVA

Provincia: HUELVA

Área Temática: Espacio Social II

ANÁLISIS DE LA DONACIÓN DE SANGRE POR RANGO DE EDAD Y SEXO. ¿HACIA QUIÉNES SE DEBEN DIRIGIR LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN?

Autores: ORTEGA MORENO M.; FERNÁNDEZ HERRERA M.D.; HUELVA LÓPEZ L.; AGUADO CORREA F.; PADILLA GARRIDO N. Y PRADOS JIMÉNEZ D..

Objetivos: Las donaciones de sangre en nuestro país han descendido un 7% desde 2009. Aunque la tasa de donación en nuestra provincia se encuentra en la media nacional, ha descendido en el último año. El objetivo de este estudio consiste en determinar los rangos de edades y el sexo que menos donan en una provincia concreta para enfocar hacia ellos políticas de promoción de la donación y contrarrestar el descenso de donaciones.

Material y Método: Se ha procedido a comparar los datos de un Centro de Transfusión Sanguínea provincial (C.T.S) con el padrón municipal de habitantes de dicha provincia. Los sujetos de estudio se corresponden, por un lado, con los donantes actualmente activos registrados en la base de datos del C.T.S. en el período 2004-2013, con edades comprendidas entre 18 y 65 años, y, por otro, con los habitantes censados en la provincia en el año 2013 en dicha franja de edad. El análisis de las variables estudiadas, edad y sexo, se ha llevado a cabo mediante estadística descriptiva.

Resultados: Hay un total de 43.564 donantes registrados en el C.T.S, con edad entre 18 y 65 años, de los cuales 20.929 son hombres y 22.635 mujeres. En la provincia hay censadas, en la misma franja de edad, 347.440 personas, de las cuales 175.597 son hombres y 171.843 mujeres. Los donantes del C.T.S suponen el 12% de la población censada. En el análisis por grupos de edades, los comprendidos entre 18 y 31 años, y entre 60 y 65 son los que realizan menos donaciones. En el extremo opuesto, se sitúan los individuos entre 39 y 43 años. Por edades, destaca especialmente que sólo el 1% de los habitantes de 18 años dona. En cambio el máximo, con un 19%, se registra en los individuos de 41 años. Resulta también interesante comparar los datos obtenidos con los ofrecidos por la Federación Nacional de Donantes de Sangre. Según esta, el 35% de los donantes españoles tiene entre 18 y 30 años, el 41% entre 31 y 45 y el 24% entre 46 y 65. En cambio, en el C.T.S estudiado, estos porcentajes son, respectivamente, del 16%, 46% y 38%. En el análisis por sexo, las mujeres hasta los 34 años donan un 18% de promedio más que los hombres en el C.T.S estudiado, mantienen porcentajes similares hasta los 60 años y donan menos a partir de los 61.

Discusión: Los resultados muestran que, precisamente, la población joven que se supone más comprometida y solidaria, atendiendo a que el 46,9% del voluntariado español tiene menos de 35 años, dona por debajo de la media en el C.T. Además, entre 18 y 30 años, existen 19 puntos de diferencia entre el porcentaje de donantes españoles y los del C.T.S. Es evidente, por tanto, que se hacen necesarias políticas de promoción de la donación orientadas a un público joven, fundamentalmente hombres, siendo la universidad ubicada en la provincia uno de los puntos clave para comenzar a implementarlas, ya que cuenta con, aproximadamente, 12.000 estudiantes, siendo un 44% hombres.

C-99

Centro: DISTRITO ALJARAFE-SEVILLA NORTE

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Espacio Social II

CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS VERSUS LA POBLACIÓN GENERAL

Autores: MONTERO BALOSA M.C.; LUQUE ROMERO L.G.; FERNANDEZ URRUSUNO R.; MEDINA MUÑOZ J. Y MONTERO TORREJON J.C..

Objetivos: Evaluar el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en centros sociosanitarios (CSS) y comparar su uso con la población general (PG) de referencia.

Material y Método: Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 65 años a los que se les prescribió un ansiolítico o un hipnótico en el período comprendido entre julio 2011 y junio 2012. Ámbito: atención primaria. Variable principal: número de prescripciones. Variables secundarias: edad, indicación del fármaco, tipo y vida media del fármaco. Fuente de datos: aplicación FARMA diseñada al efecto para la asignación de pacientes institucionalizados a los CSS del área y bases de facturación de recetas del Servicio Andaluz de Salud. Análisis de los datos: aplicación informática Microstrategy y paquete SSPS v.18.

Resultados: Se analizó la prescripción de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes en todos los CSS del área (n=49) y en la PG del Distrito. Un total de 1.023 (57,5%) personas institucionalizadas y 21.627 (50,1%) pacientes de la PG recibieron tratamiento con los fármacos objeto del estudio. La edad media del paciente institucionalizado fue de 83,6 años (IC 95%: 83,1-84,0) y de 75,8 años en la PG (IC 95%: 75,7-75,9); p<0,001. El consumo observado en los centros vs la población general fue el siguiente, respectivamente: a) ansiolíticos: 76,6% (n=784 pacientes) vs 72,1% (n=15.583 pacientes); b) hipnóticos: 20,3% (n=208) vs 14,4% (n=3.123), p<0,001. El consumo, en base a la vida media (VM) de los fármacos, mostró los siguientes resultados (CSS vs PG, respectivamente): a) VM corta: 10,4% vs 7,9%; b) VM intermedia: 69,0% vs 61,1%; c) VM prolongada: 20,6% vs 31,0%; p<0,001. Los fármacos más prescritos fueron (CSS vs PG): lorazepam (42,0% vs 26,1%), lormetazepam (11,0% vs 6,4%), clorazepato de potasio (10,5% vs 11,4%), alprazolam (9,9% vs 11,6%), diazepam (9,3% vs 17,4%) y zolpidem (7,1% vs 6,3%).

Discusión: Se observa un mayor consumo de ansiolíticos e hipnóticos en los pacientes que viven en CSS en comparación con la PG de referencia, siendo los ansiolíticos el grupo terapéutico más prescrito. Se muestra una mayor indicación de fármacos de vida media intermedia en centros sociosanitarios (lorazepam o lormetazepam), frente a la PG, y un menor uso de diazepam (VM larga). Estos resultados indicaría un patrón de prescripción adecuado a las recomendaciones actuales, orientadas a evitar efectos secundarios y riesgos de caídas en los pacientes institucionalizados. Contrasta este perfil de prescripción con el que se realiza a nivel de PG, siendo los mismos profesionales sanitarios los que atienden a ambos tipos de pacientes.

C-100

Centro: centro de salud las noriad

Provincia: Almería

Área Temática: Espacio Social II

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.C.S.LAS NORIAS.DISTRITO PONIENTE ALMERIA

Autores: LOPEZ PEREZ M.D.; PEÑAFIEL ESCAMEZ M.T. Y CHOUNI TALLEB B..

Objetivos: -Captar e incluir usuarios para programa de ITS -Determinar perfil sociosanitario de los usuarios atendidos

Material y Método: -Atención tanto a población general como a mujeres con perfil socioeducativo bajo en situación de irregularidad administrativa ,barrera idiomática importante y situación económica precaria que en muchos casos les lleva a ejercer la prostitución de mas bajo nivel, en su mayoria son inmigrantes siendo un grupo de especial riesgo sociosanitario -Se realiza captación activa en consulta,visitas domiciliarias y con la colaboración de ONG(MZC,Medicos mundo,Cepaim..) -Diseño y aplicación del protocolo de ITS

Resultados: usuarios en programa desde noviembre del 2011 hasta junio de 2014:84 De ellos 70 son mujeres y 14 hombres -ITS diagnosticadas; sifilis;33 clamideas.3 tricomonas:6 VIH:3 Herpes genital:1 -Paises de origen: Mujeres el 99% de marruecos solo una de ellas saharaoui Hombres 7% de senegal,14% de España,79% marruecos -Barrera idiomática en un 80% -En situación de irregularidad administrativa 75%

Discusión: Estamos ante una población es situación de riesgo sociosanitario,nos planteamos la necesidad de protocolos de promoción y prevención especificos que respondan a las necesidades de salud de la población que atendemos en atención primaria necesidad de mediadores socioculturales en zonas de transformación social con realidades culturales e idiomáticas diferentes Dada la situación de irregularidad administrativa de la mayoria de los usuarios nos parece importante la coordinación con ONGS y trabajadores sociales para promover la captación de usuarios susceptibles de ser incluidos en programa

C-101

Centro: Hospital Alta Resolución Sierra Norte

Provincia: Sevilla

Área Temática: Espacio Social II

PROMOCIÓN COMPARTIDA DE HÁBITOS SALUDABLES EN ESCOLARES DE UN COLEGIO DE LA SIERRA NORTE. EDUCACIÓN Y SANIDAD.

Autores: PÉREZ RAMOS J.; PÉREZ RAMOS V.; DELGADO GALVÁN J.A.; LÓPEZ BOCANEGRA S.; ALFONSO ARIAS J.D. Y RODRÍGUEZ MASSIA A..

Objetivos: Contribuir a la mejora de la Salud y calidad de vida de nuestros escolares es un reto que precisa colaboración de todas entidades públicas y sociedad civil en su conjunto, una de las claves del éxito de esta tarea es lograr participación e implicación de todos los protagonistas. El objetivo principal de nuestro estudio, analizar hábitos saludables actuales en escolares de tres a doce años (infantil y primaria) en un colegio de la Sierra Norte de Sevilla.

Material y Método: Constitución grupo multidisciplinar de análisis. Realización de encuesta de hábitos saludables y consentimiento informado. Entrega de las encuestas y consentimientos. Recogida de consentimientos y encuestas para posterior análisis. Presentación resultados. Presentación propuestas de mejora.

Resultados: De 440 alumnos, hemos conseguido la participación del 61.125%. Mayor participación en educación infantil que en primaria. Promedio de índice de masa corporal: 17.65%. Destacamos que la bollería tanto en desayuno como en recreo está en 4º lugar, teniendo las opciones más saludables en primer, segundo y tercer lugar. El 7.57% nunca comen verduras y un 3.96% nunca comen fruta. El 52.02% nunca va andando al colegio. (9.68% hace uso del transporte escolar). El 34.51% a veces se lava las manos antes de comer. Propuestas de mejoras llevadas a cabo: - Recomendaciones alimentos en el recreo en primaria (además de infantil). - Recomendaciones alimentos, de higiene y de sueño en reunión al inicio de curso en cada clase. - Proyecto aprende a sonreír desde el centro. - Realización de senderismo a través de asociacion de madres y padres del colegio. - Promoción de escuelas deportivas desde el colegio, boletines informativos y televisión local.

Discusión: En general, los resultados de las encuestas son óptimos, considerando el 39% de no participación. El paso del tiempo y la evolución de la sociedad aun teniendo muchos aspectos positivos, observamos que los beneficios al buen desarrollo de hábitos saludables se han visto mermados. El camino escolar que muhos recordaremos con nostalgia, se ha convertido en un camino estresante, donde el coche tiene mayor prioridad que el niño. Trabajar para la promoción y prevención de la Salud, estableciendo rutinas saludables en la infancia, es una inversión en salud para toda la vida.

C-102

Centro: AGS SUR DE GRANADA

Provincia: GRANADA

Área Temática: Espacio Social II

AVANZAMOS EN IGUALDAD, AVANZAMOS EN RESPONSABILIDAD SOCIAL

Autores: ARAGÓN ALBA I.; BLESA FRANCO S.; OJEDA VIRTO F.; PÉREZ SÁEZ F.; LÓPEZ CHÁVES F. Y RODRÍGUEZ COLOMINA M..

Objetivos: Realizar el diagnóstico de situación del AGSSG en relación a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, identificando las situaciones de desigualdad existentes y los factores contribuyentes, con el fin de definir medidas de actuación.

Material y Método: - Análisis de documentos clave: Plan de Acogida; Plan Estratégico, Estatuto Marco… - Recogida y análisis de información cuantitativa de la plantilla desglosada por sexo (categoría, características, acceso al empleo, condiciones laborales, promoción, retribuciones, medidas de conciliación familiar, formación…) FUENTES: Gerhonte, COANHyD, FORMA2. - Análisis de género para identificar desigualdades y causas. INDICADORES: índice de concentración (IC); índice de feminización (IF); brecha de género (BG) brecha salarial

Resultados: - 64% de la plantilla son mujeres. Edad media: 49 años; (48 mujeres (M) y 50 hombres (H)) - Estudios: hombres > superiores y primarios; Mujeres > diplomatura y estudios secundarios. - Antigüedad media en administración pública: 17,72 años (16,73M y 19,73H); en el AGSSG 7,96 (7,12M y 9,65H) - 77,59 de Contratos a tiempo parcial ocupados por mujeres. Contratos fijos: 67% H, frente al 54,57% M. Proporción contratos eventuales cinco mujeres/hombre. - IC en la categoría "personal facultativo" 36,09 H; 18,48 M. -IC en categoría "personal de enfermería" es 58,88M; 25,31H. - En "gestión y servicios" gran diferenciación sexual del trabajo: "auxiliar administrativo" mayoritariamente mujeres; "personal de oficio y celadores conductores" mayoritariamente hombres. - El IC en cargos de responsabilidad: 6,22H; 2,80M. En atención Primaria menor desigualdad que en Atención Hospitalaria - Permisos de conciliación: 82,69M; 17,31H. - Salario: más de 30.000€/año: 21%M; 40,55H; el 60% de las retribuciones de las mujeres son inferiores a 20.000€. - formación externa: (IC 12,20H; 9,76M) formación (interna y externa) IC: 75,47 M; 24,53H

Discusión: Existe una evidente desigualdad entre hombres y mujeres en el AGS Sur de Granada Esta desigualdad se evidencia con una mayor contratación eventual y a tiempo parcial, de las mujeres; con la segregación horizontal y vertical de los puestos de trabajo; retribuciones salariales más bajas para las mujeres y con menos complementos. Todo esto contribuye al empobrecimiento y la precariedad laboral y psicosocial de las mujeres. La existencia de mayor número de permisos de conciliación por parte de las mujeres y el menor acceso de éstas a la formación externa, ponen de manifiesto que los roles y estereotipos de género siguen asignando a las mujeres funciones de cuidado, dificultando su desarrollo profesional. Con el fin de avanzar en igualdad y responsabilidad social, la Dirección del Área se compromete a implementar un plan de Igualdad y constituir una Comisión Paritaria que impulse su diseño y puesta en marcha.

C-103

Centro: Hospital de Alta Resolución de Loja

Provincia: Granada

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN V

DISMINUCIÓN DEL ABSENTISMO EN CONSULTAS EXTERNAS CON ESTRATEGIAS DE RECORDATORIO

Autores: ALIAS DEL AGUILA V.; ESTEVEZ GONZALEZ F.; GARCIA PANIAGUA J.; GALVEZ ESPINOSA M. Y CORTACERO ALMENDROS M..

Objetivos: El absentismo en las Consultas Externas (CCEE) es un nicho de ineficiencia del sistema sanitario público. En el Hospital de Poniente en el año 2009 el absentismo en primeras citas en consultas era de un 15,99%. Objetivo: Analizar la efectividad de medidas de recordatorio telefónico para disminuir el absentismo en consultas externas.

Material y Método: Se han establecido 2 estrategias telefónicas para disminuir el absentismo en CCEE: 1- Recordatorio mediante mensaje de texto o SMS (N= 6.047) 2-Recordatorio a través de llamada telefónica (N= 1.779) Variables: acude a la cita, especialidad, municipio de residencia, día de la semana, tramo de edad y sexo.

Metodología: se comparan tres periodos con diferentes actuaciones sobre el absentismo en consultas: A) Sin intervención (01/06/2009-31/08/2009); B) Recordatorio con SMS dos días antes de consulta (01/06/2013-31/08/201); C) Mediante llamada telefónica dos días antes 01/06/2014-31/08/2014). Se analizan las especialidades de cardiología (CAR), dermatología (DER), aparato digestivo (DIG) y rehabilitación. Análisis de datos mediante aplicación R 3.0.

Resultados: La distribución del absentismo por grupos fue:

A: 16,94 % (CAR 10,04; DER 17,8; DIG 18,3; RHB 16,58)

B: 14,19 % (CAR 9,0; DER 16,5; DIG 11,0; RHB 11,3)

C: 11,35 % (CAR 6,0; DER 14,5; DIG 13,1; RHB 9,6) Se ha analizado mediante el test de chi cuadrado la asociación de las diferentes variables con "Asistir a la cita", encontrándose significación estadística en "Tramos de edad" ($p<0,001$), siendo el mayor absentismo en los tramos de 16 a 45 años.

No hay significación estadística con las variables "especialidad", "municipio de residencia", "día de la semana", ni "sexo".

En el cálculo de Odds Ratio encontramos que los pacientes a los que se les recordó la cita mediante SMS tienen 1,29 más de riesgo de no acudir, frente a los que se les recordó mediante llamada telefónica..57, $P<.0001$). Con la medida C solo se consigue confirmar un 77,30 % de las llamadas, el 20,34 % no se consigue contactar, un 0,49 % rechaza la cita y un 0,55 % solicita cambio de cita (1,32 % otros)

Discusión: Comparando los grupos, se aprecia que el absentismo fue menor en el grupo en el que se realizó la llamada telefónica, con un descenso global del 33 % respecto a ninguna actuación y del 20 % respecto al envío de SMS. Es llamativo el alto porcentaje de absentismo con recordatorio por SMS en pacientes menores de 45 años; por otra parte aproximadamente en una quinta parte de los pacientes no se les puede localizar mediante llamada. Estas medidas se complementan con otras de sensibilización de la ciudadanía en la corresponsabilidad con el uso adecuado de los recursos sanitarios públicos. Estas actuaciones son eficientes, si bien habría que valorar el coste en cada una de ellas (SMS y llamadas), así como los beneficios económicos y en salud. Como conclusión, podemos decir que las estrategias de recordatorio pueden disminuir el absentismo en las citas programadas, sobre todo con la llamada telefónica antes de la consulta. Este estudio se completará con el análisis de los motivos de no asistencia a consulta.

C-104

Centro: HU Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN V

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE FISIOTERAPIA MUY PRECOZ DE "ESTIMULACIÓN 24 HORAS" TRANSDICIPLINAR EN UNA UNIDAD DE ICTUS.

Autores: HOCHSPRUNG O A.; DOMINGUEZ MATITO A.M.; RUIZ MERINO L. Y QUESADA GARCÍA M.A..

Objetivos: Estimular a los pacientes de la unidad de ictus que presentan déficit en el control motor, utilizando terapia perceptivo-sensitivo-motriz intensiva para optimizar al máximo la recuperación funcional. Formar e informar al personal sanitario y cuidadores.

Material y Método: Durante el 1º año pasaron 471 pacientes por la unidad de ictus de los cuales el 37 % presentaron alteraciones funcionales. De estos afectados, el 14.1% fueron ictus hemorrágicos y el 86.2% ictus isquémicos. A su vez, el 58.3% eran hombres y el 42.7% mujeres. Tras la estabilización hemodinámica se inicia el programa de fisioterapia (24h tras el episodio). Se realiza una valoración y se elabora un programa de "fisioterapia las 24h", comenzando su aplicación lo más precozmente posible. Se forma e implica al personal de enfermería en el programa de fisioterapia de movilización precoz y estimulación basal activa. Se forman e implican al paciente y a los cuidadores en el programa de recuperación activa. También se instruyen al paciente y al cuidador para la vuelta a casa en la nueva situación funcional. Se forma e implica al voluntariado de neurología en el programa de "Fisioterapia las 24 horas", en los casos que no haya cuidadores o haya claudicación de los mismos. Se informa al entorno del paciente sobre el asociacionismo en Andalucía, para información y ayudas encaminadas a la reinserción social y/o laboral. Se han realizado: 1 curso de formación del personal sanitario, 23 sesiones grupales de pacientes y cuidadores, 2 talleres de cuidadores y 2 sesiones de formación del voluntariado.

Resultados: El 100% de los pacientes con ictus y déficit en el control motor han sido atendidos. Al alta hospitalaria el 51,1% esta de alta de fisioterapia, el 30,4 % debe seguir tratamiento ambulatorio en una unidad de Fisioterapia Neurológica, el 6,5% podría seguir su recuperación funcional en su centro de salud, ya que solo requiere supervisión mínima para evitar compensaciones y un reentrenamiento al esfuerzo; el 6,5 debe realizar Fisioterapia en domicilio debido a que su estado desaconseja el traslado diario al hospital para tratamiento ambulatorio; el 5,4% han sido exitus. La estancia media hospitalaria ha sido de 6,35 días, en comparación con la estancia mínima a nivel nacional que es de 6,93.

Discusión: La implantación de un modelo de fisioterapia muy precoz de "estimulación 24 horas" transdiciplinar consigue: Reducir el tiempo de ingreso hospitalario y con ello reducir costes. Mejorar la eficacia del tratamiento de Fisioterapia con un fisioterapeuta dentro del equipo trasdiciplinar de la unidad de ictus, que permite la instauración del tratamiento de Fisioterapia de forma muy precoz, disminuyendo el circuito de derivación. Evitar posibles complicaciones del paciente encamado, reduciendo broncoaspiraciones (no se han dado casos), escaras, caídas, etc… Mejorar la funcionalidad del paciente, formar al cuidador y orientarlos a ambos en la utilización de los recursos que el sistema puede ofrecerles.

C-105

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN V

IMPLANTACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD POR HPLC EN LA ELABORACIÓN DE FORMULAS MAGISTRALES HOSPITALARIAS DE ALTO IMPACTO

Autores: MERINO BOHÓRQUEZ V.; CAMEÁN FERNÁNDEZ M.; CASTAÑEDA MACÍAS I.; JIMÉNEZ GUERRERO L.; DONOSO RENGIFO C. Y ÁVILA ÁLVAREZ J.R..

Objetivos: Describir un sistema de calidad que permita validar los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) de elaboración en el laboratorio de farmacotecnia de un hospital de tercer nivel aplicando la Cromatografía Líquida de Alta Resolución (HPLC, por sus siglas en inglés) y analizar el ahorro que supone la fabricación de

Material y Método: Se partió de los PNT establecidos en el hospital para elaboración de cápsulas como fórmula magistral, clasificadas en función de la potencia del fármaco (etinilestradiol), impacto económico (sildenafilo e idebenona), por el número de paciente/mes (>25 pacientes) al que iba destinado (dexametasona). Aplicando los ensayos de la Real Farmacopea Española (RFE) para cápsulas se realizó el control de calidad al producto terminado, estos fueron control de uniformidad de contenido en principio activo y control de uniformidad de pesada. Para el primer ensayo se utilizó una técnica de cuantificación por HPLC y para el segundo, una balanza microanalítica. Se analizaron 10 cápsulas en el ensayo de contenido y se pesaron 20 cápsulas para el de uniformidad de masa, para cada lote elaborado. Los criterios de aceptación fueron que tanto el contenido en principio activo como el de pesada estuviesen en el ± 10% de la cantidad declarada. El ensayo se acepta cuando no más de 2 cápsulas se salen del rango, y si así fuera, habría que analizar otras 20 cápsulas más en cuyo caso no se podría salir ninguna en el rango del 75-125%. Para la validación se realizaron 3 lotes por formulación, con 3 operadores distintos, partiendo de 3 lotes de materia prima diferentes. Una vez cumplidos los criterios el lote queda liberado para su dispensación y el PNT a su vez quedaría validado. Se hizo una estimación del ahorro que suponía la elaboración de las cápsulas en nuestro servicio frente a la compra directa del fabricante desde Enero hasta Septiembre de 2014.

Resultados: tan sólo hubo desviaciones en los lotes de menor dosificación de sildenafilo y de idebenona, saliéndose en ambos casos una sola cápsula de cada lote, a pesar de ello, cumplían los criterios de ambos ensayos según RFE. El lote referente a etinilestradiol hubo que optimizarlo y reformularlo por no cumplir con la RFE. Del resto no hubo desviaciones y se liberaron para dispensación. El ahorro estimado fue 10.760 € con respecto al sildenafilo, 7.951 € con respecto a dexametasona y 15.590 € con respecto a idebenona.

Discusión: El sistema sanitario público está en continua evolución, desde los Servicios de Farmacia Hospitalarios se ofrecen cada vez más posibilidades terapéuticas que permiten al facultativo alcanzar el objetivo del tratamiento mediante la elaboración de fórmulas magistrales que por definición son medicamentos personalizados. Con técnicas de referencia como la HPLC, se han validado los PNT de las cápsulas propuestas, llegándose a cumplir los estándares que marca la normativa y las prácticas de correcta fabricación de medicamentos. Debido al ahorro generado se mantiene la sostenibilidad del sistema.

C-106

Centro: AGS Sur de Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN V

IMPACTO POSITIVO DEL PLAN DE GESTION DE CAMAS DEL AREA DE GESTION SANITARIA SUR DE SEVILLA

Autores: MIRA ESCARTI J.A.; MARCHANTE TEJADA C.; LÓPEZ RAMÍREZ E.; CANDELA FUSTER M.C.; CÓZAR LEÓN M.V. Y ALGUACIL HERRERO D..

Objetivos: Describir los cambios de los indicadores del Plan de Gestión del Área de Gestión Sanitaria (AGS) Sur de Sevilla tras la puesta en marcha se una serie de medidas de mejora.

Material y Método: Estudio descriptivo realizado en el AGS Sur de Sevilla (población; 350.000 habitantes), la cual incluye a los hospitales de Valme (430-447 camas) y el hospital del Tomillar (70-80 camas). El Plan de Gestión de Camas comenzó a funcionar en enero 2014 coordinado por un comité integrado por la dirección gerencia, dirección asistencial, directores de Unidades de Gestión Clínica (UGC) y los cargos intermedios de la Unidad de Urgencias del Hospital de Valme. Dentro de este plan se han realizado diversas medidas, como la creación y optimización de las alternativas de hospitalización de las diferentes UGC, nombramiento de referentes por UGC, seguimiento de indicadores, realización de protocolos de manejo de las principales patologías y de criterios de ingresos. Se determinaron los siguientes indicadores durante enero-agosto 2013 como en enero-agosto 2014: Índice de utilización de estancias, ingresos desde urgencias generales, altas diarias, camas libres en planta de hospitalización y pacientes sin cama asignada en el reparto realizado a las 15:00 horas los días laborables.

Resultados: El índice de utilización de estancias fue de 1.06 durante 2013 frente al 0.96 conseguido en el primer semestre de 2014. El porcentaje de ingresos desde urgencias generales fue del 12.75% durante enero-agosto 2013 y de 13.45% en el mismo periodo de 2014. La media de altas diarias y de camas libres fue 40,75 y 9.25 entre enero-agosto 2013 y de 42 y 16 entre enero-agosto 2014, respectivamente. La media de enfermos ingresados en urgencias generales sin cama asignada a las 15:00 horas fue de 3,3 durante enero-agosto 2013 y de 2,1 durante enero-agosto 2014.

Discusión: Las medidas realizadas por el Plan de Gestión de Camas del AGS Sur de Sevilla ha conseguido mejorar claramente los indicadores de dicho plan.

C-107

Centro: HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE.

Provincia: SEVILLA

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN V

MODELO DE TRABAJO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE. IMPLICACIONES EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

Autores: CANTO NEGUILLO R.; MILLER GUERRERO M.; AUMESQUET NOSEA M.; HIDALGO LLONIS F. Y PIÑERO GRANDE P..

Objetivos: La Unidad de Hospitalización Polivalente de nuestro hospital consta de 8 habitaciones. Hay un responsable médico de lunes a viernes, tradicionalmente adscrito al servicio de urgencias una enfermera y un técnico auxiliar clínico de enfermería. La unidad se divide en tres espacios funcionales: 1.Hospital de día quirúrgico: lunes y jueves. 2.Hospital de día médico: de lunes a viernes. 3.Hospitalización: observación de urgencias (todos los días) e ingresos de Medicina Interna (de lunes a viernes). Los pacientes llegan a nuestra unidad por cuatro vías fundamentales: 1.Atención primaria. 2.Consultas externas. 3.Desde el área hospitalaria Virgen Macarena. 4.Desde urgencias de nuestro hospital. Nuestro objetivo principal es exponer la actividad de la unidad médica polivalente de hospitalización durante el año 2013. Como objetivos secundarios nos plantemos: por un lado, conocer el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados y analizar el modelo de trabajo de la unidad, sus fortalezas y deficiencias.

Material y Método: 1.Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la unidad polivalente entre el 1-1-2013 al 31-12-2013. 2.Encuesta de satisfacción. 3.Modelo de trabajo: algoritmos, procedimientos, criterios de ingreso.

Resultados: 1.Ingresos en 2013: total 1806 pacientes. a)Medicina Interna: 207 b)Observación Urgencias: 151 c)Hospital de día médico: 806 d)Hospital de día quirúrgico: 642 2.Ingresos de Medicina Interna (207): a)Estancia media: 3,46 días. b)Diagnósticos más frecuentes: Insuficiencia cardíaca, EPOC reagudizado, Neumonía, Paliativos, Cardiopatía isquémica, Infección urinaria, trastornos metabólicos (complicación de diabetes, deshidratación). 3.Ingresos Hospital de día médico (806): hierro iv, transfusiones, paracentesis, administración de prostaglandinas, sangrías, toracocentesis, cardioversión electiva, colonoscopia. 4.Satisfacción (encuesta 2013): a)Satisfacción con el servicio recibido 94,4 a 99,7%. b) Confianza con la asistencia recibida 93,8 a 99,7%. c)Atención adecuada al acompañante: 97,9% a 100%. d)Recomendaría el hospital: 96,8% a 100%. 5. Algoritmos de trabajo: en la presentación.

Discusión: El número de ingresos en la unidad nos parece alto comparado con otros hospitales de similares características. Hay un alto grado de satisfacción de la población atendida. Ha habido una alta rotación de pacientes ingresados en régimen de Medicina Interna Deberemos mejorar los registros de información, para ello diseñamos una base de datos global para cada paciente que ingresa en la unidad. En nuevos trabajos nos propondremos demostrar que esta forma de trabajo puede ser coste-efectiva para el Sistema Sanitario.

C-108

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Provincia: Granada

Área Temática: e-SALUD E INNOVACIÓN V

ALGUNAS ACTUACIONES DE CALIDAD IMPRESCINDIBLES EN LA CENTRALIZACIÓN PROVINCIAL DE UN LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Autores: PÉREZ GARCÍA I.; LÓPEZ CASTRO R.; CARMONA SÁNCHEZ M.; MARTÍNEZ RUBIA M.D. Y GARCÍA DEL MORAL GARRIDO R..

Objetivos: Con el horizonte de su casi inmediato traslado al nuevo Hospital del Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud (PTCS), se presenta la experiencia de centralización del laboratorio de Anatomía Patológica (APA) de la provincia de Granada a partir de los cuatro laboratorios previamente existentes, con desglose y discusión de las medidas de control de la calidad que lo han permitido.

Material y Método: La Unidad Provincial Intercentros de Anatomía Patológica de Granada (UPIGAP) se constituyó en Febrero de 2013 por unión de las UGC de APA de los hospitales Universitarios San Cecilio y Virgen de las Nieves y los de las áreas hospitalarias de las Zonas Norte y Sur de Granada. La filosofía del proceso de convergencia es centralizar las principales actividades APA en un gran laboratorio que se ubicará en el nuevo Hospital del PTCS quedando en los hospitales periféricos tres laboratorios de actuación rápida para registro, biopsias intraoperatorias, procedimientos de punción-aspiración y diagnóstico histopatológico rápido.

Resultados: La principales actuaciones de calidad realizadas y que consideramos imprescindibles en este tipo de procesos han sido: 1) Unificación de la gestión de productos y reactivos en un Concurso Provincial, ya resuelto con un ahorro del 20% sobre el gasto anterior; 2) Unificación de tareas por similitud de actividades entre los laboratorios, con implantación de un sistema de trazabilidad externa y de transferencia de muestras en tiempo real entre ellos; 3) Implantación de un modelo de solicitud electrónica de estudios integrado en Diraya basado en codificación SNOMED CT; 4) Implantación de un sistema de trazabilidad interna basado en codificación bidimensional; 5) Desarrollo de un sistema de listas de comprobación (Checklist) en los puntos críticos del sistema; 6) Puesta a punto de un sistema de vídeoconferencias para que los profesionales que realizan turnos en centros distintos puedan compartir opiniones o discutir casos en tiempo real, esencialmente biopsias intraoperatorias y 7) diseño de un sistema de patología digital (pendiente de implantación en el nuevo centro) con escaneo de alta resolución de las preparaciones histológicas convencionales para convertirlas en preparaciones virtuales susceptibles de ser observadas, manipuladas y analizadas informáticamente.

Discusión: Los procedimientos diseñados, ya en fase muy avanzada de implantación, permiten: 1) mejorar la eficiencia del laboratorio de APA aplicando el lema de hacer más por menos; 2) obtener la mejora de costes tecnológicos suficiente para implementar nuevos procedimientos sin incrementar el gasto del laboratorio; 3) favorecer la equidad sanitaria entre los ciudadanos de las distintas áreas de la provincia de Granada ya que se pone a su disposición la tecnología más avanzada existente, anteriormente no disponible en los hospitales comarcales y 4) permitirán optar en breve a la acreditación del laboratorio central al máximo nivel incluyendo la Norma Europea ISO 15189 para Laboratorios Clínicos.

C-109

Centro: Area Gestión Sanitaria Norte Almería

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión por Procesos II

EVALUACIÓN CRÍTICA MEDIANTE EL INSTRUMENTO AGREE DE GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Autores: GIL AGUILAR V.; COMPANY MORALES M.; NAVARRETE MARTINEZ J.J.; REQUENA CARRION E.; VICENTE MARTINEZ F. Y FONTALBA NAVAS A..

Objetivos: Evaluación crítica de Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre trastorno depresivo mayor (TDM) utilizando el instrumento AGREE para su uso en el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad-Depresión-Somatizaciones

Material y Método: Se evalúan tres de las guías más relevantes en la práctica clínica diaria sobre el manejo del TDM :Management of depression in primary and secondary care by National Institute for Clinical Excellence, 2009; Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Guías de práctica clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo,2008; Manegement of Adult with major depression, Michigan Quality Improvement Consortium, 2008. Para evaluar la calidad de las GPC se utilizó el instrumento AGREE, cumplimentando el cuestionario cuatro revisores para cada guía. El instrumento AGREE es una herramienta desarrollada por un grupo internacional de expertos que permite la evaluación crítica de GPC. Consiste en 23 ítems, organizadas en seis áreas independientes entre sí. Las puntuaciones de las distintas áreas se calcularon sumando todos los puntos de los ítems individuales de un área y estandarizando el total, como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área, de acuerdo a las recomendaciones del instrumento AGREE

Resultados: Resultados: Puntuación obtenida en la evaluación AGE Guía NICE Guía MSC Guía MQIC Alcance y Objetivos 94% 77% 69% Participación de los implicados 91% 68% 52% Rigor en la elaboración 90% 72% 67% Claridad y Presentación 85% 77% 72% Aplicabilidad 86% 63% 38% Independencia editorial 79% 70% 45% Todos los resultados están expresados como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área.

Discusión: La evaluación mostró que la guía NICE es de una calidad metodológica superior al resto. En todas las guías la participación de los implicados, la aplicabilidad y la independencia editorial son los aspectos con menor puntuación, observación que concuerda con otros estudios acerca de guías de práctica clínica

C-110

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos II

EVALUACIÓN DE LA CITOLOGÍA POR PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVARES

Autores: RUIZ CLEMENTE J.; GÓMEZ GALÁN M.J.; IBÁÑEZ RODRÍGUEZ J.A.; ÁLVAREZ DE TOLEDO JEUTE M.A.; ESCUDERO SEVERÍN C. Y OLIVENCIA PÉREZ **Objetivos:** La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) se usa con frecuencia en el estudio de los tumores de glándulas salivares mayores, a pesar de la controversia existente respecto a su precisión diagnóstica. En este estudio, se pretende evaluar el rendimiento de la PAAF en comparación con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica en el estudio de las tumoraciones de glándulas salivares mayores.

Material y Método: Se realiza un estudio retrospectivo en una muestra de 30 pacientes con diversa patología tumoral tanto benigna como maligna de glándulas salivares mayores en los que se compararon los hallazgos citopatológicos de la PAAF con los hallazgos histopatológicos de las piezas quirúrgicas.

Resultados: Se diagnosticaron mediante citología 25 lesiones benignas y 5 malignas, mientras que en el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica se diagnosticaron 26 lesiones benignas y 4 malignas.

Discusión: Nuestra experiencia en el estudio de tumoraciones de glándulas salivares mayores muestra que la PAAF es una prueba de gran validez diagnóstica para diferenciar los tumores benignos de los malignos, con una sensibilidad y una especificidad del 71 y 91% respectivamente. Revisando estudios similares en el ámbito español, incluso con muestras más amplias, se observan datos de especificidad entre el 85-100% y de sensibilidad entre el 54-98%.

C-111

Centro: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos II

LA COMUNICACIÓN FÁCIL. UN RETO EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autores: REALES ARROYO A.M.; SILVÁN VILME C.; SALIDO DE ANDRÉS E.; VILLENA MACHUCA M.L.; MAYA CORTÉS M.A. Y GÓMEZ THEBAUT A..

Objetivos: El proceso de cuidados paliativos requiere una comunicación fácil entre profesionales y paciente/cuidadores para garantizar una adecuada continuidad asistencial. Objetivos: Analizar las barreras para la comunicación entre los profesionales encargados de la atención de los pacientes incluidos en el PAI de Cuidados Paliativos (CP). Identificar áreas de mejora.

Material y Método: Estudio cualitativo mediante grupo focal interdisciplinar entre profesionales de medicina y enfermería de AP y equipo de soporte del Distrito. Ámbito: Atención Primaria. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Periodo de estudio junio 2013 a junio 2014. Agrupación de información, ordenación, codificación y recodificación de la información extraída del grupo focal mediante QSR Nudist.

Resultados: Existe un déficit de comunicación entre los equipos EBAP y los DCCU en la atención a los pacientes en CP. El número de instrucciones escritas disponibles en domicilio son escasas. La identificación de los cuidadores principales es fundamental pero esta información no siempre está disponible. No se registran ni las expectativas ni las necesidades espirituales de los pacientes, ni lo pactado con ellos o la familia-cuidadores. Los expertos refieren como relevante la posibilidad de registrar estrategias terapéuticas o de seguimiento futuro en caso de aparición de ciertos eventos indeseables previsibles. Se debe posibilitar a los familiares registrar eventos adversos, dosis de rescate u otras observaciones que crean de interés, evitando olvidos y errores en la transmisión de esta información ya que a veces hay más de un cuidador. En algunas ZBS existen sistemas rudimentarios de registro escrito para el tratamiento de los pacientes CP. La creación de un documento en papel con apartados fáciles de rellenar (tipo check) o texto corto puede facilitar esta comunicación. Este "cuaderno" permitirá igualmente la transferencia de información entre los profesionales y entre éstos y la familia de forma recíproca.

Discusión: Conclusiones: 1. Existe una comunicación deficiente entre los distintos profesionales que atienden a los pacientes en CP. 2. La información para el paciente, la familia-cuidadores suele estar dispersa. 3. La implantación de documentos físicos de seguimiento de estos pacientes en domicilio suele ser baja y su grado de cumplimentación es irregular. 4. La identificación de la cuidadora principal es necesaria para mejorar la comunicación en este proceso. 5. No existen documentos en los que la familia registre eventos adversos, dosis de rescate u otras observaciones; lo que dificulta la evaluación evolutiva. Propuesta de mejora: Diseñar una herramienta sencilla para garantizar la comunicación entre el paciente y su familia y el equipo profesional encargado de su atención. Actualmente está en fase de edición un cuaderno de registro para la continuidad de cuidados de estos pacientes. (*)En nombre del Grupo de Mejora de Cuidados Paliativos del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

C-112

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión por Procesos II

ANALISIS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN AISLAMIENTO HOPITALARIO: ESTUDIO COMPARATIVO

Autores: LUPIÓN MENDOZA C.; GONZALEZ FERNANDEZ C.; ANTUNEZ DOMINGUEZ M.J.; ROMERO BRIOSO C. Y RODRIGUEZ BAÑO J..

Objetivos: Los aislamientos hospitalarios (AH) son un instrumento necesario para prevenir la transmisión de microorganismos, pero como toda intervención sanitaria pueden estar asociados a riesgos potenciales que comprometan la seguridad del paciente. Por esto y la ausencia de estudios que aborden las necesidades de estos pacientes, decidimos proponernos los siguientes objetivos: • Evaluar el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes sometidos o no a aislamiento hospitalario para la prevención y control de infecciones. • Analizar las diferentes tasas de ansiedad y depresión entre pacientes en aislamiento y los que no lo están.

Material y Método: El estudio se realizó en un hospital terciario de 950 camas. Estudio de casos (pacientes en aislamiento) y controles (1 por caso, apareados por tiempo previo de ingreso, índice Charlson y personal de enfermería responsable). Se excluyeron pacientes con déficit cognitivo. Se utilizó para el analisis la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD). Se trata de una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física, por otros más específicos de la vivencia psíquica del proceso de enfermedad. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 14 items, integrado por dos subescalas, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 – 3), con diferentes formulaciones de respuesta. Las variables se compararon mediante el test de chi cuadrado o Fisher.

Resultados: Estudio donde se han incluido 72 pacientes casos con sus correspondientes controles. Tras el análisis de todos los ítems, que a su vez están divididos en dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, hemos encontrado que los pacientes en aislamiento tienen ansiedad en un 16,6% vs. 11.1% (p=0,336) no siendo estadísticamente significativa. Sin embargo, si lo es para la depresión (30.5%vs. 16,6%) con una p=0,05. En la subescala de ansiedad, aparece como significativo "Me siento muy inquieto como si no pudiera parar de moverme" (37,5% y p=0,045), mientras que en la subescala de depresión nos aparece "No soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas" (31,95% y p=0,001). El resto de los items no alcanza valores de significación.

Discusión: Los pacientes sometidos a aislamiento hospitalario para la prevención y control de infecciones muestran niveles más elevados de depresión que el resto de los pacientes hospitalarios. En cuanto a la ansiedad, dichos niveles son superiores aunque no sean significativos. Área de mejora puesta en marcha: la enfermera de control de infecciones visita diariamente a los pacientes en aislamiento para resolver las dudas y temores que puedan plantear. Además, se proporciona información a los profesionales de la planta donde están ingresados dichos pacientes a fin de vigilar el cumplimento del aislamiento y evitar un déficit de cuidados que disminuiría la calidad de la asistencia que se les presta.

C-113

Centro: CS Las Palmeritas

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos II

PAI DIABETES: AVANZAMOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Autores: SÁNCHEZ GONZÁLEZ I.; AGUADO DE MONTES C.; BASCUÑANA GARRIDO M.; BLANCO RUBIO C.; GONZÁLEZ LÓPEZ A. Y GABALDÓN RODRÍGUEZ I..

Objetivos: Introducción: La DM es una enfermedad crónica de alta prevalencia que aumenta la morbilidad y que coexiste con otras enfermedades crónicas en la edad avanzada. La observancia del PAI Diabetes facilita la gestión de esta enfermedad, permitiendo la evaluación y mejora de la continuidad de la asistencia del paciente. Objetivos: Evaluar resultados en el control del paciente diabético tras la aplicación de medidas de mejora según los indicadores del Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus (PAI).

Material y Método: Se realizó estudio observacional descriptivo sobre la población de pacientes incluidos en PAI Diabetes entre 2009 y 2013 de una UGC urbana (18.559 habitantes, 23,68% mayores de 65 años). Se valora el grado de cumplimiento del PAI, incidiendo especialmente en el control metabólico. Se analizan y se comunican a los miembros de todo el equipo los resultados por semestre, y se evalúa anualmente el impacto del plan de mejora establecido en la UGC, implicando a los profesionales en la formación e implementación de medidas de avance relacionadas con la gestión de esta enfermedad.

Resultados: Número de personas con diabetes valoradas: 1263 en 2009, 1344 en 2010, 1347 en 2011, 1377 en 2012 y 1427 en 2013. Prevalencia en población adscrita a la UGC: 7,6%. Se ha incrementado la población con control metabólico óptimo (HB1AC<7%) del 59,25% en 2009 al 65,19% en 2013. Los pacientes con cifras de HBA1C ≥ 8%: 14,97% (2009), 16,35% (2010), 16,53% (2011), 17,27% (2012) y 13,8% (2013). En los 2 últimos años se realizó fondo de ojo por retinografía al 43,50% de pacientes (normal 79,7%). Exploraciones de pies (2009-

2013) han aumentado progresivamente hasta 42,25% en 2013.

Discusión: Dada la importancia y prevalencia de esta enfermedad crónica, consideramos que la revisión periódica de indicadores del PAI Diabetes facilita una asistencia adecuada a las personas con diabetes mellitus Existe en la UGC conciencia de la necesidad de trabajo específico para estos pacientes, y los profesionales muestran interés por conocer los indicadores de evaluación para mejorar el tratamiento de estas personas. La captación de enfermos va aumentando progresivamente año tras año, y los pacientes incluidos en el proceso asistencial han mejorado el control metabólico. Se objetiva la necesidad de planificar año tras año medidas de mejora para la monitorización de estas personas, pues es una enfermedad que aumenta la morbilidad, coexiste con otras enfermedades crónicas en la edad avanzada, y su mejor control incide directamente en la calidad de vida de quienes la padecen.

C-114

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Unidad de Salud Mental

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión por Procesos II

AVANCES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PROCESO OBESIDAD MÓRBIDA MEDIANTE UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Autores: RODRIGUEZ HURTADO J.; FONTALBA NAVAS A.; FERRER MÁRQUEZ M. Y BELDA LOZANO R..

Objetivos: La Obesidad Mórbida (OM) se define antropométricamente por un índice de masa corporal superior a 40, resistente al tratamiento no quirúrgico a largo plazo. El Proceso Asistencial Obesidad Mórbida establece la Cirugía Bariátrica como respuesta terapéutica de primera elección. Su objetivo es evitar la morbimortalidad a largo plazo y la escasa calidad de vida de los pacientes con OM mediante una reducción de peso mantenida. Entre un 30% y un 40% no lo mantienen entre los 12 y 24 meses sufriendo un aumento ponderal del mismo. Por todo ello a través de nuestro Estudio nos planteamos: determinar las variables psicológicas (autoestima, apoyo social, estrategias de afrontamiento) y patrones clínicos de la personalidad que se relacionan con un fracaso con el fin de establecer un "algoritmo diagnóstico" (variables psicobiológicas) con el que estime un peor pronóstico del resultado tras la intervención.

Material y Método: Se ha realizado un Estudio de casos y controles. Casos: pacientes con un PSPP inferior al 50%. Controles: pacientes con PSPP igual o superior a 50%. El PSPP (% de sobrepeso perdido) es medido a los 12 meses de evolución tras la intervención quirúrgica. Recogida de datos: la Unidad de Cirugía Bariátrica mediante el seguimiento según protocolo desde la Historia Clínica y la Unidad de Salud Mental a través de las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios autocumplimentados. Análisis de datos: se aplica el programa estadístico R (modelo multivariante de regresión logística)

Resultados: Un total de 31 sujetos, 20 mujeres y 11 hombres. Media PSPP= 56,87 ds=14,86. Un 41,9% de los sujetos no consiguieron el objetivo propuesto de porcentaje de sobrepeso perdido. Dentro de la comorbilidad, (HTA, DM II, SAOS, Dislipemia), existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de cifras más altas de HTA en el grupo de casos (p=0,0004). La variable psicológica AUC (Autocrítica) explica diferencias entre éxito y fracaso en la intervención, siendo mayor en los controles.

Discusión: La autocrítica incluye tanto las valoraciones emocionales como el significado y manejo cognitivo de los problemas que las personas con obesidad encuentran en su vida. Pero igual que puede ayudar en ser consciente de los propios fallos o defectos para corregirlos, también llevada al extremo, hace referencia a un manejo inadecuado centrado en la emoción, basado en el aislamiento y la autoinculpación, sugiriendo un afrontamiento de los problemas pasivo y desadaptativo. Entonces ¿qué relación guarda la autocrítica con la obesidad mórbida?¿qué tipo de autocrítica es la que utilizan los pacientes que consiguen mantener el peso antes y después de la intervención? Los hallazgos positivos pueden facilitar proponer el inicio de un tratamiento psicológico estandarizado post-operatorio para intentar evitar dicho fracaso y con ello mantener una evolución favorable. El tamaño muestral todavía es limitado pero se irá aumentando progresivamente fortaleciendo tanto el análisis como los resultados.

C-115

Centro: EDIFICIO CENTRAL SAS

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica II

RELACIONES ENTRE DISTINTOS INDICADORES DE FRECUENCIA DE INFECCIÓN Y RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS EN LOS HOSPITALES.

Autores: LIMÓN MORA J. Y DÍAZ-BORREGO HORCAJO J..

Objetivos: A partir de indicadores comunes de frecuencia de infección registrada en los distintos hospitales públicos andaluces, se analizan los datos anuales del periodo 2005-2012. En esta comunicación se presenta una primera visión descriptiva de los distintos indicadores. A continuación se pretende estudiar las relaciones entre variables y reducir el número de ellas a unos pocos componentes o factores que puedan ser interpretados con más facilidad, y utilizados en evaluación y gestión asistencial.

Material y Método: El sistema de indicadores cuenta con distintas líneas de vigilancia relacionadas (prevalencia global, UCI, quirúrgica, frecuencia gérmenes resistentes y niveles de resistencia), observándose paralelismos entre los indicadores recogidos. Inicialmente se ha analizado la matriz de correlaciones entre las 18 variables seleccionadas, calculando los coeficientes de correlación. A continuación se ha procedido al desarrollo del análisis multivariante de la información (indicadores de frecuencia de infección) mediante análisis de componentes principales (ACP). Estos componentes calculados se explican por las variables que cuentan con mayor peso en su definición. Además tienen la característica de no estar entre ellos nada correlacionados. El primer componente es la variable sintética, o mezcla de variables originales, que sintetiza una mayor parte de la información y así de forma decreciente con los otros componentes calculados.

Resultados: En un primer paso se obtiene un modelo extenso en cuanto a número de componentes, que finalmente se ha limitado a cinco que denominamos como: - 1. Nivel de resistencias antimicrobianas - 2. Frecuencia global de infección nosocomial (hospital y UCIs) - 3. Frecuencia de infección asociada a procedimientos invasivos (quirúrgica y en UCI) - 4. Frecuencia de infección comunitaria (atendida en el hospital) - 5. Frecuencia de infección por microorganismos multiresistentes. En la matriz de componentes obtenidos mediante el ACP, se puede observar cuales son las variables que mejor explican o se correlacionan con cada uno de los cinco componentes obtenidos.

Discusión: El ACP aporta soluciones para la simplificación de la interpretación y resumen del conjunto de la información sobre infecciones hospitalarias. Se sacan a la luz las relaciones entre variables, reduciendo el número de componentes básicos a interpretar en cuanto a la frecuencia de infección en los hospitales. La utilidad de estos análisis puede aplicarse en la evaluación de situación y de intervenciones o programas. Como continuación de este trabajo se podrían utilizar los coeficientes de los distintos hospitales para los cinco componentes definidos previamente, como datos de entrada para la definición de cluster o clasificación en grupos relativamente homogéneos o cercanos de hospitales para distintos componentes básicos relacionados con la infección hospitalaria.

C-116

Centro: EDIFICIO CENTRAL SAS

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica II

COMPONENTES PRINCIPALES DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA Y CLASIFICACIÓN DE

Autores: LIMÓN MORA J. Y DÍAZ-BORREGO HORCAJO J..

Objetivos: A partir de indicadores comunes de frecuencia de infección registrada en los distintos hospitales públicos andaluces, se analizan los datos anuales del periodo 2005-2012. En un trabajo previo se estudiaron las relaciones entre variables y se resumieron en unos pocos componentes básicos o principales. Se trata de definir una metodología de clasificación o agrupación de centros, similares o cercanos para esos componentes básicos que sintetizan un mayor número de variables relacionadas con la infección hospitalaria.

Material y Método: A partir del análisis de componentes principales previo, se calcularon o estimaron los coeficientes o coordenadas de las distintas variables en los cinco componentes principales obtenidos. Estos coeficientes se aplican a los valores de los distintos indicadores de cada hospital para el año 2012, último registrado. Se utilizaron valores tipificados o normalizados, para evitar el diferente peso de cada variable en función de las diferentes unidades de medida. A continuación se han representado en gráficos de dispersión de puntos, los correspondientes a pares de componentes principales para los distintos hospitales. En una última etapa, se realiza el análisis de cluster jerárquico, que obtiene dendogramas, donde se representa gráficamente la distancia o proximidad entre centros para las características estudiadas. Trasladada esta última información a los gráficos de dispersión, visualizan graficamente como quedan constituidos los grupos de hospitales para cada par de componentes principales relacionados con la infección hospitalaria.

Resultados: Se parte de la definición previa de cinco componentes, y de los indicadores de infección en cada centro y coeficientes para su cálculo. Los cinco componentes definidos se denominaron como: - 1. Nivel de resistencias antimicrobianas - 2. Frecuencia global de infección nosocomial (hospital y UCI) - 3. Frecuencia de infección asociada a procedimientos invasivos (quirúrgica y en UCI) - 4. Frecuencia de infección comunitaria - 5. Frecuencia de infección por micoorganismos multiresistentes. Se elaboran gráficos de dispersión y se dibujan los grupos o cluster de centros para la localización de los mismos en los siguientes pares de componentes de interés: 2–4, 2–1, 2–3, 1–5.

Discusión: El ACP aporta soluciones para la simplificación de la interpretación y resumen del conjunto de la información sobre infecciones hospitalarias. Conocidas las relaciones entre variables y una vez calculados los componentes básicos en cuanto a la frecuencia de infección en cada hospital, podemos realizar un análisis y definición de cluster o clasificación en grupos relativamente homogéneos o cercanos de hospitales, para distintos componentes básicos relacionados con la infección hospitalaria. La utilidad de estos análisis puede aplicarse a la evaluación de centros y la priorización de estrategias de intervención o programas de salud.

C-117

Centro: 662973495

Provincia: Cádiz

Área Temática: Gestión Clínica II

INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO EN CENTRO DE SALUD DE CONIL "LA ATALAYA" (CADIZ) 2013-2014

Autores: BARROSO FERNANDEZ E.; SANCHEZ DE MELO I.G. Y DE MELO RODRIGUEZ M.D..

Objetivos: Conocer las principales causas de I.V.E en nuestra zona de salud, recabando información sobre las características sociodemográficas de las mujeres que solicitan este procedimiento. Consideramos dicha información útil para la administración, planificación y orientación de los programas de planificación familiar.

Material y Método: Se ha realizado un estudio descriptivo sobre un total de 46 mujeres, las cuales han interrumpido su embarazo durante el periodo que abarca desde Mayo de 2013 hasta Abril de 2014. Los datos han sido recogidos mediante entrevista personal.

Resultados: Durante el periodo comprendido desde mayo 2013 hasta abril de 2014, se han registrado un total de 46 I.V.E. Esto supondría un 1,16% de la población femenina de Conil. La distribución por edad es uniforme en los tramos estudiados. La nacionalidad predominante es la española, con 38 casos. Existe presencia de otras nacionalidades como Sudamericana, rumanas, marroquí y China. El desempleo es muy frecuente en estas mujeres, con un 52% del total en dicha situación. Tan sólo tiene empleo estable un 32%. Encontramos un 74% de solteras frente a un 19% de casadas. El 83% de las mujeres tienen pareja estable, siendo el 17% de ellas las que mantienen relaciones esporádicas. Algunas usuarias ya habían recurrido a este procedimiento con anterioridad, de hecho un 34% acude por primera vez, un 43% lo hace por segunda vez, el 13% por tercera vez , el 6% por cuarta vez y el 4% por quinta vez. El método más usado fue el preservativo (n=28). Las causas esgrimidas para el embarazo fueron: rotura de preservativo (20), fallo método hormonal (11) y relaciones sexuales sin protección (15). De las 46 mujeres, tan sólo había comunicado a sus padres el embarazo el 36%, recibiendo el apoyo de los mismos un 26% del total. Con respecto a las parejas, el 100% eran conocedores de la situación, sólo el 14% no estaban de acuerdo con la decisión tomada.

Discusión: Perfil medio: Nacionalidad española, de entre 18 y 40 años, desempleada, con escasos recursos económicos, estado civil soltera, con pareja estable, y sin hijos anteriores. Es muy destacable el uso repetido que se le da al servicio. El método anticonceptivo más utilizado ha sido el preservativo, y el de mayor índice de fallos. Que las mujeres jóvenes y las mujeres inmigrantes tengan problemas para tener una correcta anticoncepción, se debe a falta de información, problemas económicos y acceso a la Seguridad Social. La causa del aborto voluntario es multifactorial. Es de vital importancia la promoción de la educación sexual y la planificación familiar. La educación sexual y reproductiva tanto en ámbito escolar como en consultas de Planificación Familiar permite transmitir información y conocimientos que permiten decidir sobre cuestiones relativas a la anticoncepción. La atención sanitaria debe contemplar el abordaje multidisciplinar de este fenómeno, ya que los centros de atención primaria juegan un papel importante en el desarrollo del mismo.

C-118

Centro: HUV MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica II

VIGILANCIA Y CONTROL DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UCI HUV MACARENA

Autores: GONZÁLEZ CARO M.D.; NUÑEZ SANCHEZ J.L.; GONZÁLEZ DELGADO M.C.; QUESADA PÉREZ M.T. Y LUPIÓN MENDOZA C..

Objetivos: La infección nosocomial es en la actualidad uno de los principales problemas sanitarios, teniendo particular importancia las infecciones causadas por bacterias multirresistentes (BMR) Objetivos: Detectar pacientes portadores de BMR al ingreso y prevenir su aparición y difusión en nuestra unidad. Reforzar Cultura de seguridad en UCI Analizar las tasas de incidencia de BMR en nuestra Uci en el periodo 2007-2014

Material y Método: Nos planteamos: Identificar reservorio Detener la transmisión Modificar riesgo para el huésped Se plantea un estudio prospectivo observacional de BMR de Enero 2007-Junio 2014 Se realizan cultivos de vigilancia al ingreso y a los 15 días, las muestras que se recogen son frotis rectal, axilar y nasal Se procesan en el servicio de microbiología y se recepcion en UCI y servicio de infecciosos Las bacterias monitorizadas son: Estafilococo Aureus Resistentente a Meticilina (SARM), Acinetobacter Baumannii(AB), Klebsiella blee, Pseudomona aeruginosa MDR Medidas adoptadas 2007 Cultivos de vigilancia de SARM y A.B. Elaboración de protocolo de vigilancia y control de BMR Búsqueda de forma activa al ingreso y quincenal Identificar al ingreso aquellos con elevado riesgo de ser portadores de BMR Aislamiento preventivo Dispensador base alcohólica en cada box Identificar los aislamientos con código de colores en la entrada del box Control del cumplimiento de las precauciones estándar y por mecanismos de transmisión (aislamientos) Protocolo de limpieza del box Limpieza del material Higiene diaria del paciente con jabón con clorhexidina al 4% 2008 Nueva unidad con cambios de estructura 2009 Proyecto bacteriemia zero

Resultados: Analizamos todas las muestras recogidas y encontramos los siguientes datos como más relevantes: -

ACINETOBACTER BAUMANNII 2007: 60 colonizaciones(col.), 14 muestras clínicas(MC) y 7 bacteremias(Bact.) 2014: 2 col y 1 Bact - MRSA 2007: 5 col, 7 MC 2008: 25 col, 7 MC y 7 Bact 2014: 7 col, 3 MC En las siguientes se comienza la recogida en 2010 - Pseudomona Aeruginosa MDR 2010: 12 MC 2013: 10 MC y 3 Bact 2014: 5 MC - Klebsiella Blee 2010: 16 col, 8 MC y 1 Bact 2014: 5 col y 1 MC

Discusión: El paciente crítico es especialmente susceptible a las infecciones nosocomiales por su patología de ingreso, las intervenciones diagnóstico-terapéuticas que se le realizan, los numerosos fármacos que se les administran Además del riesgo que suponen las BMR importados al ingreso o de aparición en la unidad La puesta en marcha y mantenimiento de esas medidas (realización de cultivos seriados, aislamiento estricto, y la instauración de una política antibiótica), acompañados de los cambios estructurales y la cultura de seguridad implantada junto con el proyecto bacteriemia zero, demostraron ser un mecanismo adecuado de control.

C-119

Centro: c.s. el cachorro

Provincia: sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: MORENO PEREZ M.; PRADA ROMERO F. Y HERRERA RUIZ C..

Objetivos: Desde 2012, nuestro Centro, tiene constituido un programa de rehabilitación cardíaca extrahospitalaria (PRC), mediante el que se oferta una actividad estructurada de rehabilitación cardiaca a pacientes de bajo riesgo que han sufrido un SCA. El objetivo que la actividad plantea, es instaurar un estilo de vida saludable en los pacientes mediante la modificación de conductas, fundamentalmente: habito tabáquico, ejercicio físico y control de la dieta. Los pacientes que realizan el programa completo, son evaluados al alta mediante escala de Goldberg y tras seis meses, son contactados por los responsables del programa y vueltos a evaluar.

Material y Método: 1- MATERIAL: Pacientes que han participado en el PRC desde Noviembre de 2012 hasta Enero de 2014 Escala de valoración Goldberg Cuestionario de objetivos con las siguientes preguntas: • Mantiene el hábito del ejercicio • Mantiene una dieta saludable y controla el peso • Sigue sin fumar • Controla su TA • Mantiene el LDL-colesterol en los rangos óptimos, < 70 2- MÉTODO: Se ha contactado por teléfono con la totalidad de los pacientes y se les comunica que van a recibir una encuesta por correo, animándolos a completarla y devolverla.

Resultados: RESULTADOS: Fueron contactados por teléfono un total de 45 pacientes. Contestaron y devolvieron los cuestionarios un total de 20 pacientes. 1. El IMC lo mantuvo la totalidad de la muestra. 2. La escala de Goldberg mostraba una mejoría apreciable. (60 a 65%) 3. El control de la HTA había mejorado en un 65%. 4. El perfil lipídico había mejorado en los que se habían revisado. (64%) 5. Un 78% mantenía la abstinencia del hábito tabáquico. 6. La capacidad funcional (frecuencia cardíaca al terminar y a los 2 min.) y el tiempo total de ejercicio, habían mejorado considerablemente.

Discusión: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La evaluación a los seis meses de este programa, novedoso en la AP, nos ha llevado a las siguientes constataciones: - Un porcentaje de los pacientes manifestaron que en los seis meses después de haber sido alta del programa, no han sido evaluados por su médico de familia en alguno de los ítems que el programa específicamente trabaja: • Mantenimiento del hábito del ejercicio • Persistencia en una dieta cardio-saludable • Control del peso • Sigue sin fumar • Control de su TA • Mantiene el LDL-colesterol en los rangos óptimos (< 70) - Tampoco se ha evaluado el perfil lipídico en la totalidad de los casos (6 de los 20) - No hemos constatado la existencia de un programa estructurado que establezca la periodicidad en la que se deba realizar p complementarias a estos pacientes por parte del médico de familia. - Ni que este definido como desde la AP se revisan y apoyan los hábitos de vida saludable que son los pilares básicos del tratamiento preventivo de este grupo de pacientes.

C-120

Centro: H. San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

COLESTEATOMA, SER O NO SER: AHI ESTÁ LA DIFUSIÓN.

Autores: MORENO RAMOS M.D.; OLIVENCIA PÉREZ M.; RAMOS MEDRANO J.; IBAÑEZ RODRÍGUEZ J.A. Y GÓMEZ GALÁN M.J..

Objetivos: Tradicionalmente la tomografía computarizada (TC) se ha considerado la técnica radiológica de elección para el diagnostico de colesteatoma. Sin embargo, presenta una baja especificidad para diferenciar el colesteatoma de otros tejidos (fibrosis, tejido de granulación, inflamación) sobre todo en pacientes ya intervenidos en los que existe sospecha de recidiva, así como en los de localización atípica y en los casos que ofrecen dudas diagnósticas. Por esta razón, se ha preconizado el uso de la resonancia magnética (RM), con diferentes secuencias, dado su mayor capacidad para diferenciar tejidos. Nos proponemos valorar la utilidad de la resonancia magnética (RM) con secuencias de difusión, eco planar y no eco-planar (PROPELLER), para el diagnóstico prequirúrgico de recidiva de colesteatoma.

Material y Método: Estudio prospectivo sobre 20 pacientes (24 oidos) intervenidos de colesteatoma y remitidos al servicio de Radiología con sospecha de recidiva. Se realizó tomografía computarizada (TC) y RM de oidos, con secuencias axial y coronal T1 y T2 y difusión, con dos técnicas (eco-planar y no eco-planar (PROPELLER). Se correlacionó con la exploración clínica y la cirugía en los casos que fueron reintervenidos. Se incluyeron 3 pacientes con procesos inflamatorios hiperplásicos, no colesteatomatosos, como controles negativos.

Resultados: Con la técnica PROPELLER, la especificidad y la sensibilidad fueron altas (100 y 91% respectivamente). Los falsos negativos correspondieron a evacuaciones antes de la realización de la RM y en un caso a la coexistencia de un granuloma de colesterol englobando a un pequeño colesteatoma, que fue informado como dudoso. Todos los casos positivos fueron reintervenidos, con confirmación histológica del proceso, y los negativos siguen en revisión clínico-radiológica sin signos de recidiva. La técnica de difusión eco-planar mostraba imágenes inespecíficas, con artefactos por proximidad ósea, que hacía inviable la confirmación o no del diagnóstico de sospecha.

Discusión: La difusión PROPELLER es una técnica fiable para el diagnóstico de colesteatoma recidivado, siendo de gran ayuda para la toma de decisión del ORL. Su protocolización eliminaría la realización de TC en casos negativos, disminuyendo así la dosis de radiación recibida por estos pacientes, que habitualmente son controlados por esta técnica. Además, mejoraría la incertidumbre diagnóstica, disminuyendo las intervenciones innecesarias con la consecuente mejora en la seguridad del paciente y adecuación de recursos (material y tiempo quirúrgico, gestión lista espera). La secuencia de difusión eco-planar es inespecífica.

C-121

Centro: HAR SIERRA NORTE (APESBG)

Provincia: SEVILLA

Área Temática: CIUDADANOS III

LIMITACIONES DE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA CON EL TEST_VF14 EN EL HAR SIERRA NORTE (HAR_SN).

Autores: ALFONSO ARIAS J.D.; PÉREZ RAMOS J.; SIANES FERNÁNDEZ A.; HIDALGO LLONIS F.J.; AFAN CONDE I. Y GONZÁLEZ GARCÍA M.J..

Objetivos: Conocer limitaciones en la medición de la percepción de calidad de vida de los pacientes a intervenir de Catarata en el HAR_SN con el Test_VF14.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Incluye pacientes que han sido intervenidos de catarata, con test VF_14 realizado, desde enero/2014 hasta agosto/14. El test lo realiza la enfermera de consultas a los pacientes derivados desde consulta de Oftalmología porque han aceptado ser intervenidos de cataratas, para ello se ha incorporado a KLINIC (soporte digital de la historia clínica del paciente) el test VF 14. El oftalmólogo realiza medición de la agudeza visual (AV). Las variables puntuación en el VF_14, edad, AV en ojo derecho (AV_OD) e izquierdo (AV_OI) y sexo, quedan registradas en una tabla de Excell para el análisis estadístico de datos. Se comparan las puntuaciones medias de VF_14 y AV entre ambos sexos y entre pacientes con intervención previa de catarata (IPC) o no (NIPC).

Resultados: 1. VF14 en hombres IPC: 66,4.

2. VF14 en mujeres IPC: 53,2.6

3. VF14 en hombres NICP: 61,67

4. VF14 en mujeres IPC: 52,18

5. Edad media (EM) hombres: 72

6. EM mujeres: 73

7. AV_OD hombres IPC: 0,56

8. AV_OD mujeres IPC: 0,84

9. AV_OI hombre IPC: 0,55

10. AV_OI mujeres IPC: 0,35

11. AV_OD hombre NIPC: 0,38

12. AV_OD mujeres NIPC: 0,45

13. AV_OI hombres NIPC: 0,42

14. AV_OI mujeres NIPC: 0,42.

Discusión: Nuestros datos están en consonancia con las limitaciones que por la bibliografía sabemos que tiene el uso del Test VF14 en nuestro entorno, ya que existe una diferencia aproximada de 10 puntos en la percepción de calidad de vida entre hombres y mujeres a favor de los primeros siendo la AV y la EM muy similar en ambos grupos. Además, la percepción de la calidad de vida no es significativamente mayor en el grupo de pacientes que previamente han sido intervenidos de catarata, tal y como debería ser según la literatura. Concluimos apoyando nuestra hipótesis, el Test_VF14 no es de aplicabilidad en nuestra zona, dadas las limitaciones que nos encontramos. Esto nos abre las puertas al uso de otros cuestionarios de calidad de vida.

C-122

Centro:

Provincia:

Área Temática: CIUDADANOS III

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

Autores: CABELLO ROMERO C.; TIENDA MORENO M. Y POZUELO GARCIA I..

Objetivos: Evaluación de la Calidad de Vida de los Cuidadores Informales de los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis en nuestra área hospitalaria

Material y Método: Se ha seleccionado, mediante muestreo no probabilístico, a 33 Cuidadores Informales, definiéndolo como la persona que se encarga habitualmente de cuidar de la salud del sujeto dependiente (paciente), responsabilizándose y gestionando los cuidados en el domicilio sin retribución económica a cambio. La captación de los mismos se efectúa a través de la Valoración Inicial de Enfermería que se realiza al paciente y se completa la selección con una entrevista personal y directa. Los instrumentos utilizados para la recogida de datos son: un Cuestionario de Datos Sociodemográficos de 25 preguntas dirigido a pacientes y cuidadores, la aplicación del I. de Barthel para determinar el grado de Dependencia para las ABVD y la Escala de Lawton y Brody para definir la dependencia de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria -AIVD- y la realización de un cuestionario basado en el Modelo Holístico-Humanístico de Virginia Henderson, registrado y usado por la enfermera Doña Inmaculada Concepción Úbeda Bonet, por entender que es una herramienta 100% enfermera para evaluar la Calidad de Vida de los Cuidadores Informales.

Resultados: Resultados respecto a los pacientes:58% mujeres y 42% hombres, edad media:73a. 30.3% con 3 patologías y 27.3% con 4. 75/100 de media Í.Barthel y de 3.67/8 en el I.Lawton y Brody. Resultados respecto a los Cuidadores Informales:76% muejres y 24% hombres. Edad media:56a y 50 meses de media en tiempo de cuidados.64% no trabaja,y el 79% de ellos conviven con el receptor de los cuidados.76% no dispone de ayuda de ningún tipo para cuidar.La mitad manifiesta problemas de salud, de carácter leve, antes de empezar a cuidar.79% manifiesta que la prestación de cuidados no afecta de forma negativa en la relación cuidador-paciente y la catalogan de relación agradable.Casi el 80% proporciona compañía al paciente y la mayor parte de los cuidados se refieren a ABVD y en menor proporción a AIVD.Porcentaje elevado de aparición de problemas físicos relacionados con el hecho de cuidar, a destacar, dolor de espalda y cansancio.

Discusión: En el estudio se comprueba lógicamente que a medida que aumenta la dependencia, aumentan los cuidados a prestar, tanto en las ABVD como en la AIVD. Que la repercusión en el Cuidador es también mayor a medida que se engrosan los cuidados prestados pero que sin embargo no se observa que el impacto que percibe el cuidador esté relacionado ni con su edad ni con la del paciente. Con respecto a las variables predictivas de sobrecarga en el Cuidador se ha obtenido que el mayor porcentaje (15.2%) es el nivel de dependencia para las ABVD, seguido de los cuidados relacionados con la nutrición (7.6%), cuidados relacionados con la comunicación del receptor de cuidados (4.9%), la edad del cuidador (4.8%) y los cuidados referentes a la movilización de los pacientes (3.98%).

C-123

Centro: HU Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANOS III

AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO: EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN CUIDADORAS FAMILIARES.

Autores: RAMÍREZ LÓPEZ E.B.; ASENSIO PÉREZ M.R.; FERNÁNDEZ RONQUILLO M.C.; ESCASÚA VACA C.; PALOMO LARA J.C. Y GARCÍA BERNAL E..

Objetivos: Evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras en el diagnóstico de enfermería (DxE) Afrontamiento Familiar Comprometido en cuidadoras familiares de pacientes dependientes hospitalizados.

Material y Método: Estudio cuasi-experimental. Población de estudio: 136 cuidadoras familiares de pacientes hospitalizados. Muestra: 55 cuidadoras con DxE Afrontamiento familiar comprometido. Ámbito: Unidades de MI de un hospital de tercer nivel. Criterios de inclusión: -cuidadoras de pacientes hospitalizados con Barthel igual o menor a 60. -permanencia en el hospital en ingreso prolongado. -acompañamiento del paciente durante todo el día o 10 horas o más. -que acceden voluntariamente a ser atendidas. Criterios de resultados NOC relacionados con el diagnóstico: Afrontamiento de los problemas de la familia y Factores estresantes del cuidador familiar. Medición de la diferencia entre la puntuación pre y postintervención (escala likert) de un total de 5 indicadores de resultados: Afronta los problemas, Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones, Utiliza estrategias para reducir el estrés, Factores estresantes referidos por el cuidador y Comparte la responsabilidad de las tareas familiares. Intervenciones NIC apropiadas siguiendo la metodología enfermera: Apoyo al cuidador principal, Aumentar afrontamiento, Escucha activa, Fomento de implicación familiar,Presencia, Apoyo en toma de decisiones, Asesoramiento y Grupo de Apoyo. Análisis de la puntuación obtenida en los indicadores elegidos.

Resultados: El diagnóstico enfermero Afrontamiento familiar comprometido es el más frecuente en esta población. El 100% de las cuidadoras mejoran la puntuación en los 2 criterios de resultados postintervención (aumento de puntuación media: 1’97 puntos) El 62% de los casos resuelve dicho diagnóstico (4 ó más de 4)

Discusión: Las cuidadoras familiares de pacientes dependientes hospitalizados se enfrentan a situaciones muy estresantes que afectan a su salud física y mental, ocasionándoles problemas de afrontamiento. Las intervenciones enfermeras utilizadas han sido efectivas en la resolución del diagnóstico Afrontamiento Familiar Comprometido de las cuidadoras. Reducen el impacto de esos factores estresantes, mejorando así la capacidad de afrontamiento. La intervención enfermera sirve de guía y apoyo necesario a la cuidadora en el hospital frente a la difícil tarea de cuidar a un paciente dependiente.

C-124

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Provincia: Granada

Área Temática: CIUDADANOS III

INFORMACIÓN A FAMILIARES Y PARTICIPACIÓN DE ESTOS EN LAS DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA.

Autores: GARCIA CARO M.P.; OJEDA VITO F.A.; PEINADO GORLAT P.A.; GORLAT SÁNCHEZ B.E.; MORALES DURAN E.N. Y CAMPOS CALDERON C.O..

Objetivos: Determinar información y participación familiar en las decisiones al final de la vida

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Metodología: Revisión de historias clínicas de pacientes fallecidos y Entrevistas a familiares/cuidadores. Centros participantes: Hospitales de Granada (Motril, Baza, San Cecilio, Virgen de las Nieves), Hospital de Melilla y Centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario Granada. Unidades incluidas: Cirugía, UCI, Medicina Interna y Cuidados Paliativos Criterios de inclusión/exclusión: - Historias Clínicas. Incluidos: pacientes fallecidos entre 1/1/2010 y 31/12/2010 con diagnósticos principales: Enfermedad oncológica, EPOC, Insuficiencia cardiaca crónica, Enfermedad hepática avanzada, Insuficiencia renal crónica. Excluidos: fallecidos en las 24 horas siguientes al ingreso y fallecidos por causas inesperadas. - Familiares/Cuidadores. Incluidos: aquellos con un tiempo transcurrido desde el fallecimiento entre 6 y 24 semanas que aceptaron participar. Excluidos: aquellos que presentaron dificultades para recordar datos. Tamaño muestral según número de pacientes atendidos por centro. Muestra significativa estimada: 252. Instrumentos: Registros ad hoc validados: - Datos de Historias Clínicas referidos a los 3 últimos meses de asistencia. - Encuesta familiar/cuidador sobre datos referidos al último mes de asistencia. Todos los participantes fueron informados del estudio y firmaron consentimiento informado.

Resultados: Historias Clínicas: Revisadas 256, incluidas 202. Pacientes oncológicos: 60%, no oncológicos: 40% (22% insuf. cardiaca, 20% EPOC, 11% enferm. hepática y 7% insuf. renal crónica). En el 51,5% de los casos constó establecimiento de enferm. terminal (64,2% pac. oncológicos, 32,4% no oncológicos), realizándose entre los 7 días antes del fallecimiento (64%) y las últimas 48 horas (32,4%). Encuestas a familiares: Participaron 148 familiares (83,7% mujeres y 16,3% hombres), edad media 47,81 años. Hijos del paciente (59,7%), cónyuges (24,8 %), nietos (3,9%), hermanos (3,1%), padres (1,6%) y otros (7%). Recibieron información sobre la situación y pronóstico del paciente el 79,7%, información sobre los recursos disponibles el 74,4%, sobre distintas opciones terapéuticas el 79,8% y sobre medidas de confort el 69,8%. El 10,2% recibieron muy pocas veces o nunca información sobre la situación y pronóstico del paciente. El 77,4% pudieron comentar sus preocupaciones con profesionales y participar en la toma de decisiones. El 41,1% percibió apoyo de enfermería y el 28,7% de médicos. Se encontró mayor apoyo en las unidades de cuidados paliativos y en domicilio, y menor en plantas de hospitalización, urgencias y UCI.

Discusión: Es preciso identificar la situación clínica de enfermedad terminal lo más tempranamente posible para favorecer la información y la participación familiar respecto al final de vida. Es preciso mejorar el apoyo a familiares, especialmente en plantas de hospitalización, urgencias y UCI.

C-125

Centro: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Provincia: SEVILLA

Área Temática: CIUDADANOS III

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: PERSPECTIVA CIUDADANA

Autores: GARCÍA GARMENDIA J.L.; MARTÍN GRÜTMANCHER F. Y PALMA AGUILAR J.L..

Objetivos: Conocer las expectativas y actitudes de usuarios de la sanidad residentes en el Aljarafe acerca de la fase final de la vida (FFV) y las voluntades vitales anticipadas (VVA).

Material y Método: Encuesta anónima a usuarios del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (pacientes y acompañantes en Salas de Espera de Urgencias y Consultas Externas) realizada durante los meses de diciembre de 2013 y abril de 2014, para explorar el conocimiento de las VVA, las preferencias sobre la FFV del encuestado y de sus acompañantes, la opinión sobre la agresividad en los tratamientos en caso de enfermedad grave, y la percepción del beneficio de disponer de VVA propias y de su familiar así como sobre las preferencias del lugar para fallecer para él y sus familiares. Análisis estadístico con Epidat 3.1. Análisis de variables mediante chi-cuadrado y chi-cuadrado de tendencia lineal, con nivel de significación $p<0.05$.

Resultados: Se obtuvieron 376 encuestas, un 61% eran mujeres, de municipio periurbano el 60%, y el grupo de edad más frecuente de 36 a 50 años (33%). Un 68% eran acompañantes. El 38% tenía estudios de bachillerato o universitarios. El 58% refirió conocer sus deseos frente a la FFV y el 52% conocía el concepto de VVA pero solo un 2% las tenía hechas. El conocimiento de las preferencias propias (48%) y de familiares (48%) ante la FFV fue escaso. Ante una enfermedad grave la mayoría de los encuestados (69%) preferían tratamientos demostrados con poco sufrimiento aunque se acelerara la muerte, frente a un 15% que prefería todo tipo de tratamientos aunque sufriera pero manteniendo calidad de vida y un 16% que prefería todo tratamiento aunque sufriera y perdiera calidad de vida. Se aprecia una tendencia lineal significativa a tratamientos más agresivos en pacientes que en familiares ($p=0.041$), y en pacientes jóvenes < 36 años que en mayores de 35 años ($p=0.042$). No se encontraron diferencias en esta variable al analizar por sexo, tipo de población o estudios. Un 88% consideraban beneficiosas las VVA propias y un 77% las de sus familiares. El 73% de los encuestados desean morir en casa y el 72% que su familia muera en casa. Los acompañantes prefieren que su familia muera en casa en una mayor proporción que los pacientes (76% frente a 65%; OR 1.69 IC95% 1.05-2.71; $p= 0.039$).

Discusión: Los encuestados tienen definidas sus preferencias ante las FFV, con opción mayoritaria hacia la adecuación del esfuerzo terapéutico y al fallecimiento en domicilio. Los pacientes frente a los acompañantes y los individuos jóvenes tienen mayor predilección por tratamientos más agresivos. Sin embargo, el conocimiento del entorno sobre dichas preferencias es escaso y la tasa de VVA realizadas es baja aunque mayor que la tasa global andaluza (3,91/1000 habitantes en Julio/14). A pesar de que es mayoritario el deseo de fallecer en casa, son los acompañantes los que muestran mayor interés por que su familiar fallezca en casa. Parece necesario seguir ampliando la cobertura de realización de VVA entre la ciudadanía.

C-126

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANOS III

MEDIDAS ADOPTADAS PARA FAVORECER LA INTIMIDAD, INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD Y SU IMPACTO EN SATISFACCIÓN

Autores: COBO DURÁN G.; ISORNA RODRÍGUEZ C. Y SÁNCHEZ GUTIÉRREZ C..

Objetivos: Conocer la percepción de privacidad auditiva, visual y global que tienen los pacientes durante su atención médica en el Área Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Así como analizar si existen variables asociadas al paciente (edad, sexo) a la asistencia (turno de diario o fines de semana) o a las características del centro y comprobar si se cumplen los derechos del paciente en cuanto a intimidad y confidencialidad.

Material y Método: Estudio descriptivo, mediante encuesta de elaboración propia, en los pacientes atendidos en el Área Quirúrgica durante el periodo de octubre a noviembre de 2014. Se explora la calidad percibida por el paciente acerca de tres aspectos: privacidad auditiva (3 preguntas), privacidad visual (3 preguntas) y privacidad global (1 pregunta). Cada pregunta tiene 5 respuestas según una escala de Likert. Criterios de inclusión: pacientes que acudan al Área Quirúrgica y sean intervenidos, mayores de 18 años, conscientes, orientados y no en circunstancias críticas en el momento de realizar la entrevista, capaces de responder personalmente a las preguntas y que deseen participar. El tamaño muestral requerido para un nivel de confianza de 95%, un error del 5% y una prevalencia esperada del 70% es de 291. Las encuestas se entregarán de forma aleatoria a los pacientes que cumplan criterios de inclusión hasta alcanzar el tamaño muestral requerido.

Resultados: El tamaño muestral alcanzado hasta el momento ha sido de 70 y se han evaluado los resultados obtenidos. La satisfacción en los diferentes aspectos ha sido: en percepción auditiva: "¿otros pacientes han podido escuchar su conversación?" 55.7%, "¿ha escuchado usted la conversación de otro paciente?" 57.1%, "¿ha omitido información al personal sanitario?" 90%; en percepción visual: "¿personas no autorizadas han podido verle partes íntimas?" 97.1%, "¿ha visto usted a otros pacientes mientras eran atendidos?" 84.3%, "¿Ha rechazado alguna exploración física?" 100%; en percepción global: "¿se ha respetado su intimidad?" 92.9%.

Discusión: En percepción auditiva observamos la peor puntuación, esto es debido a que la Unidad de Reanimación Post-Anestésica está constituida por 12 boxes correlativos separados solamente por una cortina, lo que imposibilita el aislamiento acústico. En cuanto a percepción visual y global los resultados son muy positivos y hacen pensar que las medidas utilizadas son correctas aunque pueden ser mejoradas. Entre las áreas de mejora detectadas con las encuestas evaluadas hasta el momento están la modificación de algunos protocolos y del mobiliario.

C-127

Centro:

Provincia:

Área Temática: Gestión por Procesos III

ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS DIABÉTICOS DEL AREA SANITARIA DEL JUNCAL

Autores: MESA RODRIGUEZ P.; GAMERO DE LUNA E.; WINKLER ---- G.; VARGAS IGLESIAS S. Y LIÑAN CACERES A..

Objetivos: -Determinar la calidad asistencial (objetivo principal) prestada a los diabéticos de nuestra zona de influencia a través del: -Grado de control clínico. -Análisis del grado de registro. -Analizar las causas que producen que los diabéticos no tengan un buen control. Determinando las posibles áreas deficientes -Tratar de concienciar a los sanitarios de la importancia de un buen registro. -Proponer acciones correctoras

Material y Método: Hemos realizado un estudio descriptivo en función del control de glicada, dando como alterado una glicada mayor o igual a 7 y como normal una menor a 7 en función de los indicadores de calidad del PAI de diabetes (retinografía y monofilamento). Sobre una población de 560 diabéticos hemos realizado un estudio sobre su grado de control. A través de recogida de datos mediante Diraya.

Resultados: Hemos dividido a los pacientes en grupos: -No Registro de IC y glicada menor 7: 14,64% -No Registro de IC y glicada mayor o igual 7 6,79% -AOD menor de 7: 6,07% -AOD glicada mayor o igual 7 : 6,96% -No AOD y glicada menor de 7: 19,29% -No AOD y glicada mayor o igual 7: 8,04% -Solo un indicador de calidad sin AOD y glicada menor 7: 12,50% -Solo un indicador de calidad sin AOD y glicada mayor o igual 7: 6,96% -Tto Antidiabético en curso sin IC ni Glicada registrada: 12,32% -Ni tto antidiabético registrado ni IC registrado ni glicada : 4,11% (Reseña de IC: Indicador Calidad; AOD afectación órganos diana)

Discusión: -Hemos podido observar algunos déficits en el registro de las actividades del PAI DM. -Llevamos un buen registro de nuestros diabéticos en menos del 43% de ellos. -Hemos encontrado dificultad en el registro de diraya, registra cada indicador de calidad por diferentes vías, dando lugar a confusiones entre sanitarios. -Hay que destacar que con un poco de esfuerzo podemos conseguir grandes resultados.

C-128

Centro: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos III

DETECCIÓN DE MEJORAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Autores: LUQUE ROMERO L.G.; GARCÍA VARGAS-MACHUCA B.; RODRÍGUEZ BENJUMEDA L.M.; DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ E.; BLANCO TORRÓ M.D. Y SALAS HERRERO

Objetivos: Conocer la calidad de la atención a los pacientes DM2 de una Zona Básica de Salud del DS Aljarafe-Sevilla Norte. Identificar la existencia de inercia clínica. Determinar el nivel de competencia de los profesionales sanitarios en DM2. Identificar líneas de mejora.

Material y Método: Estudio mixto cuali-cuantitativo, descriptivo retrospectivo (2011-2012). Ámbito: Atención Primaria. Población: pacientes con DM2 y población en riesgo atendidos en una ZBS del DSASN (Sevilla). Población estratificada en 4 grupos (pacientes DM2, población general, pacientes con FRCV, y mujeres con antecedentes de Diabetes Gestacional (DG)). Fuentes de datos: Entrevistas semiestructuradas a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y matronas) para identificar barreras y líneas de mejora. Auditorias exhaustivas de Historias Clínicas y de otras bases de datos (laboratorio, farmacia), y el CMBD del Hospital de referencia. Registro en EXCEL y depuración y análisis en SPSS. Análisis exploratorio, descriptivo e inferencial, para la comparación de medias se utilizó laT-Student o U de Mann-Whitney. Variables: demográficas, de control metabólico, de seguimiento de complicaciones, de adecuación terapéutica, de gestión del proceso y de inercia clínica. Análisis cualitativo mediante agrupación codificación y remodificación de las entrevistas semiestructuradas a los profesionales

Resultados: De los 81 diabéticos, el 33.33% tenían inadecuado control metabólico, 35.80% no tenía registrada ninguna HbA1c en 2011. La demora media entre determinaciones de HbA1c: 12,37 + 5,76 meses (IC 95%: 9,71-15,03). Sólo al 45.7% de los pacientes se le hizo cribado de enfermedad renal (ER) y sólo en 14 (17.3%) se le repitió la prueba de confirmación. Al 81.48% se les exploraron los pies (3.70% patológicos). Sólo el 38.27% tenía una retinografía entre los dos años (8.64% patológica).De los 69 pacientes de la población general, 68.12% tenían una glucemia basal (GB) realizada (4.26% patológicas). De los 71 pacientes con FRCV, 53.52% tenían una GB. La demora entre GB > 6 meses. De las 76 gestantes estudiadas, 10% tuvieron DG. Sólo 2 tenían una GB de seguimiento después del parto. En la entrevista, los profesionales reconocen una carencia en conocimientos en el cribado ER y en los procedimientos de detección de población de riesgo. Reconocen tener un déficit en conocimientos sobre insulinización. Y la necesidad de crear procedimientos de comunicación interniveles.

Discusión: La elaboración de procedimientos y herramientas de ayuda puede mejorar el seguimiento de la DM2. Reforzar las estrategias de intervención en poblaciones de riesgo de padecer DM o sus complicaciones como es el caso de ER puede mejorar los resultados en salud de la población. La formación tutelada mediante la resolución de casos clínicos puede mejorar las competencias en este proceso. Crear procedimientos establecidos de comunicación que faciliten la continuidad asistencial de pacientes valorados por múltiples profesionales por ejemplo las mujeres con DG

C-129

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión por Procesos III

COORDINACIÓN ENTRE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL PROCESO DE CÁNCER DE MAMA COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN EL AMBITO HOS

Autores: ESCALANTE GÓNZALEZ A.; LA CALLE MARCOS M.; DOMINGUEZ GIL M. Y LARA ALIAGA R..

Objetivos: El cáncer de mama constituye un problema de salud pública de primera magnitud y un reto para el sistema sanitario.En Europa es la primera causa de muerte en la mujer. Actualmente en las mujeres de los países de la Unión europea la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es de un 10% aproximadamente. Desde la implantación del programa de detección precoz, junto con avances tecnológicos se ha conseguido la disminución de la mortalidad global entre un 20 y 30%. La patología mamaria exige un abordaje multidisciplinar tanto en la detección,estudio,tratamiento para ello se crean la gestión por procesos para analizar y ordenar los flujos de trabajo. El objetivo es articular todo el proceso asistencial del cáncer de mama desde la unidad de Mama y del H.de Día Ginecológico estableciendo la coordinación entre las distintas unidades que intervienen en el proceso para evitar demoras en la detección, diagnóstico y tratamiento con todos los indicadores de calidad con un abordaje integral y multidisciplinar.

Material y Método: Para ello contamos con las siguientes estructuras: Subcomisión de mama, dependiente de la comisión de tumores, creada en 2008, donde están representadas todas las unidades que intervienen en el proceso para analizar todos los casos detectados y determinar el abordaje del mismo, previo a su tratamiento, reunión semanal Protocolo basado en el P.A.I. de cáncer de mama y adaptado a nuestro medio, para la derivación desde servicio de radiodiagnóstico a la unidad de mama (consultas externas y Unidad de Día), en caso de diagnóstico de cáncer de mama en el mismo momento de tener el resultado, para que ese mismo día sea atendida para iniciar el proceso de planificación del tratamiento Unidad de día, dentro de la cual esta establecida la consulta de enfermería y consulta de mama, como elemento coordinador donde son recibidas con citas reservadas diarias para casos de inicio, urgencias, biopsias, así como todo el proceso enfermero, solución de complicaciones, prevención de secuelas, consulta de secuelas en general y de reactivación o recidiva de la enfermedad, consejos para disminuir secuelas psicológicas y valoración de la necesidad de atención especializada, coordinación con la consulta de pre anestesia para minimizar las demoras Escuela de pacientes de Cáncer de Mama Consulta de enfermería.

Resultados: En 2013 de los 331 casos nuevos de cáncer de mama, 102 procedían programa de detección precoz. A pesar del incremento de casos nuevos en 2009- 2012 de un 40 %, el tiempo de espera de demora en el tratamiento quirúrgico y oncológico no ha aumentado, siendo en 2013 de 29,26 días,debido a la coordinación entre diagnóstico, tratamiento y seguimiento, centrada en la Unidad de Día que hace posible que se mantenga tanto los tiempos de espera como una atención integral.

Discusión: La coordinación y comunicación entre las unidades hacen posible tanto la derivación precoz, el inicio del procedimiento, el establecimiento y planificación de un tratamiento.

C-130

Centro: Agencia Sanitaria Hospital de Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión por Procesos III

ELABORACION E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CESAREA PIEL-PIEL

Autores: MALDONADO VALVERDE M.C.; GARCIA ACOSTA N. Y ALBERT CANDEL L..

Objetivos: Describir la estrategia diseñada en el Hospital de Poniente para humanización de la cesárea electiva, haciendo compatible el uso de la tecnología que garantiza la seguridad de la madre y del bebé con la participación activa de las mujeres y sus parejas, a partir de las recomendaciones del Plan de Parto y Nacimiento, y de las buenas prácticas en la atención perinatal.

Material y Método: El Hospital de Poniente ha apostado por el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, desde su puesta en marcha en el año 2002, incorporando la Guía de Buenas Prácticas en atención perinatal en Andalucía de 2006 a los cuidados prestados a nuestras usuarias. En este marco de trabajo, se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar en 2012 integrado por profesionales de diferentes áreas asistenciales: Obstetricia, Anestesia, Hospitalización, Pediatría, y el Servicio de Prevención. Tras numerosas reuniones de trabajo para llegar al consenso entre los profesionales del grupo, siempre basándose en la mejor evidencia científica disponible en cuanto a humanización del parto y cuidados perinatales, se ha elaborado un Plan de Atención integral a la mujer intervenida mediante cesárea en el Hospital de Poniente.

Resultados: El Plan de Atención integral a la mujer intervenida mediante Cesárea asegura el acompañamiento durante el proceso, así como la no separación de madre-recién nacido y el contacto piel-piel. Sus principales apartados son: La protección de los derechos de la madre, de quien acaba de nacer y de sus acompañantes; la acogida de los y las protagonistas en unidad; el papel del hombre como pareja de la mujer que pare y padre de la persona que nace; la promoción del contacto físico, la vinculación madre-recien nacido y la lactancia materna. Dicho documento se presento en el Área Materno-Infantil en Junio de 2013 y a través de una sesión clínica hospitalaria para informar a todos los profesionales de la Agencia. Su implantación se está pilotando, se han visto beneficiadas de dicho protocolo, 12 usuarias.

Discusión: En líneas generales esta experiencia ha sido enriquecedora y satisfactoria. Sin embargo el camino hasta la plena implantación del proceso de Humanización de la cesárea en nuestro centro es largo, ya que existen resistencias entre algunos profesionales médicos que es necesario vencer a pesar del consenso alcanzado con el documento entre todas las áreas asistenciales implicadas.

C-131

Centro: H. Universitario Nuestra Señora de Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos III

PROFUND Y PALIAR: ¿HERRAMIENTAS ÚTILES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL?

Autores: BELTRÁN MARTÍNEZ A.; ORTEGA HIDALGO E.M.; DE LA CALLE VÉLEZ M.; MARTÍNEZ MORO B.M. Y GAMBOA ANTIÑOLO F.M..

Objetivos: Para una atención de calidad son necesarios un adecuado diagnóstico, tratamiento y una correcta evaluación pronóstica. Es complicado identificar el momento en el cual los pacientes con enfermedades crónicas entran en la fase final de su vida. Esto es importante para la toma de decisiones clínicas e iniciar los cuidados paliativos adecuados. Los objetivos son: -Valorar la factibilidad en la práctica clínica de las escalas de supervivencia. -Validar las escalas PROFUND y PALIAR en nuestra población. -Valorar la modificación de la práctica clínica según los resultados obtenidos. -Comparar los resultados con estudios previos.

Material y Método: A los pacientes pluripatológicos ingresados de una unidad concreta se les realiza una valoración conforme a las escalas pronosticas PROFUND y PALIAR si admiten su inclusión en el estudio y cumplen criterios de inclusión. Es un estudio trasversal observacional de la práctica clínica. Se presenta el análisis de los resultados tras seis meses de seguimiento.

Resultados: Se han incluido 59 pacientes, con una media de 7 minutos por valoración. La edad media fue 83 años y la distribución por sexos, 35.6% varones y 64.6% mujeres. En la escala PROFUND la media fue 12,3 con una desviación estándar de 4.5 puntos. El 13.6 % obtuvo de 3-6 puntos, el 19.6 % obtuvo de 7 a 10 puntos y el 69.5 restante obtuvo 11 puntos o más. Sobre la mortalidad a 6 meses se obtuvo un 50 % en el grupo de 3 a 6 puntos, un 40 % en el grupo de 7 a 10 puntos y un 63.4 % en el último grupo de 11 o más puntos. La escala PALIAR obtuvo una media de 7,8 puntos con una desviación estándar de 4,6 puntos. Un 13,6 % obtuvo entre 0-2 puntos, un 11,9 % obtuvo entre 3-3,5 puntos, un 16.9 % obtuvo entre 4 y 7 puntos y un 57.6 % obtuvo 7.5 puntos o más. Sobre la mortalidad a 6 meses se obtuvo un 12.5 % en el grupo de 0 a 2 puntos, un 42.9 % en el grupo de 3 a 3.5 puntos, un 40 % en el grupo de 4 a 7 puntos y un 76.5 % en el grupo de 7.5 puntos o más.

Discusión: Parece factible la aplicación de ambas escalas en la práctica clínica.Nuestros resultados se asemejan parcialmente a los resultados obtenidos en estudios previos.
En la escala Profund obtuvimos que los pacientes en los estratos de 7 o más puntos, concuerdan los resultados con los de estudios previos; mientras que en el estrato de 3 a 6 puntos obtuvimos una mortalidad más elevada y en el estrato de 0 a 2 puntos se obtuvo una mortalidad inferior. En la escala Paliar, se obtuvo una mortalidad superior en todos los estratos exceptuando en el estrato de 4 a 7 puntos, en el que la mortalidad fue algo inferior. La aplicación de estas escalas parece útil en el manejo del paciente pluripatológico mejorando la calidad asistencial y sus resultados pueden modificar la práctica clínica.

C-132

Centro: Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión por Procesos III

REVISIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (ESTUDIO PILOTO).

Autores: MARTÍN BLANCO E.; CABALLERO DELGADO G.; LUQUE ROMERO L.G.; GARCÍA VARGAS-MACHUCA B.; COLMENERO FLORES M.A. Y LIMA SEGOVIA E..

Objetivos: Conocer la calidad de la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) del Área del Aljarafe (Sevilla). Identificar el grado de cumplimentación de la historia clínica y la existencia de inercia clínica. Identificar líneas de mejora.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria. Población: muestra aleatorizada de 35 pacientes (nivel de confianza 95% y precisión= 0,12) entre los 355 que fueron dados de alta del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) en 2013 y cuyo diagnostico principal fue IC. Fuentes de datos: Auditorias exhaustivas de Historias Clínicas y de otras bases de datos (laboratorio, farmacia, PriHos), y el CMBD 2013 del HSJDA. Registro en EXCEL y depuración y análisis en SPSS. Análisis exploratorio, descriptivo e inferencial, para la comparación de medias se utilizó la T-Student o U de Mann-Whitney. Variables: demográficas, factores de riesgo, de seguimiento, de adecuación terapéutica, de gestión del proceso.

Resultados: De los 35 pacientes, 15 (42,9%) eran mujeres. La edad media (DS) fue de 79,1 (10.1) (IC95%: 75,6 ; 82,6). Exitus durante el ingreso: 5 (14.3%). En 32 (91,4%) pacientes no existían registro de peso ni de talla. Sólo 19 (54,3%) tenían registro del diagnóstico de IC en su historia de Diraya (en hoja de problemas, en hojas del Plan COMPARTE o en los PAI IC, HTA o DM). 13 (37,1%) estaban asociados a este Plan. 33 (94,3%) tenían HTA -30 registrados-, 18 (51,4%) DM -registrados 17-, Insuf renal 19 (54,3%) –registrados 11-, cardiopatía isquémica 13 (37,1%) -7 registrados-. 18 (51,4%) tenían fibrilación auricular (FA) –14 registradas-, de éstas 3 estaban asociadas a valvulopatías. 19 (54,3%) pacientes tenían algún tipo de valvulopatía -7 registradas-, 21 (60%) tenían una cardiopatía estructural –7 registradas-. La antigüedad mediana (p25;p75) de la eco hasta el ingreso fue de 7,1 (5,2 ; 30,0) meses. 21 (60%) pacientes tenía una FE baja. 6 (17,1%) tenían IC sistólica, 22 (62,9%) diastólica y 2 (5,7%) mixta. Según el estadio de la NYHA, 5 (14,7%) estaban en estadio I ó II y 10 (29,4%) estaban en estadio III ó IV, no constando esta clasificación en 33(94,3%) de las H^aC^a. Tenían IECAS 16 (45,7%), Ara II 11 (31,4%), betabloqueantes 17 (48,6%), diuréticos de ASA 25 (71,4%), Nitratos 12 (34,3%) y anticoagulados 14 (40%). 13 de los pacientes con FA (76,5%) estaban anticoagulados, siendo esta asociación estadísticamente significativa (p= 0,0001). Los pacientes con Insuf. Renal (p= 0,03) e IC sistólica (p= 0,05) tiene un mayor riego de fallecer.

Discusión: El déficit de registros en cuanto a diagnóstico de IC, a factores de riesgo y a indicadores de seguimiento, hacen muy compleja la identificación, el ajuste de los tratamientos y la detección precoz de descompensaciones. La instauración del Plan Comparte y el visor de informes de alta han facilitado el registro de esta patología y probablemente la toma de decisiones. El limitado tamaño muestral no nos ha permitido determinar la adecuación terapéutica.

C-133

Centro:

Provincia:

Área Temática: Gestión Clínica III

ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES DEL PERFIL LIPÍDICO E INTERVENCIONES REALIZADAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

Autores: GUZMÁN RAMOS M.I.; FOBELO LOZANO M.J.; JIMÉNEZ DE LOS SANTOS C.; CALVO CIDONCHA E. Y CANTUDO CUENCA R..

Objetivos: Analizar las modificaciones en el perfil lipídico en pacientes con enfermedades reumatológicas tratados con tocilizumab, así como las intervenciones realizadas para su control.

Material y Método: Estudio observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron aquellos pacientes en tratamiento con tocilizumab durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2014. Los datos recogidos, a partir de la aplicación de dispensación a pacientes ambulantes (farmatools®) y de la historia clínica electrónica, fueron: edad, sexo, diagnóstico, duración y pauta posológica del tratamiento, factores de riesgo cardiovasculares del paciente y tratamiento concomitante con fármacos hipolipemiantes. Se revisaron todas las analíticas desde el inicio del tratamiento, recogiendo los valores de colesterol total y triglicéridos. Se consideró alteración si éstos se incrementaban por encima del valor normal máximo establecido: colesterol >200 mg/dL, triglicéridos >150 mg/dL.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, con una media de edad de 45.6 ± 13.8 años, siendo el 85.7% mujeres. El diagnóstico fue artritis reumatoide en el 71.4% de los pacientes. La duración media del tratamiento fue de 24.4 ± 15.8 meses. Tras el inicio del tratamiento con tocilizumab, en 18 pacientes (85,7%) se observó alteración en el perfil lipídico. De éstos, 15 pacientes (83,3%) presentaban otros factores de riesgo cardiovasculares, como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo y/o antecedentes de enfermedad cardíaca. Los niveles de colesterol total se incrementaron en 44 ± 23 mg/dL en los 18 pacientes (100%), y los de triglicéridos en 99 ± 49 mg/dL en 9 pacientes (50%). La modificación de estos parámetros se produjo en el 83% de los pacientes entre la primera y cuarta dosis de tocilizumab; de éstos, el 73% habían recibido una dosis acumulada de tocilizumab de 8 mg/Kg. En 6 pacientes (33%) se realizó una de las siguientes intervenciones farmacológicas para el control de los niveles: prescripción de simvastatina, modificación del tratamiento hipolipemiante en el caso que lo tuviera prescrito previo al inicio de tocilizumab y/o disminución de dosis de tocilizumab a 4 mg/Kg; tras la intervención, los niveles volvieron a normalizarse en 4 de los 6 pacientes. En los pacientes sin intervención, los niveles lipídicos se mantuvieron elevados durante todo el tratamiento con tocilizumab.

Discusión: La mayoría de pacientes en tratamiento con tocilizumab sufren un incremento de los niveles de colesterol y/o triglicéridos en los primeros cuatro meses de tratamiento, que se mantiene en el tiempo y con dosis principalmente de 8 mg/Kg. En estos pacientes debería valorarse globalmente, junto con otros factores de riesgo cardiovasculares, el tipo de intervención ya sea o no farmacológica, estableciendo un protocolo que gestione la utilización segura de tocilizumab.

C-134

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica III

PERFIL NUTRICIONAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Autores: GARÓFANO LÓPEZ R.; POVEDA GARCIA I.; DEL PINO PINO M.D. Y PRADOS SOLER M.C..

Objetivos: Evaluar las características de la población en HD respecto a su estado nutricional y el efecto tras la toma de suplementos nutricionales orales

Material y Método: Estudio prospectivo en el que se analizan pacientes incluidos en HD con desnutrición calórico-proteica. Se recogieron variables clínicas y analíticas antes y después de la administración del suplemento nutricional

Resultados: Se incluyeron en el estudio un 11% de los pacientes de nuestra unidad (54,5% varones), con edad media 63,6+/-4,5 años, el 45,5% diabéticos con un tiempo de permanencia en la técnica de 57,09+/-9,1 meses, la mayoría de ellos en HD convencional(90,9%). El 81,8% precisaban AEE con una dosis media semanal de 45+/-13,4 mcg/semanales. Se determinó el IMC medio 27,5+/-2,11 previo. Se realizaron determinaciones analíticas, tales como Albúmina 2,7+/-0,97 g/l, PreAlbúmina 23,2+/-1,38, fósforo 4,3+/-0,18 mg/dl, hemoglobina 11,2+/-0,48 g/l, PCR 2,2+/-0,54 y ferritina 265+/51,2. Todos los pacientes recibieron un suplemento nutricional oral a igual dosis (un brick diario) junto con las recomendaciones dietéticas oportunas en cada caso. Se ha comprobado un aumento en las cifras de Albúmina sérica, PreAlbúmina y hemoglobina, así como un descenso de PCR tras la administración del suplemento nutricional estadísticamente significativas ($p< 0,05$), no encontándose significación estadística en parámetros como los niveles de ferritina o el fósforo. Si consideramos a los pacientes diabéticos, podemos extrapolar los mismos datos anteriormente citados, salvo el descenso de PCR no estadísticamente significativo en este subgrupo.

Discusión: Nuestro estudio describe la situación nutricional de un grupo de pacientes en hemodiálisis. Los resultados obtenidos indican que existe una prevalencia de malnutrición similar a la obtenida en otros registros, destacando el alto porcentaje de pacientes diabéticos. Actualmente, los suplementos nutricionales orales se han convertido en una herramienta fundamental junto con otras actuaciones, para el control del estado nutricional de nuestros pacientes tal como reflejan nuestros datos, mejorando parámetros analíticos y mejorando el estado inflamatorio, hechos que van a repercutir en la mejora de la calidad de vida y disminución de la morbimortalidad.

C-135

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocio

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica III

ANÁLISIS DEL INDICADOR IQI 17 EN HOSPITAL DEL SSPA: TASA DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR AGUDO

Autores: AMAYA VILLAR R.; CAMINO DURÁN F.; DÍAZ MARTÍNEZ A.; MORENO REINA E.; BARRERA PULIDO F. Y MORENO MATA N..

Objetivos: Análisis del indicador de calidad de la "Agency for Healthcare Research and Quality' (AHRQ) IQI 17 en un Área hospitalaria del S.S.P.A.: Tasa de mortalidad intrahospitalaria entre las altas de pacientes de 18 años o más con accidente cerebrovascular agudo (ACVA)

Material y Método: El IQI 17 es un indicador de nivel 1, o de máxima evidencia que puede ser utilizado para realizar informes comparativos. Se ha realizado un estudio descriptivo en el que se comparan las características de las altas exitus con las no exitus que corresponden al IQI17, que nos permite generar hipótesis sobre las posibles mejoras o investigaciones a desarrollar. Los casos incluidos en el estudio son las altas de pacientes de 18 años o más con código CIE-9-MC de ACVA en el campo diagnóstico principal (430, 431, 432.X, 433.X1, 434. X1, 436), y se han excluido pacientes con destino al alta desconocidos, pacientes trasladados a otro hospital o CDM 14 (embarazo, parto y puerperio).

Resultados: - La Tasa de mortalidad de los pacientes incluidos en el IQI 17 es de 16,51% - Por Sexos la Tasa de mortalidad IQI17 de los hombres es de 14.18% y de las mujeres el 19,46% - Tasa de mortalidad IQI17 por sexo y grupos de edad se observa que, en general, las tasas de mortalidad son mayores en las mujeres que en los hombres. - El GDR-APR más frecuente es el ACVA y oclusiones precerebrales con infarto. La Tasa de Mortalidad de las hemorragias son aproximadamente el triple de las correspondientes a las ACVA y oclusiones. - El Riesgo de Mortalidad de los GDR-APR más frecuentes se da en aquellos casos en los que el riesgo es mayor o extremo. - La edad media de los pacientes incluidos en el IQI17 es de 67,08 años, con una desviación estándar de 14,75. - Por sexos la edad media en hombres es de 65,57 años y en mujeres de 68,99 años. - La estancia media (E.M.) global es de 15,72 días, siendo por sexos de 15,26 días en hombres y de 16,32 en mujeres

Discusión: La serie de datos disponibles para realizar el estudio evolutivo es sólo de 5 años. - La mortalidad de los casos de ACVA extrahospitalarios no está recogida ni tampoco la producida en urgencias. - La Razón estandarizada (casos observados/esperados) ha ido aumentando desde 2007 a 2011 de 0,87 a 1,03. -- La tasa de mortalidad por ACVA en mayor en mujeres que en hombres. - Las mayores tasas de mortalidad por GDR-APR se encuentran en aquellos casos en los que el riesgo es mayor o extremo, excepto en el GDR-APR 45 y 44). - La media de edad de altas no exitus es menor que en altas por exitus.

C-136

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocio

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica III

EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE CALIDAD IQI 16:TASA DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autores: AMAYA VILLAR R.; ARANA RUEDA E.; FERNÁNDEZ DE SIMÓN ALMELA A.; DÍAZ MARTÍNEZ A.; CHAVES CONDE M. Y MELLADO TRONCOSO E..

Objetivos: Conocer la tasa de mortalidad en Insuficiencia Cardiaca (indicador de calidad de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ) IQI 16, y su patrón evolutivo en 5 años en un hospital de tercer nivel.

Material y Método: Análisis del indicador de la AHRQ, IQI 16 durante el periodo 2008/2012. Para ello, los casos incluidos en el estudio son las altas de pacientes de 18 años o más con código CIE-9 de Insuficiencia Cardíaca en el campo diagnóstico principal (338.9, 402, 404, 428.0, 428.1, 428.2, 428.3, 428.4 y 428.9), y se han excluido pacientes con destino al alta desconocidos, pacientes trasladados a otro hospital o CDM 14 (embarazo, parto y puerperio). Se hace una comparativa anual según sexo y grupo de edad (mayor y menor de 65 años de edad).

Resultados: Se aprecia en el periodo analizado una reducción en el número de altas (año 2008=931; año 2009=908; año 2010=698; año 2011=771; año 2012=767), de pacientes atendidos (2008=756; 2009=737; 2010=583; 2011=639; 2012=653) y de la tasa de reingreso (2008=23,4%; 2010=20,3%; 2012=17,45%). Se produce también una reducción progresiva en la tasa de mortalidad (2008=14,3%; 2009=11,35%; 2010= 11,9%; 2011= 12,3%; 2012=10,7%). Comparativamente la mortalidad fue mayor en el grupo >65 años durante todo el período (2008= 5,5 frente a 16,5%; 2009=11 frente a 11,4%; 2010=6,5 frente a 12,9%; 2011=6,2 frente a 13,6%; 2012=4,4 frente a 12%). Por sexos no hubo diferencias (año 2008=14,4 en ambos sexos; año 2012=10,4% hombres frente 10,9 mujeres).

Discusión: En nuestro hospital se aprecia una reducción progresiva de la tasa de mortalidad en insuficiencia cardíaca de modo global y en los subgrupos analizados. Esta tasa de mortalidad es mayor en pacientes > 65 años, siendo similar por sexos.

C-137

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocio

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica III

ANÁLISIS DEL INDICADOR DE CALIDAD IQI 20 EN HOSPITAL DEL SSPA: TASA DE MORTALIDAD EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA.

Autores: AMAYA VILLAR R.; DÍAZ MARTÍNEZ A.; CAMINO DURÁN F.; PORRAS LÓPEZ M.; BORRERO MARTÍN J.J. Y PASCUAL-VACA GÓMEZ D..

Objetivos: Análisis del indicador de calidad de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ) IQI 20 en hospital del SSPA: Tasa de mortalidad en la neumonía comunitaria y su patrón evolutivo durante un período de 5 años.

Material y Método: Análisis del indicador de calidad de la AHRQ, IQI 20, durante un período de 5 años. Los casos incluidos en el estudio son las altas de pacientes de 18 años o más con código CIE-9 de Neumonía Comunitaria en el campo diagnóstico principal (338.9, 402, 404, 428.0, 428.1, 428.2, 428.3, 428.4 y 428.9), y se han excluido pacientes con destino al alta desconocidos, pacientes trasladados a otro hospital o CDM 14 (embarazo, parto y puerperio). Se hace una comparativa anual según sexo y grupo de edad (mayor y menor de 65 años).

Resultados: En el período analizado, se observa una reducción en el número de altas (año 2008=820; año 2009=871; año 2010=663; año 2011=693; año 2012=598) y de pacientes atendidos (2008=766; 2009=824; 2010=635; 2011=658; 2012=577). La tasa de mortalidad se mantiene sin grandes cambios durante el período analizado (2008=16,28%; 2009=17,38%; 2010=17,99%; 2011=21,35%; 2012=19,52%). En contraposición, se observa una reducción progresiva de la tasa de reingreso (2008=7,05%; 2009=5,7%; 2010=4,41%; 2011=5,32%; 2012=4,23%). Al realizar el análisis por grupo de edad (mayores o menores de 65 años) destaca una reducción de los exitus a partir del año 2010 en los pacientes menores de 65 años, manteniéndose una mortalidad similar e incluso ligeramente superior en los pacientes mayores de 65 años de edad, que conlleva a que la tasa de mortalidad global se mantenga relativamente constante en los años evaluados. Exitus en pacientes <65 años frente a >65 años: año 2008: 25 frente a 49; 2009: 40 frente a 57; 2010: 34 frente a 52; 2011: 32 frente a 60; 2012: 27 frente a 65). Al analizar la mortalidad según el sexo, se objetiva que los hombres presentan una mayor mortalidad. Exitus en varones frente a mujeres: año 2008: 50 frente a 24; 2009: 50 frente a 47; 2010: 55 frente a 31; 2011: 53 frente a 39; 2012: 61 frente a 31.

Discusión: La tasa de mortalidad global en la neumonía comunitaria se mantiene similar durante el período analizado. En el análisis por subgrupos, se observa que los pacientes varones y mayores de 65 años de edad con neumonía comunitaria presentan una mayor mortalidad.

C-138

Centro: HAR Utrera

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica III

CONSULTA DE PATOLOGÍA MAMARIA EN ACTO ÚNICO

Autores: GOMEZ BUJEDO L.; JURADO JIMENEZ R.; LOPEZ-MOSQUERA BAYON E. Y PEREZ DE LA FUENTE M.J..

Objetivos: Objetivos: Describir el modelo de consulta en Acto único o de Alta resolución y cómo nosotros lo adaptamos a la patología mamaria. Valorar la actividad de la Consulta de Patología mamaria y el resultado de las pacientes citadas como primeras visitas, en los últimos cuatro años y medio, con el modelo de Acto Único ya consolidado. Evaluar la aplicabilidad de la estructura de Consulta de Acto Único a la Patología mamaria.

Material y Método: Material y Métodos: Análisis de todas las primeras visitas consecutivas de pacientes de la consulta de patología mamaria registradas en el sistema informático (Klinic) del Centro, entre Enero de 2010 y Junio de 2014, estudiando el porcentaje de pacientes resueltas en acto único con o sin prueba diagnóstica asociada (en el día). Las primeras visitas procedían de Atención Primaria, Interconsultas desde Radiología e interconsultas desde otras especialidades del Centro.

Resultados: Resultados: Se atendieron en la Consulta de patología mamaria, 1280 pacientes como primeras visitas. De ellas, finalmente 1060 pudieron concluirse en Acto único (con diagnóstico y recomendación terapéutica) y 220 necesitaron visitas adicionales para completar el proceso. Las causas más frecuente para estas visitas adicionales fueron: necesidad de recoger un resultado histológico (tras paaf, BAG en Acto único), imposibilidad por parte de la paciente de permanecer en el Centro el tiempo necesario para realizar las pruebas complementarias en el día, necesidad de evolución clínica para completar el diagnóstico (procesos inflamatorios), solicitud de pruebas no disponibles en el Centro (como RM). Las pacientes atendidas como Acto único incluyeron las dadas de alta de nuevo a Atención Primaria y/o al Programa de Detección Precoz, tras su evaluación completa en la primera visita, indicación quirúrgica, protocolo de controles de estabilidad en Consulta y derivación a otro Centro. De las 1060 pacientes atendidas en Acto Único, a 910 (el 85.84%) se le había realizado una prueba radiológica asociada y posterior revisión en el día.

Discusión: Discusión y Conclusiones: La patología mamaria se adapta bien al modelo de Consulta en Acto Único. Para obtener buenos datos de resolución, es necesaria la coordinación entre especialidades, en particular entre clínicos (cirujanos) y radiólogos. También contribuye al éxito del modelo la coordinación y el contacto permanente entre Atención primaria y especializada. El establecimiento de protocolos y reuniones periódicas entre los servicios y dispositivos implicados, facilita esta coordinación. El modelo de Consulta en Acto único, se puede aplicar a la patología mamaria de forma segura y eficiente, obteniendo un alto porcentaje de resolución en una sola visita.

C-139

Centro: H.U.V. MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica IV

USO DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA UGC. DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HUV.MACARENA: RESULTADOS DE AUDITORÍAS 2013

Autores: TENA GARCIA B.; LOPEZ TOLEDANO L.; ACOSTA MOSQUERA M.E.; DIAZ DEL RIO S.; FLORES RODRIGUEZ C. Y MARINA LABRADOR D..

Objetivos: La Dirección de Calidad de nuestro hospital realiza cada año, una intensa campaña para fomentar el uso de indicadores de calidad en diversos ámbitos y áreas. El Área de Enfermería despertó la necesidad de la disponibilidad de datos de cuidados enfermeros. OBJETIVOS Implantar el uso de informes individuales de indicadores de calidad para cada UGC de nuestro HUV.Macarena y un Cuadro de Mando disponible para todos los profesionales de la UGC de Otorrinolaringología. Realizar la gestión y el seguimiento de los Objetivos de Calidad De Los Cuidados Enfermeros.

Material y Método: Establecimiento de sistemas de información específicos: El Registro de de Indicadores es mediante una parrilla donde se recogen los siguientes indicadores: Identificación inequívoca de pacientes, administración segura de medicación, control de caducidades y fungible, prevención de UPP, control del carro de parada(registros de recogida propios y evaluados por la dirección de calidad) y valoración inicial, planes de cuidados y el informe de enfermería al alta (DIRAYA) que debe realizarse a los pacientes que al abandonar el hospital precisen cuidados enfermeros. Determinación de indicadores: Los indicadores se clasificaron según los objetivos específicos de calidad : Identificación inequívoca de pacientes, administración segura de medicación, control de caducidades y fungible, prevención de UPP, control del carro de parada, valoración inicial, planes de cuidados y el informe de enfermería al alta Métodos informáticos y estadísticos La estructura elegida para la presentación del cuadro de mandos formato Excel e informes individuales de indicadores de calidad por cada UGC , así como los datos del proceso enfermero(mensualmente), dicha información está disponible en la intranet del HUV.Macarena para todos los profesionales.

Resultados: Los resultados obtenidos de las auditorias del año 2013 e nuestra unidad son: INDICADOR Identificación inequívoca de pacientes: 88,2%-91,67% administración segura de medicación:81%- 85,71% control de caducidades y fungible:100%-100% prevención de UPP: 100%-100% control del carro de parada:100%- Valoracion inicial:Inicio DAE Mayo 2014-96,66% Planes de cuidados:Inicio DAE Mayo 2014-81,22% Alta enfermeria:Inicio DAE Mayo 2014-76,31%

Discusión: La automatización de registros de enfermería en cuadros de mandos en informes individualizados, es una estrategia de evaluación y mejora instaurada en el hospital que permite conocer la incidencia de efectos adversos en la asistencia sanitaria, facilitar la detección de pacientes de riesgo y realizar el seguimiento los indicadores de calidad. El perfeccionamiento del sistema de información de calidad es un proceso dinámico, siempre susceptible de modificaciones, ampliaciones y mejora, fácil de conseguir con un planteamiento abierto de bases de datos anuales.

C-140

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia: Idem

Área Temática: Gestión Clínica IV

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS.

Autores: CAÑADAS NÚÑEZ F.; LÓPEZ CABRERA D.; JUÁREZ MORALES A.M.; FERNÁNDEZ MUÑOZ F.; GARCÍA MORALES I. Y LAO BARON F.J..

Objetivos: •Mejorar la continuidad asistencial de las personas frágiles dadas de alta desde el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Torrecárdenas(CHT) •Aumentar canales de comunicación y coordinación entre el CHT y el Distrito Sanitario Almería Específicos: *Elaborar el Plan de Continuidad Asistencial de pacientes frágiles dados de alta desde urgencias del CHT *Identificar profesionales responsables de detectar e incluir a estas personas en la aplicación de Telecontinuidad *Incluir pacientes frágiles dados de alta desde urgencias del CHT en la aplicación de Telecontinuidad *Identificar profesionales responsables de realizar seguimiento proactivo *Analizar el número de pacientes frágiles incluidos en el Plan que reciben seguimiento proactivo en menos de 24h

Material y Método: -Estudio descriptivo longitudinal (Marzo-Sep 2014) -Población Diana:Personas del área de referencia del CHT y Distrito Sanitario Almería que cumplan criterios establecidos -Criterios de Inclusión:Se crean 3 grupos -Fase de Captación -F. de Inclusión -F. Seguimiento -Implementación del Plan 1ºComunicación Interna/Externa 2ºPilotaje-Estabilización-Evaluación-Consolidación 3ºÁreas de mejora y medidas correctoras. Transversal al proceso Evaluación:Se establecen 4 indicadores

Resultados: Indicador 1:Elaborar el Plan de Continuidad Asistencial de pacientes frágiles dados de alta desde urgencias del CHT. oFuente:Presentación del Plan oTipo:Cualitativo oPeriodo:Marzo 2014 CUMPLE. I.2:Identificar profesionales responsables de detectar e incluir a estas personas en la aplicación de Telecontinuidad. oFuente:Cuadro de Mandos de la UGC de Cuidados Críticos y Urgencias. oTipo:Cualitativo oPeriodo:Marzo 2014 CUMPLE I.3:Incluir pacientes frágiles dados de alta desde urgencias del CHT en la aplicación de Telecontinuidad. oFuente: Base de datos aplicación Telecontinuidad oTipo:Cuantitativo L.Superior:≥10 pacientes frágiles (100%) L.Inferior:≥5 pacientes frágiles (50%) Periodo:Dic 2014 CORTE JUNIO:40% I.5:Analizar el número de pacientes frágiles incluidos en el Plan que reciben seguimiento proactivo en menos de 24h. oFuente:Base de datos aplicación Telecontinuidad oTipo:Cuantitativo L.Superior:80% L.Inferior: 50% oFórmula:nº pacientes frágiles dados de altas desde urgencias incluidos en el Plan de Continuidad Asistencial * 100/ nº de pacientes frágiles con cuidados proactivos (en menos de 24h) incluidos en el Plan de Continuidad Asistencial oPeriodo:Dic 2014 CORTE JUNIO:100%

Discusión: La continuidad de cuidados es la cohesión entre servicios sanitarios. Refleja la calidad asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Nos brinda una mejora en la continuidad de cuidados y por ende de la salud de la población. Con este Plan,las personas frágiles que acuden al servicio de urgencias del CHT y no precisan ingreso hospitalario pero sí un seguimiento proactivo son incluidas en Telecontinuidad, permitiendo el seguimiento de cuidados de forma inmediata desde Atención Primaria.

C-141

Centro: A.G.S. Norte de Huelva

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica IV

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL HOSPITAL DE RIOTINTO CON LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Autores: LOMBARDO MARTÍNEZ C.; CARABALLO CAMACHO N.; MÁRQUEZ NAVARRO J. Y TORRES MARÍN M.D..

Objetivos: -Determinar la satisfacción global de los profesionales sanitarios del Hospital de Riotinto con la unidad de fisioterapia. -Describir la satisfacción con la accesibilidad, el trato personal, la confortabilidad de las instalaciones y las salas de espera y con la calidad científico-técnica de la unidad.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal mediante entrega de una encuesta de opinión a todos los profesionales sanitarios atendidos en la unidad durante el primer semestre del año 2014. En dicha encuesta se valoran 14 ítems sobre: -Accesibilidad de la unidad: Horario de atención, tiempo de espera para iniciar el tratamiento, cartera de servicio y facilidad para realizar consultas. -Trato personal: Confidencialidad, intimidad, trato respetuoso y entrega del consentimiento informado. -Confortabilidad: sala de espera y sala de fisioterapia. -Calidad científico-técnica: información proporcionada, difusión de guías de práctica clínica y empleo de protocolos. -Satisfacción global con la labor de la unidad. Se analizan también las áreas de mejora propuestas por los profesionales.

Resultados: Se recogieron y analizaron 40 encuestas de opinión. El 77,5% de los encuestados se muestra muy satisfecho de manera global con la labor de la unidad. En cuanto a la accesibilidad de la unidad el 70% se muestra satisfecho con el horario de atención, el 75% opina que el tiempo de espera para iniciar tratamiento es adecuado, el 72,5% considera que la cartera de servicios es adecuada y para un 77,5% de los encuestados es fácil realizar consultas a la unidad. En el trato personal, el 72,5% opina que se respeta la confidencialidad de los datos de los pacientes, el 85% considera que se respeta la intimidad de los pacientes, el 90% está satisfecho con el respeto en el trato y un 60% considera que se cumplimenta el consentimiento informado escrito en los casos que lo requieran. El 90% de los profesionales considera confortable la sala de fisioterapia y un 72,5% está satisfecho con la confortabilidad de la sala de espera. En cuanto a la calidad científico-técnica de la unidad, el 80% de los encuestados está satisfecho con la información proporcionada por los profesionales. El 57,5% considera que la unidad difunde guías de práctica clínica y un 67,5% que se emplean protocolos de actuación de manera habitual. En cuanto a las áreas de mejora propuestas destacan difundir las tareas que realiza la unidad, aumentar la cartera de servicios y la dotación de personal.

Discusión: El porcentaje de satisfacción global con la unidad de fisioterapia es elevado. Existen tasas de respuestas bajas en preguntas relacionadas con la calidad científico-técnica quizás por desconocimiento del funcionamiento y de las tareas que realiza la unidad. Como aspectos de mejora podemos incluir los ítems con puntuaciones más bajas como la cumplimentación del consentimiento informado, la difusión de guías de práctica clínica y el uso de protocolos de actuación consensuados en la práctica de la unidad.

C-142

Centro: Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

Provincia: Cádiz

Área Temática: Gestión Clínica IV

IMPACTO DE UNA CAMPAÑA INTENSIVA Y PROLONGADA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Autores: DELGADO MORENO S.; PEREIRO HERNÁNDEZ R.M.; FORJA PAJARES F.M.; LÓPEZ FERNÁNDEZ F.J.; FIGUEROA MURILLO E. Y VÁZQUEZ PÉREZ R.M..

Objetivos: -Describir las actividades realizadas en una campaña de vacunación antigripal prolongada e intensiva. -

Determinar la eficacia de la campaña a través del número de profesionales vacunados en comparación con un año atrás. -Conocer las características de los profesionales que se vacunan y categorías profesionales con mayor participación. -Valorar el impacto a través de una comparativa del absentismo laboral de profesionales en los meses de epidemia gripal de ambos años.

Material y Método: La campaña se llevó a cabo en dos centros hospitalarios, rural y urbano consistente en: • Cartelería informativa distribuida por todo el Hospital • Sesiones clínicas para todos los profesionales y categorías, impartida por un equipo multidisciplinar (FEA de Medicina Interna-Infecciosos, Microbiología y Medicina Preventiva, con información y resolución de dudas (serotipos, eficacia de la vacuna, medidas para evitar contagio, aislamiento…). • Ampliación y flexibilidad del periodo y horario de administración de la vacuna antigripal. Recogida de datos de los profesionales vacunados en la campaña de vacunación antigripal 2012/2013 y 2013/2014, a través de los Servicios de Medicina Preventiva realizando una comparativa. Recogida de datos de absentismo laboral por enfermedad común de los profesionales en los meses de epidemia gripal a través de la Dirección de Desarrollo Profesional, comparándolo con el mismo dato un año antes.

Resultados: HOSPITAL URBANO Datos demográficos. 2012-13/2013-14: Mujeres 56,4%/62,8%; 40-65 años 82,6%/70,8% (aumento 12,7% en menores de 40 años). Vacunados. 2012-13/2013-14: 13,17%/29,19% (16,02% más) Categorías profesionales. Aumento de vacunados (2,85 al 33%), en casi todas las categorías. Muy significativo el aumento en facultativos, enfermería y MIR, por ser grupos numerosos. Absentismo laboral. Se ha constatado un descenso por enfermedad común en el periodo de epidemia gripal, de diciembre a febrero, entre un 44,1 y un 21,1%. HOSPITAL RURAL Datos demográficos. 2012-13/2013-14: Mujeres 59,5%/65,1%; 40-65 años 88%/81,8% (aumento 5,6% en menores de 40 años). Vacunados. 2012-13/2013-14: 22,81%/42,84% (20,03% más). Categorías profesionales. Aumento de vacunados (2 al 100%) en la mayoría de categorías. Muy significativo el aumento en facultativos y enfermería por ser grupos con muchos integrantes. Absentismo laboral. Se ha constatado un descenso por enfermedad común en el periodo de epidemia gripal, de diciembre a febrero, entre un 28,1 y un 11,2%.

Discusión: La gripe en los profesionales sanitarios conlleva importantes repercusiones socioeconómicas, por absentismo laboral, y contagio a profesionales y/o pacientes. Una campaña exhaustiva, intensa y prolongada, con información clara y aumento de facilidades, repercute positivamente en la participación que la población sanitaria hace de este medio preventivo. Potenciar la vacunación antigripal en centros sanitarios, supone un esfuerzo a diferentes niveles, pero con obtención de excelentes resultados.

C-143

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Provincia: Granada

Área Temática: Gestión Clínica IV

REALIDAD DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LOS PROCESOS FIN DE VIDA.

Autores: OJEDA VITO F.A.; SOLA PERAL M.A.; PEINADO GORLAT P.A.; GORLAT SÁNCHEZ B.E.; CASARES CERVILLA R.A. Y GARCÍA CARO M.P..

Objetivos: Identificar la practica real y la opinión de los profesionales de la salud respecto a la implementación de los procesos fin de vida

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Metodología: Entrevistas a profesionales. Centros participantes: Hospitales de Granada (Motril, Baza, San Cecilio, Virgen de las Nieves), Hospital de Melilla y Centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario Granada. Unidades incluidas: Cirugía, UCI, Medicina Interna y Cuidados Paliativos Criterios de inclusión/exclusión: Inclusión: Médicos y Enfermeros trabajadores de los centros y unidades incluidas, que atendían a pacientes en situación avanzada y/o terminal y que aceptaron participar en el estudio. Excluidos: profesionales con sustituciones cortas o que trabajaban en esa unidad circunstancialmente. Muestra significativa estimada: 270 profesionales. La selección de la muestra se realizó de forma estratificada siendo proporcional al nº de profesionales de cada centro. Todos los participantes fueron informados y firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Participaron un total de 312 profesionales (62,2% hombres y 37,8% mujeres), 60% enfermeras y 40% médicos. Edad media 47 años. El 31% de los profesionales eran de Atención Primaria y el 69% de Atención Hospitalaria (17% Cirugía, 19% UCI, 18% M Interna, 5% Oncología y C. Paliativos) Destacan las siguientes cuestiones éticas: - El 51,3% de los profesionales reconocieron que no consultaban el Documento de Voluntades anticipadas. - El 49,4% contestaron que no constaban manifestaciones sobre preferencias del paciente respecto a su proceso fin de vida y que nos existía registro en la historia clínica. - El 51,3% de los profesionales respondieron que no consultaban al Comité de ética en caso de conflicto ético. - El 46,8% de los profesionales destacaron como bastante común proporcionar información honesta frente a la destrucción de la esperanza. - El 48,7% de los profesionales destacaron como bastante común preservar la elección informada del paciente. - Se identifica una importante variabilidad de intervenciones profesionales en los procesos fin de vida dependiendo de las unidades, las mayores diferencias se han encontrado entre Atención Primaria y M Interna, Cirugía y UCI (en M interna y UCI el esfuerzo terapéutico es el dilema ético más problemático)

Discusión: El entorno estudiado está aún lejos de ofrecer una práctica profesional acorde con una mentalidad paliativa. Se necesita promover un cambio de actitud y comportamiento de los profesionales de la salud. Estudio realizado en el marco del Proyecto SAS PI-0670-2010 (2010-2014)

C-144

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Provincia: Granada

Área Temática: Gestión Clínica IV

BARTHEL VERSUS INICIARE: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE RESULTADOS SENSIBLES A LA PRÁCTICA ENFERMERA

Autores: IGLESIAS HERNÁNDEZ M.D.; SOLA PERAL M.A.; PEINADO GORLAT P.A.; PEREZ FERNÁNDEZ A.J.; MARTÍNEZ ROMERO C.E. Y GORLAT SÁNCHEZ B.E..

Objetivos: Analizar el comportamiento de la escala INICIARE frente al cuestionario BARTHEL en relación a resultados de la atención hospitalaria sensibles a la práctica enfermera, en el Hospital de Motril.

Material y Método: Estudio trasversal descriptivo, comparativo. Población: pacientes ingresados en el Hospital de Motril-

Granada. Criterios de inclusión de pacientes: - Pacientes mayores de 16 años ingresados en Medicina interna y Cirugía, con estancia prevista superior a 48 horas, que aceptaron participar en el estudio. Criterios de exclusión: - Pacientes ingresados en el resto de Unidades del Hospital de Motril. - Rechazo a participar en el estudio - Pacientes trasladados a otra unidad o Centro. Instrumentos: Escala INICIARE. Cuestionario BARTHEL. Cuestionario a profesionales. INICIARE: Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería, para la evaluación del nivel de dependencia en pacientes hospitalizados BARTHEL: Cuestionario para identificar el nivel de dependencia de pacientes evaluando la autonomía de estos para las actividades de la vida diaria. A todos los pacientes se les realizó cuestionario BARTHEL y escala INICIARE. A los profesionales referentes se les realizó cuestionario. Periodo del estudio: Marzo – Junio 2014. Todos los participantes fueron informados y firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Se estudiaron 64 pacientes, 38 (59,4%) de Cirugía y 26 (40,6%) de Medicina Interna. 54,7% mujeres y 45,3% hombres. Resultados destacables: BARTHEL: - Dependencia total: 4 casos (6,2%) - Dependencia severa: 6 (9,4%) - Dependencia moderada: 17 (26,6%) - Dependencia escasa: 3 (4,7%) - Independencia: 34 (53,1%) INICIARE: - Dependencia total: 4 (6,2%) - Dependencia severa: 3 (4,7%) - Dependencia moderada: 7 (10,9%) - Dependencia escasa: 11 (17,2%) - Independencia: 39 (60,9%) Cuestionario a profesionales: Destacan como ventajas de INICIARE: Fácil cumplimentación. Reduce el tiempo de entrevista. Es más realista. Permite identificar fácilmente los resultados sensibles a la práctica enfermera. Facilita el uso de metodología enfermera, a través de indicadores de clasificación de resultados enfermeros tanto en la valoración inicial, como en el seguimiento de pacientes hospitalizados.

Discusión: La escala INICIARE identifica mayores niveles de dependencia escasa e independencia mientras el cuestionario Barthel es más sensible en la identificación de dependencia moderada y severa. Las enfermeras valoran más positivamente la escala INICIARE, además de por otras ventajas identificadas, consideran que el uso de indicadores de clasificación de resultados enfermeros, con taxonomía propia, le aporta un valor añadido frente al Cuestionario Barthel. Realizado en el marco del Estudio multicéntrico SAS PI 0828-2012 (2012- 2014). Investigadora principal: Ana Mª Porcel Gálvez.

C-145

Centro: Hospital Regional de Málaga. Carlos Haya

Provincia: Málaga

Área Temática: Seguridad del Paciente III

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE IDENTIFICACION DE PACIENTE INGRESADO EN ADMISION DE UN HOSPITAL GENERAL-REGIONAL

Autores: MORENO SANJUAN D.A.; GALLARDO ABOLLADO M.A.; GOMEZ MARQUEZ M.J.; GONZALEZ FLORIDO M.A.; RUANO GUERRERO A.D. Y ARMENGUAL HEREDIA **Objetivos:** Evaluar la implantación del procedimiento normalizado de trabajo -PNT- de identificación inequívoca de pacientes a los 6 meses de su puesta en marcha en todos los servicios de admisión general de un Hospital Regional.

Material y Método: Se han realizado auditorias por parte del Servicio de Atención Ciudadana para cuantificar: 1) Porcentaje de pacientes que a partir de las 48 horas de estar ingresados, e identificados previamente por el servicio de admisión general, siguen estando identificados, siendo este porcentaje del 93%. Estos pacientes no identificados se correspondían con aquellos que presentan resistencia y oposición a llevar la pulsera, y que han declarado esfuerzo en querer romperla en la mitad de los casos. La otra mitad de pacientes sin pulsera identificativa se constata que ha sido debido a la retirada de la misma por necesidad de la asistencia sanitaria y no ser repuesta. Se destaca que en el área pediátrica el 97% de los pacientes ingresados por admisión general estaban correctamente identificados, siendo el 3% restante pacientes sin pulsera identificativa debido a la retirada de la misma por necesidad de la asistencia sanitaria y no ser repuesta. 2) Porcentaje de pacientes que se le comprueban sus datos de la pulsera, al menos para la administración de medicación y antes del traslado para la realización de pruebas complementarios y/o quirófanos. El 17 % de los pacientes declaró que verificaron su identidad antes de administrar medicación y sueroterapia. El 65% declaran que verificaron su identidad antes de ser llevado a pruebas complementarias y el 100% de los pacientes que iban a quirófano declararon que se le verificó su identidad antes de abandonar la habitación.

Resultados: El grado de implantación ha sido planificado y asimétrico intencionadamente, atendiendo a las particularidades de cada centro y a la tipología de pacientes atendidos. Los servicios de admisión general de Adultos y Pediatría han presentado una implantación escalonada distribuida en 5 semanas, una por unidad de admisión, comenzando por las admisiones programadas de adultos y finalizando con la admisión general pediátrica. Las principales incidencias registradas para la implantación han sido: no llevar consigo el DNI el paciente (70%), la no existencia del paciente en la base de datos (22%) y por último los problemas mecánicos para la impresión de la pulsera identificativa(8%)

Discusión: El PNT se ha sido implantado administrativamente con éxito en los Hospitales de Málaga. La verificación de identidad del paciente en los procesos quirúrgicos ha tenido un calado institucional de excelencia. Existe aún un estrecho margen de mejora del 7% de pacientes sin pulsera identificativa. Se detecta baja adhesión al PNT para verificación de la identidad del paciente en los procesos asistenciales no quirúrgicos. Falta de cultura de los pacientes de ir identificado con DNI en el proceso de admisión, fácilmente mejorable indicando al notificar fecha de ingreso, la necesidad de portar consigo DNI para el mismo.

C-146

Centro: Agencia Sanitaria Hospital de Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: Seguridad del Paciente III

HERRAMIENTAS PARA UNA COMUNICACIÓN MÁS SEGURA EN EL TRASPASO DE PACIENTES.

Autores: ESTÉVEZ MORALES M.T.; ESPAÑA COBOS E.; RUIZ RUBIO R.; FERNÁNDEZ AYALA J.C.; RECHE GONZÁLEZ F.J. Y GUIL LÓPEZ F..

Objetivos: – Proporcionar a los profesionales unas herramientas contrastadas en el ámbito sanitario para mejorar la comunicación eficaz. – Estandarizar la comunicación entre equipos y profesionales sanitarios en los cambios de turno, la transferencia de pacientes, las interconsultas, así como la comunicación de situaciones críticas para los pacientes.

Material y Método: - Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar - Creación de una plataforma de trabajo on-line para auto formación y creación de documentos. - Adaptación de herramientas a cada unidad en cada nivel de implantación: 1. Comunicación interpersonal. SBAR 2. Comunicación en el equipo. BRIEFING 3. Comunicación entre las unidades. CHECK-LIST DE TRANSFERENCIA - Difusión de las herramientas e implantación en los distintos servicios.

Resultados: 1. Comunicación interpersonal: SBAR (SAER). La técnica SBAR / SAER es un modelo de comunicación estructurada para proporcionar información del paciente, asegurar la transferencia de información completa y ofrecer una estructura para recordar los detalles que escuchó. -Tarjetas y Cartelería. - Sesiones de formación y difusión en el primer semestre de 2014. 2. Comunicación en el equipo: BRIEFING. En función del punto de partida de cada unidad en formación/ sensibilidad en seguridad del paciente, se plantean estrategias diferentes encaminadas a elaborar el procedimiento para implantar el BRIEFING de seguridad en cada unidad. En el servicio de medicina interna se ha elaborado el procedimiento en el primer semestre de 2014. Se ha comenzado con la difusión en octubre de 2014 y esta prevista la implantación de la estrategia en diciembre de 2014. 3. Comunicación entre unidades. CHECK-LIST DE TRANSFERENCIA. A través de las reuniones del grupo de trabajo, en el que participan representantes de las distintas unidades implicadas en la atención del paciente, y mediante la plataforma on-line de trabajo, se ha elaborado un borrador del documento de Check-list de transferencia de los pacientes. Actualmente está pendiente de validar e implantar, previsto para el primer semestre de 2015.

Discusión: Algunos estudios indican que entre un 70-80 % de los eventos adversos están relacionados con la interacción interpersonal. La estandarización de la comunicación durante esta interacción, mediante es SBAR, mejora la comunicación haciéndola más eficaz lo que contribuiría a aumentar la seguridad del paciente. Se ha observado que en el 63 % de los eventos centinela la interrupción de la comunicación es la causa principal. El BRIEFING de Seguridad, proporciona al equipo una herramienta de comunicación orientada a la seguridad del paciente y un espacio para compartir experiencias encaminado a la detección tanto de eventos adversos como de riesgos potenciales de seguridad del paciente.

C-147

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Provincia: Granada

Área Temática: Seguridad del Paciente III

RIESGO DE CAÍDAS POR PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN PACIENTES ANCIANOS

Autores: SÁNCHEZ ARGAIZ M.C.; FÉRRIT MARTÍN M.; ESPÍNOLA GARCÍA E.; ESCAMILLA GALDÓN L. Y CALLEJA HERNÁNDEZ M.A..

Objetivos: En el ámbito de atención primaria (AP) el Servicio Andaluz de Salud (SAS) lleva años impulsando la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados mayores de 65 años, mediante una estrategia dirigida a minimizar posibles problemas de seguridad en la prescripción de estos pacientes. Para ello los farmacéuticos de AP realizan intervenciones dirigidas hacia pacientes ancianos polimedicados con prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) de fármacos con efecto sedante para reducir el riesgo de caídas en esta población. El objetivo de este estudio es caracterizar las intervenciones realizadas para valorar el grado de aceptación por el médico prescriptor y evaluar su impacto en la reducción del riesgo de caída.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron pacientes de AP mayores de 65 años polimedicados e intervenidos en 2012 por PPI de fármacos con efecto sedante: antidepresivos tricíclicos (ATC), antihistamínicos 1ªgeneración, antipsicóticos fenotiazídicos o 3 benzodiacepinas. Las variables fueron: aceptación o no de la intervención por el médico de AP, caídas y/o fracturas acontecidas durante un año post-intervención y consecuencias en la atención sanitaria. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias de salud única digitalizada (DIRAYA®).

Resultados: Se incluyeron 224 pacientes con 233 intervenciones realizadas y una edad media de 77(±7) años. El 46% de las intervenciones fueron por prescripciones de ATC, 33% por antihistamínicos de 1ª generación, 15% por antipsicóticos fenotiazídicos y el 6% por prescripción concomitante de 3 benzodiacepinas. El grado de aceptación de las intervenciones fue del 36% aunque en el 17% de éstas se reintrodujo el fármaco en la prescripción del paciente. Se detectaron 10 caída/fracturas en pacientes con intervenciones aceptadas, que generaron 2 consultas médicas en AP y 8 visitas a urgencias hospitalarias. Y fueron registradas 8 caídas entre las nuevas prescripciones y 26 caídas/fractura en pacientes con intervenciones no aceptadas que supusieron 11 consultas médicas en AP y 29 visitas a urgencias hospitalarias siendo una de ellas motivo de ingreso.

Discusión: La prescripción y el uso de fármacos con efecto sedante en ancianos es uno de los factores de riesgo modificables en relación a las caídas, a su repercusión en salud y a los costes sanitarios que puedan generan. El grupo de fármacos con efecto sedante prescrito con más frecuencia fue ATC. En este estudio queda reflejado el mayor riesgo de sufrir caídas en el grupo de intervenciones no aceptadas sumado al de las nuevas prescripciones en comparación con el grupo de intervenciones aceptadas. Es destacable la labor de los farmacéuticos en la identificación de PPI en pacientes ancianos polimedicados.

C-148

Centro: Area de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Provincia: Granada

Área Temática: Seguridad del Paciente III

PREDICCIÓN DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES A PARTIR DE LA ESCALA INICIARE EN EL HOSPITAL DE MOTRIL.

Autores: MATEOS MARTÍNEZ M.C.; IGLESIAS HERNÁNDEZ M.D.; PEINADO GORLAT P.A.; PÉREZ FERNÁNDEZ A.J.; MARTÍNEZ ROMERO C.E. Y PORCEL GALVEZ **Objetivos:** Determinar la asociación de algunos valores del instrumento INICIARE con la aparición de eventos adversos durante la hospitalización y en los 30 días posteriores al alta en el Hospital de Motril.

Material y Método: Estudio observacional longitudinal prospectivo analítico. Instrumentos: Escala INICIARE (NOC relacionados con Seguridad del paciente). Cuestionario de seguimiento de Historias clínicas. Población: pacientes ingresados en el Hospital de Motril-Granada. Criterios de inclusión de pacientes: Pacientes mayores de 16 años ingresados en las Unidades de Medicina interna y Cirugía, con estancia prevista superior a 48 horas, que aceptaron participar en el estudio. Criterios de exclusión: - Pacientes ingresados en el resto de unidades del hospital. - Rechazo a participar en el estudio. - Pacientes trasladados a otra unidad o Centro. Periodo del estudio: Marzo – Junio 2014 Todos los participantes fueron informados sobre el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Se estudiaron 64 pacientes, 38 (59,4%) de Cirugía y 26 (40,6%) de Medicina Interna (54,7% mujeres y 45,3% hombres). El 67,2% convivían con un cuidador y el 32,8% no. Destacan los siguientes resultados: Escala INICIARE al ingreso: - NOC 1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza- Indicador 01 Percepción de amenaza para la salud: identificada como muy intensa en el 76,3% de los casos, como intensa en el 10,5% de los casos, moderada en el 7,9% y débil en el 5,3% de los casos. - NOC 1902 Control del riesgo- Indicador 01 Reconocimiento de los factores de riesgo: siempre reconocidos en el 68,4% de los casos y reconocidos en menor medida en el 26,3 % de los casos (de ellos el 70% reconocieron frecuentemente algunos factores de riesgo y el 30% solo reconocieron a veces algún factor de riesgo) y en el 5,3% de los casos no se reconoció ningún factor de riesgo. Seguimiento de historias clínicas: - Infección nosocomial (urinaria, pulmonar o asociada a catéter) durante la estancia: 7 casos (10,9%) - Úlceras por presión durante la estancia: 0 casos - Caídas durante la estancia: 5 casos (7,8%) - Mortalidad durante la estancia: 2 (3,2%) - Reingreso a los 30 días del alta: 11 (17,2%) - Mortalidad a los 30 días del alta: 2 (3,2%) - Estancias: < 3 dias: 7 (10,9%), 3-5 dias: 26 (40,6%), 6-10 dias: 17 (26,6%), >10 dias: 14 (21,9%) Los eventos adversos se produjeron en mayor medida en pacientes con débil y moderada percepción de amenaza para su salud y con menor reconocimiento de los factores de riesgo.

Discusión: La Escala INICIARE resulta adecuada para identificar problemas relacionados con la seguridad del paciente. Su uso en la práctica habitual enfermera puede permitir predecir posibles eventos adversos tanto durante la hospitalización como tras esta y orientar las intervenciones enfermeras a la prevención y/o tratamiento de estos cuando sea preciso. Realizado en el marco del Estudio multicéntrico SAS PI 0828-2012 (2012- 2014). Investigadora principal: Ana Mª Porcel Gálvez.

C-149

Centro: HOSPITAL VALME SEVILLA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Seguridad del Paciente III

ANÁLISIS DE PRÁCTICAS SEGURAS EN QUIRÓFANO.

Autores: GARRIDO SERRANO M.J.; BARRERA RAMIREZ P.; LÓPEZ MORALEDA I.; GONZALEZ PACHECO C.; HERNÁNDEZ TORRES C. Y GALISTEO DOMÍNGUEZ R..

Objetivos: GENERAL. 1.Verificar la realización de prácticas seguras como enfermeras quirúrgicas. ESPECÍFICOS. 1.Realizar una revisión bibliográfica sobre la seguridad del paciente en procesos quirúrgicos enfermeros. 2.Análisis de los puntos críticos de seguridad en los procesos quirúrgicos relacionados con enfermería.

Material y Método: Estudio de documentos internacionales OMS: "soluciones para la seguridad del paciente", "la investigación en seguridad del paciente" y "la cirugía segura salva vidas". Nacional: "guía de práctica clínica para la seguridad del Paciente Quirúrgico". Y Regional: "estrategia para la seguridad del paciente". Comparativa de todas estas recomendaciones y nuestras actuaciones en el quirófano para buscar nuestros puntos críticos de seguridad, verificar aciertos y/o errores relacionados con la actuación enfermera. 1.Prevención de la infección de la herida quirúrgica. 2.Uso de la profilaxis antibiótica. 3.Prevención del tromboembolismo venoso. 4.Aspectos derivados de la transfusión sanguínea. 5.Mantenimiento de la normotermia. 6.Aspectos derivados de la anestesia. 7.Lista de verificación quirúrgica OMS. 8.Medicamentos de aspecto o nombre parecidos. 9.Identificación pacientes. 10.Comunicación durante el traspaso pacientes. 11.Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto. 12.Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos. 13.Usar una sola vez los dispositivos de inyección. 14.Mejorar la higiene de las manos.

Resultados: 1 y 14:Realizamos un correcto protocolo de lavado quirúrgico de manos, no usamos los campos quirúrgicos recomendados, nuestro uso de guantes es el correcto, no realizamos un correcto protocolo de preparación de la piel antes de la incisión, realizamos un protocolo de cura correcto. 2:Protocolo de profilaxis antibiótica para cada especialidad, administrado en el tiempo recomendado. 3:Colocación de las medias en MMII según protocolo correcto. 4:Protocolo tipaje y screening o reserva de sangre. 5:No tenemos un protocolo claro en este punto, no se suele tomar la temperatura en el quirófano. Si hay un correcto uso de las mantas térmicas de calor de aire forzado. 6:Dependiente del anestesista, realizamos profilaxis antiemética. 7:Tenemos nuestro listado de verificación quirúrgico fundamentado en la OMS. 8:Tenemos un protocolo de preparación de fármacos, hemos revisado y retirado algunos formatos de fármacos que podían inducir a errores. 9, 10 y 12:Protocolos correctos. 11:Incluido en nuestro listado de verificación quirúrgico. 13:Nuestro material fungible de inyección es todo de un solo uso y de bioseguridad.

Discusión: Hacemos prácticas seguras en nuestros quirófanos, con actuaciones de prácticas avanzadas en enfermería, con áreas de mejora que aumentarán nuestra calidad asistencial y encaminadas a contribuir a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público. Siendo el punto fuerte la implantación exhaustiva del listado de verificación quirúrgico en todos los procesos quirúrgicos que realizamos.

COMUNICACIONES ORALES TEMÁTICAS

T-1

Centro: Hospital de Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: DESINVERSIÓN I

PERFIL DE UTILIZACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA E IMPACTO ECONÓMICO TRAS SU ELABORACIÓN EN EL ÁREA DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

Autores: URDA ROMACHO J.; MORALES MOLINA J.A.; HIERRO PEDROSA C.; JIMENEZ SANCHEZ P.; HERRA EXPOSITO M. Y LOPEZ RAMIREZ V..

Objetivos: La toxina botulina (TB), neurotoxina producida por C.botulinum, bloquea la liberación de acetilcolina a nivel de las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas. Sus indicaciones son blefaroespasmo, tortícolis, exceso de sudoración, parálisis facial y espasmo. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el perfil de utilización de TB a nivel hospitalario, así como el impacto económico derivado de la elaboración de jeringas precargadas por el Área de Farmacia.

Material y Método: Estudio retrospectivo de un año de duración en un hospital comarcal. Datos recogidos: UI de TB consumidas, nº pacientes, dosis elaboradas, servicio solicitante, indicación y coste. El vial de TB (100 UI) se reconstituyó con 3,2 mL de suero fisiológico en condiciones estériles (cabina de flujo laminar). Una vez reconstituido se elaboraron y acondicionaron jeringas precargadas con las dosis exactas solicitadas. Con un mismo vial se elaboraron jeringas con diferentes dosis para distintos pacientes y distintos Servicios Médicos. Una vez terminada la elaboración, el material sobrante se desechó en un contenedor de residuos apropiado para su destrucción.

Resultados: TB elaborada: 11.615 UI, 259 pacientes - 682 dosis. Consumo de TB/ Servicio Médico, Unidad del dolor: 4.620 UI, Cirugía General: 3.044 UI, Rehabilitación: 1.900 UI, Otros: 2.051 UI. Las dosis empleadas con más frecuencia fueron: 7 UI/0,21 mL por Cirugía General (392 dosis), 75 y 100 UI/2mL por la Unidad del Dolor (33 dosis en ambos casos) y 5 UI/0,15 mL por la Consulta de Oftalmología (48 dosis). Total jeringas precargadas elaboradas: 616. Consumo de jeringas precargadas/ Servicio Médico, Cirugía General: 400, Oftalmología: 141, Unidad del Dolor: 75, Otros: 176. El coste de la TB consumida fue 38.168,17 euros. El 80 % de las administraciones de TB fueron para las siguientes indicaciones: espasmo anal, blefaroespasmo y espasticidad muscular. La elaboración de jeringas precargadas de TB en el Área de Farmacia supuso una disminución en el consumo de 81 viales de TB respecto a la elaboración en Consulta Médica, lo que dio lugar a un ahorro directo de 17.058,4 euros anuales (- 45%).

Discusión: La Unidad del Dolor y el Área de Cirugía General fueron los que presentaron un mayor consumo de TB. La elaboración de jeringas precargadas en el Área de Farmacia, permitió optimizar el consumo de este fármaco a nivel hospitalario, con un impacto económico en términos de ahorro considerable y garantizando en todo momento la calidad en su elaboración.

T-2

Centro: AGS Norte de Cádiz

Provincia: Cádiz

Área Temática: DESINVERSIÓN I

IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA INTERDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO PRESUPUESTARIO DEL USO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS.

Autores: SIERRA SÁNCHEZ J.F.; GAVIRA MORENO R.; GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T.; GÓMEZ GERMÁ P.; DÍAZ MENGÍBAR M.F. Y PRIETO REYES M.A..

Objetivos: Describir el diseño de una estrategia de seguimiento presupuestario del uso de medicamentos hospitalarios, y analizar el impacto tras su implantación.

Material y Método: Se realizó un análisis del consumo de medicamentos del que se obtuvo el impacto de cada unidad de gestión clínica (UGC) sobre el presupuesto global del hospital. Tras realizar este análisis, se seleccionaron aquellas unidades que, en su conjunto, alcanzaban el 90% de dicho presupuesto. Con cada una de estas unidades se realizó una reunión monográfica, con un análisis pormenorizado del uso de fármacos, y se plantearon mejoras en el informe de seguimiento presupuestario. Con la información recogida aportada por cada una de las UGC, se diseñó un formato de informe, y se acordó una información periódica por parte de la UGC de Farmacia. Tras su implantación, se planificó el análisis del impacto obtenido, que tuvo en cuenta los siguientes parámetros: número de informes emitidos, número de unidades con reducción del consumo de fármacos e impacto global obtenido.

Resultados: El número de UGC seleccionadas por alcanzar en su conjunto el 90% del presupuesto en el año 2013 fue de 10 (42%). Tras las reuniones mantenidas, se acordó incluir en el informe de seguimiento presupuestario la siguiente información: datos generales: consumo mensual total, variación respecto al consumo en 2013, variación con respecto al presupuesto 2014; datos específicos: consumo mensual y acumulado por cada fármaco, con ordenación por pareto de los fármacos con mayor impacto. Se incluyeron además recomendaciones específicas de mejora en el uso de aquellos fármacos con mayor desviación. La periodicidad acordada para la emisión del informe de seguimiento fue mensual. Durante 8 meses de 2014, se han emitido 192 informes de seguimiento presupuestario. Tras este periodo de implantación del nuevo informe de seguimiento presupuestario, el 63% de las UGC muestran una reducción del consumo de medicamentos respecto al mostrado en el año 2013. El impacto global obtenido es del -3,9% respecto al consumo total en el año 2013.

Discusión: El diseño de un informe de seguimiento presupuestario con la colaboración interdisciplinar de aquellas UGC con mayor participación en el presupuesto del centro ha supuesto un buen punto de partida de cara a la posible utilidad del documento. Una limitación de los resultados mostrados en el impacto global, así como en el número de UGC con reducción, es que no pueden atribuirse únicamente a la introducción de la estrategia descrita, y no es posible conocer en qué medida esta estrategia ha propiciado la mejora. La introducción de una estrategia interdisciplinar de seguimiento presupuestario en un hospital se ha acompañado de una mejora notable en el consumo de medicamentos, sin que haya podido establecerse de forma unívoca una relación directa entre ambos hechos.

T-3

Centro: UGC UTRERA SUR EL CORONIL

Provincia: SEVILLA

Área Temática: DESINVERSIÓN I

VARIABLES RELACIONADAS CON EL COSTE TAFE EN UNA UGC DE ATENCION PRIMARIA

Autores: RODRIGUEZ GARCÍA M.; GALLARDO PASTOR M.; MEDRANO RAMOS I.; GONZÁLEZ ROMERO L. Y MEDRANO ORTEGA A..

Objetivos: El gasto farmacéutico supone en nuestra Comunidad Autónoma aproximadamente el 21% del presupuesto destinado al Servicio Andaluz de Salud y el 5,37% del total del presupuesto de la Junta de Andalucía para el año 2014. Dicho gasto es "ejecutado" casi al 100% por los médicos de Atención Primaria, bien por iniciativa propia bien por prescripción inducida. Entre dichos profesionales existe una gran variabilidad en lo que al gasto farmacéutico se refiere, intentamos ver cuales de las variables asociadas al desempeño de la actuación se relacionan con dicha variabilidad.

Material y Método: Para este análisis hemos tabulado los datos referidos a farmacia ISCyA (Indice Sintético de Calidad y Adecuación), % de Principio Activo, Coste TAFE (Tasa ajustada por edad para farmacia) correspondientes al acumulado del mes de junio facilitados por la UGC de farmacia de Sevilla, la demora como media de los datos individuales facilitados por Salud Responde, las derivaciones como sumatorio de enero junio, de DIRAYA con el cálculo posterior de la tas de derivaciones por 1000 TAEs, (Tasa ajustada por edad) las TAEs como método de medir la carga de trabajo por la información de BDU. Todos los datos a mes de junio 2014. Para el análisis se ha realizado un análisis de correlación entre las diferentes variables utilizando el paquete estadístico SPSS.

Resultados: La media del Coste TAFE fue de 27,31 con DE de 2,92 (22,36 a 32,37) La media del ISCyA de 6,41 con DE de 1,00 (4,77 a 8,59) Las relaciones estadísticamente significativas son Coste TAFE con ISC de forma inversa (R= -0,603 p< 0,001) ISC con % de P. Activo de forma positiva (R= 0,611 p< 0,001) y con Tasa de Derivaciones de forma negativa (R= -0,548 p< 0,05) Tasa de Derivaciones con P.A. (R= - 0,768 p< 0,001) TAEs con demora (R= 0,763, p< 0,001) En cuanto al estudio de regresión, la única variable con significación estadística (p<0,05) fue el ISCyA con un coeficiente de -1,82 y una R de 42,78

Discusión: Presentamos el análisis preliminar del estudio en nuestra UGC como análisis exploratorio previo a la realización del mismo a nivel autonómico. En el mismo se destaca, con la cautela que merece que son sólo 19 cupos los estudiados y en la misma UGC, la relación inversa entre ISC y coste TAFE por lo que al ser el ISCyA un indicador generalmente bien asumido por los profesionales sería una estrategia de reducción del gato farmacéutica incentivar aún más el mismo, por otro lado nos gustaría destacar como el % de PA se correlaciona con el ISC de forma positiva en tanto que con la tasa de derivaciones lo hace en un sentido negativo. Por último considerar cómo en pura lógica el aumento de la carga de trabajo medida en TAEs aumenta la demora pero al menos en este análisis preliminar no la tasa de derivaciones. En un estudio más amplio entendemos serían otras variables a considerar el tamaño de la UGC, la distancia a las consultas hospitalarias, el tipo de Hospital de referencia (SAS no SAS) y la distancia al Hospital de referencia.

T-4

Centro: la rinconada

Provincia: sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN I

UN MODELO EFICIENTE DE ACUERDO INTERNIVEL BASADO EN LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD TOTAL. IMPACTO EN LA SOCIEDAD. ¿ES POSIBLE?

Autores: MORENO ALVAREZ P.J.; LUQUE GARCIA L.; PAREJO ALVAREZ E.S. Y GUZMAN GOMEZ M.C..

Objetivos: DISEÑO Y RESULTADOS DE UN MODELO EFICIENTE BASADO EN LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD TOTAL, QUE MEJORE LA GESTION DE LA CEFALEA COMO PRIMERA CAUSA DE DERIVACION NEUROLOGICA (38% DE LAS C. DE LA ESPECIALIDAD) DESDE ATENCION PRIMARIA (25% DE LAS CONSULTAS POR CAUSA NEUROLOGICA), SUSCEPTIBLE DE DE RESOLVERSE EN UN 90% EN AP.

Material y Método: Estudio observacional prospectivo con intervención en la UGC de La Rinconada durante el año 2010, se trabajo con 2 poblaciones. Para la medición de la efectividad, el análisis de costes y la concordancia diagnostica el numero de casos atendidos en el 2010 (456) y para el resto de parámetros con una muestra aleatoria de 137 pacientes escogidos al azar del registro de cefaleas . Los resultados que se analizaron fueron, accesibilidad, adecuación en el uso de la neuroimagen, satisfacción, la calidad de vida (HIT-6), absentismo laboral, eficacia del tratamiento sintomático (MACT) , porcentaje de tratamiento preventivo, capacidad de resolución , demora media, análisis coste–efectividad (identificación de costes y análisis de coste-efectividad, bajo una perspectiva de gasto social con análisis por intención de tratar). Como medidas de efectividad se tomo la reducción de la tasa de derivación (capacidad de resolución) y la demora media, grado de concordancia diagnostica. Las variables numéricas se resumieron con medias y desviaciones típicas o, en caso de distribuciones muy asimétricas, medianas y percentiles (P25 y P75), mientras que las variables no numéricas con frecuencias y porcentajes. Para estudiar la relación entre variables cualitativas, se han elaborado tablas de contingencia y se ha aplicado el test de la Chi-cuadrado, Los resultados significativos se complementaron con intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Capacidad de resolución más alta de Andalucía (94%) con tasa de derivación neurología por todos motivos de 4,47 derivaciones /1000 TAES (tarjetas sanitarias ajustada a edad), 38% menos que distritos de Sevilla. €. Demora máxima media 15 días frente a 48 días. neuroimagen en un 14,9% frente al 39,3% del resto reduciendo en un 50% del coste unitario por TAC (96 € frente a 46 Coste unitario cefaleas resuelta es 176 € frente a 325€ ,ratio coste-efectividad incremental fue de 4,48 € /paciente/dia ahorrado , resultando 2,4 veces mas económico y 1,84 veces en caso de derivar al neurólogo. La satisfacción alcanzo una media del 94,5%, reducción de perdidas de jornadas laborales fue del 32,3%, de un 58,6% de afectación moderada a severa se paso al 7,3% al año. Del 46,7% que necesitaban cambio de tratamiento se paso al 16,3%,del 9% con tratamiento preventivo se paso al 65%, el índice Kappa de concordancia en sospechas diagnosticas fue de 0,88.

Discusión: En nuestro país el 2-7% de las consultas en A.P. son por motivos neurológicos, de ellas el 25% cefaleas. De ellas mas del 38% son derivadas a Neurología, provocando un mal uso de este recurso asistencial es necesario un sistema eficiente que mejore el coste de oportunidad en ambos niveles.

T-5

Centro: UGC Vícar

Provincia: Almería

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL I

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS ADSCRITOS A UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO PILOTO.

Autores: MORENO GARCIA M.; MOURELLE VAZQUEZ L.; MONTOYA VERGEL J. Y HERNANDEZ DE HARO F.J..

Objetivos: GENERAL:mejora continua de eficacia/eficiencia en gestión de seguridad del paciente en Uso Racional del Medicamento (URM) en usuarios del Sistema Sanitario Publico y que residen en Centro de Mayores ESPECÍFICOS: 1.Identificar normativa vigente para Autorización Sanitaria de todas las actividades asistenciales 2.Adecuar control de prescripción en Residencias de mayores 3.Diseñar procedimientos para la correcta adquisición, custodia, conservación y administración de medicamentos a pacientes de Residencias 4.Consensuar elementos de evaluación que mejoren seguridad del paciente en centros sociosanitarios.

Material y Método: -Revisión artículos/normativa vigente -Reuniones de equipo internivel. -Proyecto piloto en residencia.Fases: 1.Información sobre Autorización Sanitaria de todas las actividades asistenciales llevadas a acabo en Residencia 2.Correcta prescripción: •Número máximo de pacientes de una residencia de mayores asignado a un facultativo de SSP<50 •El facultativo acudirá semanalmente por un tiempo no menor a 3 horas,visita domiciliaria •El facultativo deberá disponer de medios necesarios para prescribir en receta electrónica •Los Farmacéuticos de atención primaria realizarán estudio y seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes de residencias de mayores. 3.Correcta custodia, conservación y administración de los medicamentos a pacientes de las Residencias de Mayores.

Resultados: Se evidencia falta de control en la prescripción y falta de control en la correcta conservación, custodia y administración de medicamentos, que está provocando mala calidad, inseguridad e ineficiencia del uso de medicamentos. Para evitar este incumplimiento legislativo se procede a la creación de unos Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT): •PNT de funciones del responsable de los medicamentos en residencias de mayores •PNT de adquisición de medicamentos y productos sanitarios •PNT de transporte, recepción y conservación de medicamentos y productos sanitarios •PNT de control y registro de temperaturas •PNT de control y registro de caducidades •PNT de control y registro de alertas •PNT para cursar la baja de un paciente de la residencia Actualmente en fase de implantación de los PNT establecidos.

Discusión: Propuestas de mejora pretenden: •Regularizar actividades asistenciales en las residencias de mayores del distrito de AP •Garantizar la calidad en la prescripción •Mayor seguridad en el tratamiento •Minimizar la sobreutilización de medicamentos, uso inapropiado y el riesgo de problemas relacionados con los medicamentos •Reducir el gasto farmacéutico •Aumentar la eficiencia de los recursos sanitarios Se concluye también con que debe existir un responsable de medicamentos en la Residencia.

T-6

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL I

ACCESIBILIDAD UNIVERSAL: IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DIFICULTADES DE VISIÓN, AUDICIÓN O MOVILIDAD.

Autores: RUIZ ROMERO V.; CRUZ VILLALÓN F.; MARTÍNEZ JIMÉNEZ M.A.; FERNÁNDEZ TOSCANO E.; ANGULO GARCÍA M.I. Y MEDINA DUQUE M.T..

Objetivos: Alcanzar la plena igualdad de oportunidades facilitando la accesibilidad a las personas con dificultades de visión, audición o movilidad. Lograr la Certificación de Accesibilidad Universal conforme a la norma UNE

Material y Método: Este proyecto ha sido liderado por el Servicio de Atención al Usuario y Calidad y el de Mantenimiento. Se toma como norma de referencia la UNE 170001, que abarca la optimización de los criterios de Deambulación, Aprehensión, Localización y Comunicación (criterios DALCO). Contamos con la colaboración de un técnico de la fundación ONCE que realizó una visita para valorar la accesibilidad para personas invidentes o con dificultades de visión y/o dificultades auditivas y con 3 pacientes de la Unidad de lesionados Medulares, que realizaron un recorrido en silla de ruedas por el hospital y su recinto, valorando la accesibilidad en caso de movilidad reducida. Se realizó un diagnóstico inicial de situación y se detectaron mejoras a realizar. A cada una de ellas se le asignó un código, un responsable, una fecha límite y una acción de mejora. Se impartió formación sobre accesibilidad y atención a personas con dificultades de visión, audición o movilidad, al personal de Atención al Usuario, auxiliares de transporte, coordinadores de Enfermería, voluntarios y Salud Laboral. Se desarrolló una Política, un Plan y un Manual de Accesibilidad, hojas técnicas, registros, se implantaron acciones de mejora y se realizó seguimiento de indicadores.

Resultados: Entre las mejoras implantadas están: elementos de contraste en distintos espacios (desniveles, escaleras, columnas, huecos de escaleras, ascensores) para personas con dificultad de visión; señales sonoras de movimiento; botoneras en braille y audio en ascensores; mejoras de iluminación; se suavizaron desniveles en las aceras y otros espacios del recinto; franjas antideslizantes; mostradores abiertos y mesas anexas para usuarios en silla de ruedas; pictogramas para comunicación con sordos. Las encuestas de satisfacción administradas a pacientes, respecto a aspectos relacionados con la accesibilidad, mostraron una satisfacción por encima del 90%. Se pasó una auditoría interna y una auditoría externa previa a la certificación en 2013 y, en abril de 2014 tuvo lugar la auditoría definitiva, tras la cual el Hospital recibe la Certificación de Accesibilidad Universal.

Discusión: Este proyecto ha supuesto un reto para nosotros al carecer de referentes próximos. Se han identificado mejoras, principalmente estructurales, aunque también de formación y documentación, que han podido subsanarse con éxito. Quedan pendientes otras previstas para ir resolviendo en los próximos años. Se desarrolló una nueva metodología dirigida a detectar a los pacientes con dificultades de accesibilidad para explorar aspectos aún más específicos; en la actualidad se está recogiendo la información. Nuestro hospital se ha convertido en el primer centro sanitario andaluz con este Certificado.

T-7

Centro: EDIFICIO CENTRAL SAS

Provincia: SEVILLA

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL I

ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS DISTRITOS SANITARIOS DE ANDALUCÍA.

Autores: LIMÓN MORA J. Y DÍAZ-BORREGO HORCAJO J..

Objetivos: A partir de los datos contenidos y ofrecidos públicamente por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), hemos elaborado una batería de indicadores sociodemográficos para cada uno de los 33 Distritos Sanitarios en que se clasifica y divide la totalidad del territorio de Andalucía. El IECA proporciona también la desagregación territorial para Distritos y, en su herramienta SIMA, facilita la labor de acumulación y rescate de información, que puede ser analizada y puesta en relación con indicadores de salud o de otro tipo. Por tanto se trata de presentar la citada información elaborada sobre indicadores, que consideramos útiles en planificación, gestión y evaluación sanitaria, desagregados para cada Distrito y el conjunto del territorio. La mayoría de indicadores se han rescatado y calculado para el año 2012, último disponible en el momento del estudio.

Material y Método: El catálogo de indicadores obtenido, parte del análisis de más de 250 variables iniciales que han permitido el cálculo de 37 indicadores seleccionados, que se ha considerado interesantes en cuanto a su posible relación con las cuestiones de salud de las diferentes poblaciones o territorios (Distritos). Además y partiendo de la matriz de correlaciones entre las variables o indicadores seleccionados, se ha procedido al desarrollo del análisis multivariante de la información mediante análisis de componentes principales (ACP). Estos componentes calculados se explican por las variables que cuentan con mayor peso en su definición. Además, tienen la característica de no estar entre ellos nada correlacionados.

Resultados: Se obtiene así un modelo, con unos pocos componentes, que sintetiza o resume toda la información y estudia la relación, paralelismo o cercanía entre las distintas variables en los distintos territorios. Finalmente se obtienen y presentan cuatro componentes principales que, viendo las variables que los componen, denominamos como: - 1. Movilidad poblacional - 2. Estructura de edad de la población. - 3. Dotación de servicios y nivel de renta. - 4. Nivel de protección social. En la matriz de componentes obtenidos mediante el ACP, se puede observar cuales son las variables que mejor explican o se correlacionan con cada uno de los cinco componentes obtenidos. Con esta información es posible representar como se sitúa cada uno de los Distritos Sanitarios por pares de componentes y llegar a definir cluster o clasificaciones de los mismos.

Discusión: En la actualidad, la disponibilidad pública de información, facilita y hace posible el estudio sociodemográfico de territorios sanitarios (distritos, zonas básicas) y su relación con otras informaciones más estrictamente sanitarias. El ACP aporta soluciones para la simplificación de la interpretación y resumen del conjunto de la información sociodemográfica y sanitaria, sacando a la luz las relaciones entre las distintas variables o indicadores.

T-8

Centro: Area Gestión Sanitaria Norte Almería

Provincia: Almería

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL I

DETECCIÓN DE ZONAS DE RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO

Autores: FONTALBA NAVAS A.; COMPANY MORALES M.; CAPARRÓS DEL MORAL I.; PENA ANDREU J.M.; ESCABIAS MACHUCA F. Y MARIN OLALLA M..

Objetivos: OBJETIVO: Realizar un modelo de representación gráfica de las zonas de riesgo de suicidio en el Área Norte de Almería y relacionar aquellas zonas de mayor impacto con la variable económica: desempleo. Antecedentes: La tasa de mortalidad general o por causas específicas es uno de los indicadores utilizados para monitorizar el estado de salud de la población- En los últimos años, muchos países de Europa han sufrido una severa crisis económica dando lugar a altas tasas de desempleo. En este marco, la posible relación entre tasa de desempleo y tasas de suicidio han sido muy debatidas. En una investigación realizada en 54 países y analizando los datos de suicidio, se obtuvo que existía una cifra mayor de excesos de suicidios en el año 2009, y esto fue relacionado con el incremento de desempleo. Encontramos estudios en España que refieren que el suicidio ha tendido a aumentar durante el periodo de crisis. Estos datos coinciden con los realizados en el Reino Unido. Y otro estudio realizado en Vietnam. Sin embargo, según los autores, los suicidios están infradiagnosticados. Existen diferentes modelos para representar los factores de riesgo en el suicidio en una determinada área, como el modelo visual de distribución espacio-temporal de las principales causas de muerte en Andalucía por grupos de edad y sexo (AIMA).

Material y Método: MÉTODOLOGÍA: Utilización de modelos jerárquicos bayesianos espacio-temporales para visualizar la mortalidad por suicidio en el Área Norte de Almería, por grupos de edad y sexo. Asociando aquellas zonas que presentan mayor tasa de mortalidad por suicidio, a la variable desempleo mediante un modelo de regresion

Resultados: RESUSLTADOS: Tras el análisis de los datos se sitúan a nivel geográfico las poblaciones en el Área Norte que superan la tasa de mortalidad con respecto al resto de la provincia de Almería (6,79) y de Andalucía (7,90). En relación a la tasa de suicidio y mediante la representación gráfica, el año 2009 tiene una tasa de mortalidad más elevada para los varones en la comarca de los Vélez.Unido a la tasa de desempleo que aumenta de 2008 a 2010 de un 6,9 a un 11,4 en hombres y de un 6,4 a un 8,1 en mujeres. Mediante un análisis de regresión lineal se demuestra que el exceso de mortalidad por suicidio en la comarca de los Vélez, correlaciona de forma positiva con la tasa de desempleo, siendo ésta una variable explicativa dentro de un problema de etiología evidentemente multifactorial.

Discusión: DISCUSIÓN: En un estudio realizado en Andalucía que examina el impacto de la crisis económica sobre intentos de suicidio y su relación con desempleo edad y sexo, se detectó un aumento de tasas de intentos de suicido tras el comienzo de la crisis. Datos que coinciden con nuestro estudio actual. CONCLUSIONES: Este modelo destaca las variaciones entre los diferentes núcleos de población a nivel visual, permitiendo identificar zonas con exceso de mortalidad por suicidio, y pudiendo ayudar a coordinar estrategias públicas para su prevención.

T-9

Centro: Area de Gestión Sanitaria de Osuna

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN I

REINGENIERIA DEL PROCESO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE IV

Autores: IRALA PÉREZ F.J.; FAJARDO MORIÑA J.J.; MÁRMOL NAVARRO L.; GARCÍA RANGEL M.C. Y VÁZQUEZ RODRÍGUEZ J.I..

Objetivos: Evaluar el circuito de actividad quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria para identificar áreas y propuestas de mejora.

Material y Método: El proyecto se realizó durante el año 2013. Contamos con el asesoramiento de la Inspección de Servicios Sanitarios y un grupo de profesionales del Hospital. Se revisaron los estándares y recomendaciones para las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Fases del proyecto: - Metodología de trabajo: Creación de un grupo de trabajo con responsables de Unidades de Gestión Clínica (UGC), enfermería, admisión, documentación clínica, sistemas de información y equipo de inspección médica. Entrevistas a responsables de UGC. Elaboración de cronograma de trabajo. - Diagnóstico de áreas de mejora: Identificación de áreas de mejora y sus causas. - Elaboración de un plan de mejoras: elaboración de propuestas, implantación, evaluación y calendario de actuaciones. Se elaboró un cuestionario sobre conocimiento de los profesionales sobre CMA: procedimientos de Contrato Programa de Hospitales (CP) del SAS para 2013, criterios de inclusión y exclusión de pacientes, circuitos administrativos, planificación de quirófanos y criterios de alta. Entre las actividades realizadas están: - Análisis preliminar de la situación de la CMA en el Hospital. - Presentación del proyecto a responsables de UGC. - Reuniones con profesionales, para identificar áreas de mejora. - Auditoría de episodios de Hospitalización que pudieran ser CMA. - Auditoría de pacientes ingresados susceptibles de CMA. - Recálculo de indicadores. - Encuesta a profesionales. - Reuniones de seguimiento del proyecto.

Resultados: Del análisis preliminar se identificaron 17 problemas relacionados con CMA, tanto por falta de información y discrepancias con los procedimientos incluidos en CP, como relacionados con los circuitos administrativos y estructurales. La auditoría de episodios concluyó que existía un alto porcentaje de errores de registro administrativo de pacientes, errores en la cumplimentación de documentación y diferencias de criterio en los procedimientos incluidos en CP. Se calculó que el Indice de Resolución de CMA habría ganado un 8.9%, si la cirugía susceptible de CMA se hubiera realizado como tal. De la encuesta a profesionales, se concluyó que era necesario mejorar conocimientos y actitudes, así como compartir el nivel máximo de información. Se consensuaron medidas de mejora con actividades informativas, medidas organizativas y estructurales y la creación de un grupo de seguimiento durante 2014.

Discusión: Es posible la mejora del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria con la implicación, conocimiento y difusión de las medidas aportadas, consensuadas y aprobadas por los profesionales implicados. Las medidas aportadas, pueden suponer un 9% de mejora en los indicadores asistenciales, evitando estancias innecesarias, con beneficios tanto para el Hospital como para pacientes.

T-10

Centro: Hospital de Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: INNOVACIÓN I

AJUSTE DEL STOCK DE MEDICACIÓN ALMACENADA EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN SEMIAUTOMÁTICO EN URGENCIAS

Autores: HIERRO PEDROSA C.M.; MORALES GUERRERO C.; PINTO NIETO C.M.; MARTINEZ ORTEGA R.; FERNANDEZ CARREÑO V. Y URDA ROMACHO J..

Objetivos: Para la implantación de un sistema de dispensación semiautomático (SDSA) se hace a priori una estimación del consumo de medicamentos en la unidad en función de datos de años anteriores, pero dado que los SDSA suponen un ahorro en dicho consumo debido a un mayor control, estas estimaciones no suelen adaptarse a la realidad tras la implantación de los armarios semiautomáticos. El objetivo de este trabajo es ajustar las cantidades y variedad de la medicación almacenada en un SDSA, al consumo real anual en un servicio de Urgencias de un Hospital de Alta Resolución (HAR)

Material y Método: Estudio retrospectivo de la medicación dispensada durante un año (2013) por el SDSA en un servicio de Urgencias de un HAR con una media de 54270 urgencias atendidas/año. Las cantidades anuales de medicación dispensadas se filtraron a través del programa Palex Medical SA®. Para el ajuste de stock se calculó tanto la medicación media semanal que se necesitaba de cada fármaco, ya que la reposición de dicho SDSA se hace 2 veces en semana, como la cantidad máxima que se había requerido de cada fármaco en un día. Los precios/unidad de cada medicamento se recogieron del programa de gestión Dominion 2.0®

Resultados: El total de unidades de medicamentos (251 tipos) almacenados antes del ajuste fue de 10433, lo que suponía un almacenaje de medicamentos de 4270 €. El total de unidades de medicamentos tras el ajuste que se hizo en función del consumo real fue de 3829 unidades valoradas en 3479 €. Esto supuso una diferencia de 6604 unidades y 791 € de disminución de medicación almacenada, con la consiguiente disminución de posibilidad de caducidad de dicha medicación. De los 251 tipos de fármacos almacenados se disminuyeron la cantidad de 107 de ellos (total unidades: 6331), se aumentaron de 16 (total de unidades: 241), se eliminaron de 25 (total de unidades: 531), y se incluyeron en función de las necesidades estimadas 3 medicamentos (total de unidades: 17). No se modificaron cantidades de 100 fármacos ya que se ajustaba la cantidad almacenada a las necesidades de consumo.

Discusión: Se ha visto disminuido en gran medida el stock de medicación una vez ajustada al consumo real Esto ha supuesto una disminución tanto del valor de la medicación almacenada, como de la probabilidad de que la medicación caduque dentro del armario de SDSA por una inadecuada rotación del stock.

T-11

Centro: Hospital General Málaga

Provincia: Málaga

Área Temática: INNOVACIÓN I

GESTIÓN DEL CAMBIO PARA IMPLANTAR UN MODELO CORPORATIVO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Autores: DÍAZ OJEDA J...; TEROL FERNÁNDEZ J...; DEL RÍO URENDA S...; BANDERA VICARIO P... Y CASTILLO LÓPEZ S....

Objetivos: Implantar un Sistema de Información Corporativo, basado en el Modelo Corporativo de Implantación (MCI), integrado con un Plan de Gestión del Cambio Interno, dirigido desde la Subdirección de TIC del Hospital. La implantación de una Historia Clínica Electrónica Corporativa conlleva cambios estratégicos importantes, con dos vertientes: organizativa y tecnológica. Además, implica un cambio cultural. Analizamos las distintas Fases planificadas para gestionar un cambio en un Hospital de más de 1.000 camas, con un cambio en la dinámica asistencial que afecta casi a 6.000 profesionales

Material y Método: A)Subproyecto Tecnológico Las etapas del MCI incluían: 1. Análisis Previo de Situación 2. Reingeniería de Procesos 3. Preimplantación 4. Implantación 5. Consolidación y Extensión 6. Mantenimiento. B)Subproyecto Gestión del Cambio Se designa un Equipo Planificación en la Subdirección TIC. Este Equipo facilita la Coordinación entre la Dirección del Proyecto, el Equipo Técnico Interno-Externo y los Usuarios Clínicos. 1. Fase 1: Preimplantación a. Análisis de Situación Estratégico b. Diseño Estrategia de Cambio c. Generación Equipo Promotores del Cambio d. Plan de Comunicación Fase 1 e. Capacitación y Formación 2. Fase 2: Implantación a. Apoyo Técnico a UGC b. Plan de Comunicación Fase 2 3. Fase 3: Consolidación a. Consolidación y Extensión b. Mantenimiento del Sistema.

Resultados: •Definición del 13 Grupos de Implantación •Designación de 23 Interlocutores Referentes por Área •Desarrollo de 30 Sesión de Difusión Inicial en las UGC. •Desarrollo de 25 Sesiones de Reingeniería de Procesos, en las que participan casi 250 profesionales.

Discusión: Para ayudar a desarrollar cambios internos, los agentes de cambio deben entender qué necesitan cambiar, y cómo pueden hacerlo. Esto implica identificar elementos relacionados con la organización o los profesionales, que pueden facilitar o dificultar la adopción de mejores prácticas. Desde el primer momento, la Dirección del Proyecto tuvo la visión estratégica de la oportunidad que ofrecía un evento con tanto impacto, como para rediseñar la organización CON los profesionales y PARA ellos.

T-12

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME

Provincia: SEVILLA

Área Temática: INNOVACIÓN I

JUNTOS GANAMOS TODOS: ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL.

Autores: MÉNDEZ MUROS M.A..

Objetivos: Conocer la opinión de los profesionales de Hospital y Atención Primaria (AP) sobre Continuidad Asistencial, Accesibilidad y Relación Interniveles en el modelo Distrito de Atención Primaria y Hospital de referencia y su posterior evaluación con la implantación del modelo de Área de Gestión Sanitaria (AGS).

Material y Método: Investigación por encuestas semiestructuradas, realizadas en marzo de 2013 y abril de 2014 a los directivos de Unidades de Gestión clínica (UGCs) de AP y Atención Hospitalaria del AGS Sur de Sevilla. La encuesta para AP incluía valoraciones de cada una de las UGCs hospitalarias, mientras que la de Atención Hospitalaria lo hacía sobre las UGCs de AP. Constan de 4 preguntas cerradas, tres de ellas con escala tipo Lickert, siendo 1 el valor mínimo y 5 el máximo. El punto 3 es el grado medio de satisfacción o importancia de la relación internivel. Existen 2 preguntas abiertas: sobre propuestas de uso adecuado del medicamento y de gestión clínica compartida y sobre factores que dificultan la correcta comunicación.

Resultados: Se enviaron 42 encuestas (16 UGC AP, 26 hospital). Analizamos de forma comparativa los datos de ambas encuestas diferenciando entre la valoración de la relación por parte de AP y de Hospital. Desde la perspectiva de los centros de AP respecto al grado de satisfacción de la relación existente con las UGCs hospitalarias, en la primera encuesta la puntuación media de la satisfacción fue de 2.21 frente a 3.2 en la segunda encuesta, superando el grado medio de satisfacción. En cambio, si analizamos la media de la importancia que dan a una relación directa y periódica con las distintas especialidades hospitalarias, ésta fue de 3.62, estable en 3.7. Si analizamos el punto de vista del hospital igualmente encontramos diferencias. En la primera encuesta la puntuación media de la satisfacción de la relación existente con los distintos centros de AP fue de 2.45 frente a 3.3 en la segunda encuesta, también por encima del grado medio de satisfacción fijado. Asimismo, el promedio de la importancia que dan a una relación directa y periódica con los centros de AP fue de 3.93, invariable. Finalmente, no hay diferencias entre encuestas en las propuestas sobre uso adecuado del medicamento y gestión clínica compartida. Las UGC hospitalarias proponen guías de prescripción, acuerdos de derivación y objetivos vinculantes; AP plantea objetivos de Farmacia vinculantes, mejora en la comunicación e historia digital única. En esta misma línea, AP y hospital señalan el desconocimiento entre profesionales y la falta de comunicación como principales obstáculos para una comunicación satisfactoria.

Discusión: Hemos encontrado una mejora en el grado de satisfacción de la relación entre AP y hospital de carácter bidireccional tras la implantación del modelo de gestión sanitaria como área de gestión compartida. Los resultados refrendan la necesidad de seguir trabajando en esta línea de comunicación para conseguir una mejora en los indicadores de salud.

T-13

Centro: Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos del Condado. Huelva

Provincia: Huelva

Área Temática: e-SALUD I

CÓDIGOS QR Y GOOGLE: LA PAREJA PERFECTA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN NUESTRA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Autores: ALCALDE PÉREZ A.J.; GARCÍA SARDÓN P.; FERNÁNDEZ-NIETO FERNÁNDEZ P.; LÓPEZ MARTÍN R.; RAYA MARTÍNEZ A. Y ALCÁNTARA BELLÓN J.D..

Objetivos: Favorecer la comunicación en tiempo real sobre las distintas incidencias, guardias, formación interna, etc. entre todos los profesionales de nuestra unidad mediante la lectura de códigos QR desde nuestro móvil JUSTIFICACIÓN: En las distintas UGC (Unidades de Gestión Clínica), surgen frecuentemente incidencias que hay que transmitir de forma rápida a todos los profesionales. EL uso adecuado de los códigos QR nos permite que esta información llegue de una forma rápida, segura y fiable a todos los que trabajamos en nuestra UGG.

Material y Método: Colocación de carteles con los códigos QR en espacio reservado para los profesionales. Subimos toda la información (incidencias, guardias, formación…) tanto a Google Drive como Google Calendar, generamos los distintos códigos QR y enlazamos estos códigos QR con la información que previamente hemos subido a Google Drive y Calendar y que queremos compartir con el resto de profesionales. Actualmente tenemos códigos QR para: Guardias de médicos (Drive), guardias de enfermeras (Calendar), incidencias de médicos (Drive), incidencias de enfermería (Drive), incidencias de enfermería (Calendar) y agenda de formación interna (Calendar). La lectura de dicho código QR queda memorizada en el móvil y si hay algún cambio o incidencia, solo hay que abrir el enlace guardado en el móvil para tener actualizada toda la información.

Resultados: Tras la incorporación de los códigos QR en la UGC hemos transmitido a todos lo profesionales la importancia y ventajas que supone el manejo de dicho códigos, por su rapidez y confidencialidad a la hora de consultar y manejar los datos internos de nuestra UGC. La asimilación por parte de los profesionales ha sido muy buena y con gran aceptación, comenzando a usar los códigos QR integrándolos en el desarrollo normal de la praxis diaria.

Discusión: Extender el manejo de los códigos QR en nuestra UGC para mejorar la comunicación y el acceso a los datos internos, ha supuesto una mejora directa en la calidad del desarrollo laboral de los profesionales por la facilidad de acceso a los datos internos y la rentabilización del tiempo, al ser consultas en tiempo real.

T-14

Centro: UNIVERSIDAD DE HUELVA

Provincia: HUELVA

Área Temática: e-SALUD I

DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA DE LOS DONANTES DE SANGRE ANTE LAS CONVOCATORIAS VÍA POSTAL O SMS

Autores: FERNÁNDEZ HERRERA M.D.; ORTEGA MORENO M.; HUELVA LÓPEZ L.; AGUADO CORREA F. Y PADILLA GARRIDO N..

Objetivos: El formato de convocatoria de donantes de sangre, en su lugar habitual de donación, se realiza por correo postal o por SMS, según sus preferencias previamente recogidas. El principal objetivo del estudio consiste en determinar la respuesta de los donantes de sangre a las convocatorias realizadas por correo postal y SMS por un Centro de Transfusión provincial. Como objetivo secundario se trata de establecer el comportamiento de los diferentes colectivos de donantes ante dichas convocatorias.

Material y Método: El estudio abarca las convocatorias de donación sanguínea realizadas, en toda la provincia, entre el 3 de enero de 2012 y el 27 de junio de 2013. Tras la depuración de datos se han analizado 289 lugares a los que se ha enviado cartas y 317 donde se han enviado SMS. Las variables estudiadas han sido la fecha de donación, tipo de lugar de colecta (asociaciones de vecinos, empresas, hermandades, colegios, pueblos, organismos y macrocolectas, autobús y universidad), cociente entre donaciones de convocados por correo postal y total de convocados por correo postal (rendimiento correo postal), y cociente entre donaciones realizadas por convocados mediante SMS y total de convocados por SMS (rendimiento SMS). Se han aplicado contrastes paramétricos y no paramétricos para detectar si existen diferencias significativas entre ambos, así como para estudiar el comportamiento entre los grupos de colecta.

Resultados: El contraste de medias para muestras independientes permite rechazar la igualdad de respuestas de los donantes ante las convocatorias por correo postal o SMS, siendo el porcentaje de respuesta para los SMS superior al 20%. Por lo que respecta al comportamiento de los diferentes colectivos y centrándonos en los envíos SMS, hemos encontrado diferencias significativas entre empresas, colegios, pueblos, organismos y universidad; el resto de colectivos no son considerados por tener un número pequeño de observaciones. La mayor respuesta es la del colectivo de pueblos y la menor la del universitario. En las convocatorias por correo postal detecta diferencias significativas entre los grupos con más observaciones (empresas, pueblos y organismos), aunque se asume igualdad entre empresas y organismos.

Discusión: Las convocatorias realizadas mediante SMS obtienen una mayor tasa de donaciones que las realizadas mediante correo postal. Aunque el correo postal tiene unos plazos de entrega establecidos, no goza de la inmediatez que supone el envío de un SMS cinco días antes de la colecta y el efecto de un segundo recordatorio el mismo día de la extracción. Si a ello le unimos el mayor coste del correo postal frente al SMS, es evidente que, para una mayor calidad y eficiencia del servicio a sus donantes, el Centro de Transfusión se debe plantear la utilización de los SMS como canal de comunicación estándar para las convocatorias de colectas.

T-15

Centro: Centro de Salud Virgen de Consolación Utrera

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD I

¿USAMOS ADECUADAMENTE LA HISTORIA DIGITAL DE SALUD DIRAYA?

Autores: DE LA CALLE VÉLEZ M.A.; GONZÁLEZ BARBERO E.L.; AIRES ESLAVA E.L.; RUIZ DE LA VILLA L.I.; LARIO FERNÁNDEZ M.A. Y ARANDA LARA F.R.

Objetivos: Conocer si usamos adecuadamente nuestras Historias Digitales de Salud (HDS) Diraya. Proponer opciones de mejora.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo. Ámbito de estudio: zonas urbana y rural pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica Utrera Sur de la provincia de Sevilla, que cuenta con 1 Centros de Salud urbano y 5 rurales con una población asignada de 31.826 habitantes. Sujetos de estudio: historias de salud digital de la población atendida. Muestra aleatoria por conglomerados, n 216 HSD Diraya. Variables de estudio: cualitativas dicotómicas. Fuentes de información: base de datos DIRAYA.

Resultados: En una muestra representativa de nuestra unidad, hemos detectado los siguientes errores más comunes; 1) Algunas historias de seguimiento clínico (HSC) sin contenido o sin sentido, 50% en HSC de medicina general y 33% en HSC de pediatría. 2) Compartimentación excesiva: múltiples "Clips" de Procesos o Episodios, 49% 3) Lista de problemas ausente, reiterativa o no actualizada, 31%. 4) Otros: tabla de constantes (ausente o excesiva) 30%, alergias mal codificadas 15%, etc.

Discusión: En las dos o tres últimas décadas la HDS se ha impuesto en casi todos los niveles asistenciales. En Andalucía, a nivel de la sanidad pública se ha generalizado el uso de la HSD Diraya, lo que ha supuesto un avance en algunos aspectos asistenciales, como la receta electrónica, listado de codificaciones diagnósticas, gestión de incapacidad transitoria, programas y procesos asistenciales integrados, acceso a pruebas complementarias, etc. Actualmente la HSD es utilizada a diario en nuestro medio y es un soporte que permite sistematización de la información con codificaciones (diagnósticos, prescripciones, etc.) y deja parte del contenido para la expresión libre (motivo de consulta, exploración física, etc.). La ausencia de manual de estilo y la heterogeneidad de centros y profesionales ha ocasionado una calidad de registros que se alejan del ideal. De igual modo la excesiva compartimentación de las mismas, las hace en muchas ocasiones difícil de visualizar o manejar por profesionales que no conocen al paciente. No obstante, a pesar de las deficiencias y errores, consideramos que existen más virtudes que defectos en la informatización de la historia. Finalmente exponemos las siguientes propuestas de mejora: a) Cómo personalizar nuestro escritorio, b) Cómo ordenar adecuadamente nuestras historias, c) Cómo registrar adecuadamente las alergias, d) Cómo rentabilizar la información del módulo de analítica, d) Cómo utilizar historias de salud longitudinal modificable.

T-16

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD I

INTEGRACIÓN DE LA ELECTROCARDIOGRAFÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE MEDIANTE PETICIÓN ELECTRÓNICA

Autores: FERNÁNDEZ VELOSO A.; GARCÍA GARMENDIA J.L. Y DONCEL RODRÍGUEZ E..

Objetivos: Lograr la integración de la totalidad de los electros que se realizan en el hospital de forma automatizada en la historia clínica electrónica del paciente y la total eliminación de la impresión, basándose en la petición electrónica desde las estaciones clínicas y visualización de resultado mediante visores web desde cualquier estación de trabajo.

Material y Método: Este proyecto ha sido liderado por los servicios de informática y cuidados críticos y urgencias, encabezando un equipo multidisciplinar, acorde con una de las principales líneas estratégicas del hospital "La Seguridad del Paciente" ahondando en la calidad asistencial que se le presta al usuario. Se definieron los siguientes requisitos: • Integración HL7 con el Sistema de Información Hospitalario (HIS: Soportar petición electrónica, Comunicar realizaciones. • Gestión de listas de trabajo. Cada electro debe establecer filtros para mostrar solo las peticiones asignadas a él. • Integración Web mediante URL, con el identificativo principal del paciente y el de la prueba debe mostrar directamente el electro seleccionado en el HIS. • Cubrir la realización de electros sin petición, realizando una conciliación automática con una petición posterior • Poder realizar electros a pacientes desconocidos. • Poder operar en modo desconectado y conectado a la red de datos (por wifi o por cable). Despliegue progresivo por zonas comunes de petición: • Marzo. Pilotaje en la Unidad de cuidados intensivos y estabilización de la plataforma. • Junio. Consultas externas. • Julio. Urgencias. • Agosto. Hospitalización, finalizando el despliegue.

Resultados: Partíamos de una situación en el que el 100% de los electros se realizaban en papel desde una orden verbal, quedando éste incluido en su carpeta física de historia. Actualmente el sistema está completamente operativo, comprendiendo un total de 17 electros. Como ejemplo la producción en septiembre fue de 2037 pruebas. Este sistema ha mejorado la disponibilidad de las pruebas para el personal asistencial y sobre todo la seguridad clínica, disminuyendo la posibilidad de errores de identificación y evitando su perdida.

Discusión: Este proyecto ha supuesto un reto para nosotros al carecer de referentes que tengan un sistema similar implantado, con este alto grado de integración y gestión de las peticiones mediante listas de trabajo en los propios equipos de electrocardiografía. Una dificultad añadida al despliegue técnico ha sido el cambio de hábitos en la rutina de trabajo de enfermeros y médicos a la hora de solicitar una prueba, pasando de orden verbal a petición electrónica. Nuestro hospital es uno de los pocos con la totalidad de los electros funcionando bajo este esquema. Ha supuesto un año de trabajo y un gran esfuerzo, pero actualmente la perdida o error en la identificación es improbable, gracias a los sistemas de seguridad implementados y la total eliminación de procesos manuales desde la petición electrónica de la prueba hasta la visualización del resultado desde el HIS.

T-17

Centro: Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Provincia: Granada

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL I

CALIDAD ASISTENCIAL DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA TORÁCICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Autores: QUERO VALENZUELA F.; PIEDRA FERNÁNDEZ I.; NAVAJAS GÓMEZ DE ARANDA J.A.; GIRALDO OSPINA C.F.; BAYARRI LARA C.I. Y CUETO LADRON DE

Objetivos: Conocer los resultados en calidad asistencial tras la implementación de un programa de cirugía torácica mínimamente invasiva para procedimientos torácicos mayores.

Material y Método: Estudio descriptivo y comparativo de los resultados de un programa de cirugía torácica mínimamente invasiva para procedimientos torácicos mayores mediante la comparación de los procedimientos torácicos mayores agrupados en los GRD 075 y GRD 538 . Los datos se obtienen de la Unidad de Documentación hospitalaria e informes de la empresa IASIST .Se analizan estándares de calidad asistencial de los dos años anteriores a la implantación del programa años 2009 y 2010 y se comparan con los dos primeros años del programa años 2011 y 2012. Se analizan la proporción de procedimientos torácicos mayores correspondientes a los GRD 075 y GRD 538 por vía videotoracoscópica, estancia media depurada del servicio, estancia media de los procedimientos torácicos mayores videotoracoscópicos, índice case mix , peso relativo, impacto en las estancias hospitalarias, complicaciones hospitalarias para el GRD 538, complicaciones quirúrgicas para GRD 538, porcentaje de reingresos urgentes a los 30 días y razón de mortalidad estandarizada. Análisis estadístico se realiza con software R 2.15.Nivel de significación estadística $p<0.05$. Estadística descriptiva.Test de comparación de proporciones para análisis de indicadores.

Resultados: La proporción de intervenciones torácicas mayores incluidas en el programa ha sido del 43.45 % para el año 2011 y 66.6 % para año 2012. Estancia media depurada y estándar presenta un descenso los años 2009 y 2010 fue de (8.5/8.6, 7.8/7.7 días) años 2011 y 2012 (6.3/7.1, 5.8/5.9 días). La estancia media de los procedimientos torácicos mayores incluidos en el programa para el año 2011 y año 2012 fue de 3,26 y 3,46 días respectivamente. Índice Case mix para los años 2009 y 2010 (0.94,0.96) años 2011 y 2012 (0.94, 1.02).Peso relativo años 2009 y 2010 (0.95,1.04) años 2011 y 2012 (0.98,1.02). Impacto en las estancias (179,172) años 2011 y 2012 (-260, -93) encontrando diferencias estadísticamente significativas p=0.01 Complicaciones hospitalarias años 2009 y 2010 (4.02, 4.24) años 2011 y 2012 (2.80,3.33).Complicaciones quirúrgicas años 2009 y 2010 (6.32, 7.88) años 2011 y 2012 (1.87,1.67) con diferencias estadísticamente significativas p=0.02. Porcentaje de reingresos urgentes para los años 2009 y 2010 (1.61, 1.23) y años 2011 y 2012 (3.32, 2.38) y Razón de Mortalidad Estandarizada para los años 2009 y 2010 (0.25, 0.45) y años 2011 y 2012 (0.38, 0.15)

Discusión: La implementación del programa de cirugía torácica mínimente invasiva ha producido una mejora en la calidad asistencial con una reducción considerable de la estancia media hospitalaria y un descenso en el porcentaje de complicaciones hospitalarias y quirúrgicas. Se detecta un elemento de mejora producido por un aumento no significativo del porcentaje de reingresos urgentes moderándose en el segundo año de programa.

T-18

Centro: Distrito Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL I

OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE RECOMENDACIONES Y EVIDENCIAS EN HIPERTENSIÓN, DISLIPEMIA Y DEPRESIÓN.

Autores: CARABALLO CAMACHO M.O.; FERRER LOPEZ I.; PALMA MORGADO D.; DOMINGUEZ CAMACHO J.C. Y GUTIERREZ GIL J.F..

Objetivos: Conocer el grado de acuerdo de los médicos de familia sobre determinadas recomendaciones basadas en la evidencia y su aplicabilidad a la práctica clínica.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal desarrollado entre febrero-mayo 2014, mediante cuestionario con 24 preguntas cerradas (12 sobre grado de acuerdo y 12 sobre aplicabilidad). Las respuestas se midieron según escala Likert aplicado mediante entrevista individualizada realizada por 4 farmacéuticos de atención primaria. Las preguntas se orientaron hacia 3 áreas terapéuticos : hipertensión/Inhibidores del eje renina-angiotensina, dislipemias/hipolipemiantes y depresión/antidepresivos. Variable: Grado de acuerdo y de aplicabilidad.

Resultados: Se entrevistaron un total de 147 médicos de familia de 12 centros de salud. Recomendación/% médicos de acuerdo/muy de acuerdo con la recomendación ó evidencia / % médicos que verían fácil su aplicación: Nuevas cifras tensionales para inicio de tratamiento y de objetivo terapéutico en diabéticos o con IRC: 72.11% / 50.34%. Nuevas cifras tensionales para inicio de tratamiento y de objetivo terapéutico en personas≥ 60 años: 78.23% / 53.74%. Elección de IECA, en paciente hipertenso y diabético y/o con IR, al haber demostrado efectos beneficiosos sobre la función renal: 90.48% / 70.07%. ARAII son tan eficaces como los IECA en todas las situaciones clínicas e indicaciones en las que se han comparado: 88.44% / 57.14%. No justificación en el uso de otro ARAII distinto a losartán: 75.51% / 38.78%. No tratar para alcanzar determinadas cifras objetivo de cLDL: 48.30% / 22.45%. Seleccionar simvastatina a dosis moderadas en prevención secundaria: 83% / 60.54%. Todas las estatinas iguales a dosis equipolentes y genéricas o marcas: 71.43% / 49.66%. Rosuvastatina y Pitavastatina no disponer de datos de reducción de mortalidad ni eventos cardiovasculares:76.19% / 40.82%. No recomendar el uso rutinario de antidepresivos para los síntomas de depresión subumbral ni para la depresión leve:77.55% / 36.73%. Citalopram, Fluoxetina, Sertralina como tratamiento inicial de depresión: 87.76% / 66%. Cambiar a otro ISRS si la respuesta a dosis óptimas de un ISRS es inadecuada o no es tolerado: 58.50% / 32.65%.

Discusión: Opiniones variables según grupo terapéutico. Los médicos muestran mayor grado de acuerdo (>80%) con recomendación/evidencia de: tratar con IECA a hipertenso diabético y/o con IR, ARAII igual de eficaz que IECA, Citalopram, Fluoxetina y Sertralina como antidepresivos de elección y usar simvastatina a dosis moderadas en prevención secundaria. La recomendación de "tratar a los pacientes sin fijar cifras de LDLc como objetivo" es la que muestra menor grado de acuerdo. Respecto a la aplicabilidad en la práctica clínica, la mayoría de las recomendaciones donde hay mayor grado de acuerdo son las que se consideran más fácilmente aplicables.

T-19

Centro: Hospital Virgen de la Victoria

Provincia: Málaga

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL I

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN TIEMPOS DE CRISIS

Autores: TEJEDOR VALCARCEL P.; RIOS PÉREZ A.; HIJANO CUETO C.; BUJALANCE OTERO M.; GONZÁLEZ ESCOBAR A. Y MOYA SUARÉZ A.B..

Objetivos: El modelo de gestión de personas requiere una visión integrada de los RRHH, todo se ha de llevar a cabo de manera conjunta. Retos: Involucrar a las personas; vincular los objetivos de la empresa con los de las Personas, desarrollar modelo de valores culturales y que se transmitan a los Trabajadores, politica de flexibilidad, ofertar empleabilidad a través de for- mación, desarrollo de habilidades, etc, crear sistemas de gestión que Satis- fagan a los profesionales. La comunicación es una herramienta clave para gestionar los RRHH..Es necesario priorizar la información real y la honestidad de cara a los profesionales,asegurar el clima laboral y el ambiente positivo deben de ser bases de un lider.las decisiones y cuestiones difíciles se deben de comunicar de la mejor forma, mantener un buen liderazgo capaz de motivar a los trabajadores. Los responsables debemos afrontar esta situación para que las consecuencias sobre la productividad y motivación de nuestros profesionales sea la menor posible.

Material y Método: Se organiza un grupo focal de mandos intermedios de diferentes hospitales en el que se trabaja : 1) Principales problemas en la gestión de RRHH. 2) Herramientas en la gestión de RRHH. 3) Alternativas en el marco legal de la sanidad Pública.

Resultados: Qué hacer para motivar en tiempo de crisis?: 1-Brindar oportunidades de desarrollo y autorrealizan 2-nuevos retos, nuevas responsabilidades, mayor poder de decisión. 3-Reconocer logros. 4-hacer que se sientan comprometidos con la empresa. 5-relacion con los compañeros. 6-Usar metas que se perciban como desafiantes pero alcanzables. Cómo? -Crear canales de información , evitar rumorología y conjeturas, evitar incertidumbre. -Predicar con el ejemplo. -crear ambiente positivo, los jefes deben de estar cerca de los trabajadore -Escuchar SIEMPRE Medidas para optimizar los RRHH -tener en cuenta las habilidades de los profesionales y considerar las reubicaciones en la unidad. -Comunicación directa y frecuente. -Comunicar la razón y el por qué de restructuraciones en la plantilla. -dar soporte y evitar la transmisión de mensajes negativos. -Dirigir la reestructuración de forma coherente, tener en cuenta la demanda aistencial. -Ayudar a gestionar el aumento de cargas de trabajo ante la disminución de personal. Aprender a prevenir a través de una planificación razonable en relación a las cargas asistenciales.

Discusión: Nunca habia sido tan importante la motivación para conseguir metas que ahora son más dificiles de lograr, la unión para conseguir resultados, el buén clima laboral para luchar contra la frustración, la comunicación para luchar contra la incertidumbre. Debemos de asesorar, opinar y cuidar en la medidada en que se pueda la buena gestión por y para las personas que forman parte de nuestar organización. La gestión de RRHH en tiempo de crisis es una cuestión de ACTITUD.

T-20

Centro: Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Bormujos. Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL I

¿SE AJUSTA A LAS GUÍAS EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PRESCRITO EN URGENCIAS A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEUMONÍA?

Autores: PALMA AGUILAR J.L.; GARCÍA GARMENDIA J.L. Y GONZÁLEZ MÁRQUEZ F..

Objetivos: Comprobar si el tratamiento antibiótico de los pacientes diagnosticados de neumonía comunitaria (NAC) se ajustaba a las guías antimicrobianas vigentes.

Material y Método: Realizamos un Estudio Descriptivo de Incidencia del periodo comprendido entre el 01/01 y el 30/06 de 2012 mediante la revisión de la historia clínica informática de los pacientes que acudieron por NAC en dicho periodo. Comprobamos el tratamiento antibiótico prescrito y si el mismo se ajustaba a las recomendaciones de la Guía Antimicrobiana del Hospital San Juan de Dios en los pacientes con criterios de ingreso y de la Guía Antimicrobiana del Aljarafe en los pacientes con criterios de alta.

Resultados: Se administró el antibiótico adecuado a la guía a un 36,86% de los pacientes. El antibiótico más prescrito, levofloxacino (LEVO), sólo se ajusta a las guías en el 49,44% de los casos. El segundo antibiótico, amoxicilina-ácido clavulánico (AX-CL), sólo se ajusta a las guías en un 25,88% de los casos. Combinaciones como AX-CL y LEVO o AX-CL y ceftriaxona, no se ajustan a la guía en ningún caso. La combinación CEFTR y LEVO, indicada en pacientes con criterios de gravedad, se adecua a este criterio en el 43,75% de los casos La adecuación del tratamiento antibiótico a las guías es del 20,41% en los pacientes que ingresan y del 58,88% en los pacientes dados de alta.

Discusión: Nuestro estudio concluye que la adecuación del tratamiento antibiótico a las guías terapéuticas fue muy baja y constituyó un punto débil en nuestra actuación que debía ser analizado y corregido. La guía antimicrobiana del Hospital San Juan de Dios es un documento de consenso, basado en la evidencia y en los patrones locales de sensibilidad y resistencia antimicrobiana de nuestro centro. En el Área Sanitaria del Aljarafe contamos una guía antimicrobiana con recomendaciones basadas en la evidencia y similares objetivos. Ambas guías pretenden que los usuarios se beneficien de las mejoras en la calidad de la atención recibida, por la reducción prevista en la prescripción innecesaria de antimicrobianos y la mejora en la adecuación de sus indicaciones. La coexistencia de dos guías, con criterios no siempre coincidentes, daba lugar a confusión a la hora de analizar los datos. Por ello, constituimos un grupo multidisciplinar, dentro del grupo de neumonías del Comité de Infecciones del Hospital San Juan de Dios Aljarafe, que modificó el protocolo vigente para adaptar el manejo de las neumonías en urgencias a los resultados microbiológicos, basados en las guías clínicas más actuales, y unificar los criterios de tratamiento antibiótico de la Guía Antimicrobiana del Área Sanitaria del Aljarafe con la Guía Terapéutica Antimicrobiana del hospital. Los resultados de este nuevo protocolo serán analizados a final de este año.

T-21

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: Acreditación I

REVISIÓN DEL RESPALDO CIENTÍFICO DE LOS ESTÁNDARES DEL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ACSA

Autores: HERRERA USAGRE M.; REYES ALCÁZAR V. Y BREA RIVERO M.P..

Objetivos: Revisar la validez de contenido del programa de certificación competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) atendiendo a sus estándares comunes.

Material y Método: Estrategia de búsqueda: 1. Selección de los estándares comunes para el máximo número de manuales: (i) estándares no quirúrgicos comunes a los manuales (n=37); (ii) estándares quirúrgicas comunes a los manuales (n=11); (iii) estándares comunes de enfermería (n=12). 2. Para los estándares que requiriesen respaldo normativo, se revisó el marco legal. 3. Para los estándares que requiriesen respaldo científico se estableció una estrategia inspirada en los criterios referidos a la búsqueda y a la selección de la evidencia científica del instrumento AGREE (Brouwers et al., 2010) y de las recomendaciones establecidas para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) de Rotaeche et al. (2007): a) Descomposición de los estándares en descriptores MESH b) Búsqueda en Up-To-Date c) Búsqueda en The Cochrane Library (revisiones sistemáticas y RCT) d) Búsqueda en PUBMED revisiones sistemáticas y RCT) e) Búsquedas secundarias 4. Valoración sobre si: a) las referencias sostienen el estándar, b) los resultados eran no conclusivos o c) si las referencias no sostenían el contenido del estándar. Todas las referencias fueron además incorporadas a una base de referencias bibliográficas en ZOTERO para su acceso y uso público por los profesionales. 5. Finalmente, una serie de alertas sobre nuevos resultados científicos en referencia al contenido de los estándares fue establecida en MyNCBI. 6. Para el análisis de contenido hemos utilizado el gestor documental ZOTERO y la herramienta Papers Machines.

Resultados: Se encontró respaldo normativo y científico a la totalidad de los 60 estándares analizados, habiéndose analizado 478 referencias. Sobre la validez de contenido: 1. Para 21 de los 37 estándares no quirúrgicos analizados se encontraron discrepancias. Estas referencias supusieron tan sólo el 15,7% de la totalidad de referencias encontradas. 2. Para 4 de los 11 estándares quirúrgicos analizados se encontraron discrepancias, pero sólo supuso un 11,9% de la totalidad. 3. En 6 de los 12 estándares para los manuales de enfermería se encontraron discrepancias suponiendo un 13,1% de la totalidad de referencias encontradas.

Discusión: El presente trabajo está orientado a reducir la incertidumbre que rodea la validez y justificación del contenido de los estándares de los programas de certificación o acreditación, seleccionando como caso de estudio el programa de certificación de competencias profesionales de ACSA. Hemos encontrado una ingente cantidad de evidencias científicas que sostienen o justifican el contenido de los estándares. No obstante, en un buen número de ellos, la investigación en la materia mantiene discrepancias. Estas discrepancias son comprensibles en tanto que el ejercicio de una práctica no puede tener siempre y bajo cualquier supuesto la misma efectividad.

T-22

Centro: HU de Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: Acreditación I

ACREDITACIÓN DE HOSPITAL SEGURO A TRAVÉS DE LA COMUNICACION DE INCIDENTES CRÍTICOS EN UN SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.

Autores: GARCÍA BERNAL D.; LÓPEZ CARRETERO J.; RODRÍGUEZ MORILLO A.; RAMOS CURADO P.; CABA BARRIENTOS F. Y ECHEVARRÍA MORENO M..

Objetivos: Aumentar la seguridad del paciente disminuyendo la repetición de incidentes mediante la comunicación, análisis y aplicación de medidas. Dar a conocer la base de datos de recogida de incidentes.

Material y Método: Consideramos incidente crítico aquella situación que causó o pudo causar daño al paciente. Nuestro servicio se adhirió en 2010 al Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) y desde entonces comunicacmos incidentes. Evaluamos el período desde Enero de 2013 hasta Diciembre de 2013 recogiéndolos en la base de datos ANESTIC de SENSAR. Todos los miembros del servicio pueden comunicar incidentes, anónima y voluntariamente, recogiendo datos sobre edad del paciente, ASA, franja horaria, lugar, tipo de intervención, causas del incidente, repercusión y posible prevención. Un grupo de anestesiólogos los analiza, y plantea medidas al responsable del servicio para evitar su repetición.

Resultados: Se han comunicado un total de 42 incidentes, que se han repartido de forma desigual durante el año 2013. En cuanto a los datos demográficos, los pacientes que han sufrido incidentes tienen una edad media de 54,97 años. Los incidentes se produjeron en su mayoría en quirófano (69%), y en cirugía electiva (76%), destacando la cirugía ambulatoria en un 47% del total de procedimientos. En un 76% los incidentes tuvieron lugar en horario de 8 a 15 horas. Los incidentes más frecuentes estaban relacionados con la medicación (31%) y con problemas de comunicación (26%). En relación a la morbilidad de los incidentes, el 79% no ocasionó daño, y se comunicó una muerte en la que el incidente no estaba relacionada con la misma. En relación a las medidas adoptadas fueron las siguientes: - Presentar en sesión, 38 incidentes. - Reunión/Comunicación con distintos jefes y supervisores, 28 incidentes. - Modificación o actualización de protocolos, 6 incidentes - Uso de programa informatico, 2 incidentes - Revisión técnica de equipamiento, 2 incidentes - Retirada de medicación peligrosa, 3 incidentes - Alerta inmediata, 2 incidentes. Este informe ha hecho que seamos catalogados como Hospital Seguro por esta sociedad.

Discusión: Los hospitales más seguros son aquellos donde se comunican más incidentes, por lo que se nos hace imprescindible para una buena cultura de seguridad. Gracias a la comunicación de incidentes, se puede analizar sus causas e implantar medidas con el fin de evitarlos o minimizar su impacto.

T-23

Centro: Consejería de igualdad, salud y Políticas sociales

Provincia: sevilla

Área Temática: Acreditación I

REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA (RVA).AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.

Autores: MÉNDEZ MARTÍNEZ C.; BARRERA BECERRA C.; CABEZA DE VACA PEDROSA M.J. Y LOPÉZ JIMENO W..

Objetivos: En 2009 se realizó una autoevaluación en RVA, según el modelo EFQM, con el objetivo de mejorar la organización para gestionar un Registro más cercano a los grupos de interés: la Ciudadanía para acercar este derecho y los profesionales sanitarios para facilitar la consulta. Se describen los resultados de las acciones de mejora puestas en marcha hasta principios de 2014.

Material y Método: El equipo de evaluación se constituyó con participación de todos los perfiles de la organización, se contó con el asesoramiento y la herramienta AGORA_EFQM de la Consejería de Hacienda y Administración Pública. Se realizó una sesión previa, con el equipo de formación, sobre el modelo EFQM y el uso de la plataforma. Al terminar el cuestionario de autoevaluación los resultados se consensuaron en una reunión y se priorizaron las acciones de mejora. Se crearon grupos de mejora, para facilitar su labor se gestionó una Comunidad en el entorno colaborativo de trabajo que tuvo 4.972 accesos (01/2012-02/2014). Se diseñó una encuesta para Ciudadanía y otra para profesionales sanitarios que habían realizado consultas a RVA. Se diseñó un curso de formación básica con la colaboración de la EASP para las nuevas personas de la organización. En 2014 se ha realizado una nueva autoevaluación.

Resultados: Se definió: misión, visión y valores, estudio cartográfico de accesibilidad, para ubicar los nuevos puntos de registro, abriendo 44 más (en 27 hospitales, 13 Centros de salud, 4 en Distritos AP) hasta los 52 actuales, se modificó el sistema de información con las aportaciones de las personas de la organización, desde octubre de 2012 el 100% de registros son digitales, la ciudadanía puede realizar cualquier gestión en cualquiera de los puntos de registro. Los resultados de las encuestas se incorporaron a: los requisitos de las sedes facilitando los valores de la organización, la intimidad y la confidencialidad, la modificación de los formularios, la accesibilidad de los profesionales sanitarios se mejoró con el acceso a RVA desde la Historia de Salud única, pueden ver si tiene VVA su paciente y acceder si es necesario, sincronización con el Registro Nacional (RNIP), todas las VVA pueden ser consultadas desde cualquier centro sanitario de España. Se realizaron 6 cursos de 30 horas para los nuevos responsables de los puntos, en los que se formaron 163 personas entre 2012-2014 con una puntuación media de utilidad de 9/10 con desviación de 0.9. Estas acciones han provocado cambios legislativos: modificación de la ley 5/2003 en la ley 2/2010, publicación del Decreto de organización RVA 59/2012, Orden de 2 de octubre 2012 de las sedes habilitadas y orden de 22 de marzo de 2013 del fichero de datos de personales.

Discusión: El modelo EFQM de excelencia, implica a toda la organización y ha sido útil para mejorar la organización introduciendo la mejora continua. La nueva autoevaluación prioriza la consolidación de los puntos de registro y el plan de comunicaciones. Nuevos retos para avanzar hacía la excelencia.

T-24

Centro:

Provincia:

Área Temática: Acreditación I

CARACTERÍSTICAS DE LAS SESIONES CLÍNICAS ACREDITADAS A TRAVÉS DE LA NUEVA MODALIDAD DE ACREDITACION

Autores: VILLANUEVA GUERRERO L.; MUÑOZ CASTRO F.J.; VALVERDE GAMBERO E. Y MUDARRA ACEITUNO M.J..

Objetivos: La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía inicia en 2003 la Acreditación de Actividades de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. En Octubre de 2013, se pone en marcha la nueva modalidad para la acreditación de Sesiones Clínicas, por indicación de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias. El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo de las características de las sesiones acreditadas en Andalucía, a raíz del nuevo modelo.

Material y Método: Tipo de estudio: Observacional descriptivo. Periodo de estudio: 2003-2014 Variables: - Nº de sesiones acreditadas por el modelo específico - Temática de la formación - Tipo de sesión - Modalidad de sesión -

Tipo de entidad proveedora - Provincia en la que se imparte - Sistemas de evaluación

Resultados: Total de sesiones acreditadas en el periodo analizado: 4822 Con respecto a la temática de las sesiones: 4050 (83,99%) están relacionadas con la Práctica Clínica, 240 (4,98%) con la Docencia, 176 (3,65%) con la Calidad, 175 (3,63%) con Salud Pública, 114 (2,36%) con Gestión Sanitaria y 67 (1,39%) con Investigación. En relación a la modalidad de las sesiones: 4763 (98,78%) son presenciales, 55 (1,14%) semipresenciales y 4 (0,08%) e-learning. Referente a los tipos de sesiones acreditadas: 2233 (46,31%) son clínicas, 2101 (43,57%) son de actualización, 321 (6,66%) son bibliográficas y 167 (3,46%) hospitalarias. Con respecto al tipo de entidad que solicita la acreditación: 3184 (66,03%) sesiones son solicitadas por entidades, 953 (19,76%), 660 (13,69%) de AGS, 16 (0,33%) de Colegios Profesionales y 5 (0,19%) de dispositivos de Emergencias. Referente a las provincias que acreditan sesiones: en Sevilla se han solicitado 2180 (45,21%) sesiones, en Cádiz 914 (18,95%), en Málaga 366 (7,59%), en Granada 339 (7,03%), en Almería 309 (6,41%), en Jaén 306 (6,35%), en Huelva 257 (5,33%) y en Córdoba 151 (3,13%). En relación a los sistemas de evaluación de resultados empleados en las sesiones: 4822 (100%) miden la Satisfacción del alumnado, 3879 (80,44%) la satisfacción del docente, 1415 (29,34%) el aprendizaje, 309 (6,41%) la transferencia y 142 (2,94%) el impacto.

Discusión: Dentro de las sesiones acreditadas, predominan aquellas en las que se exponen y debaten casos clínicos concretos, seguidas de las sesiones de actualización en las que se hace alusión a contenidos formativos más genéricos, sin alusión a casos clínicos especiales, asimismo, son impartidas por entidades de Atención Especializada. Las provincias con mayor número de sesiones acreditadas son Sevilla y Cádiz, con un 45% y un 19% respectivamente. En cuanto a los sistemas de evaluación empleados, además del 100% de cumplimiento en la medición de la satisfacción del alumnado, destaca en el 80% la medición de la satisfacción del docente.

T-25

Centro: SERVICIOS CENTRALES DEL SAS - SEVILLA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: SEGURIDAD DEL PACIENTE I

FORMACIÓN EN RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL.PREVENCIÓN DEL RIESGO SANITARIO Y MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN OBSTETRICIA.

Autores: GONZÁLEZ GARCÍA M.M.; ORTEGA RODRÍGUEZ S.; BORREGO APARICI R.V.; DOMÍNGUEZ PALACIOS E.; GONZÁLEZ PEÑÍN J. Y SÁINZ BUENO J.A..

Objetivos: Desde el Servicio de Aseguramiento y Riesgos queremos promover vías de comunicación con los Directores de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud,para facilitar el conocimiento mutuo y la colaboración más directa y fluida,con el objetivo de dar adecuada respuesta a las reclamaciones planteadas por los usuarios y mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes.

Material y Método: Celebramos en la Escuela Andaluza de Salud Pública,en noviembre del año 2.010,10 sesiones formativas sobre Responsabilidad Patrimonial a las que fueron invitados los DUGC de los hospitales del SAS de las 8 especialidades más reclamadas. La jornada dedicada a la Obstetricia fue especialmente fructífera debido,a la numerosa participación, implicación y sensibilidad de todos los participantes. Queriendo dar un paso más en esta colaboración recíproca,decidimos,hacer algunas indicaciones acerca de aspectos de la práctica obstétrica que son objeto de controversia y motivo de reclamación y,al mismo tiempo,proponer medidas para mejorar la calidad de la asistencia,contribuyendo a prevenir nuevas reclamaciones y,en su caso,facilitar y mejorar la respuesta a la reclamación. En el periodo de estudio,2.005/2.011,el Servicio de Aseguramiento y Riesgos registró 4.738 reclamaciones sobre responsabilidad sanitaria,de ellas,casi 800 corresponden a Obstetricia y Ginecología,lo que supone un 16% del total de reclamaciones.De éstas,el 70% se deben a actuaciones en Obstetricia,y el 30% a Ginecología.Es decir,1 de cada 10 reclamaciones presentadas en este periodo ha estado relacionada con la práctica obstétrica.

Resultados: Tras la formación,ha sido notable el incremento de la colaboración recíproca,apreciándose asimismo una importante mejora en la calidad de los informes emitidos por los DUGC dando respuesta a las reclamaciones y justificando las asistencias sanitarias prestada en cada caso. En cuanto al estudio realizado para mejorar la calidad de la asistencia prestada en la práctica obstétrica, surgió el documento "Recomendaciones para la prevención del riesgo sanitario y mejora de la calidad asistencial en obstetricia",elaborado conjuntamente entre la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO) y nuestro Servicio de Aseguramiento y Riesgos. Asimismo se elaboró conjuntamente con la SAGO un listado de verificación de seguridad obstétrica en eventos adversos,que permitirá siempre que se presente una incidencia,potencial o real,especialmente durante el parto,auditar de inmediato los documentos y registros contenidos en el historial clínico, facilitando y sistematizando así esta revisión.

Discusión: En octubre de este año,celebraremos nuevamente sesiones formativas para los DUGC de distintas especialidades,siendo una de ellas para Ginecología,Neonatología y Atención Integral a la Mujer. En dichas sesiones,tendremos la oportunidad de conocer directamente de ellos el uso del documento de recomendaciones y la utilidad del listado de verificación de seguridad obstétrica en eventos adversos.

T-26

Centro: Area de Gestión Sanitaria de Osuna

Provincia: Sevilla

Área Temática: SEGURIDAD DEL PACIENTE I

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONCILIACION DE LA MEDICACION EN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.

Autores: IRALA PÉREZ F.J.; GORDILLO RUEDA E.; RECIO MORALES S.; MARÍN MARTÍN J.; CÁMARA MESTRES M. Y BENAVENTE CANTALEJO S.R..

Objetivos: Desarrollar un procedimiento de conciliación de la medicación, que permita la prevención de errores de medicación, la continuidad, suspensión y modificación del tratamiento durante todo el proceso asistencial del paciente.

Material y Método: Elaboramos un procedimiento estandarizado de conciliación de medicación, durante episodios de Atención Primaria y tras el alta de Hospitalización. Se aprobó y difundió entre todos los profesionales implicados. Se recogen aspectos relacionados con horarios de administración, entrega de la medicación habitual del paciente y administración por el personal de enfermería, administración exclusivamente de las indicaciones de la hoja de prescripción y comunicación a paciente y familiar de cualquier modificación de medicación domiciliaria. Por otra parte se ha mejorado la información de la prescripción electrónica a farmacia, que junto al sistema de distribución en dosis unitarias, facilita que sólo se pueda administrar la medicación prescrita por el Médico. La información sobre alergias del paciente, están disponibles para todo el personal sanitario. Se ha promovido la participación activa del farmacéutico en el proceso, registrando, validando y monitorizando todas las prescripciones de medicamentos, trabajando directamente en las unidades de hospitalización desempeñando actividades clínicas. Al alta del paciente, se actualiza el tratamiento completo del paciente en el módulo de prescripción de DIRAYA (Receta XXI). Se puso en marcha una señal de aviso, a través del botón rojo de Diraya, para revisar/conciliar la medicación de los pacientes. Se revisaron las prescripciones de pacientes poli-medicados con potenciales problemas de prescripción (Dosis máximas autorizadas y/o duplicidades de 2 fármacos del mismo subgrupo terapéutico).

Resultados: Evaluamos el periodo comprendido de Marzo a Mayo 2014 de los pacientes ingresados, poli-medicados (>5 medicamentos), mayores de 65 años de la Unidad de Hospitalización de Medicina Interna y Especialidades y el numero de revisiones/conciliaciones avisadas y realizadas a través del botón rojo de Diraya en pacientes dados de alta del hospital con mas de 5 medicamentos. De un total de 353 altas de pacientes >65 años y con mas de 5 medicamentos, se ha conciliado la medicación de 298 (84.42%). De estas altas, en Atención Primaria, las revisiones/conciliaciones avisadas y realizadas a través del botón rojo de Diraya han sido 294 (98.6%). Desde Atención Primaria, de un total de 830 pacientes poli-medicados con potenciales problemas de prescripción, se revisaron 684 (82.41%), de los cuales se les realizó una modificación del tratamiento al 46.78% y el 53.07% restante, se entendió que estaba justificada.

Discusión: La puesta en marcha del procedimiento de Conciliación de Medicación está permitiendo prevenir errores de medicación, reducir duplicidades y corregir dosificaciones. Además mejora de la información y comunicación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales.

T-27

Centro: HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: SEGURIDAD DEL PACIENTE I

ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN UNA UGC DE SALUD MENTAL: UNA CUESTIÓN DE CONSENSO CLÍNICO.

Autores: BERNET TOLEDANO F.J.; HERRERA USAGRE M.; ROJAS UCEDA M.C. Y GOMEZ GONZALEZ J..

Objetivos: Identificar los riesgos para la seguridad del paciente en una UGC de Salud Mental y desarrollar un mapa de riesgos.

Material y Método: Se utilizó como metodología, una técnica cualitativa de recogida de datos, como son los grupos de discusión; con ellos se pretendía obtener el máximo nivel de información sobre el tema de la seguridad del paciente; cuales eran las área problemáticas en el día a día clínico y cuales podían ser las posibles soluciones. Se trabajó con grupos seleccionados de cada Unidad funcional de la UGC, los cuales tenían que ser multidisciplinares y debían haber pasado de forma previa por una estrategia de formación en seguridad del paciente. Cada grupo era coordinado bien por el mando intermedio de la Unidad y/o el coordinador de calidad de la UGC Se les entregó con anterioridad las líneas modelo, que el Centro había desarrollado para llevar a cabo un mapa de riesgos.

Resultados: Se dividió la UGC en cinco áreas funcionales; infanto-juvenil, hospitalización, hospitalización de día, comunidad terapéutica y salud comunitaria; con esta división didáctica, se procedió a que cada área trabajase de forma consensuada el tema de los riesgos que conceptuaban como posibles, en su propia Unidad. Los grupos elaboraron un documento como resultado de las reuniones del grupo de trabajo discusivo y como análisis del contenido desarrollado; así mismo se ofertó que los participantes desarrollarán de forma previa, una actividad formativa, bien presencial o de forma on line, sobre seguridad clínica. En un momento final, un representante de cada grupo formado, presentó las conclusiones de sus reuniones, y se procedió al consenso final, y a la elaboración de un Documento Marco que se enviará a la Unidad de Calidad y posteriormente a la Dirección del Centro.

Discusión: Elaborar un mapa de riesgos en una UGC pasa primero por desarrollar una estrategia formativa sobre seguridad clínica; de no ser así, podemos caer en el error de que cualquier nuevo proyecto, documento, protocolo, etc. no consiga implantarse de forma correcta en la Unidad en la que trabajemos. Conseguir que el máximo número de profesionales, de diferentes categorías, participen en la elaboración de los Riesgos de su propia Unidad, favorece que la implicación de los mismos en las soluciones a los posibles problemas, sean más factibles. Utilizar las nuevas herramientas on line que el Centro y el SAS ofrece a sus profesionales, son elementos básicos si queremos en la actualidad desarrollar estrategias novedosas en seguridad clínica.

T-28

Centro: Hospital Universitario PuertoAreal

Provincia: Cádiz

Área Temática: SEGURIDAD DEL PACIENTE I

LA ENFERMERA REFERENTE DEL PACIENTE QUIRÚRGICO GARANTE DE SU SEGURIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Autores: GARCÍA JUÁREZ M.R.; CASARES CERVILLA R.; GIL SERRANO R.; PERTEGUER HUERTA I.; GONZÁLEZ LÓPEZ M.L. Y GUERRA GONZÁLEZ S..

Objetivos: Implantar un plan funcional que garantice la verificación de seguridad en pacientes que ingresan para intervenirse de artroplastia de cadera y/o rodilla.

Material y Método: Se diseñó un plan funcional que responsabilizaba a la enfermera referente del paciente quirúrgico de realizar intervenciones que garanticen su seguridad durante la hospitalización. El plan funcional se implantó en 4 unidades de traumatología de cuatro hospitales. Se realizaron sesiones clínicas por turno (6 en cada hospital) desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre de 2014 con el siguiente contenido: importancia de la seguridad clínica, Observatorio para la Seguridad del Paciente, principales eventos adversos en hospitalización, funciones de la enfermera referente en materia de seguridad y listado de verificación. En todos los hospitales se utilizó la misma presentación y el mismo guion en las sesiones clínicas. 6 meses tras la primera sesión se midió la implantación mediante un cuestionario tipo informe de usuario con 21 ítems, que se entregó a los pacientes en el momento del alta, y les interrogaba sobre la realización de las funciones contempladas en el plan funcional.

Resultados: Contestaron 159 pacientes dados de alta entre el 1 de abril y el 31 de agosto de 2014 cuya media de edad fue de 64,5, desviación estándar 8,8. 43% de sexo femenino. El nivel de estudios del 83% de los incluidos se situaba entre "Saber leer y escribir" y "Estudios primarios". Porcentaje de respuestas afirmativas: Superior al 98% en los ítems que preguntaban: si la enfermera había valorado la existencia de alergias, si habían comprobado con regularidad catéteres, sondas etc, si les había explicado cómo moverse, si les había entregado un informe de continuidad de cuidados y si les había informado sobre la medicación a tomar tras alta. Entre el 95- 98% en los ítems: realización de identificación de paciente, valoración de enfermería, preguntar medicación domiciliaria, comprobar miembro a intervenir, explicar cuidados tras alta y comprobar que él y/o su cuidador comprendían la información. Entre el 90 - 95% en los ítems: comprobar intervención a realizar, comprobar seguimiento de indicaciones prequirúrgicas, preguntar patología previa, confirmar idoneidad para intervenirse y comprobar que sabe usar dispositivos ortoprotésicos antes del alta. Menor al 90%: comprobar que sabe realizar la higiene prequirúrgica (87,4%), comprobar identificación antes de realizar técnicas (89,9%), valorar dolor (89,3%) y valorar piel (79,2%).

Discusión: Los resultados permiten confirmar la implantación del plan, las enfermeras de las unidades han asumido su rol en la verificación de seguridad del paciente. Los ítems que tienen menos del 90% de respuestas afirmativas son acciones que debe realizar más de una persona o acciones que pueden haber realizado sin que el paciente lo haya percibido (valorar la piel). Actualmente se está estudiando si esta medida organizativa ha disminuido la proporción de eventos adversos en estas unidades.

T-29

Centro: Catedra de Economia de la Salud y URM. Dep Farmacologia. Fac Medicina

Provincia: Málaga

Área Temática: DESINVERSIÓN II

MEJORANDO LA EFICIENCIA: ANÁLISIS DE COSTE UTILIDAD DE BECLOMETASONA/FORMOTEROL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: GARCIA RUIZ A.J.; QUINTANO JIMENEZ J.A. Y GARCIA-AGUA SOLER N..

Objetivos: Realizar un estudio de Coste-Utilidad en Atención Primaria con Beclometasona/ Formoterol en combinación fija. Secundario: conocer la CVRS en pacientes asmáticos mediante cuestionarios genéricos que sirvan de comparación con otras patologías y un cuestionario específico.

Material y Método: Período de observación: 6 meses. Muestra: 65 pacientes asmáticos de CS de Atención Primaria. Criterios de inclusión: > 18 años; asmáticos con severidad persistente moderada/grave (GEMA); asmáticos en tratamiento con Beclometasona / Formoterol, al menos entre 1-3 meses antes del inicio del estudio. Variables: edad, sexo, duracion de la enfermedad, patologia concomitante; recursos sanitarios empleados; grado de severidad del asma. Cuestionarios de Calidad de Vida: AQLQ de Juniper; EQ5D y SF36. Los costes de los recursos empleados se han obtenido del estudio AsmaCost, actualizados a diciembre de 2013 con el IPC (INE). Analisis estadistico: media±DE; frecuencia y proporciones. En la estadística inferencial:T-Student, Chi-

cuadrado y Anova.

Resultados: Nuestro paciente medio fue mujer (60%), edad 49±2,16 años con duración de la enfermedad de 92±18,34 meses. El 93,5% de los pacientes tenían un asma persistente moderada y el 6,5% persistente grave. No hubo diferencias significativas respecto al sexo y grado de severidad del asma. Respecto al tratamiento con Beclometasona/Formoterol el 1,8% de los pacientes tuvieron la pauta prescrita de 1/cada 24 horas; el 52,8% la pauta de 1/cada 12 horas y el 45,3% la pauta de 2/cada12 horas. La utilización de recursos por paciente fue: 3,43±0,35 visitas médicas y 1,42±0,29 a enfermería; Analíticas: 0,63±0,09; Rx tórax: 0,38±0,08; ECG: 0,32±0,0,08. Nº de exacerbaciones sin ingreso 1,09 ±0,19; ingresos a urgencias en AP por asma: 0,43±0,11. El uso de Beclometasona/Formoterol en pacientes asmáticos moderados en Atención Primaria produce un aumento en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de estos pacientes. - en el cuestionario AQLQ se produjeron "cambios clínicos mínimamente importantes" en 3 dimensiones: limitación de actividades, síntomas y función emocional. - con el SF36, se produjo un aumento significativo en las puntuaciones respecto del inicio del estudio para las dimensiones: función física, rol físico, salud general, función social y rol emocional. - se produjo una ganancia incremental en CVRS (medida con EQ5D) de 0,068 AVAC a los 6 meses de tratamiento. - El coste utilidad incremental de Beclometasona/Formoterol frente a la opción habitual de tratamiento fue de 6.256€/AVAC, lo que se puede considerar como una opción muy eficiente (muy por debajo de los 30.000 €/AVAC).

Discusión: Al comparar nuestro estudio con la población general de pacientes asmáticos en España (Arch Bronconeumol 2002; 38 (1): 4-9.), nuestros pacientes lograron mejores puntuaciones que la cohorte española de asma en: rol físico, dolor, salud general, función social y salud metal, y estas fueron estadísticamente significativas (p<0,05).

T-30

Centro: AGS SEVILLA SUR

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN II

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS MÚLTIPLES PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DE ANTIMICROBIANOS

UN AÑO DESPUÉS

Autores: JIMENEZ GALAN R.; DEL BARRIO ARANDA M.; FLORES DORADO M.; MONTERO BALOSA M.C. Y FERNANDEZ URRUSUNO R..

Objetivos: La implantación de intervenciones múltiples en nuestra Área ha dado lugar a una mejora en la adecuación de la prescripción de antimicrobianos. El objetivo ha sido evaluar si esta mejora se mantiene en el tiempo.

Material y Método: Estudio cuasi-experimental antes-después en un área de Atención Primaria (AP). Sujetos: pacientes con prescripciones de antimicrobianos en el periodo de estudio, con registro de infección respiratoria en la Historia Clínica, seleccionados por muestreo aleatorio simple. Periodo de estudio: 2012-2013. Variable principal: diferencia en el porcentaje de adecuación de la prescripción 2013-2012. Criterio de adecuación: seguimiento de las recomendaciones de la guía antimicrobiana local. Fuentes de datos: sistema de facturación de recetas del Servicio Andaluz de Salud, Historia de Salud Digital. Se realizó estadística descriptiva, expresando las variables cualitativas con porcentajes y las cuantitativas con la media y desviación típica o mediana y percentiles, para variables asimétricas. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado en caso de variables cualitativas y la t de Student o U de Mann de Whitney para variables cuantitativas.

Resultados: Se identificaron 578 pacientes en 2012 y 550 en 2013 con prescripciones de antibióticos y diagnóstico de infección respiratoria. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características basales de los pacientes (55,9% mujeres en 2012 y 51,8% en 2013; media de edad: 37 años en 2012 y 41 años en 2013; 75,1% pensionistas en 2012 y 71,3% en 2013), infecciones (faringoamigdalitis: 55,4% vs 51,1%; otitis media aguda:14,4% vs 11,6% y bronquitis aguda:13,8% vs 14,4%) o antibióticos prescritos: (beta-lactámicos: 84,1% vs 82,4%, macrólidos:8,0% vs 11,3%, y quinolonas:6,9% vs 5,1%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de adecuación entre 2013 y 2012: 52,2% y 53,8%, respectivamente (p= 0,585). Respecto a los motivos de inadecuación de las prescripciones, en ambos años la selección de antibiótico incorrecto fue el principal motivo de inadecuación. Disminuyeron las prescripciones con dosis y duración errónea (0,7% y 17,6% en 2012, 0,2% y 13,6% en 2013, respectivamente) y aumentaron aquellas con principio activo no recomendado o innecesario (22,1% y 5,5% en 2012 y 25,6% y 8,4% en 2013 respectivamente).

Discusión: Las infecciones respiratorias son los procesos infecciosos más frecuentes en AP. La realización de intervenciones múltiples (sesiones formativas, elaboración e implantación de una guía antimicrobiana local y su incorporación en la historia de salud digital) en años anteriores supuso una mejora del 24% en la adecuación de la prescripción en estos procesos. Este estudio confirma que el efecto de las intervenciones se mantiene en el tiempo. Dada la repercusión del uso correcto de los antimicrobianos en las infecciones respiratorias en AP, se plantea la pertinencia de continuar realizando éstas y nuevas estrategias en el área.

T-31

Centro: Distrito Sanitario AP Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN II

IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS INNECESARIAS Y POTENCIALMENTE INSEGURAS EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA E.; MONTAÑO BARRIENTOS A. Y DOMINGUEZ CAMACHO J.C..

Objetivos: Diversos estudios han puesto de manifiesto una tendencia creciente al sobreuso de las actuaciones sanitarias, medicalizando aspectos normales de la vida o meros factores de riesgo. Se han incorporado muchas tecnologías y procesos de forma acrítica, condicionando la realización innecesaria de pruebas y revisiones. Recientemente, varias instituciones sanitarias y científicas han revisado y evaluado estas prácticas, dado que podrían estar sobrecargando el sistema sanitario y afectando a su sostenibilidad. Esto ha motivado la elaboración de listas de recomendaciones de prácticas a evitar ("dejar de hacer" o "do not do") que están siendo ampliamente difundidas. Para abordar esta problemática desde la perspectiva de un distrito de atención primaria se constituyó un grupo de trabajo, planteándose entre sus objetivos elaborar un conjunto de recomendaciones de dejar de hacer, junto con instrumentos para facilitar su implementación en los centros.

Material y Método: Se realizó una revisión de publicaciones sobre experiencias e iniciativas en este campo, elaborando un repositorio de prácticas a reducir o evitar y sus fundamentos en la evidencia científica. Los miembros del grupo elaboraron una lista amplia, sobre la que se realizó una priorización puntuando en base a criterios de frecuencia, riesgo y factibilidad. Para cada problema se elaboró una ficha con los siguientes apartados: recomendación, excepciones, fundamento científico, alternativas y elementos para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes. Posteriormente se realizó una evaluación de barreras y facilitadores mediante un formato estructurado.

Resultados: Se identificaron distintos enfoques y recursos disponibles en España y otros paises en términos de desinversión, lista de intervenciones para dejar de hacer, desmedicalización, etc. Tomando como punto de partida la lista de 12 sociedades científicas y el Ministerio de Salud, el grupo elaboró una lista amplia con intervenciones, incluyendo problemas de tipo preventivo, diagnóstico, farmacológico, de cuidados, abarcando distintos grupos de edad. Tras discutir y depurar el primer listado, se realizó la puntuación para la priorización según los criterios establecidos, resultando once fichas, que incluyen pruebas, técnicas y medicamentos de uso muy frecuente en atención primaria.

Discusión: Existen pocas experiencias prácticas de reducción de intervenciones innecesarias desde una perspectiva institucional. Distintos organismos han realizado recomendaciones en este sentido, aunque no se han acompañado de estrategias de implementación. Los resultados de este proyecto permiten contar con un conjunto de fichas dirigidas a la consulta y a los gestores, incluyendo elementos facilitadores e instrumentos de aplicación.

T-32

Centro: Centro de Salud Virgen de Consolación Utrera

Provincia: Sevilla

Área Temática: DESINVERSIÓN II

¿MENORES TASAS DE ESTATINAS SE CORRELACIONAN CON MEJOR ADECUACIÓN

Autores: GONZALEZ BARBERO E.L.; DE LA CALLE VELEZ M.A.; LUNA MORALES A.M.; AIRES ESLAVA E.L.; ARANDA LARA J.A. Y LARIO FERNÁNDEZ M.A..

Objetivos: Conocer si existe una correlación entre menores tasas de prescripción de estatinas y adecuación terapéutica.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo, tipo auditoría. Ámbito de estudio: Unidad de Gestión Clínica (UGC) Utrera Sur, con 31.826 habitantes, 1 Centros de Salud urbano y 5 rurales. Sujetos de estudio: pacientes de la UGC Utrera Sur, obtenidos por muestreo estratificado simple en tratamiento con estatinas. Tomamos 3 cupos de medicina general con tasas bajas (B), media 68,3 DHD (Dosis definidas diarias por 1000 Habitantes y Día) y 3 con tasas altas (A), promedio 96,5 DHD. Muestra aleatoria por conglomerados, n 121 pacientes. Método: recogida de datos retrospectiva, 12 meses. Criterio de adecuación; padecer una enfermedad cardiovascular isquémica (prevención secundaria), o tener un riesgo cardiovascular (RCV) elevado sin enfermedad cardiovascular isquémica (prevención primaria). Usamos escalas de riesgo validadas SCORE (>5%) o REGICOR (>20%) para el cálculo del RCV, SCORE para no diabéticos y REGICOR para diabéticos. Consideramos RCV elevado sin necesidad de cálculo en los siguientes supuestos: a) Diabetes Mellitus más al menos un factor de RCV siguientes (hipertesión arterial, fumador, antecedentes familiares de enfermedad CV precoz, obesidad), b) Hipercolesterolemia extrema/sospecha de hiperlipemia familiar: CT>320 mg/dl, LDL >240 mg/dl. Variables de estudio: cualitativas dicotómicas. Fuentes de información: base de datos DIRAYA.

Resultados: Globales: 1) Adecuación terapéutica 70,2%. 2) Mujeres 52,9%. 4) Edad promedio 64,2 (58,3-70,1) años. 5) Prevención primaria 66,9%. Comparativa entre cupos bajas (B) y altas (A) tasas de estatinas: 6) Adecuación terapéutica en grupo B (58,3%) no superior al grupo A (82%) con diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo A $p<0.005$. 7) Análisis por subgrupos: detectamos un subgrupo en B que distorsiona los resultados siendo el de menor tasa 59,7 DHD y peor adecuación, 42,1%. Prescindiendo de él no hay diferencias significativas entre los distintos cupos.

Discusión: La prescripción de estatinas se ha incrementado en España en los últimos años de forma considerable, desde 16 DHD en 2000 hasta 84 DHD en 2012 y desde los servicios de farmacia se nos recomienda e incentiva tener unas tasas bajas de prescripción. Esto puede suponer en algunos casos, privar de un tratamiento de demostrada eficacia a cierto número de pacientes. Nuestras tasas, 84 DHD, aproximadamente 74 U/1000 en adultos, no son superiores a países de nuestro entorno, por ejemplo Noruega tiene tasas de 100 U/1000 habitantes (incluye niños). No obstante tenemos que mejorar la adecuación. En el estudio comparativo hemos observado que no existe correlación entre bajas tasas de prescripción de estatinas y adecuación terapéutica. Esto nos debe alertar de que posiblemente un buen número de pacientes que pueden beneficiarse de estos tratamientos estén sin detectar, algo que es más factible en los grupos con tasas de prescripción más bajas.

T-33

Centro:

Provincia:

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL II

ESTRATEGIA ACTIVA DE PREVENCION Y DETECCION DE UN NUEVO ROL SOCIAL EMERGENTE: EL ABUELO CANGURO.-

Autores: SANTAELLA ACEITUNO F.; LIÑAN LOPEZ M.; MARIN RODRIGUEZ I.; GARCIA REYES E. Y MARTINEZ DIZ S..

Objetivos: Es difícil cuantificar el impacto negativo que ha generado en la salud y bienestar de nuestra población el actual contexto de recesión económica pero hay estudios que muestran una relación directa con aumento de incidencia de trastornos de ansiedad-depresión sobre todo en segmentos de población donde la crisis económica se hace mas virulenta. En este último epígrafe cabe señalar la aparición de un nuevo rol social llamado el abuelo canguro, como aquella figura familiar que proporciona los cuidados mas elementales a sus nietos dada la imposibilidad de realizarla los progenitores, con la consiguiente sobrecarga tanto fisica como emocional para los abuelos, determinando la aparición de sintomatología en la esfera física, psiquica o social de los mismos. OBJETIVO Realizar un programa de ámbito local y de carácter sociosanitario,que aborde la prevención del estrés en el abuelo canguro asi como su posible relación con los aspectos sensoriales y emocionales que condicionan un impacto directo en su calidad de vida.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo desde Septiembre de 2012 a Septiembre 2013 inclusives. en un municipio de 13.500 habitantes. El grupo diana fue el grupo etario de mayores de 65 años por representar el 22% de la población en el municipio. La metodología aplicada fue mediante el desarrollo y puesta en práctica de 4 tipo de actividades: taller de técnicas de detección y afrontamiento de estrés por parte de Psicóloga; talleres específicos de relajación mediante técnicas de yoga y taichi; taller de ejercicio físico cardiosaludable mediante aprendizaje de bailes de salón; taller de prevención de lesiones osteoarticulares mediante masajes terapéuticos. Los talleres se desarrollaron de lunes a jueves inclusive en horario de tarde.

Resultados: El número de participantes fue 715 personas (53% de toda la población mayor de 65 años del municipio). La adherencia al programa al año de inicio fue del 97%.Tanto el acceso a las actividades como la participación en las mismas, no tuvo diferenciación por sexos.Durante el desarrollo del programa, la incidencia de consultas de los participantes en Atencion Primaria disminuyó un 28%, fundamentalmente por problemas ostearticulares (61%) y somatización de ansiedad a nivel cardiovascular (descompensacion de hipertensión arterial controlada 18% y palpitaciones 9%).

Discusión: La situación económica actual junto con la dificultad para conciliar la vida laboral y familiar de los padres, obliga a que cada vez más familias pidan ayuda a los abuelos para cuidar de los nietos generándose el rol social de abuelo canguro debido a su papel de soporte y organizador de los hogares y en la educación de sus nietos, con la consiguiente carga biopsiquica para estas personas. A través de una estrategia activa sociosanitaria y multidisciplinar para la detección de este rol social, se puede conseguir una prevención primaria de trastornos de ansiedad y/o depresión asi como la descompensación de las patologías crónicas de estas personas.

T-34

Centro: Distrito Sanitario A.P. Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL II

GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS EN SEVILLA: UNA EXPERIENCIA DE ESFUERZO Y SATISFACCIÓN MUTUA

Autores: LOZANO NAVARRETE M. Y AGUILAR RAPOSO U..

Objetivos: Desarrollar los grupos socioeducativos GRUSE-M en los Centros de Salud de Sevilla. Ofertar espacios grupales de apoyo, escucha y reflexión sobre las diversas situaciones de malestar que se manifiestan.

Material y Método: Los GRUSE-M es una estrategia grupal de promoción de salud dirigida a personas que necesitan apoyo para enfrentarse a la vida cotidiana y acuden a consultas. Las Trabajadoras Sociales de centros de salud guían los GRUSE, apoyadas por un técnico de salud de distrito y lo desarrollan reforzando en los participantes los activos en salud, potenciando sus habilidades para que afronten las situaciones de la vida cotidiana con mayores oportunidades de éxito, con el objetivo de mejorar su bienestar. Cada grupo está compuesto por 10-15 mujeres, que han sido derivadas desde las consultas y entrevistadas por la trabajadora social, que conforma el grupo. Constan de al menos 8 sesiones semanales,teórico prácticas, planteadas con una dinámica participativa, donde se les oferta un espacio para la reflexión, donde puedan establecer apoyos y alianzas. Se trabaja de forma activa las habilidades individuales, la gestión de las emociones, la autoestima, la resolución de problemas y los recursos disponibles para afrontar de forma saludable las dificultades que presentan. La metodología que se utiliza son entrevistas Inicial; captación con el equipo de AP ; formación especializada; diseño de carteles y trípticos; dinámicas grupales, de participación, activar la escucha, reforzar la autoestima, relajación, habilidades de autocontrol; entrevista final y cuestionario anónimo de evaluación; evaluación de resultados y registro de actividad

Resultados: En 2013, el número de GRUSE desarrollados fue de 18 grupos, con un total de 198 sesiones grupales, resultando una media de 11 sesiones por grupo. A lo largo del primer semestre de 2014 se han realizado ya 16 grupos con lo que esperamos incrementar los resultados y la oferta en CS. Las mujeres que han asistido a los 34 grupos han mostrado un elevado grado de satisfacción con el programa: más del 70% de las mujeres que comienzan una edición finalizan el programa. De las 404 que comenzaron 294 han finalizado la actividad, asistiendo al menos a 9 sesiones de grupo. Con estos resultados, el distrito ha ampliado la formación al resto de TTSS para ofrecer esta actividad en la totalidad de las UGC

Discusión: Los GRUSE están desarrollándose en mayor número de UGC, llegando a un importante número de mujeres de Sevilla. Las participantes se sienten satisfechas de iniciar esta experiencia, perciben que su salud mejora,les reporta mayor seguridad,confianza en sí mismas, mejoran su estado de ánimo, aprenden a tener una visión más positiva de si mismas, incrementan sus redes personales y sociales, se siente protagonistas de su vida y experimentan procesos de escucha y acompañamiento de otras compañeras en situaciones de dificultad. En definitiva, aprenden estrategias para afrontar la vida cotidiana con menor coste emocional.

T-35

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocio

Provincia: Sevilla

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL II

PREVENIR ACCIDENTES DE TRÁFICO: DESARROLLO Y RESULTADOS DEL PROYECTO "SOBRE RUEDAS".

Autores: ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS E.R.; EXPOSITO TIRADO E.T.; GORDILLO FERNÁNDEZ G.F.; SAGUÉS AMADÓ S.A. Y RUIZ FERNANDEZ R.F..

Objetivos: Los accidentes son la primera causa de mortalidad en jóvenes y causa de elevado coste en términos de sufrimiento humano. Estudios sobre percepción social ponen de manifiesto que gran parte de la sociedad atribuye la causa de un accidente al azar pero conocemos por investigaciones desarrolladas que, en su mayoría, los accidentes son evitables. El PIAC dirige una línea estratégica, a través de acciones preventivas intersectoriales, a evitar que el accidente se produzca. En 2.009 desde la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública se pone en marcha el Proyecto "Sobre Ruedas ", proyecto informativo, formativo y de impacto para la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes andaluces. El objetivo del presente trabajo es presentar y conocer el alcance del proyecto en el período 2.009-2.014 en Andalucía.

Material y Método: Descripción de las dos intervenciones bien diferenciadas que componen el Proyecto "Sobre Ruedas": 1. Campaña "TE PUEDE PASAR" ejecutada por AESLEME (Asociación Española de Personas con Lesión Medular): • Proyecto informativo-formativo, sobre conductas de riesgo y aspectos preventivos de accidentes de tráfico en jóvenes, desarrollado en los Puntos Forma Joven. • Dirigido a jóvenes entre 14-18 años • Coordinado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. • Acción intersectorial: participando Educación, AESLEME, EPES-061, etc. • Se realiza previamente al Road Show 2. "Road Show". Espectáculo audiovisual con mensajes de alto impacto ejecutado por TRAFPOL-IRSA (asociación internacional de policías para la seguridad vial): • Representación multimedia que combina testimonios reales de los primeros intervinientes en un accidente de tráfico, con sonidos envolventes e imágenes impactantes. • Dirigido a jóvenes entre 16-18 años (1º-2º Bachillerato, ciclos formativos y Comunidad Universitaria) • Acción intersectorial participan: Policía Local, Bomberos, Profesionales de la Salud (EPES-061 y Médico Rehabilitador) y AESLEME (afectado), etc.

Resultados: La actividad se ha desarrollado en Andalucía coordinado desde la Consejería de Salud en el período 2.009-2.014. "Te puede pasar", se ha realizado en las ocho provincias andaluzas, llegando de forma directa a 310.000 jóvenes. "Road Show", ha sido realizada en 111 ocasiones. Por provincias se han realizado en Sevilla(22), Granada(16), Córdoba(15), Málaga(14), Cádiz(14), Jaén(12), Huelva(10) y Almería(8). Han participado 48.000 jóvenes.

Discusión: • "Sobre Ruedas" es un instrumento óptimo para concienciar a los jóvenes de prácticas peligrosas en hábitos de movilidad para el ocio y laboral. Es una innovación dentro la prevención por su carácter Intersectorial, y se ha llegado de forma directa a más de 350.000 jóvenes andaluces. • Para medir el impacto en salud se diseñó el proyecto "Campaña de sensibilización selectiva: Road Show: Impacto sobre la movilidad sostenible y segura en las nuevas dinámicas de desplazamientos de ocio y laboral en la población joven Andaluza"

T-36

Centro: Hospital Antequera-Area Sanitaria Norte de Málaga

Provincia: Málaga

Área Temática: SALUD Y ESPACIO SOCIAL II

MORIR EN ANDALUCIA. PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES

Autores: GARCÍA CISNEROS R.O.; ORTEGA GALÁN A.N.; CARMONA REGA I.; CABRERA TROYA J.O.; RELINQUE MEDINA F.E. Y RUIZ FERNÁNDEZ M.D..

Objetivos: • Analizar la visión y perspectiva de los cuidadores informales en torno al proceso de cómo mueren las personas en Andalucía. • Valorar los elementos facilitadores para este proceso. • Valorar que dificultades encuentran los cuidadores dentro del sistema sanitario para percibir una muerte en paz de los murientes y acompañantes.

Material y Método: Estudio multicéntrico de diseño cualitativo y emergente y enfoque fenomenológico. Estudio dirigido por el Grupo de Bioética de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) La población de estudio incluye a los cuidadores y las cuidadoras informales de personas que ya han fallecido en Andalucía. Siendo el ámbito de actuación las provincias andaluzas de Huelva, Málaga, Granada, Almería y Sevilla. La recogida de información final se obtendrá de la triangulación de los datos obtenidos a través de Grupos Nominales, Grupo de Discusión y entrevista de investigación individual, abierta y focalizada. Aunque aquí presentamos los resultados preliminares obtenidos de los 5 grupos nominales realizados uno en cada provincia andaluza previamente mencionada, siguiendo el criterio de representatividad social.

Resultados: • En todas las provincias de Andalucía coinciden los discursos sobre la diferencia en la atención sanitaria dependiendo de si es o no brindada por personal con capacidades y actitudes humanizadoras para el acompañamiento al final de la vida • Destacan como profesionales que realizan una buena atención sanitaria, aquellos que están especializados en cuidados paliativos, resaltándose principalmente a la enfermería gestora de casos. • Los médicos especialistas y los correspondientes a servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios son los que se describen de forma reiterada como profesionales poco humanizados y competentes en esta atención al final de la vida • En todos los Grupos Nominales realizados hay discursos que basan la causa de la muerte en: * errores en los diagnósticos, * tardanza en las derivaciones, * falta de accesibilidad a los especialistas, * equivocaciones en la prescripción de medicamentos… Parte de las personas informantes consideran que la manera de abordar el proceso de la muerte depende de las competencias profesionales de quienes les atendieron.

Discusión: • Destacar la importancia que los informantes conceden a la Enfermería Gestoras de Casos como vínculo y apoyo entre los pacientes y familiares con los distintos interlocutores del sistema sanitario implicados en el proceso del final de la vida de los pacientes • Se considera necesaria aumentar la sensibilización y formación, de manera que se aumenten las competencias profesionales de los profesionales sanitarios de las Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias y de los Facultativos especialistas de Área. • Encontramos la necesidad de revisión de los protocolos y criterios de derivación a especialistas en procesos graves que puedan ser causas previsibles de la muerte de los pacientes y que agilicen la derivación.

T-37

Centro: UGC CONSTANTINA

Provincia: Córdoba

Área Temática: INNOVACIÓN II

PROPUESTA DE MEJORA EN LA CONSULTA PROGRAMADA Y A DEMANDA DE ENFERMERÍA DE PACIENTES CRÓNICOS. GUÍA COENCRO.

Autores: RUIZ SANCHEZ J.J..

Objetivos: Sistematizar los cuidados de la mejor evidencia disponible que reciben los pacientes crónicos en la consulta enfermera de Atención Primaria, para mejorar su eficacia y eficiencia recogiéndolos en una propuesta de trabajo.

Material y Método: Estudio secundario. Revisión narrativa de la literatura científica sobre eficacia y eficiencia enfermera en patologías crónicas en Atención Primaria.

Resultados: No puede existir en el Servicio Andaluz de Salud una actividad tan distorsionada de su concepto inicial como es la consulta programada enfermera en Atención Primaria, limitándose en gran parte a una toma de constantes. Los distintos enfoques de gestión sanitaria de los últimos años apuntan para la sostenibilidad de nuestro sistema de salud la reducción del gasto y el control de la demanda. Pieza clave en este contexto para conseguirlo se encuentran las patologías crónicas. Se eligen por su impacto económico: diabetes mellitus tipo II (DM tipo II), insufiencia cardiaca (IC) y enfermad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La evidencia clínica disponible por patologías que rigen la propuesta de trabajo: DM tipo II. Las intervenciones que consideran un papel activo del paciente para tomar decisiones informadas mejoran los autocuidados y el control glucémico. La educación en diabetes mejora de forma modesta el control glucémico y puede tener un impacto beneficioso otras variables de resultados. El autocontrol de los pacientes diabéticos mejora el control glucémico. IC. Ejercicio físico es la intervención con mayor evidencia científica en la reducción de la morbimortalidad de la enfermedad coronaria. La adherencia al tratamiento disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente. La Rehabiticación Cardiaca es muy beneficiosa en dicha patología. Las causas más frecuentes de reingreso son las infecciones (respiratorias, urinarias). EPOC. Consejo antitabaco combinado con tratamiento farmacológico. Consejo individualizado sobre ejercicio físico. Valorar peso y talla y ofrecer una reducción ponderal en el tiempo. Vacunar anualmente de la gripe. Buena hidratación. Rehabilitación pulmonar.

Discusión: Se genera propuesta de trabajo divida en tres bloques: 1. Unos cuidados generales por niveles (clasificación en función del tiempo de la enfermedad crónica). 2. Intervenciones enfermeras. Establecidas en un número determinado de consultas programadas por año ordenado por patologías y niveles. La consulta a demanda se establecerá como complemento a la programada. La estructura de cada consulta seguirá el siguiente orden: •Valoración. •Cuidados e intervenciones enfermeras. •Intervenciones de prácticas avanzadas. Agrupadas en tres bloques: - Gestión de pruebas diagnósticas. - Derivación a otros profesionales. - Medicación avanzada enfermera. Dichas actuaciones se podrán cambiar entre las consultas u omitir en función de las necesidades del paciente o la factibilidad en la organización. 3. Indicadores de resultados ordenados por patologías.

T-38

Centro: hospital de alta resolución de utrera

Provincia: sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN II

INCREMENTO DE LA COBERTURA VACUNAL ANTITETÁNICA TRAS LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNIVELES.

Autores: OLIVA CONTERO J.P.; OROZCO PÉREZ R.; SERRANO CATENA M.T.; PEÑA ROMERO E.; RITA ACOSTA M.J. Y TACÓN REINA F..

Objetivos: Valorar si la tasa de cobertura vacunal antitetánica (2ª dosis) se modifica tras remitir a Atención Primaria listado con los pacientes a los que se les ha administrado una dosis de toxoide en el hospital.

Material y Método: Ensayo controlado no aleatorio, cuasiexperimental, longitudinal retrospectivo en el que el factor de manipulación se corresponde con la remisión de la información a AP de los pacientes a los que se les ha administrado vacuna antitetánica en el servicio de urgencias. La población diana la constituyeron los pacientes asignados en atención primaria a la UGC Utrera Norte que se les había administrado una dosis de vacuna antitetánica en las urgencias del HAR Utrera. Se analizaron dos cohortes, tratando a una de ellas como grupo de casos, y a la otra como grupo de control. Cada una cumplía con los criterios de inclusión (pacientes asignados a la UGC Utrera norte, ser atendidos en las urgencias del HAR de Utrera en la fecha que abarca cada cohorte, y haberle suministrado vacunación antitetánica).El grupo de casos se constituyó con los pacientes atendidos entre el 1/11/13 y el 31/8/14 y el control por los atendidos en las mismas fechas en el año anterior (1/11/12 y 31/8/13). La intervención del grupo de casos fue la remisión a atención primaria de los datos de identificación del paciente, para facilitar la realización de captación activa para posteriores dosis.

Resultados: La cohorte de control contenía 118 pacientes, y la de casos 119. En el grupo de control, 38 (32,20%) pacientes recibieron una 2ª dosis de vacuna antitetánica, mientras que 80 (67.79%) no la habían recibido. La cohorte de casos presentó a 74 (62,18%) pacientes que si recibieron la 2ª dosis de la vacuna y a 45 (37,81%) que no la recibió. Tras asegurar la homogeneidad de ambas cohortes para sexo (chi-cuadrado) y sexo (t de student), se calculó la Razón de Odds, considerando casos a los pacientes que reciben la intervención de remitir sus datos a AP mediante mail encriptado tras haber recibido la administración de vacuna antitetánica en el área de urgencias. La Odds Ratio entre ambos grupos fue de 3,462, lo que se traduce en una probabilidad de que las personas reciban la segunda dosis en AP con esta intervención de un 77,59% mayor que sin ella.

Discusión: la remisión de información al centro de salud de los pacientes vacunados en las urgencias hospitalarias influyó positivamente (OR 3,462) en la administración de la segunda dosis antitetánica. Esta influencia depende evidentemente de que el centro de salud realice posteriormente una adecuada captación activa, pero los resultados indican que los pacientes de cuya vacunación está informado el centro de salud tienen una probabilidad de un 77.59% mayor de recibir una posterior dosis vacunal que los que no se informa a AP de los datos de la intervención vacunal realizada en urgencias.Sería interesante comprobar si pasado un año (incluida ya la 3ªdosis al año) la medida se traduce o no en un incremento significativo de la cobertura vacunal completa del tétanos.

T-39

Centro: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN II

PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS: AVANCES RECIENTES EN LA METODOLOGÍA

Autores: RAS LUNA J.; SANZ AMORES R.; DELGADO TORRALBO E.; BARRERA BECERRA C. Y MÁRQUEZ CALDERÓN S..

Objetivos: El Proceso Asistencial Integrado (PAI) es una herramienta de mejora de la calidad dirigida a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión clínica. En 2001 se editó la Guía de diseño y mejora continua de los PAI (GDMC) en el SSPA y en 2009, con la experiencia acumulada, se realizó un trabajo de adecuación de la metodología y se editó la segunda edición de la GDMC. El objetivo de esta comunicación es presentar los avances recientes en el proceso de mejora continua de la metodología de descripción y actualización de los PAI.

Material y Método: En 2013 se constituyó un grupo de trabajo con los profesionales del Servicio de Calidad y Procesos implicados en el apoyo metodológico en la descripción de los PAI. Se identificaron necesidades de mejora y adecuación en la metodología, partiendo de la GDMC de 2009 y con la experiencia aportada por los miembros del grupo; se debatieron y consensuaron los aspectos clave. Las necesidades abordadas se centraron en: periodicidad y criterios de actualización y monitorización de los PAI, simplificación de la herramienta, y mejoras en la incorporación de la evidencia científica. Por otra parte, se recogieron las propuestas de nuevos PAI (descripción de novo) de la dirección de planes y estrategias del SSPA.

Resultados: Se elaboró un listado priorizado de PAI para abordar en el periodo 2014-2016 su descripción de novo, actualización o monitorización. La actualización se consideró necesaria en PAI prioritarios (por su prevalencia, variabilidad, etc.) editados antes de 2009, y que por tanto no incorporaban las estrategias incluidas en la GDMC de 2009 (seguridad, cuidados, uso adecuado de medicamentos, etc.). La monitorización se entendió necesaria en PAI más recientes, en caso de haber algún cambio relevante en el conocimiento disponible. Se elaboraron los requisitos y herramientas para identificar esta necesidad, contando con el profesional que coordinó su elaboración. Se establecieron cambios para la descripción de novo o actualización relacionados con la conformación de los grupos y forma de trabajo. Asimismo, si bien se mantiene como referencia la GDMC de 2009, se redactó un guión con propuestas de modificaciones en el formato de los PAI, fundamentalmente la incorporación de "recomendaciones clave" (priorizadas por el grupo elaborador), simplificación en los contenidos (ejs: incluir solo arquitectura 1, reducir los anexos, incluir apartado de recursos sólo si hay recursos específicos). La mejora relacionada con la evidencia científica fue recoger el grado de la recomendación en el 100% de las características de calidad de los PAI (fuerza de la recomendación según el sistema de gradación de las guías de práctica clínica utilizadas, o bien explicitar que se trata de un acuerdo del grupo elaborador del PAI).

Discusión: La experiencia con los PAI como herramienta clave del Plan de Calidad del SSPA, permite realizar mejoras continuas en su metodología, adecuando la herramienta para ser más útil a los profesionales.

T-40

Centro: Hosp. San Juan de Dios Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN II

PRÁCTICAS AVANZADAS DE ENFERMERIA: DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO DESDE EL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: QUINTERO SOLÍS M.L.; DE TOVAR FERNÁNDEZ M.M.; JIMÉNEZ ESTRADA M.C. Y RODRÍGUEZ LARA M.P..

Objetivos: Conocer el grado de adhesión al protocolo "Código ICTUS" de los profesionales de enfermería en cuanto a la captación de los pacientes susceptibles.

Material y Método: Análisis descriptivo, transversal retrospectivo del total de pacientes atendidos en Urgencias en el periodo de enero a agosto 2014.

Resultados: En el periodo de estudio, se triaron en nuestro servicio de urgencias un total de 65376 pacientes. 21 de estos pacientes fueron candidatos a posibles "Códigos ICTUS", es decir, cumplían, a priori, los criterios de inclusión para activar desde el triaje el protocolo de "Código ICTUS". De éstos, 14 pacientes (un 58,33%) fueron activados desde el triaje cómo posibles "Códigos ICTUS" De los 7 pacientes no identificados cómo sospecha de "Código ICTUS" (33,33%), 4 terminan siendo "Código ICTUS" y por tanto fibrinolizados; los tres pacientes restantes son descartados al ser valorados por el facultativo. Del total de los candidatos, 8 pacientes fueron sometidos a fibrinólisis, y sólo el 50% habían sido identificados en el triaje como susceptibles "Código ICTUS", activando el protocolo. La media del tiempo de atención en Observación de estos cuatro pacientes, fue de 20,37 min. La media del tiempo de atención de los cuatro pacientes que fueron fibrinolizados y no activados como sospecha de "Código ICTUS" desde el triaje, fue más del doble, una media de 46,25 min. El tiempo de respuesta total (tiempo puerta-balón) de los pacientes "Código ICTUS" y por tanto fibrinolizados, está dentro de los tiempos establecidos.

Discusión: La detección precoz es un eslabón fundamental para dar una respuesta adecuada en los tiempos establecidos en las patologías tiempo-dependientes. Queda demostrado el beneficio directo (se acortan los tiempos de actuación en más de la mitad) en el paciente al que se le hace una detección precoz desde el triaje de urgencias activando precozmente el protocolo de Código ICTUS. Queda patente una clara área de mejora, la no buena ahesión al protocolo de "Código ICTUS" en la identificación de los criterios de inclusión recogidos ene l protocolo por parte de los enfermeros del triaje, dado que sólo la mitad de los pacientes que acabaron siendo fibrinolizados, se vieron beneficiados de la activación de este circuito alternativo por el enfermero del triaje (el protocolo "Código ICTUS") .De aquí surge la necesidad de realizar una nueva formación dirigida a los enfermeros de este área.

T-41

Centro: Hospital Santa Ana

Provincia: Motril

Área Temática: e-SALUD II

FACILITANDO LA REALIZACIÓN DE MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN BÁSICA POR LA POBLACIÓN GENERAL:UTILIDAD DE UNA APP PARA MÓVILES

Autores: DIAZ CASTELLANOS M.A. Y ESTEVEZ GONZALEZ F....

Objetivos: La mortalidad por Parada Cardíaca(PCR) extrahospitalaria en nuestro país sigue siendo muy alta, a pesar del desarrollo de los SEM. La causa de esto es la baja tasa de intervención por testigos, debida escaso número de personas formadas en Resucitacion Básica(RCP) de nuestra población(< 5%). Hemos creado una aplicación para teléfonos móviles llamada "Asistente de RCP" (www.resuscitationassistant.com) con la intención de ayudar a la población general en el manejo de esta emergencia. Ha sido desarrollada de acuerdo al ILCOR 2010. La APP nos posibilita adaptar su secuencia al nivel de conocimientos previos en RCP. Puede configurarse en modo "solo masaje" o "masaje y boca a boca".También incluye un módulo de aprendizaje. Está diseñada para ser utilizada por cualquier ciudadano. Está disponible en español y en Inglés. Una vez activada, te guía paso a paso a través de mensajes visuales y auditivos. Proporciona la llamada a los servicios médicos de emergencia (112) y muestra la posición GPS. El objetivo de este trabajo es evaluar si la aplicación es útil para este cometido.

Material y Método: Hemos evaluado la usabilidad de la aplicación con 10 voluntarios, sin conocimientos en RCP. Descargaron la aplicación en su teléfono móvil.Se les pidió que estudiaran el módulo de aprendizaje y la configuraran en modo "solo masaje". Fueron evaluados en un escenario simulado, con un maniquí de RCP básica en el suelo. Se les pidió que realizaran las maniobras siguiendo las instrucciones de la APP. Un evaluador experto,tomó notas, de acuerdo a un check list previamente establecido, con tiempos desde el inicio del avistamiento hasta el inicio de las principales maniobras y la calidad de las mismas.Se les pasó una encuesta post-simuclaro.

Resultados: La edad media fue de 46,8 años;60% mujeres.El tiempo medio desde el avistamiento de la presunta víctima hasta que se inicia la aplicación es de 9,5 segundos. Hasta reconocer la inconsciencia y "gritar pidiendo ayuda" es 43". Hasta la llamada al SEM de 85" El comienzo del masaje cardiaco es a los 104",con extremos de 80 y 134. Las maniobras peor realizadas fueron la apertura de la vía aérea y comprobar la respiración, pero no de forma crítica. El masaje cardíaco se realiza a una frecuencia correcta. La posición de las manos sobre el pecho y la profundidad de las compresiones resultaron con alguna variación con respecto al estándar, pero sin errores graves. En cuanto a la encuesta, calificaron por encima de 9 sobre 10 la facilidad de uso en sus principales funciones. La califican como muy útil, en un alto porcentaje (>85 %), como guía en la situación de emergencia planteada. El 90% de los voluntarios afirmaban ser capaces de repetir el procedimiento en una situación real.

Discusión: La aplicación es muy útil como guía en una situación de PCR. Es fácil de usar y configurar. Consigue tiempos y calidad de maniobras muy aceptables. La satisfacción de los usuarios con la aplicación es muy alta. Es la única que ha obtenido el distintivo "App Saludable" de la ACSA.

T-42

Centro: AGS NORTE DE Jaén

Provincia: Jaén

Área Temática: e-SALUD II

ELABORACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA LA CREACIÓN Y CONSULTA DE LOS MAPAS DE ACTIVOS EN SALUD

Autores: ORTEGA MARTÍNEZ M.I.; CARRANZA MIRANDA E.M.; GARCÍA MORAL A.T.; GARCÍA HERNÁNDEZ R.; CHICO LÓPEZ A. Y QUESADA SUÁREZ J.P..

Objetivos: El modelo de activos tiende a acentuar lo positivo, las capacidades de las personas, familias y comunidades, la capacidad para identificar los problemas y activar soluciones, que promueven la autoestima de los individuos y las comunidades y que lleva a una menor dependencia de los servicios sanitarios profesionales. El conocimiento, coordinación, difusión y aprovechamiento de los activos en salud de los que dispone una localidad, se presenta como una de las líneas de los Planes Locales de Salud que se enmarcan dentro de la nueva Ley de Autonomía Local y el anteproyecto de Ley de Salud Pública. Es dentro de este marco, desde un enfoque de salud positiva, desde el que se aborda la realización de este mapa de activos en un formato que facilite tanto el registro, como la consulta por parte de todas las personas que pueden promocionar y aprovechar los mismos, aumentando así los niveles de salud y bienestar de la localidad.

Material y Método: - Se aprovechó la necesidad de generar un mapa de activos sociosanitarios por parte de los trabajadores sociales para ampliar la información y utilizar el enfoque de activos y de promoción de la salud de cara a todos los profesionales.

-Para su diseño se ha contado con un equipo multidisciplinar que, desde un enfoque salutogénico, ha ido recogiendo aquellos campos vinculados a los activos en salud

-Se ha desarrollado en el Portal del AGS una aplicación para el registro y consulta de los distintos tipos de activos.

Resultados: Con la puesta en marcha de esta aplicación se ha conseguido:

-recoger en una aplicación la mayor cantidad de activos posibles destinados a la promoción de la salud de la localidad

-adaptar la recomendación a las características y necesidades específicas de la persona

-facilitar el conocimiento de los profesionales sanitarios de aquellos recursos de la localidad que puedan beneficiar la salud de las personas que atienden

-crear un futuro espacio común entre las entidades en línea con el espíritu colaborativo y sinérgico de los Planes Locales de Salud

Discusión: La aplicación ha sido habilitada en una primera fase, por los/as profesionales del trabajo social, principales conocedores/as de los recursos comunitarios. La consulta de está abierta a todos/as los/as profesionales del AGS. En breve se pueda abrir a toda entidad que pueda beneficiarse y difundir dichos activos. Se presentará a la ciudadanía mediante distintos órganos de participación, para colaborar en el desarrollo y aprovechamiento de la herramienta, favoreciendo así el aumento de sus niveles de salud y bienestar.

T-43

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Provincia: Granada

Área Temática: e-SALUD II

IMPACTO DE DIRAYA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Autores: RAMIREZ GARCÍA R.; PRADOS REYES M.; RAMIREZ PUERTA R.; TRIGO RODRIGUEZ M.; MENDUIÑA GUILLÉN M. Y CASADO FERNÁNDEZ E..

Objetivos: Analizar la diferencia en calidad de la información clínica y la cumplimentación de las historias desde el cambio de nuestro Sistema de Información Hospitalario (SIH) local a las aplicaciones corporativas Diraya Atención Especializada (DAE)

Material y Método: Auditoría de calidad de las HC del centro. •Partimos del análisis del impacto cuantitativo de la implantación de DAE en los datos CMBD •Priorizamos problemas por gravedad y frecuencia •Población de análisis: 9944 registros CMB (altas del primer semestre de 2013) •Muestra aleatoria:313 registros. Nivel de confianza 95%; error de muestreo 5%; porcentaje esperado de buena cumplimentación de 70/30 •Para cada documentos básicos de la historia clínica, la comisión de Historias Clínicas define los datos de inexcusable presencia •Establecemos método y escala de evaluación •Los vocales de la comisión revisan los episodios •Mecanización y análisis de datos

Resultados: •Cualitativos: o Faltan registros de hospitalización o Errores de clasificación de episodios en contabilizables o no contabilizables o Errores de exportación del fichero Duplicación, solapamiento e incongruencias •Cuantitativos: o Episodios sin información:7% o Documentos ausentes: 47% anamnesis; 42% hojas de evolución; 8% Informes de alta; 42% interconsultas; 36% hojas quirúrgicas; 74% informe de urgencias; 38% hojas de enfermería; 47% evolución de enfermería; 57% gráficas; 60% informe alta enfermería o Episodios sin firmar: 7% hoja quirúrgica; 0.5% hojas de evolución; 0.5% informe de exitus o Documentos provisionales: 1.5% anamnesis; 1.5% evolución; 21% hojas quirúrgicas; 1% informes de alta

Discusión: Desde 1993 el HUSC tiene una historia clínica electrónica única por paciente. En marzo de 2013 el área de hospitalización comienza a trabajar con DAE. El proceso transcurre con errores del volcado de información. Concluimos: o El nuevo formato dificulta recoger la información clínica de hospitalización con suficiente calidad. o Necesitamos evaluar la evolución de la calidad con el uso progresivo de DAE o Los errores en información plantean problemas de seguridad de pacientes Destacamos: o Ausencia de documentos básicos en DAE o DAE contiene episodios sin ninguna información o Documentos clínicos repartidos entre la Estación Clínica, Estación de Enfermería y "Archinet" o No hay integridad de la HC. La historia clínica única se limita al número de historia o DAE no tiene módulo de corrección de errores. Esto impide garantizar algunos derechos de los pacientes (ARCO) o Mal funcionamiento del circuito quirúrgico. Errores en la hoja quirúrgica o La cumplimentación de la Hoja Obstétrica adolece de información necesaria o El circuito de interconsultas no funciona o La calidad de los datos del informe de alta en Diagnósticos, Procedimientos y motivo del alta es deficiente.Ha empeorado con relación a periodos anterioroes recomendamos:

1.Mejorar la gestión de DAE en el hospital:

2.Mejorar la aplicación DAE a nivel corporativo

T-44

Centro: Area de Gestión Sanitaria de Osuna

Provincia: Sevilla

Área Temática: e-SALUD II

GESTION DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES

Autores: IRALA PÉREZ F.J.; RECIO MORALES S. Y CHUPS RODRÍGUEZ A.M..

Objetivos: Diseñar una aplicación para dispositivos móviles sobre estado de ocupación de camas, para facilitar la toma de decisiones en la gestión del acceso a la Hospitalización de pacientes y disminuir los tiempos de espera.

Material y Método: Se ha diseñado una aplicación para dispositivos móviles (Android y IOS), con acceso a los datos que origina el Software de Gestión de Atención Hospitalaria (Diraya). El uso de los datos se realiza mediante un servicio web, el cual es visible desde dispositivos móviles, sin detrimento de la seguridad como punto de vulnerabilidad, puesto que únicamente es accesible desde equipos corporativos. El Servicio Web se desarrolló sobre un protocolo estándar de mensajería XML llamada SOAP (Simple Object Access Protocol). De esta forma, la app desglosa la información proporcionada por cada consulta en forma de XML antes mostrarla al usuario. La mayoría de las pantallas que ofrece la aplicación contienen datos, y por tanto, requieren de una o varias llamadas al Servicio Web. El proceso de conexión se ejecuta de forma asíncrona, con tiempos de espera que dependen de la velocidad de conexión del dispositivo que se utilice. Cada terminal accede, mediante la app, al citado Servicio Web que cuenta con 24 consultas sobre la base de datos. No muestra información sensible de pacientes, evitando así cualquier interferencia con la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). El perfil de usuarios del sistema se ha orientado a responsables de admisión de pacientes, supervisores, jefaturas de guardia, jefaturas de servicio y de U.G.C. y equipo directivo. Se creó un grupo de trabajo interdisciplinar con el objetivo de adecuar la aplicación a las necesidades de los usuarios del sistema.

Resultados: A través de un dispositivo móvil, desde cualquier punto del centro y sin necesidad de realizar consulta alguna, se puede tener información de forma inmediata de: - Estado de camas: ocupadas, disponibles, inhabilitadas y reservadas. - Altas previstas. - Preingresos. - Pacientes ectópicos. - Pacientes de larga duración. - Ubicaciones por modalidad asistencial: Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico y Hospital de Día Médico. - Disponibilidad por Servicio, U.G.C., controles de enfermería, planta, diferenciadas por sexo y edad. - Pacientes ectópicos del servicio y de otros servicios. El aplicativo permite seleccionar la información desde el punto de vista general del Hospital, de un servicio clínico, de una U.G.C. y de controles de enfermería o plantas.

Discusión: De forma inmediata, mediante un dispositivo móvil, podemos tener una visión del estado de ocupación del Hospital, de la disponibilidad de camas y la previsión de altas, que nos ayuda a la toma de decisiones y gestión de ingresos prodecentes de Urgencias, evitando demoras innecesarias de pacientes.

T-45

Centro: H. San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL II

AUDITORIA BÁSICA DE CALIDAD DE LA MAMOGRAFÍA DE CRIBADO: INFLUENCIA DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Autores: MORENO RAMOS M.D.; RUÍZ GARCÍA E. Y RAMOS MEDRANO J..

Objetivos: Nos proponemos realizar una auditoría de calidad del programa de detección precoz de cáncer de mama en nuestro centro, con especial énfasis en la posible influencia de la variabilidad en la práctica médica (VPM) en los resultados obtenidos.

Material y Método: Revisión de las lecturas de mamografías de cribado de realizadas entre 01/05/2010 y 30/04/2011, con seguimiento clínico durante los 2 años siguientes a la realización de la técnica. Los resultados se compararon con los estándares publicados por la ACR/Bi-rads y la European Commission.

Resultados: Se exploró a 3878 mujeres de las que 368 (9.48%) fueron citadas para completar el estudio (recitación), 97 en cribado inicial y 271 en revisiones sucesivas. Se indicaron 43 biopsias derivadas de los estudios complementarios en las recitaciones, 39 en primera visita y 4 en la segunda. 3 no se realizaron en nuestro centro y no se contabilizaron para el análisis. El porcentaje de biopsias fue del 1.1%, ligeramente superior al valor estándar (<1%). De las llevadas a cabo, 24 fueron diagnósticas de cáncer y 19 dieron resultado negativo para malignidad. Dos de los carcinomas se diagnosticaron en la 2º visita. El valor predictivo del positivo en estudios de cribado (VPP1) fue del 6.52%, del VPP2 (biopsia recomendada) del 55%, la sensibilidad del 100%, la especificidad del 91%, la tasa de detección cáncer del 6.1/1000 y la de interpretación anormal del 0.85%. No hubo falsos negativos. Para valorar la influencia de la VPM en el porcentaje de recitaciones, se comparó el número de las mismas por cada radiólogo, existiendo un porcentaje muy elevado en 2 de ellos (17.06 y 24.13% frente a una media de 10.7 % en el resto). Se constató que en 217 casos (58.96%) (Grupo discrepante), sólo un radiólogo indicó recitación. Destaca un radiólogo con un porcentaje significativamente mayor a los demás, con el dato coincidente que también fue uno de los tenía un mayor porcentaje de recitación. De este grupo, el 97.5 % fue dado de alta en la primera visita frente al 47.68% en el grupo no discrepante. Sin embargo, hay que resaltar que 4 de los cánceres se detectaron entre estas 217 pacientes.

Discusión: Nos ajustamos de modo aceptable a los valores de referencia. El único dato discordante es la tasa de recitaciones que se sitúa en el límite superior según el estándar americano (10%) y por encima según el europeo (7%), con importantes variabilidad en función del radiólogo lector. El consenso general existente es que a mayor formación y experiencia de los radiólogos lectores, menor debe ser este porcentaje. Por esto apoyamos la existencia de unidades específicas de mama para optimizar así la curva de aprendizaje. Si esto no fuera posible, sobre todo en hospitales pequeños, mejorar la formación de los radiólogos con cursos y sesiones de revisión de las recitaciones con resultado final del estudio. Esto no solo mejoraría la gestión de este proceso disminuyendo el gasto, también evitaría la generación de ansiedad en las pacientes ante derivaciones innecesarias.

T-46

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia: SEVILLA

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL II

CICLO DE MEJORA CONTÍNUA PARA LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE UROLOGÍA.

Autores: NÚÑEZ ULGAR A.; TRIGO RODRIGUEZ R.; LÓPEZ ARANDA A.; PANTOJA BENÍTEZ J.M. Y PÉREZ JIMÉNEZ J.M..

Objetivos: Realizar una evaluación del cumplimiento de los indicadores establecidos según el sistema de monitorización vigente en el centro: - Identificación inequívoca de pacientes - Administración segura de medicación - Control de medicación y fungibles o productos sanitarios - Revisión del carro de parada - Actuación ante una parada cardiorrespiratoria - Medicación LASA (Look Alike-Sound Alike) y Medicación de alto riesgo). Posteriormente, puesta en marcha de áreas de mejora, para mejorar los resultados obtenidos.

Material y Método: 1. Análisis de los resultados obtenidos en la primera auditoría del 2013. 2. Identificación de los indicadores que precisan áreas de mejora según los resultados obtenidos en la auditoría del 1º semestre. 3. Difusión de los resultados obtenidos, así como de las áreas de mejora propuestas para mejora de cumplimentación de los indicacores de calidad. 4. Monitorización por parte del supervisor de la unidad de las dos áreas de mejora propuestas. Para la recogida de los datos se ha utilizado una plantilla elaborada en la misma unidad para su control semanal, con una variable dicotómica (cumple / no cumple). 5. Análisis de resultados de la 2º auditoría anual, para comprobar el impacto de las áreas de mejora establecidas.

Resultados: Una vez analizados los resultados obtenidos en la auditoría del primer y segundo semestre del 2013, de los siete indicadores de seguridad, cinco de ellos en ambas auditorias obtienen buenos resultados por lo que no requieren una monitorización especial ni inclusión de áreas de mejora. Los otros dos indicadores de calidad donde se aplican las áreas de mejora, obtienen una gran mejoría en la comparativa de resultados entre las dos auditorías. Los indicadores de calidad de: "administración segura de medicación", en el área de medicación correctamente identificada y el "control de medicación y fungibles", en el área de identificación de apertura en viales multidosis, tenían un resultado muy bajo de cumplimentación, un 14% y un 25% respectivamente en la primera auditoría de 2013. Tras implantar varias áreas de mejora a lo largo del segundo semestre del año, se ha llegado a un 100% de cumplimentación en ambos indicadores.

Discusión: En vista de los resultados obtenidos, se demuestra que "el ciclo de mejora contínua" es una herramienta útil para garantizar en nuestro centro una atención segura y de calidad a la ciudadanía.

T-47

Centro: Hospital Ata Resolución Utrera

Provincia: Sevilla

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL II

IMPLICACIÓN DEL FACULTATIVO EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL CENTRO A TRAVÉS DE AUTOAUDITORÍAS DE HISTORIAS CLÍNICAS

Autores: FERNÁNDEZ GARCÍA A.M.; MORENO GAYÁ M. Y VALLEJOS CARABALLO E..

Objetivos: 1. Favorecer la implicación de los facultativos en el proceso 2. Ajustar la cumplimentación de la HªCª a los parámetros de calidad definidos 3. Mejorar el informe de alta 4. Facilitar el cumplimiento de uno de los requisitos evaluados por la ACSA para la acreditación de la UGC de Aparato Locomotor y del Centro.

Material y Método: Se realizaron autoauditorías internas de Historias Clínicas por parte de los facultativos de forma periódica y sistemática. Se analizaron los ítems relacionados con las siguientes características de calidad definidas en la normativa vigente y en el documento de consenso de las diversas sociedades científicas: - Datos del documento, datos de la institución emisora y los datos relativos al paciente - Datos del proceso asistencial - Calidad de la prescripción farmacológica - Ítems de excelencia Se trasladaron los datos a una hoja de cálculo diseñada al efecto, para su posterior tratamiento estadístico, análisis y detección de áreas de mejora. El análisis y el informe de evaluación fueron realizados por personas distintas a las que recogen la información y pertenecientes al Comité de Calidad. Se elaboró un informe de auditoría que se trasladó a la Dirección Médica para su conocimiento y definición de las áreas de mejora a implantar.

Resultados: 1. Aumento de la participación de los profesionales que pasó del 77% en 2011 al 96% en su último año de realización 2. Mejora en la cumplimentación y contenido de los informes de alta con los siguientes porcentajes: - Datos referidos al proceso asistencial: 2011: 86.0%; 2013: 95.5% - Datos sobre calidad de la prescripción farmacológica: 2011: 83.0%; 2013: 93.5% - Ítems de excelencia: 2011: 22.0%; 2013: 78.0% 3. Mejora subjetiva del conocimiento que los facultativos tienen sobre adecuación del informe de alta 4. Consecución de las evidencias relacionadas con el requisito de auditorías de HªCª en los procesos de acreditación

Discusión: Aunque es cuestionable su validez estadística, se priorizó la factibilidad y agilidad de su realización, ya que nuestros objetivos eran más cualitativos que cuantitativos. Esta estrategia consiguió eliminar las barreras y resistencias relacionas con este tipo de tareas, posponiendo su evaluación a realizarse de forma externa. Las principales conclusiones obtenidas son: 1. La autocumplimentación de la auditoría de HªCª ha resultado ser una herramienta útil e innovadora para la mejora de la práctica clínica 2. Su uso ha mejorado el grado de conocimiento de la HªCª, enfocando la autocrítica como oportunidad de progreso 3. El nivel de implicación de los facultativos en la organización del trabajo y la gestión del centro ha mejorado con su realización a través de un mejor conocimiento en la obtención de los indicadores y extracción de datos 4. Con su análisis se han puesto de manifiesto aspectos concretos que requieren de intervenciones específicas, como es el caso del tratamiento, que en la actualidad es nuestra línea de mejora prioritaria en esta materia

T-48

Centro: AGS SUR DE GRANADA

Provincia: GRANADA

Área Temática: COMPROMISO PROFESIONAL II

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA; MÁS, NO ES MEJOR

Autores: OJEDA VIRTO F.; CAMPOS CALDERÓN C.; PÉREZ OLMO J.; GORLAT SÁNCHEZ B.; HUESO MONTORO C. Y MONTOYA JUÁREZ R..

Objetivos: Identificar número y tipo de procedimientos diagnósticos recogidos en Historia Clínica, realizados a pacientes hospitalizados durante el proceso de atención fin de vida en los 14 días y 48h previas a su fallecimiento

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de HC. Centros Participantes: Unidades de Oncología, Cirugía, UCI, M. Interna y Cuidados Paliativos de Hospitales de Motril, Baza, S. Cecilio, Virgen de las Nieves y Melilla. Criterios inclusión: HC de pacientes fallecidos -entre 1/1/2010 y 31/12/2010 con causa de éxitus: Enf. Oncológica; EPOC; Insuf. cardiaca; Enf. hepática avanzada o Insuf. renal. Excluidos: pacientes fallecidos 24h siguientes al ingreso; Recogida de datos: Se revisaron informes clínicos de ingreso y de alta, evolución médica y de enfermería de 202 HC. Se recogieron datos de los procedimientos diagnósticos realizados en los últimos 14 días y 48h antes del fallecimiento.

Resultados: Para el total de pacientes (202) la media de procedimientos diagnósticos efectuados en los últimos 14 días de vida fue 13,52 (DT= 15,38). Los procedimientos principales fueron: hematimetrias 4,79 (DT=4,78), gasometrías 3,08 (DT=8,30) y radiografías con 1,48 (DT=1,75). Para los pacientes identificados como terminales (SCET) (n= 104) la media de procedimientos efectuados en los últimos 14 días de vida fue 10, 89 (DT=9,37) y para los pacientes no identificados como tal (n= 98) fue de 16,32 (DT=19,54). Existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes terminales y los que no eran reconocidos como tales (p= 0,012) De los pacientes con SCET establecida antes de los 14 días (n=16), los procedimientos diagnósticos más realizados fueron hematimetrias con 1,31 de media (DT=1,44), electrocardiogramas con 0,44 (DT=0,62) y radiografías con 0,31 (DT=0,70). Para el total de pacientes (n= 202) la media de procedimientos diagnósticos efectuados en las últimos 48 horas de vida fue de 2,73 (DT= 3,99). De estos los procedimientos principales fueron hematimetrias 0,96 (DT= 1,42), gasometrías 0,79 (DT=2,15) y electrocardiogramas 0,32 (DT=0,64). Para los pacientes SCET (n= 104) la media de procedimientos efectuados en las últimos 48h de vida fue de 1,94 (DT= 3,10) y para los pacientes no identificados como tal (n= 98) fue de 3,58 (DT= 4,62). Existen diferencias significativas entre pacientes terminales y los que no eran reconocidos como tales (p= 0,004). De los pacientes con SCET establecida antes 48h (n= 69), los procedimientos diagnósticos más realizados en últimas 48 horas fueron hematimetrías 0,45 (DT= 0,73), los electrocardiogramas 0,29 (DT= 0,62), y las gasometrías 0,14 (DT= 0,49)

Discusión: En los últimos días de vida del paciente, incluso los identificados como SCET, se siguen realizando procedimientos diagnósticos con el consiguiente aumento de sufrimiento y coste sanitario. Determinar el estado de SCET y revisar la toma de decisiones clínicas es crucial para mejorar la calidad del proceso fin de vida y la sostenibilidad del sistema.

T-49

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: ACREDITACIÓN II

MEJORAS IMPLANTADAS DURANTE LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LABORATORIOS CLÍNICOS

Autores: PALOP DEL RÍO A.; CASTELLANO ZURERA M.M.; CARRASCO PERALTA J.A. Y RODRÍGUEZ BENAVENTE A..

Objetivos: El manual de estándares para la certificación de laboratorios clínicos tiene un total de 110 estándares. Los 39 de carácter obligatorio se tienen que cumplir para obtener algún nivel de certificación. El informe de evaluación externa refleja los motivos de no cumplimiento. Cuando se trata de estándares obligatorios, los laboratorios deben implantar las mejoras necesarias para su estabilización durante la fase de respuesta del solicitante (RS). El objetivo es difundir las áreas de mejora implantadas durante la fase de RS de los procesos de certificación de laboratorios clínicos.

Material y Método: Estudio retrospectivo de 26 proyectos de laboratorios clínicos certificados (enero 2008-septiembre 2014) en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). [1] Extracción y depuración de registros en la aplicación informática ME_jora C relacionados con las áreas de mejora implantadas durante la fase de RS. [2] Tratamiento estadístico de la información.

Resultados: 25 proyectos (96,1%) han quedado en fase de RS tras visita de evaluación. Más del 50% de los proyectos han realizado mejoras con respecto a: - Seguimiento del plan de mantenimiento preventivo de los equipos en las diferentes áreas del laboratorio. Realización periódica de calibraciones y/o verificaciones volumétricas de las pipetas. Inventario actualizado de los equipos. - Modelo de consentimiento informado uniforme y consensuado. Custodia y archivado en la historia de salud. Revisión periódica de su correcta cumplimentación y uso. - Transporte de especímenes según las características de calidad (estanqueidad y temperatura). El 39% de los proyectos han realizado mejoras relacionadas con: - Documentación del Proceso de Soporte de Laboratorios Clínicos con inclusión de puntos críticos para la seguridad del paciente. - Condiciones de conservación de material fungible y reactivos. Procedimiento para la gestión de las caducidades y almacenamiento de productos termosensibles. - Medidas para garantizar la protección de datos de carácter personal. Casi un 30% de los proyectos han implantado actuaciones con respecto a: - Actividades de formación de los profesionales en base a necesidades detectadas. - Mejoras para asegurar la intimidad. - Identificación de profesionales. - Control de duplicados de un mismo paciente en el sistema informático. Otras mejoras han sido: - Actualización y difusión de los procedimientos de toma de muestras incluyendo la mejora en la información para la preparación previa del paciente. - Mejoras en el procedimiento de actuación ante resultados críticos y de pánico.

Discusión: 1. El proceso de certificación impulsa la implantación de mejoras en los laboratorios clínicos. 2. Estas mejoras son fácilmente abordables por otros laboratorios por lo que ACSA se ha planteado difundir recomendaciones al sistema sanitario basadas en las experiencias de mejora de los laboratorios certificados.

T-50

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia: Idem

Área Temática: ACREDITACIÓN II

INFLUENCIA DE REFERENTES EN ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Autores: CAÑADAS NÚÑEZ F.; FERNÁNDEZ GARCÍA G.A.; LÓPEZ GARCÍA J.; PUENTES SANCHEZ J.; JUAREZ MORALES A.M. Y LÓPEZ CABRERA D..

Objetivos: Analizar la influencia de profesionales referentes en la acreditación de Competencias.

Material y Método: Estudio Descriptivo Longitudinal Población Diana: Todos los profesionales acreditables del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (elección no probabilística) Periplo Estudio y Tamaño muestra: 2008 (1336 profesionales)-Junio 2014 (1278). Criterios Inclusión: Profesionales que atienden a la misma población de referencia al menos 6 meses continuados. Criterios Exclusión: Profesionales que no cumplen Criterios de Inclusión Método para recogida de Datos: Base de datos de la Agencia de Calidad (cortes trimestrales) y Base de datos del Complejo Hospitalario Torrecárdenas Variable introducida: Desde 2011 se establece un referente que confecciona base de datos con evolución del profesional. Solicita y tramita proceso administrativo (documentación para solicitar el inicio), evidencias y certificados, pre-evalúa las acreditaciones y sirve de enlace con la ACSA.

Resultados: Reducción del nº de profesionales acreditables desde 2008 a junio 2014: Disminución 5% (1136-1278) En 2014 (corte junio) el CHT es el tercer centro con mayor nº de profesionales en autoevaluación (304) La media de profesionales anuales acreditados desde 2012 es de 40.25. En junio de 2014 contamos con 45 profesionales acreditados en este año. El 74% de las UGC (17 de 23) cumplen objetivos de acreditación (aumentar nº de profesionales acreditados y aumentar el nº de profesionales en autoevaluación).

Discusión: La Dirección del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, en colaboración con las UGCs y los profesionales que las componen apuestan de manera firme por la acreditación de sus profesionales y de sus UGCs, para ello ha establecido una estrategia mentenida en el tiempo que cuenta con recursos humanos (un referente) para todos los profesionales que deseen acreditarse, lo ha introducido dentro de los objetivos de las UGCs. La gestión por competencias supone implicación de la Dirección del Centro, coherencia con nuestros objetivos, identificación de funciones y responsabilidades y formación y entrenamiento de los profesionales y de la dirección. Contar con un profesional que soluciones o disminuya barreras (entendimiento del lenguaje de la ACSA, solicitud de evidencias y certificados, etc.) supone para los profesionales un aliciente para acreditarse. Una de las grandes barreras que ha sufrido este proceso ha sido la paralización de la Carrera Profesional, los profesionales no ven "fruto" en acreditarse ya que actualmente no puntua para nada. Asignar Nivel de Carrera II y III por antigüedad supuso un avance y reconocimiento para profesionales con plaza fija y antigüedad. Sin embargo estos profesionales ven muy lejano poder subir en nivel de carrera ya que precisan acreditarse en nivel Excelente. El nivel excelente es muy difícil de conseguir para los profesionales asistenciales ya que muchas evidencias no pueden obtenerse por su trabajo, es decir, dependen de otros estamentos (pe. Pertenecer a determinadas comisiones…).

T-51

Centro: Direção-Geral da Saúde **Provincia:** Sevilla **Área Temática:** ACREDITACIÓN II

LOS LOGROS DE LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE SALUD CON EL MODELO ACSA EN EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD DE PORTUGAL

Autores: CHRISTO HOMEM F.I..

Objetivos: Dar a conocer los logros alcanzados con el desarrollo del modelo de acreditación de la gestión clínica de unidades de salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en el Servicio Publico de Salud de Portugal.

Material y Método: Se han revisado las áreas de mejora levantadas y alcanzadas en las 17 unidades de salud de Portugal que están acreditadas con esto modelo de certificación de la práctica clínica en respeto a la gestión de procesos asistenciales, normas clínicas y medida de seguridad de pacientes.

Resultados: Los estándares donde las unidades tuvieran más dificultad en cumplir con lo que se espera estén haciendo están identificados. Los cinco estándares con mayor grado de incumplimiento en la visita de evaluación externa inicial se sitúan en la área de los procesos asistenciales integrados (PAI), riesgo clínico, consentimiento informado, uso seguro de medicamentos y manutención de equipamiento. Al no existieren Procesos Asistenciales Integrados (PAI) nacionales cuando, el año de 2009 se empiezo con el modelo ACSA, las diecisiete unidades ya acreditadas tuvieron que revisar toda su forma de trabajar y describir los principales procesos asistenciales de su cartera de servicios de acuerdo con la metodología de arquitectura cuatro. Se han desarrollado 11 procesos asistenciales locales, algunos de ellos bien diseñados e otros más bien en un estadio embrionario. En dos distritos los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria los han desarrollado y discutido en conjunto y están trabajando el circuito del paciente de forma integrada.

Discusión: La gestión clínica y la adaptación de la metodología de los Procesos asistenciales integrados es una herramienta muy potente para la mejora continua de la calidad y seguridad de los pacientes. La información generada con esto modelo y la aplicación informática que lo suporta supone un avanzo en la posibilidad de detectar problemas organizacionales y de práctica clínica de carácter repetitivo, que se tienen que mejorar desde el nivel nacional produciendo recomendaciones y buenas prácticas, lo que es la responsabilidad de la Direção-Geral da Saúde. Al mismo tiempo que este modelo de certificación de la práctica clínica se fue desarrollando la Direção-Geral da Saúde empiezo, con el modelo de diseño de los PAI de la Consejería de Salud e bajo la autorización de ACSA, la producción de Procesos Asistenciales Integrados nacionales, cuyas normas clínicas y indicadores clínicos han sido aprobados por la comunidad científica nacional.

T-52

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: ACREDITACIÓN II

SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA RESPECTO A LOS ESTÁNDARES DE SOPORTE EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN

Autores: CARRASCO PERALTA J.A.; RUIZ MENDOZA J.M.; CASTELLANO ZURERA M.M. Y PALOP DEL RÍO A..

Objetivos: • Analizar los resultados obtenidos por las Unidades de Gestión Clínica (UGC) en los procesos de certificación con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). • Determinar los principales retos de mejora y las líneas de actuación para su abordaje.

Material y Método: Para la realización del estudio se han seleccionado las evaluaciones realizadas entre enero y junio de 2014 (n=39). Se han realizados las siguientes operaciones: • Cumplimiento medio de estándares de soporte en autoevaluación • Cumplimiento medio de estándares de soporte en evaluación externa. • Diferencia entre cumplimiento medio de estándares de soporte y cumplimiento medio global en las UGC. • Diferencia entre cumplimiento medio de estándares de soporte y cumplimiento medio de otras temáticas en las UGC.

Resultados: • Cumplimiento medio de estándares de soporte en autoevaluación: 70.7% • Cumplimiento medio de estándares de soporte en evaluación externa: 21.4% • Relación entre cumplimiento medio global y cumplimiento medio de estándares de soporte en las autoevaluaciones: 78.3/70.7=1.1 • Relación entre cumplimiento medio global y cumplimiento medio de estándares de soporte en las evaluaciones: 49.6/21.4=2.3

Discusión: Consideramos que hay siempre un factor positivo hacia la autoevaluación debido a que la UGC se puede valorar con benevolencia hacia lo que hace. Ciframos, de manera aleatoria, en un 40% (0.40) esta diferencia aceptable atribuible a la benevolencia de la Unidad con su propio trabajo y en torno al 15% (0.15) la deseable. Por lo tanto, encontramos como retos de mejora: • El nivel de cumplimiento de los estándares de soporte está muy por debajo de la media global y de cada criterio en concreto. Por otra parte existen bastantes estándares de grupo I y obligatorios de soporte que no se cumplen nunca. • El trabajo realizado por las Unidades en la autoevaluación no facilita el cumplimiento de estándares en evaluación. La relación entre autoevaluación y evaluación es sensiblemente inferior a la media y a las de todos los criterios, estando lejos de los niveles considerados no ya óptimos, sino aceptables. A la luz de estos resultados, se proponen las siguientes líneas de actuación prioritarias: • Iniciar una línea de trabajo en ACSA para un análisis de causas de estos niveles de cumplimiento. • Aportar mayor información de apoyo en los estándares de soporte para mejorar su comprensión por parte de las UGC. • Establecer grupos de trabajo con responsables de soporte de centros y unidades para el seguimiento de estos estándares y para favorecer la mejora compartida.

T-53

Centro: Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

Provincia: Cádiz

Área Temática: Seguridad del Paciente II

ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCO-

HEMATOLÓGICO COMO PILAR DE CALIDAD

Autores: MUÑOZ LUCERO M.T.; COBO OCAÑA M.A.; DELGADO MORENO S.; FORJA PAJARES F.M.; MARTÍNEZ BAUTISTA M.J. Y JAÉN OLASOLO J..

Objetivos: -Describir las estrategias de seguridad usadas para minimizar la posibilidad de errores y efectos adversos derivados de las actuaciones propias de un Hospital de Día Onco-Hematológico -Conocer el número de incidentes de seguridad ocurridos en dicho Hospital tras la implantación de las estrategias de seguridad establecidas -Detectar errores evitables y planificación de áreas de mejora

Material y Método: Implantación de medidas de seguridad que afectan a distintos aspectos de los procedimientos usados para la administración de productos en el Hospital de Día Onco-Hematológico. Recogida de todas las incidencias de seguridad sucedidas en este Hospital según los indicadores establecidos. Planificación de áreas de mejora.

Resultados: Estrategias de Seguridad -Identificación de pacientes La identificación inadecuada causa importantes complicaciones asociadas a errores en la asistencia. La práctica habitual usa identificadores que pueden ser variables y no seguros. Nuestro sistema incluye requerimientos para identificar de forma inequívoca al paciente y relacionar tratamiento, cuidados o servicios al mismo. -Administración de quimioterapia mediante lectura de código de barras Los errores de medicación pueden tener graves consecuencias por el estrecho margen terapéutico y toxicidad inherente a los citostáticos. La administración es un punto clave, por lo que una barrera introducida ha sido el uso de códigos de barras que verifican la correcta administración: paciente correcto, tratamiento prescrito, orden y tiempo de infusión adecuados. Además analiza la trazabilidad de la administración para revisión de los procedimientos seguidos si fuera necesario. -Administración de hemoderivados mediante lectura de código de barras Indicador de evaluación (de calidad y medida anual) Errores detectados y/o evitados desde la implantación de la estrategia, respecto al total de preparaciones elaboradas por la UGC de Farmacia. Errores detectados Tratamientos citostáticos:2012/2013) Mezclas de quimioterapia:10009/8653 Nº prescripciones/validaciones:7188/6474 Total de errores: 89/104 El 84,26%/95,19% no alcanzó al paciente Áreas de mejora Tarjeta identificativa asociada a código de barras Programa de conciliación en el paciente oncológico Edición del manual: Conciliación en el paciente oncológico. Guía de interacciones Protocolos normalizados de trabajo Formación Plataforma SPIF

Discusión: La seguridad del paciente es un elemento clave para avanzar en calidad y una estrategia prioritaria de la Consejería de Salud. El SSPA ha crecido de manera exOral Temática en eficacia y eficiencia, acompañándose de actuaciones para reducir al mínimo los efectos adversos derivados de la propia atención sanitaria. Nuestro Hospital de Día Onco-hematológico ha desarrollado acciones de seguridad que los profesionales han incorporado como buenas prácticas a su actividad habitual, suponiendo una garantía de seguridad para el paciente, y manifiesta la calidad en la asistencia recibida.

T-54

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente II

PRESENTE Y FUTURO DE LA ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANDALUCÍA

Autores: PÉREZ PÉREZ P.; BUIZA CAMACHO B.; BARRERA VARGAS A.; PACHECO MERA M.E.; VÁZQUEZ VÁZQUEZ M. Y SANTANA LÓPEZ V..

Objetivos: La Estrategia para la seguridad del paciente de Andalucía (ESP) 2011-2014 se pone en marcha con el fin de afianzar el papel de las unidades de gestión clínica, como espacios seguros. Por esta razón, la mayoría de las actuaciones incluidas en la ESP están dirigidas a mejorar la calidad de la atención y los cuidados proporcionados a nivel de microgestión. El objetivo del estudio es evaluar el nivel de cumplimiento de las acciones dirigidas a las unidades incluidas en la ESP para precisar su nivel de desarrollo e identificar aquellas acciones sobre las que sería necesario incidir en los próximos años.

Material y Método: Estudio descriptivo. Periodo: 2011-2014. Fecha de corte: Octubre 2014. Sujetos de estudio: Total de unidades del SSPA. Instrumento de medida: Herramienta online que contiene 46 criterios de evaluación cualitativos en los que las unidades deben posicionarse. Estos criterios se corresponden con las actuaciones de la ESP dirigidas exclusivamente a las unidades. El posicionamiento es mediante escala: cumple totalmente, cumple parcialmente, no cumple y no aplica. Análisis: distribución de frecuencias.

Resultados: Más del 95% de las unidades se han dado de alta en la herramienta online (n=1001). El 75,2% (n=753) se ha autoevaluado en más del 75% de los criterios. El 44,0% pertenece a la atención primaria y el 54,7% a la atención hospitalaria. Los criterios con mayor porcentaje de cumplimiento total están relacionados con la implementación de estrategias de mejora de higiene de las manos (89,2%), la disposición de protocolos para la identificación de pacientes (88,2%), la creación de comisiones de participación ciudadana (79,8%), la notificación y gestión de incidentes de seguridad (74,0%) y la comunicación de resultados a los profesionales (73,7%). Entre los criterios con mayor porcentaje de no cumplimiento se sitúan la investigación en seguridad (48,2%), la incorporación del ciudadano en la mejora de su seguridad dentro de la hoja de ruta de los procesos asistenciales (44,0%), la identificación en los mapas de riesgo de los momentos de información al paciente para buscar su participación (38,9%), la monitorización de los puntos críticos dentro de los procesos asistenciales (35,5%) y la información proporcionada a los pacientes sobre la Estrategia de seguridad (39,6%). Se encuentran diferencias en el nivel de cumplimiento de los criterios entre las unidades de atención primaria y las hospitalarias y entre las distintas organizaciones sanitarias.

Discusión: La alta participación y el análisis realizado han permitido conocer cuáles son los puntos fuertes y débiles de la seguridad del paciente a nivel regional. Sin embargo, lo más importante de esta evaluación es que podría facilitar el diseño y desarrollo de una nueva estrategia regional de seguridad del paciente que incluya objetivos y acciones más ajustadas a la realidad existente dentro de las unidades, organizaciones y niveles asistenciales de nuestra comunidad autónoma.

T-55

Centro: Agencia de Calidad Sanitaira

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente II

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN "MODO AVIÓN"

Autores: VÁZQUEZ VÁZQUEZ M.; SANTANA LÓPEZ V.; PACHECO MERA M.E.; RAPOSO LÓPEZ A.; RODRÍGUEZ CONTRERAS H. Y PÉREZ PÉREZ P..

Objetivos: Desarrollar una aplicación móvil (app) para facilitar la comunicación de incidentes de seguridad entre profesionales sanitarios.

Material y Método: Proyecto en 9 fases: 1.Revisión de las apps existentes en los markets para la notificación de diferentes tipos de incidencias (de tráfico, daños en el mobiliario urbano, grandes obras, etc.) 2.Estudio de las recomendaciones europeas para la creación y puesta en marcha de sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes de seguridad. 3.Análisis de las sugerencias y áreas de mejora aportadas por los usuarios del sistema de gestión de incidentes del sistema sanitario andaluz durante los años 2013 y 2014. 4.Creación de un comité técnico asesor formado por enfermeras, médicos, farmacéuticos, expertos en seguridad del paciente, expertos en usabilidad y desarrolladores. 5.Definición de requisitos funcionales 6.Rediseño de la versión WEB para responder a las nuevas funciones. 7.Diseño y desarrollo de la app para la notificación en movilidad. 8.Pilotaje en una muestra de centros y unidades. 9.Incorporación de mejoras y lanzamiento.

Resultados: Se presenta el prototipo de la app (fase 7) y los primeros datos de pilotaje.

Discusión: Los sistemas de notificación de incidentes actuales, basados mayoritariamente en formularios WEB, presentan limitaciones en su sencillez, accesibilidad, inmediatez, feedback, y modos de compartir las soluciones y respuestas. La versión en movilidad para la comunicación de incidentes desarrollada permite la geolocalización del centro o unidad; hace posible la notificación desde el punto de atención; simplifica la cumplimentación acortando los pasos; amplía las posibilidades de notificación (eventos adversos, incidentes sin daño, casi-incidentes o incidentes esperando a ocurrir, condiciones inseguras…); conecta automáticamente con el Centro andaluz de Farmacovigilancia ante incidentes relacionados con la medicación; comunica a tiempo real los incidentes recibidos los miembros de equipo que designe la unidad; hace visibles las áreas de mejora compartidas; está preparada para lanzar "mensajes push" personalizados a todos los usuarios sobre determinadas situaciones, alertas o soluciones a diseminar. Parece oportuno actualizar los sistemas de notificación de incidentes dotándolos de las posibilidades que brinda la comunicación en movilidad.

T-56

Centro: Area Sanitaria Norte de Málaga

Provincia: Málaga

Área Temática: Seguridad del Paciente II

DESCENTRALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES

Autores: CÓRDOBA GARRIDO L.; TORRES VERDÚ B.; NÚÑEZ MONTENEGRO A.; GUTIÉRREZ SEQUERA J.L. Y PADILLA MARIN V..

Objetivos: Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros Establecer un circuito de identificación de incidentes o eventos adversos (EA), análisis y evaluación del impacto Gestionar los riesgos de forma descentralizada implantando acciones de mejora que permita la monitorizacion de incidentes Mejorar la comunicación interna y externa con ciudadanos y profesionales.

Material y Método: La misión de este plan de riesgos desarrollado durante 2013 es gestionar incidentes o eventos adverso de seguridad clínica aumentando la sensibilización e implicación de profesionales y pacientes, diseñar y aplicar estrategias efectivas implementando procedimientos y actuaciones en todas las unidades del ASNM Población de estudio:Ciudadanos y profesionales del Area Sanitaria Ambito de aplicación:18 UGC Tipo de estudio: Estudio descriptivo trasversal Fases:1 Constitución del Comité de Gestión de Riesgos;2 Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo;3 Creación de Grupos de Gestión de riesgos en las Unidades;4 Nombramiento de referentes de Seguridad clinica; 5 Puesta en marcha de herramientas para la implantacion: descentralización de la gestión de riesgos en las unidades; Unificacion del Sistema de evaluacion inicial del riesgo: clasificacion y priorización; Implementacion y comunicación de planes de acción de reducción de riesgos.

Resultados: Incremento del número y mejora en la gestión de notificaciones de 9 en 2012, a 29 en 2013 y 50 en 2014; 40 de ellos resueltos, 8 en estudio y 2 pendientes de implementacion de areas de mejora. Clasificacion de incidentes:34% dispositivos y equipamiento médico, 20% proceso asistencial o procedimiento clínico, 12% documentación, 10% proceso administrativo;10% caidas, 8% medicación o fluidos intravenosos, 6% gestión organizativa-recursos. Fortalezas: El resultado de la estrategia no sólo contribuyó a una retroalimentación inmediata para corregir problemas, también a un cambio en el proceso de gestión de seguridad de pacientes con la puesta en marcha de 56 acciones de mejora y creacion de herramientas de difusión a profesionales y ciudadanos Oportunidades de mejora con areas de intervención: aumentar notificaciones relacionesdas con uso seguro del medicamento, Cuidados, Comunicación, Diagnóstico y Gestion, de mayor prevalencia en efectos adversos ligados a la asistencia en el ambito sanitario.

Discusión: El plan de gestion de riesgos permite un seguimiento del ciclo de mejora en todas las unidades:identificación,análisis,actuación y seguimiento de las medidas,conocer deficiencias en los procesos de asistencia,ayudar a identificar y compartir problemas y soluciones que pueden necesitar actuaciones urgentes Principales limitaciones: bajo nivel de percepción de riesgo de seguridad de profesionales y cargos intermedios, temor al caracter punitivo de notificaciones e incidir en la importancia de continuar potenciando las estrategias de comunicación interna y externa y formación de profesionales y ciudadanía.

COMUNICACIONES PÓSTERS

P-1

Centro: Hospital virgen Macarena

Provincia: sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

AREAS DE MEJORA EN EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL MATERIAL QURURGICO DE SALA DE CURAS DE ORL. HUV. MACARENA

Autores: ACOSTA SALAS R.C.; LOPEZ GARCIA I.; TENA GARCIA B.; GARCIA SALDAÑA P.; JUAN GARCIA C. Y MESA MORENO R..

Objetivos: La sala de curas de ORL tiene numerosa actividad, funcional 24 horas al día, por donde transitan mucho personal: facultativos, enfermería, usuarios…..y donde la auxiliar de enfermería es la mayor responsable de su funcionamiento y mantenimiento. Tras su uso debe mantenerse en condiciones óptimas para una siguiente utilización. El instrumental debe estar siempre perfectamente cuidado y ordenado. Objetivo: Diseñar estrategias de mejora en el mantenimiento y control del material quirúrgico de la sala de curas de ORL.

Material y Método: Observación directa y creación de grupos de Trabajo constituidos por auxiliares de enfermería servicio de ORL y a través de un análisis de situación se detectaron las necesidades en cuanto a elaborar estrategias de mejora en el mantenimiento y control del material quirúrgico de la sala de curas de ORL.

Resultados: Diseño de estrategias de mejora en el mantenimiento y control del material quirúrgico de la sala de curas de ORL, que han mejora el funcionamiento y control de la sala de curas de ORL: identificación del material para que sea visible y diferenciador nuestro instrumental, cartelería, formación e información a al personal de enfermería de la unidad, circuito de esterilización, elaboración de protocolo de limpieza de material, e imágenes que faciliten información.

Discusión: Con los resultados obtenidos, se puede concluir que el diseño de estrategias de mejora en el mantenimiento y control del material quirúrgico de la sala de curas de ORL, de nuestra unidad ha sido óptimo. Todo el personal de enfermería, ha sido formado e informado de las líneas de mejora, con el fin de unificar criterios a la hora del mantenimiento de dicha sala. Todas las áreas de mejora se incluyen en la sistemática de trabajo de la auxiliar de enfermería.

P-2

Centro: Hospital La Inmaculada

Provincia: Almería

Área Temática: Seguridad del Paciente

DECLARACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

Autores: ESCABIAS MACHUCA F.J.; BONILLO MUÑOZ M.; ORTEGA CASANOVA C. Y PALACIOS DÍAZ J..

Objetivos: Para elaborar estrategias que permitan disminuir la incidencia de efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria, es importante disponer de una información adecuada. Para mejorar este conocimiento hemos realizado un análisis de los eventos adversos (EA) declarados en nuestra zona durante el año 2013.

Material y Método: Se ha realizado un estudio descriptivo de los eventos adversos declarados en el año 2013. Para ello se han analizado los eventos notificados a través de nuestro sistema de registro on line de efectos adversos que recoge, entre otros, datos como unidad declarante, tipo de incidente, factores contribuyentes, factores atenuantes y áreas de mejora.

Resultados: Durante el año 2013, en nuestra zona se han notificado 176 efectos adversos de los cuales un 78% han sido declarados en atención hospitalaria y un 22% en atención primaria. En relación con el tipo de incidente, los errores en la identificación de pruebas diagnósticas, en la identificación del paciente y las caídas son los eventos que se notifican con más frecuencia. En su distribución por tipo de atención, los errores en la identificación de pruebas diagnósticas en atención hospitalaria y la incorrecta identificación del paciente en atención primaria, son los eventos que se declaran con más frecuencia. Entre las medidas propuestas para intentar disminuir la incidencia de EA se encuentran la estandarización de las intervenciones mediante procedimientos o protocolos, favorecer la implicación paciente/familia en su propia seguridad procurando información mediante dípticos , fomentar las sesiones clínicas en las unidades sobre aspectos de seguridad y resultados adversos, petición de pruebas diagnósticas de forma digital, uso seguro del medicamento utilizando la prescripción electrónica en hospital y prevención de caídas mediante la revisión de los equipamientos.

Discusión: En 2013 se han declarado 176 EA, un 78% en atención hospitalaria y un 22 % en atención primaria. Los errores en la identificación de pruebas diagnósticas en atención hospitalaria y los errores en la identificación del paciente en atención primaria son los eventos que se declaran con más frecuencia. Las áreas de mejora propuestas para disminuir estos eventos son, entre otras, elaboración de procedimientos y protocolos, realización de dípticos informativos para pacientes o familiares, petición digital de pruebas diagnósticas o prescripción electrónica de medicamentos.

P-3

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA

Autores: GARABITO SÁNCHEZ M.J.; CORRAL BAENA S. Y RUIZ ROMERO V..

Objetivos: Conocer puntos críticos del sistema de utilización de medicamentos y poner en marcha mejoras tras análisis de los eventos adversos notificados voluntariamente.

Material y Método: Estudio retrospectivo de las notificaciones de eventos adversos correspondientes al año 2013 registradas en el sistema de notificación voluntaria del hospital. La aplicación informática fue diseñada por la comisión de seguridad clínica y desarrollada por el servicio de informática para la notificación voluntaria anónima o no de eventos adversos ocurridos al paciente incluidos los relacionados con la medicación. De cada evento se nombran varios responsables según tipo de eventos, para analizarlo, realizar, en caso necesario, un análisis causa raíz e instaurar áreas de mejoras. En los eventos relacionados con fármacos siempre uno de los responsables es un farmacéutico. El farmacéutico reclasifica los eventos en inevitables y prevenibles (errores de medicación (EM). Los EM se clasifican según la etapa del sistema de utilización de medicamentos donde ocurran (Selección y Adquisición de medicamentos; prescripción médica; Almacenamiento y Conservación; Preparación y Dispensación y Administración).

Resultados: Durante el periodo de estudio, de notificaron 151 eventos, de los cuales 56 (37 %) correspondían a eventos relacionados con fármacos. De ellos, 15 (27 %) eran eventos inevitables (reacciones adversas medicamentos, reacciones alérgicas y extravasaciones) y 41 (73%) eran errores de medicación. Un 39 % (16) de los EM en la prescripción, el 27% (11) en elaboración y dispensación, el 17% (7) en la administración, el 15% (6) en la selección y adquisición y 2 % (1) en almacenamiento y conservación. El 27 % (11) de los EM han alcanzado al paciente; de ellos, 4 sin daño al paciente; 5 de poca gravedad/molestias para el paciente; 1 evento precisa monitorización y 1 afecta temporalmente al paciente. Se realizaron un total de 3 análisis causa raíz, 2 de EM de administración y uno de EM elaboración. Las actuaciones más importantes puesta en marcha tras la evaluación de cada evento y la realización de 3 ACR han sido: - Formación sobre como registrar una alergia en el sistema de prescripción electrónica. - Mejoras en la alerta de duplicidad. - Cambiamos en el parámetro de tiempo máximo para poder anular una prescripción. - Elaboración de normas sobre órdenes verbales en situaciones de no urgencia. - Identificación por colores de los sistemas administración intravenoso y epidural. - Modificación del protocolo de elaboración de suero antólogo.

Discusión: -El sistema de notificación voluntaria de eventos ha permitido conocer puntos críticos del sistema de utilización del medicamento e implementar barreras para prevenir errores de forma continuada. -Los EM notificados más frecuentes son prescripción de fármacos, seguido de elaboración y dispensación y administración. -EL 27% de los alcanzaron al paciente Los errores de administración son los que más alcanzan al paciente.

P-4

Centro: DISPOSITIVO CUIDADOS CRITICOS Y URGENCIAS AGS SUR SEVILLA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Seguridad del Paciente

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION EXTRAHOSPITALARIA URGENTE

Autores: GARCIA GONZALEZ J. Y CARBAJO MARTIN L..

Objetivos: • Analizar la situación actual de la seguridad del paciente a nivel extrahospitalario. • Determinar los factores de riesgo relacionados con la seguridad del paciente en las urgencias extahospitalarias. • Enunciar recomendaciones en las distintas fases del proceso asistencial.

Material y Método: Revisión bibliográfica de artículos científicos utilizando como fuentes de información: bases de datos electrónicas (Cochrane Library, Medline, Embase, Scopus, Indice Médico Español, CUIDEN), Guías de Práctica Clínica relacionadas con la seguridad, Informes de Agencias de Evaluación, Revisión manual de publicaciones que puedan hacer referencia a seguridad del paciente. Se limitó la búsqueda a los artículos publicados desde 2004 para evitar la obsolescencia de la información. Los criterios de inclusión de los artículos fueron: • Tipo de pacientes: Pacientes asistidos tras demanda de urgencia o emergencia extrahospitalaria, pacientes trasladados en ambulancia hasta centro sanitario. • Tipo de estudios: los diseños incluidos fueron: metaanálisis, revisiones sistemáticas de la literatura científica, ensayos clínicos controlados aleatorizados y no aleatorizados, estudios de cohortes, casos y con¬troles transversales, series grandes de casos, estudios descriptivos que se midieran en ellos aspectos relacionados con la seguridad clínica en pacientes críticos. Se excluyeron artículos de opinión, cartas al director y editoriales.

Resultados: En total, se dispuso de 52 artículos diferentes, de los cuales se excluyeron 34 porque se trataban de cartas al director o artículos de opinión, no estaban relacionados con las emergencias o transportes en ambulancia o bien porque no incluían la asistencia prehospitalaria. En total se revisaron 18 artículos. Los factores de riesgo y las recomendaciones para la seguridad del paciente se han agrupado en 8 grupos: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES, PREVENCION DE INFECCIONES, ÓRDENES VERBALES, USO DE MEDICACIÓN, PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES, TRANSFERENCIA DE PACIENTES, FACTORES ESPECÍFICOS EN ATENCION EXTRAHOSPITALARIA (relacionados con la conducción durante el trasporte, el diseño de la ambulancia y las condiciones de trabajo) y FACTORES RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES.

Discusión: Actualmente existen lagunas en relación a los conocimientos sobre la seguridad del paciente a nivel extrahospitalario. Se requiere un trabajo considerable antes de que se desarrollen más soluciones integrales. En la asistencia extrahospitalaria a los riesgos propios de la atención del paciente urgente hay que unir factores específicos derivados del lugar y tipo de asistencia que se presta, fundamentalmente los riesgos derivados del traslado del paciente en un vehiculo sanitario. Las ambulancias deben cumplir la normativa vigente y las medidas de seguridad adecuadas para prevenir los efectos adversos e incluso la muerte del personal sanitario y de los pacientes.

P-5

Centro: Consorcio Sanitario Público San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla

Provincia: Córdoba

Área Temática: Seguridad del Paciente

MAPA DE RIESGO DE UN LABORATORIO A PARTIR DEL ANALISIS DE LA PÁGINA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIA

Autores: MONTILLA LÓPEZ C.; JARA LÓPEZ I.; VARO SÁNCHEZ G.M.; MUÑOZ CALERO M. Y SALAS HERRERO E..

Objetivos: La preocupación por la seguridad del paciente ha llevado a promover en nuestro ambiente hospitalario una política de identificación y reducción de los fallos en la atención sanitaria, a través del fomento del uso de una página de notificación de eventos corporativa. El objetivo de este trabajo es confeccionar un mapa de riesgo real que identifique los puntos débiles en seguridad de un laboratorio clínico, tras realizar un análisis de los eventos adversos (EA) notificados en la página diseñada para tal fin.

Material y Método: Estudio retrospectivo de la notificación de EA de un hospital de nivel 3 durante los primeros 8 meses del 2014. Estudio de la magnitud y prevalencia de EA tras identificar los relativos al laboratorio. Análisis de las medidas puestas en marcha para la mejora de los procesos.

Resultados: Durante los 8 meses estudiados, se realizaron un total de 716 notificaciones de posibles EA con gravedad variada. El 2% de las notificaciones (14) eran EA relacionados con el laboratorio clínico en dos categorías: hemovigilancia y laboratorio general. De los 6 eventos relacionados con la transfusión de hemoderivados, 1 podría haber causado la muerte del paciente, 2 podrían haber tenido gran repercusión en la salud, 2 causaron molestias sin gravedad y 1 no tuvo efecto alguno. Los errores más frecuentes son: los de identificación del receptor, muestras o bolsas que se detectaron mediante comprobación electrónica del sistema Hemocod y/o comprobación directa. Tan sólo un error se debió a una situación infrecuente y falta de entrenamiento del personal. Del resto de las notificaciones relativas al laboratorio (8), el 100% tenían una graduación baja o media sobre la gravedad de lo sucedido; las dos que tenían mayor graduación, estaban 1 en el ámbito de la dilución de las muestra recibidas con el suero infundido al paciente y otra referida a identificación errónea de paciente y muestra. En el resto, 2 se debieron a que las condiciones preanalíticas de las muestras habían imposibilitado dar un resultado en tiempo y forma, en 2 se detectaron errores en la fase analítica y 1 era extravío de la muestra que fue remitida a estación diferente al laboratorio. En estos dos últimos casos se realizaron 2 análisis causa raíz que originaron cambios en los procedimientos implicados.

Discusión: Para un efectivo trabajo en seguridad del paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan identificar errores humanos y fallos del sistema, potenciando la política de no punitividad y desarrollando herramientas de notificación de EA y procesos no seguros. Tras el análisis de los EA comunicados, se siguen reconociendo como más inseguros los relacionados con el proceso de hemovigilancia, identificación de pacientes y muestras diluidas con el suero infundido al paciente, que inducen a una información errónea sobre el verdadero estado clínico del enfermo. Estas tres líneas de trabajo forman parte de las líneas que la Comisión de Seguridad de nuestro hospital tiene en marcha desde el año 2007.

P-6

Centro: HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Provincia: GRANADA

Área Temática: Seguridad del Paciente

¿ COMO EVITAR ERRORES DE MEDICACION EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO?

Autores: VILLEGAS CALVO M.; SANCHEZ LOPEZ J.D.; ZURITA MUÑOZ A.J.; VILCHEZ BUENO S. Y REJANO CARRASCOSA C..

Objetivos: Los errores de medicación son un problema de Seguridad por su frecuencia, pueden ocurrir por confusiones de nombre o por confusiones en la vía de administración. El SENSAR ha propuesto disminuir la probabilidad de estos errores identificando los envases que contienen medicación con un etiquetado estándar.• Por ello nuestro objetivo es estandarizar el etiquetado en los botiquines del Área Quirúrgica y reducir así los errores en la administración de medicamentos mejorando la seguridad del paciente.

Material y Método: Formamos un grupo de trabajo multidisciplinar con la tarea de dar un enfoque de seguridad al uso de medicación en áreas quirúrgicas. Revisamos las recomendaciones del cuestionario Instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP) para el área quirúrgica, identificamos algunos criterios que se pueden adaptar. Consideramos nuestra situación de partida.

Resultados: RESULTADOS Los medicamentos serán almacenados: • En estanterías ordenados por orden alfabético por principio activo perfectamente identificados. • Por grupos (administración.vía intravenosa, destinados a la anestesia regional, medicamentos de alto riesgo y de uso tópico). • Se conservarán dentro de su envase original evitando sacar las ampollas de los blíster. • En cada botiquín se dispondrá de dos listados con todos los medicamentos ordenados por orden alfabético. Uno por principio activo y otro por nombre comercial, igualmente se dispondrá de un listado con la medicación fotosensible y otro termolábil. Etiquetado: • Intravenosos: color blanco, texto en negro. • Destinados a anestesia regional: color amarillo, texto en negro. • De alto riesgo: color rojo, texto en negro. • Contenido de la etiqueta: • Nombre genérico • Cantidad total de cada ampolla o vial • Nombre comercial. Los medicamentos que lleven a confusión por tener nombre similares, se pondrán en mayúscula las letras del nombre distintivas. Si es posible se almacenará una única concentración por medicamento.

Discusión: Estandarizado el orden y etiquetado de los medicamentos en Área Quirúrgica, queda facilitada su localización e identificación, especificado el color de las etiquetas (según tipo de medicamento) y la información mínima que deben contener. Es de suma importancia informar a los profesionales sobre el correcto uso del medicamento. Creemos que los botiquines de medicamentos deben quedar estandarizados en todas las unidades del hospital para así evitar errores de medicación en todas las áreas.

P-7

Centro: HAR de Ecija ASBG

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA BLOQUEOS ECOGUIADOS EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

Autores: RAYA ROJAS M. Y LOPEZ CRUZ M.T..

Objetivos: Los bloqueos nerviosos periféricos para el control del dolor agudo postoperatorio son una práctica habitual en nuestro hospital. Basándonos en el listado de verificación quirúrgica protocolizado, hemos desarrollado un checklist con el objetivo de optimizar las condiciones de seguridad en las que realizamos las técnicas de anestesia locorregional.

Material y Método: Siguiendo el modelo establecido que se aplica durante el período perioperatorio, concretamos las condiciones básicas que garantizaban, en una técnica de bloqueo nervioso utilizando el ecógrafo y el neuroestimulador, la seguridad del paciente y del profesional sanitario. Así, elaboramos un listado de las premisas a tener en cuenta por parte del anestesiólogo en la realización de una técnica de anestesia locorregional. La cumplimentación del checklist de bloqueos ecoguiados garantiza un perfil de práctica segura de la técnica, repasando uno a uno los factores modificables que influirían en el resultado del bloqueo nervioso.

Resultados: 1. Confirmación de la identidad del paciente 2. Confirmación del procedimiento y consentimiento informado. 3. Comprobación de la permeabilidad del cateter venoso 4. Monitorización 5. Se reserva, a criterio del anestesiólogo responsable, la posibilidad de realizar ansiolisis mediante premedicación intravenosa. 6. Repaso del perfecto funcionamiento del ecógrafo y del neuroestimulador, Mientras se lleva a cabo la técnica anestésica, se repasan las cuestiones inherentes a la práctica segura y eficaz de la misma: correcta identificación sonoanatómica de las estructuras, visualización de la hidrodisección del fármaco y del trayecto y la punta de la aguja (si el bloqueo es realizado "en plano"), y se comprueba que no existe estimulación motora El personal de enfermería ayudante inyecta la solución de anestésico local llevando a cabo un doble test de aspiración para evitar la administración intravascular de la misma, y se comprueba que no existe dolor por parte del paciente durante la inyección del fármaco. Tras el bloqueo nervioso, el material punzante es retirado del campo. El paciente permanece monitorizado en la sala de despertar para evaluar la instauración y progresión paulatina del bloqueo nervioso, así como valorar las posibles complicaciones inmediatas derivadas de la técnica (a nivel sistémico, como la toxicidad por anestésicos locales, y a nivel local, como hematomas relacionados con la punción).

Discusión: En el contexto de una intervención quirúrgica, el control del dolor es algo básico para garantizar una atención eficaz y un postoperatorio confortable, así como para evitar los fallos y las complicaciones que se derivan de un mal control analgésico postquirúrgico. Consideramos el listado de verificación de bloqueos ecoguiados como un método útil para controlar los factores modificables relacionados con las complicaciones de la anestesia locorregional.

P-8

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Provincia: Cádiz

Área Temática: Seguridad del Paciente

SEGURIDAD EN INTENSIVOS: ANALISIS DE UN CASO AISLADO DE ULCERA POR PRESION PRODUCIDA POR SENSOR DE PULSIOXIMETRIA

Autores: BENDICHO LOPEZ M.J. Y BLANCO SAEZ I..

Objetivos: Realizar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) de un evento adverso (EA) cuya consecuencia fue la aparición de una úlcera por presión (UPP) localizada en la falange distal del segundo dedo de la mano izquierda, en un paciente con transductor de pulsioximetría. El propósito de este trabajo es saber que ocurrió y por qué para evitar que vuelva a suceder.

Material y Método: Se trata de un caso real, se produjo durante la estancia de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Se revisó la historia del paciente buscando patologías previas al ingreso, tratamientos farmacológicos, factores asociados, etc., que pudieran favorecer la aparición de UPP. Se realizó un registro fotográfico de la falange afectada.

Resultados: Sujeto: Varón de 46 años Motivo de ingreso:Coma estructural,hematoma subdural agudo. Periodo de estudio:Agosto-Septiembre 2014 Días estancia en UCI:36 Con Tubo orotraqueal(TOT):20 Con traqueostomia:16 Conexión a VM:30 días Catéteres:VVC en femoral izda,VVP en miembro superior izdo, VA en arteria humeral dcha. Fármacos vasoactivos en perfusión continua:4 días,anticoagulado previamente por trombosis de subclavia/yugular dcha Neurologico:23 días sedoanalgesiado, Glasgow de 4 puntos al ingreso.

Discusión: La oximetría de pulso es un procedimiento no invasivo para medir de forma continua y prolongada la STO2 transportada por la hemoglobina,mediante la colocación de un sensor en la piel (pulsioxímetro) Se utiliza para detectar precozmente situaciones de hipoxemia. Habitualmente la medición se realiza en los dedos de las manos y pies Al revisar la HC observamos que existe un importante riesgo de aparición de UPP en este paciente debido principalmente a varios factores: - Estado neurológico:sedoanalgesiado y con TOT,imposible manifestar l personal de enfermería la presión prolongada ejercida por el sensor en la misma zona. - Mala vascularización de las falanges distales de los MMSS,debida a hipotensión y drogas vasoactivas en perfusión continua - Necesidad de medición continuada de la STO2 al estar el paciente con VM prolongada - Tto previo con anticoagulantes,que favorece la aparición de úlceras y hematomas. Tras el estudio del caso observamos que la suma de varios factores ha propiciado que sucediera este EA Es evitable y es responsabilidad del personal de enfermería impedir que vuelva a suceder en otros pacientes,adoptando una serie de medidas: -Inspeccionar la zona donde está colocado el sensor para comprobar la integridad de la piel 2 veces por turno -Rotar la ubicación del pulsioxímetro cada 2-3 horas y/o siempre que haya cambios en la zona (enrojecimiento, erosión cutánea, formación de flictenas, etc) El riesgo de sufrir quemaduras por el sensor se debe a la emisión de luz sumada a cierto grado de presión que ejerce el dispositivo, máxime cuando el paciente es obeso y/o presenta edemas. Hay que aplicar las medidas preventivas recomendadas para garantizar la calidad de nuestros cuidados y la seguridad de nuestros pacientes.

P-9

Centro: Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

APLICACIÓN DE LOS LISTADOS DE VERIFICACIONES EN HEMOTERAPIA

Autores: PÉREZ RAMÍREZ C.; AGUADO ÁLVAREZ M.V.; RAMAYO BARRIO E.; ESCALANTE AGUILAR R.M.; ROMERO GONZÁLEZ M. Y ULIBARRENA ESTÉVEZ J..

Objetivos: Planteamos establecer listados de verificaciones, en diferentes pasos del proceso de hemoterapia, que nos permitan asegurar la realización de las tareas de forma correcta, mejorarando la calidad y seguridad de dicho proceso.

Material y Método: Establecimos listados de verificaciones en las fases del proceso de hemoterapia correspondientes a: • Comprobaciones previas a la administración: verificación de la identidad del paciente, verificación de la compatibilidad paciente-hemoderivado, inspección de la unidad de hemoderivado y caducidad, observación inicial de constantes vitales del paciente • Seguimiento de la transfusión: control de constantes y registro de incidencias Revisamos la existencia y cumplimentación de los listados de verificaciones en las transfusiones realizadas en nuestro centro. Tras una primera fase de análisis en el primer año de implantación 2009 ponemos en marcha acciones de mejora que se centran en: - Formación Continuada de los profesionales implicados en el proceso de transfusión con una metodología teórica-practica. - Actualización de los Protocolos del Centro relacionados con el proceso de soporte de hemoterapia. En 2013 volvemos a evaluar el cumplimiento de registro de los listados de verificaciones, con el fin de comprobar la eficacia de las medidas de mejora.

Resultados: En 2009 los registros de comprobaciones previas a la transfusión se habían realizado en el 58% de las transfusiones, los registros de seguimiento de la transfusión habían sido del 100% en control de constantes con un registro de incidencias del 8%. En 2013 los registros de comprobaciones previas a la transfusión se habían realizado en el 87.87% y los registros realizados en control de constantes del 98.48% con un registro de incidencias del 18.18% Las incidencias registradas corresponden a casi-incidentes y semiología clínica no atribuible a efecto secundario de la transfusión.

Discusión: Las actuaciones de mejora nos han permitido un buen cumplimiento de la fase de comprobaciones previas a la transfusión y aunque en el seguimiento de la misma tenemos un leve descenso, los registros de incidencias recogen mayor información clínica, lo que se interpreta como mejor calidad de la actividad realizada, proporcionando una mayor seguridad a los pacientes que reciben las transfusiones.

P-10

Centro: H Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

CATARATAS: PROCURANDO EL ENTORNO MÁS SEGURO PARA UNA INTERVENCIÓN APARENTEMENTE SENCILLA CON UNA ORGANIZACIÓN COMPLEJA

Autores: CABA BARRIENTOS F.; LANERO VEGA C.; CHARRO LUQUE E.; MORENO MAROÑA C.; BEATO BLANCA M.F. Y ECHEVARRIA MORENO M..

Objetivos: La faquectomía es una intervención ambulatoria aparentemente sencilla, pero con importantes retos organizativos. En la actualidad, la mayoría se realizan mediante facoemulsificación y bajo anestesia tópica, lo que ha simplificado el procedimiento permitiendo partes quirúrgicos cada vez más amplios. La población receptora de estos programas suele ser senil, pluripatológica y polimedicada, con dificultades muchas veces para entender todos los detalles que acompañan a su intervención. Una elevada presión asistencial y un entorno muy dinámico pueden disminuir los márgenes de seguridad de estos procedimientos. El objetivo de nuestro estudio ha sido describir la población y cuantificar determinadas circunstancias acompañantes que pueden añadir complejidad y riesgo en la rutina diaria de las intervenciones de cataratas en nuestro centro, utilizando la información procedente de las anotaciones sistemáticas que la enfermería de quirófano realiza para facilitar y ordenar el trabajo.

Material y Método: Durante marzo, abril y mayo de 2014 se analizaron las anotaciones de los datos de los pacientes del programa de cataratas antes del inicio de la sesión quirúrgica. La revisión de la documentación era realizada en aproximadamente en 45 minutos, mientras eran recepcionados, trasladados al área quirúrgica y cambiados de ropa los pacientes. A los habituales datos del parte, la enfermería añadía sistematicamente: lateralidad, primer o segundo ojo, biometría y dioptrías de la lente, nº de orden a intervenir (en función de factores como diabetes, alergia al látex, circunstancias del equipamiento quirúrgico, etc), posibilidad de precisar anestesia loco-regional, medicación con anticoagulantes o antiagregantes, diabetes, tratamientos para la próstata y otras posibles circunstancias especiales. El parte quirúrgico con las anotaciones se situaba bien visible durante toda la sesión. Estas comprobaciones iniciales eran independientes del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS.

Resultados: Se revisaron 275 intervenciones de faquectomía en más mujeres que hombres, con una edad media de 70 años, destacando: -Necesidad de anestesia peribulbar: Solamente en 7 pacientes (2,54%) -47 pacientes (17,09%) estaban recibiendo anticoagulantes o antiagregantes -59 (21,45%) presentaban alguna alergia o intolerancia a fármacos potencialmente peligrosa -Uno de cada cinco varones estaba siendo medicado para la próstata. -63 pacientes (22,90%) eran diabéticos -Con mucha frecuencia se alteró el orden del parte, se hicieron preparativos y se tomaron decisiones precozmente que facilitaron el trabajo.

Discusión: Mediante la práctica descrita se ha podido cuantificar un panorama de factores de riesgo en esta actividad quirúrgica. Dadas las características de la población y el gran número de pacientes que se interviene de cataratas se debe procurar el entorno más seguro posible para unos programas quirúrgicos tan dinámicos y rutinarios. Medidas como la que aquí se ha presentado pueden estar en esta línea.

P-11

Centro: Hospital de Jerez

Provincia: Cádiz

Área Temática: Seguridad del Paciente

LISTADO DE VERIFICACIÓN (CHECK-LIST) ASOCIADO A LA INSERCIÓN DE CATÉTERES CENTRALES.

Autores: GARCÍA GUTIÉRREZ M.D.; SOTO PICA M.T. Y RAMÍREZ RUIZ M..

Objetivos: INTRODUCCIÓN: La hemodiálisis es el tratamiento de elección para la insuficiencia renal crónica terminal. Ante la necesidad de los pacientes renales de un acceso vascular tunelizado permanente para hemodiálisis, en nuestra unidad nos planteamos la creación de una lista de verificación de seguridad (Check-list) en la inserción de dichos catéteres centrales. OBJETIVO Disminuir el riesgo de bacteriemia asociada a la colocación del catéter tunelizado ("Bacteriemia Zero)" mediante la elaboración de un listado de verificación o Check-list, que refuerce las prácticas seguras reconocidas en el procedimiento de inserción de catéteres tunelizados.

Material y Método: METODOLOGÍA En nuestra unidad de diálisis, se elaboró un protocolo de práctica clínica enfermera para la inserción del catéter permanente tunelizado. Uno de los pasos fundamentales, es la comprobación de dicho protocolo mediante un listado de verificación o Check-list asociado a la inserción del catéter tunelizado. El Check-list, contiene un conjunto de controles de seguridad, simples, medibles y efectivos, que podrían realizarse en cualquier unidad de hemodiálisis, mediante el desglose de cada fase del proceso en ítems de seguridad clínica universales que deben ser observados y evaluados por los profesionales sanitarios antes, durante y posteriormente a la inserción del catéter.

Resultados: RESULTADOS La implementación y el desarrollo de intervenciones antes, durante y después de la inserción del catéter, permiten reducir las complicaciones infecciosas y mecánicas asociadas a su uso. Durante su realización, se produce una rápida identificación de posibles peligros que se puedan dar, con la consiguiente actuación de prevención y corrección de esas situaciones de riesgo. Resaltar la importancia de la adherencia y el cumplimiento de la higiene de las manos por parte del personal sanitario como la medida más simple y efectiva para la prevención de la infección. Se observa, que se evitan olvidos en el cumplimiento de cambios o procesos, como es el caso del protocolo en referencia, lo que permite a su vez realizar una formación continua del proceso, clarificar inquietudes y resaltar la importancia del trabajo de enfermería como partícipes de la seguridad para el paciente.

Discusión: CONCLUSION/DISCUSIÓN Este novedoso proyecto en nuestra unidad ha supuesto mejoras en la calidad del cuidado prestado, además de la realización de un trabajo multidisciplinar, facilitando la comunicación y el buen funcionamiento del equipo. Garantizar la seguridad del paciente en el entorno hospitalario es una prioridad, y el Check-list, como medida para disminuir riesgos, se puede considerar como un instrumento de garantía presente durante todo el tiempo que dura el procedimiento de inserción del catéter para hemodiálisis. La verificación del protocolo consensuado de manipulación del catéter, permite conocer el perfil de la bacteriemia asociada a la vía venosa central, e implementar medidas para su prevención y control.

P-12

Centro: Hospital San juan de Dios del Aljarafe

Provincia: sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

CHECKLIST COMO INSTRUMENTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI

Autores: JIMENEZ ESTRADA M.C.; QUINTERO SOLÍS M.L.; RODRIGUEZ LARA M.P.; DE TOVAR FERNÁNDEZ M.M. Y MÁRQUEZ HERNÁNDEZ J..

Objetivos: • Avanzar en la cultura de Seguridad basada en las prácticas seguras. • Valorar la implantación de las prácticas seguras en nuestra unidad mediante la lista de verificación implantada. • Difundir los procedimientos e intervenciones seguras a los profesionales. • Mejorar la Seguridad de los pacientes ingresados en UCI. • Detectar áreas de mejora.

Material y Método: Si bien desde enero el 2012 en la UCI se comienza a pilotar las estrategias de seguridad basadas en las prácticas seguras mediante la lista de verificación de objetivos diarios (checklist) no se había encontrado un instrumento para llevarlo a cabo de forma útil, dinámico y práctico. En noviembre del 2012 cuando se elabora un checklist informatizado. Dicha encuesta es cumplimentada diariamente en el turno de mañana por los profesionales responsables en cada uno de los pacientes ingresados (carácter multidisciplinar)

Resultados: Durante un período analizado, comprendido entre final noviembre del 2012 hasta el 15 de diciembre 2013, se han realizado 850 registros de Checklist de Objetivos Diarios. El porcentaje de Checklist realizados supone el 48% del total de los registros posibles. Durante el primer semestre (Diciembre 2012- Junio 2013) se registran 557 Checklist cumplimentados, para una estancia de 958 días, lo que supone una participación en la cumplimentación del 58%. En el segundo semestre (Julio 2013- Diciembre 2013) se calcula una estancia de 843 días con un total de Checklist registrados de 286; que significa una cumplimentación del 34% y una reducción respecto al semestre anterior del 24%. Cuando se registran los dos últimos meses del período (Noviembre 2013 y Diciembre 2013), se objetiva que la cumplimentación sigue siendo inferior al global del año, situándose en un 27%, con un total de 82 registros realizados para 301 estancias.

Discusión: Conclusiones: • El poner en marcha un checklist permite evaluar y mejorar la calidad, de una forma organizada y sistemática. • Creemos que el desarrollar estrategias de verificación de carácter multidisciplinar favorece la participación profesional. • El carácter telemático de la encuesta permite y facilita la monitorización de las buenas prácticas. • La opción "Checklist Ayuda", una herramienta nos ayuda a anticiparnos al error. • La adhesión a la cumplimentación de la encuesta desciende a lo largo de los del año.

P-13

Centro:

Provincia:

Área Temática: Seguridad del Paciente

FOTOPROTECTORES SOLARES UTILIZADOS POR LOS BAÑISTAS

Autores: RODRÍGUEZ MORCILLO R.; RODRÍGUEZ LIÉBANA J.J.; MORCILLO NIETO M.C. Y LAGUNA PARRAS J.M..

Objetivos: Conocer la prevalencia de los fotoprotectores solares que utilizan los bañistas para evitar los efectos perjudiciales agudos que origina la exposición al sol.

Material y Método: Estudio de corte transversal con preguntas cerradas. Ha sido realizado coincidiendo con el periodo de verano de apertura de las piscinas municipales. Han sido entrevistados todos los bañistas que han acudido a la enfermería para cualquier percance.

Resultados: Han sido encuestados un total de 230 personas, todas ellas conocían alguna medida de protección primaria. Se ha diferenciado entre los hombres y las mujeres. En relación al uso de aceite/crema: el 40% de los hombres no usan nada, un 3% aceite sin protección y un 57 % si usan protección solar; y en relación a las mujeres, un 18% no usan nada, un 17 % aceite sin protección y un 66% si usan protección solar. La prevalencia de factor en hombre es: 32% factor20, 3% factor 25, 19% factor 30, 3% factor 40 y 4% factor 50. Y en mujeres: 3% factor 10, 38% factor 20, 17% factor 30,2% factor 40 y 5% factor 50.

Discusión: Es necesario conocer las diferentes medidas preventivas primarias que debe tomar un individuo antes de exponerse al sol. La correcta utilización de los protectores solares reduce la probabilidad de aparición de quemaduras solares. Enfermería puede formar y dar a conocer a la población que acude a las piscinas la importancia que tiene protegerse del sol. La intervención de Enfermería es fundamental ante la aparición de cualquier síntoma o afección originada por una exposición al sol.

P-14

Centro: HU Virgen del Rocío

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

EVOLUCION EN LA CUMPLIMENTACION DEL LSVQ EN LA HISTORIA DIGITAL

Autores: VÁZQUEZ GONZÁLEZ A.; GUERRERO DURAN J.A.; DEL NOZAL NALDA M.; LUQUE RAMIREZ J.M.; APONTE TOMILLO I. Y ESTEPA OSUNA M.J..

Objetivos: - Analizar el cumplimiento del LVSQ en cada una de las Unidades Quirúrgicas del Hospital, verificando el cumplimiento de cada uno de los ítems contemplados en el LVSQ de la OMS y en los tres momentos (antes e la inducción anestésica; antes de la incisión cutánea y antes de la salida del paciente de quirófano) a fecha de junio 2014. - Valorar y comparar los resultados con los obtenidos en las auditorias realizada en junio y diciembre de 2013 y junio 2014.

Material y Método: Ambito: 14 Unidades de Gestión Clínica con actividad quirúrgica. Primer semestre 2014. Selección de la muestra: se realizó la selección de 30 historias clínicas de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo de estudio. La selección de la muestra se hizo por muestreo aleatorio sistemático del universo muestral correspondiente a cada una de las Unidades de Gestión Clínica Quirúrgica. Análisis: se verificó la presencia del LVSQ en la Hoja Quirúrgica incluida en la Historia Clínica del paciente y el grado de cumplimentación del LVSQ. En este sentido, se ha considerado que el LVSQ está completamente cumplimentado, y el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los ítems incluidos en los tres momentos y contemplados en el LVSQ de DAE. Para este análisis se han tenido en consideración las Historias Clínicas Válidas, que son aquellas en las que existía LVSQ y este estaba parcial o completamente cumplimentado.

Resultados: Auditoria junio 2014: historias clinicas con LSVQ abiertos: angiología y cirugía vascular 76,7%. cirugía cardiovascular 90%, cirugía general y digestiva 90,3%, cirugía maxilofacial 66,7%, cirugía pediátrica 100%, cirugía plástica 56,7%, cirugía de tórax 73,3%, dermatología 100%, neurocirugía 93,3%, obstetricia y ginecología 93,3%, oftalmología 96,7%, ORL 100%, traumatología 100%, urología 96,7%. Media de ítems cumplimentados 19,6. Media LSVQ abiertos en historia clinica junio 2014:81% Media LSVQ abiertos en historia clínica diciembre 2013: 86,2% Media LSVQ abiertos en historia clínica junio 2013: 76,6% Media LSVQ totalmente cumplimentados junio 2014: 44,9% Media LSVQ totalmente cumplimentados diciembre 2013: 36,8% Media LSVQ totalmente cumplimentados junio 2013: 15,9%

Discusión: Ligero retroceso de LSVQ abiertos, aunque hay determinados unidades que han aumentado con respecto a la ultima auditoría. Continúan los listados cuyo grado de cumplimento no es el total, hecho que pone en riesgo la seguridad del paciente, aunque la media de esta auditoria ha aumentado de forma considerable con respecto a los datos anteriores(junio 2013 y diciembre 2014). Hay que seguir insistiendo en la formación de los profesionales y en el análisis detallado de estos resultados por parte de la dirección de las UGC afectadas.

P-15

Centro: DISTRITO SANITARIO BAHIA DE Cádiz LA JANDA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Seguridad del Paciente

USO DE LA METODOLOGÍA AMFE PARA MEJORAR LOS INDICADORES DE SEGURIDAD EN SALUD BUCODENTAL.

Autores: VISUERTE SÁNCHEZ J.M.; VELA CERERO C.J. Y GALANTE JIMÉNEZ M..

Objetivos: 1.- Analizar el proceso de cirugía oral mediante la metodología AMFE para detectar los posibles fallos que puedan acontecer, por la repercusión que puedan tener en los resultados esperados. 2.- Resaltar los puntos críticos del proceso de cirugía oral con el fin de eliminarlos o establecer un sistema preventivo para evitar su aparición o minimizar sus consecuencias. 3.- Facilitar la integración de la cultura preventiva en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental, descubriéndose que mediante el trabajo en equipo es posible profundizar de manera ágil en el conocimiento y mejora de la calidad asistencial que se presta.

Material y Método: El análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es un método proactivo y sistemático de evaluación de procesos que permite identificar dónde y cómo podrían fallar tales procesos y valorar el impacto relativo de los diferentes fallos, a fin de identificar aquellas partes que más necesiten cambiarse.

Resultados: Se realizan siete acciones incluidos en el proceso asistencial de atención a las inclusiones dentarias que son analizadas mediante la metodología AMFE y que son: 1.- Identificación del paciente. 2.- Identificación del profesional. 3.- Pertinencia de la solicitud de la prueba complementaria. 4.- Cirugía oral. 5.- Transporte de la muestra anatomopatológica. 6.- Revisión y seguimiento de la Cirugía Oral. 7.- Recepción y comunicación de resultados. Se establecen las acciones de mejora oportunas para mejorar el NPR inicial y llevarlo a una puntuación adecuada.

Discusión: En la última década la seguridad en la atención y el error en Salud Bucodental pasaron a ser temas de relevancia y discusión. Esto está llevando a un nuevo paradigma donde la calidad de la atención odontológica incluye la protección de los pacientes de eventos que en el transcurso de su atención pudieran perjudicarlo, y más aún, son los mismos pacientes quienes van a cobrar protagonismo en los cuidados. La seguridad es un principio importante de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere de un enfoque general, una labor que afecta al funcionamiento de todo el sistema. Sin embargo, a pesar del creciente interés por la seguridad todavía no se han tomado conductas generales en la mayoría de los centros. Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de atención; pero notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos sigue siendo un estamento pendiente. Se realiza el método AMFE al proceso asistencial integrado de atención a las inclusiones dentarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, evaluando los distintos procedimientos y aplicando las mejoras detectadas.

P-16

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

CONCILIANDO LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Autores: BARROSO GUTIÉRREZ C.; GÓMEZ ROSADO J.C.; ROMÁN FUENTES M.; MELCÓN DE DIOS A.; VILAPLANA GARCÍA A.M. Y DEL NOZAL NALDA M..

Objetivos: Exponer la actividad desarrollada para potenciar y garantizar la conciliación de la medicación.

Material y Método: 1. Iniciativas adoptadas - Elaboración de procedimientos de conciliación de la medicación por cada unidad de gestión clínica (UGC) en base a tres procedimientos (para unidades quirúrgicas, unidades médicas y para el área de urgencias) realizados por un grupo de trabajo multidisciplinar - Difusión de los procedimientos de CM en el seno de cada UGC - Identificación de un farmacéutico referente para cada UGC - Prescripción electrónica: se realiza la validación del tratamiento por la Unidad de Farmacia - Otras iniciativas desarrolladas por UGCs 2. Monitorización y seguimiento - Se solicitó que cada UGC realizara un informe que incorporara un análisis de su situación actual con respecto a la CM y la planificación de las acciones de mejora oportunas a desarrollar hasta final de año para mejorar la situación de partida. Esta información puede gestionarse como un banco de buenas prácticas que podrán ser compartidas entre las diferentes UGCs - Auditorías de historias clínicas - Tras el análisis global de los informes elaborados por cada UGC y los resultados de las auditorias, se identificaron líneas de mejora - El grupo de líneas de mejora se enviaron a directores de unidad y cargos intermedios de enfermería de cada UGC para que las incorporen a la sistemática de trabajo de los profesionales - Queda pendiente nueva auditoría de historias clínicas para medir el impacto de las mejoras efectuadas.

Resultados: Todas las UGC en las que procede realizar CM, tienen elaborados procedimientos para esa actividad, si bien hay que seguir insistiendo en su difusión La mayoría de las UGC han realizado un análisis sobre como afrontan la CM describiendo sus puntos críticos y diseñando estrategias de mejora En líneas generales, es mejorable la elaboración de la lista de medicación domiciliaria así como la descripción del tratamiento domiciliario previo al ingreso que debe seguir tomando el paciente al alta (incluido en el informe de alta médico) Las UGC con un perfil más definido de pacientes con criterio de necesitar conciliación, obtienen mejores resultados

Discusión: Garantizar la CM tal y como se especifica en los procedimientos, es un objetivo para nuestra organización, por lo que se han puesto en marcha una serie de medidas y estrategias que estamos monitorizando para medir su eficacia. Los primeros resultados han manifestado que si bien generalmente se realiza la CM, hay ciertos aspectos identificados que pueden ser mejorables. Por ello es necesario insistir en la difusión de los procedimientos de CM así como en la adopción de un conjunto de líneas de mejora, entre las que se encuentra el fomento de la monitorización desde las propias UGC para favorecer la implicación de los profesionales en este tema. En próximas auditorías constataremos el impacto que hayan podido producir las mejoras implantadas.

P-17

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

CONSOLIDANDO LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

Autores: BARROSO GUTIÉRREZ C.; DEL NOZAL NALDA M.; VILAPLANA GARCÍA A.M.; ROMÁN FUENTES M.; MELCÓN DE DIOS A. Y IZQUIERDO PELÁEZ V..

Objetivos: Exponer las áreas de mejora identificadas y los planes de acción desarrollados en 2014 con la colaboración de la Unidad de Calidad, en función de la monitorización de las buenas prácticas e iniciativas en seguridad del paciente implantadas en nuestro centro.

Material y Método: 1. Análisis de la evolución de las buenas prácticas e iniciativas en seguridad de pacientes, tanto de las incluidas en nuestro sistema de monitorización y seguimiento de indicadores de calidad y seguridad, como de las gestionadas desde otros ámbitos 2. En función del análisis, se identifican las líneas de mejora para las áreas que lo precisen 3. Difusión tanto de los resultados del seguimiento como de las acciones de mejora planificadas 4. Puesta en práctica de los planes de mejora: unas se realizan a nivel global de la organización y otras se gestionan en el seno de las unidades de gestión clínica (UGC).

Resultados: Relacionaremos las iniciativas en seguridad del paciente con las actividades desarrolladas en 2014: •Listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ): - Mantenimiento de la Iniciativa Práctica Segura en Cirugía otorgada en 2012 - Seguimiento del cumplimiento del LVSQ en la historia clínica electrónica • Higiene de manos: - Realización de estudios observacionales basados en la metodología de la OMS - Mantenimiento de la Iniciativa Manos Seguras otorgada en 2009 • Identificación inequívoca de pacientes: - Cartelería para informar a para pacientes y cuidadores así como para fomentar su corresponsabilidad - Mejoras en el diseño de las pulseras de identificación • Notificación de incidentes: - Actualización del procedimiento de notificación - Formación sobre el sistema de notificación • Conciliación de la medicación: - Informe de seguimiento por cada UGC - Auditorías de historias clínicas - Identificaron y difusión de líneas de mejora • Prevención y tratamiento de las ulceras por presión (UPP): - Actualización de la metodología para la realización del corte de prevalencia de UPP - Formación en prevención y tratamiento de las UPP • Control de Medicación y Fungibles o Productos Sanitarios: - Revisión de la caducidad de los viales de medicación multidosis • Revisión y mantenimiento del Carro de Parada Cardiorrespiratoria: - Actualización del procedimiento • Trazabilidad de hemoderivados: - Formación sobre el circuito transfusional • Autoevaluación de la ESP por las UGCs.

Discusión: El ciclo de mejora continua como eje de la gestión de la calidad, es un hecho indiscutible que contribuye a mejorar los resultados de partida. En nuestro caso, la aplicación de la mejora continua en seguridad del paciente, es indispensable para seguir prestando la atención más segura posible a los ciudadanos que son atendidos en nuestro centro.

P-18

Centro: Hospital PuertoAreal

Provincia: Cádiz

Área Temática: Seguridad del Paciente

NOTIFICACIÓN DIARIA DE RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS A MEDICINA PREVENTIVA. IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Autores: MARTINEZ RUBIO C.; PEREZ RAMOS S.; FREYRE CARRILLO C.; FIGUEROA MURILLO E.; JESUS DE LA CALLE I. Y RODRIGUEZ IGLESIAS M..

Objetivos: Asegurar que el Servicio de Medicina Preventiva (MP) dispone diariamente y de forma homogénea de los datos que necesita para su tarea de prevención y seguimiento de infecciones nosocomiales. Facilitar la detección de los casos epidemiológicamente relevantes. Contribuir activamente al seguimiento de patologías infecciosas en pacientes hospitalizados.

Material y Método: En colaboración con el Servicio de MP, realizamos un análisis de la información diaria que se requiere para dar cobertura a sus objetivos en el manejo de pacientes y en el seguimiento de programas de prevención de infecciones nosocomiales. Con esta base, se elaboró una aplicación informática para seleccionar los casos relevantes, con los siguientes criterios (entre otros): Microorganismos: Todas las EDOs y los gérmenes multirresistentes (Pseudomonas, Acinetobacter, MRSA, BLEAs, Clostridium difficile). Muestras importantes (LCR, Hemocultivos positivos). Pruebas POSITIVAS de relevancia clínica (PCR M tuberculosis o C difficile; IgM frente a Hepatitis A, Rubéola, Parotiditis). Cada día, a primera hora, se recoge la información seleccionada en un fichero que se envía a la responsable de Medicina Preventiva por e mail, consistente en: Fecha, nº de muestra, Servicio solicitante, tipo de muestra y resultado.

Resultados: Los informes microbiológicos diarios han permitido que el Servicio de MP realice las actuaciones pertinentes (aislamiento o traslado de pacientes) en el momento, sin necesidad de otra fuente de información. También han facilitado la detección de casos epidemiológicamente relevantes como brotes de microorganismos multirresistentes en UCI, y han contribuido al correcto registro y seguimiento de la patología infecciosa del Hospital.

Discusión: El Servicio de Microbiología, siempre ha tenido entre sus tareas la colaboración en la prevención de las infecciones en el Hospital. Para ello, desde hace años, se han puesto a disposición de MP los informes pertinentes. Antes de disponer de un sistema de búsqueda informático, resultaba laborioso seleccionar manualmente los casos a informar, ya que no siempre los criterios eran homogéneos ni era posible ser exhaustivos en dicha selección. Además, realizar copia en papel y ponerla a disposición del responsable de MP era una tarea complicada, por la disponibilidad de personal que pudiera realizarla a tiempo. Como consecuencia, las actuaciones sobre los pacientes y/o las Unidades en ocasiones se retrasaban, con el consiguiente riesgo de transmisión de microorganismos. Los datos de seguimiento de los aislamientos y/o diagnósticos de enfermedad aguda, debían ser rastreados retrospectivamente de manera manual, con el consiguiente retraso y necesidad de tiempo adicional, muchas veces no despreciable. La disminución en el "tiempo de respuesta" y la mejora cuantitativa y cualitativa de la información, han redundado en un importante avance en la seguridad de pacientes y profesionales, ya que se agilizan las actuaciones preventivas requeridas.

P-19

Centro: Distrito Sanitario Córdoba_Distrito Sanitario Guadalquir

Provincia: Córdoba

Área Temática: Seguridad del Paciente

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA_GUADALQUIVIR

Autores: DE CRISTINO ESPINAR M.S.; AVILA GUERRERO J.L.; CAMACHO BUENOSVINOS A.; ROMERO SÁNCHEZ M.T.; MATAS JIMENEZ A. Y DÍAZ DÍAZ J..

Objetivos: Identificar los Eventos Adversos presentes en la atención de usuarios de Distrito Sanitario Córdoba _ Guadalquivir y las propuestas de mejora para evitar su aparición.

Material y Método: Estudio de carácter descriptivo retrospectivo de las notificaciones de incidentes realizadas en el Observatorio de Seguridad del Paciente. Entre 1 de Enero y 25 de Julio 2014 se notificaron 91.Los EA notificados se clasificaron en 15 categorías principales siguiendo un paralelismo con la OMS. Las actuaciones de mejora se catalogaron relacionándolas con paciente, profesional y organizativos.

Resultados: El mayor numero de incidentes notificados están en relación con proceso asistencial, 32,97%, de procesos administrativos 14,29% y administración, dispositivos y equipamiento médico, 10,99 %, medicación o fluidos intravenosos, 9,89%, infraestructura, accidentes del paciente, gestión administrativa y oxigeno, 3,33%, sangre, 2,2% y conducta, 1,1%.Con respecto a edad, de 56 a 65 años y de 76 a 85 años 19,05% de 66 a 75 años 9,52 % y de 36 a 45 años 7,14 %.Notifica 51,76% enfermería, médico 35,79%, otros el resto. El grado de daño: 63,22% ninguno, moderado 13,79% y leve 22,9%.Se recogen 65 medidas adoptadas para reducir riesgos: 20 relacionadas con el paciente, 22 relacionadas con el personal y 25 organizativas.

Discusión: No hay concordancia entre los EA más frecuentes según, APEAS, tampoco con los EA relacionados con el proceso asistencial. En bibliografía hay concordancia en que una proporción importan de los EA son evitables, por lo es imprescindible establecer mejoras en todos los notificados. Dificultad para clasificar las medidas, por el poco desarrollo explicativo de la OMS.

P-20

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Seguridad del Paciente

INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS, UN RETO EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES

Autores: ESTEBAN MORENO M.A.; LAZO TORRES A.M. Y POVEDA GARCÍA M.A..

Objetivos: Es un reto para los clínicos la mejora en la calidad de la asistencia a los pacientes y entre los aspectos a mejorar, se encuentra sin duda el evitar las intoxicaciones e interacciones farmacológicas, dado que constituyen una importante causa de morbimortalidad. Además, es conocido que en muchos casos no se diagnostican o no se realiza su identificación con la suficiente celeridad. Es por ello fundamental la realización de una historia clínica cuidadosa en cada paciente para conocer los fármacos que consume y si la toma de los mismos se realiza de forma correcta. Diseñamos un estudio para estudiar los pacientes que ingresan en nuestro centro con intoxicación/sobredosis de fármacos.

Material y Método: Se identificaron 35 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de intoxicación farmacológica en nuestro centro hospitalario durante el segundo semestre de 2013. Analizamos la edad, sexo, días de estancia en el hospital, asistencia en la UCI, comorbilidades y fármacos relacionados. Los datos fueron analizados utilizando como herramienta el SPSS.

Resultados: En el grupo de pacientes analizado, la edad media fue de 45±13 años, 13 varones (37.15%)/22 mujeres (68.85%). La estancia media en el hospital fue de 8 días. Fueron atendidos en la UCI 6 pacientes (17.14%). Con respecto a las comorbilidades, 25 pacientes presentaron pluripatología (71.42%) y 6 pacientes tenían antecedentes psiquiátricos (17.14%). No se produjeron fallecimientos durante la estancia en el hospital. Presentaron intoxicación accidental/sobredosificación 30 pacientes (85.71%): intoxicación digital: 22 pacientes (62.85%), paracetamol: 2 pacientes, litio: 2 pacientes, antiepilépticos: 2 pacientes, antidepresivos tricíclicos: 1 paciente, y metadona: 1 paciente. Hubo 5 pacientes que presentaron intoxicación voluntaria (14.29%): cocaína: 2 pacientes, insecticidas organofosforados: 2 pacientes, ácido bórico: 1 paciente. Al alta hospitalaria, recibían tratamiento con más de 5 fármacos 27 pacientes (77.14%).

Discusión: Las intoxicaciones medicamentosas son una causa importante de morbimortalidad en nuestros pacientes, debido en la mayoría de los casos a un uso inadecuado de los fármacos o a las interacciones de los mismos. Es fundamental realizar una historia clínica cuidadosa y revisar los fármacos que toma cada paciente para evitar estas situaciones. La prescripción mediante la receta XXI ha permitido que los clínicos tengan un mejor conocimiento de los fármacos que sus pacientes han tenido prescritos y de las posibles interacciones entre los mismos.

P-21

Centro: Agencia de Calidad Sanitaira

Provincia: Sevilla

Área Temática: Seguridad del Paciente

ESTABA PENSANDO OPERARME EN SU PAÍS ¿UTILIZAN SUS CENTROS LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA?

Autores: SANTANA LOPEZ V.; FALCÓN ALLLOZA I.; PEREZ PEREZ P.; VAZQUEZ VAZQUEZ M.; PACHECO MERA M. Y FERRERO ALVAREZ-REMENTERÍA J..

Objetivos: Describir la información sobre seguridad del paciente que se ofrece a los ciudadanos en el Servicio Andaluz de Salud, en el marco de la Directiva 2011/24/UE y su evolución.

Material y Método: La Directiva Europea relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (Directiva 2011/24/UE) establece que la libertad de obtener asistencia sanitaria en el conjunto de la Unión Europea debe estar acompañada de garantías de calidad y seguridad. Para que puedan elegir con conocimiento, los pacientes deberán tener acceso a esa información sobre las condiciones de calidad y particularmente de seguridad en las que van a recibir la atención sanitaria en otro Estado Miembro. Para dar respuesta a este aspecto clave de la directiva (transpuesta en nuestro país a través del RD 81/2014 de 7 de febrero), el Servicio Andaluz de Salud ha sido especialmente rápido en presentar desde su WEB información dirigida a ciudadanos sobre el nivel de certificación de sus centros y unidades, y si cuentan con distintivos al cumplimiento de prácticas seguras (higiene de las manos, y listado de verificación de seguridad quirúrgica en la actualidad.) El distintivo Manos Seguras evalúa el grado de cumplimiento de la estrategia multimodal para la mejora de la higiene de manos de la OMS. El distintivo Prácticas seguras en cirugía reconoce el grado de implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) y su mantenimiento, de acuerdo también a las recomendaciones de la OMS. La información se presenta al mismo nivel que la relativa a Cartera de servicio, tiempos de respuesta asistencial e indicadores de satisfacción.

Resultados: A fecha 1 de Octubre, participan en la iniciativa Manos Seguras 557 centros y unidades, y 286 en el distintivo Prácticas seguras en cirugía. Se han otorgado hasta la fecha 259 distintivos. Desde la WEB de referencia (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros) se accede a información sobre el centro o la unidad/es de gestión clínica, el tipo de distintivo otorgado y la fecha de obtención. Se presentará la propuesta de un segundo nivel de información sobre las recomendaciones o elementos concretos que se cumplen en cada caso y su significado para la seguridad del paciente.

Discusión: Al margen de lo que pueda suponer en términos de acceso a los servicios de salud en otros Estados Miembros, la Directiva sobre derechos del paciente en la atención sanitaria es una oportunidad inexcusable para hacer transparente el trabajo sobre seguridad del paciente de los centros y unidades, y las prácticas seguras que tienen implantadas, dirigiéndose específicamente a los ciudadanos. En este sentido y hasta la fecha, la directiva ha tenido un escaso desarrollo y los pacientes continúan eligiendo a oscuras en muchos casos. Cabe avanzar en enriquecer la información que se ofrece y en adecuar su formato.

P-22

Centro: H.U.VALME.AGS SEVILLA SUR

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Seguridad del Paciente

CHECK-LIST QUIRÚRGICO: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: LÓPEZ MORALEDA I.; GALISTEO DOMINGUEZ R.; CABA BARRIENTO F.; LÓPEZ MORALEDA P.; GONZÁLEZ PACHECO C. Y GARRIDO SERRANO M.J..

Objetivos: La OMS realiza una campaña "La Cirugía segura salva vidas" . Propone un Checklist para reducir efectos adversos evitables y mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas. Esto ha permitido cambios (individuales y en equipos) y así reducir la incidencia de complicaciones graves en hospitales. Elaboramos un registro checklist y realizamos un plan de comunicación y pilotaje.Vimos que el porcentaje de cumplimentación era adecuado, pero no la calidad del registro, tanto objetiva como subjetivamente. OBJETIVO: Concienciar, de nuevo ,a todos los profesionales implicados en la realización del checklist. Buscar una fórmula para que la información impacte.

Material y Método: Nuestro servicio (U.G.C. Bloque quirúrgico) realiza un vídeo propio (con nuestros profesionales, nuestros quirófanos y nuestra realidad) porque los que teníamos al alcance (OMS, Observatorio seguridad del SAS) no reflejaban nuestra realidad. Lo proyectamos a los profesionales y demostrarles que, con poco esfuerzo, puede realizarse correctamente el checklist. Grabamos un vídeo que muestra cómo debe realizarse de forma correcta y otro de cómo no debe realizarse.

Resultados: Se realiza sesión clínica, primero al personal de nuestra unidad donde mostramos el vídeo y posteriormente se realizará una nueva presentación en sesión clínica hospitalaria para todos los profesionales de todas las especialidades quirúrgicas. Se evalua el impacto.

Discusión: • El check-list ha servido para poner de manifiesto posibles problemas para la seguridad del paciente. • Ha evitado, por tanto, efectos adversos. • Es factible su cumplimentación. Estamos auditando resultados. • Necesitamos seguir con la información/concienciación a todos los profesionales implicados para que la verificación y cumplimentación sean adecuadas y se incorpore totalmente a nuestra rutina de trabajo. La formación y concienciación por este medio ha sido efectiva, ya que los resultados de cumplimentación han mejorado. Quizás hay que seguir haciendo sesiones ya que hay rotación de personal, sobre todo en determinadas épocas.

P-23

Centro: APS BAJO GUADALQUIVIR

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Seguridad del Paciente

MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES. INSTRUMENTOS CORTANTES Y PUNZANTES DE SEGURIDAD

Autores: CARBALLO CONTRERAS A.N.; BARBACID RODRÍGUEZ J.A.; CRUCES ROLDAN S.U.; MARTÍN VALENCIA F.J. Y SANCHEZ ELÍAS T.O..

Objetivos: Es para nosotros fundamental la salud y la seguridad en el trabajo de los profesionales, vinculada a la salud de pacientes y a la calidad del servicio. Se han llevado a cabo actuaciones para la sustitución de los instrumentos cortantes y punzantes, por los que cuenten con mecanismos de seguridad. Objetivos: -Entorno de trabajo más seguro para pacientes y trabajadores -Prevenir heridas y disminuir las infecciones causadas por pinchazos -Aumentar la seguridad y satisfacción de nuestros profesionales y pacientes -Unificar dispositivos para las mismas técnicas que se venían usando -Aumentar la formación y sensibilización Como consecuencia la disminución de costes laborales, sociales,...

Material y Método: Siguiendo el marco legislativo existente, entre otras la Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, con entrada en vigor a partir del 1 de agosto de 2013, las claves son: o Profesionales con: Formación Recursos adecuados o Prevención de exposición Fases: -Comisión -Evaluación de riesgos - Reducir riesgos - Alternativas -

Equipos usados -Localización en el mercado -Priorizar implantación -Evaluación según NTP 875 del INSH dividida en 3 fases. La 1ª estudia criterios de seguridad intrínseca • Integrado • Irreversible • Manifiesta su correcta activación Es "aceptable" si cumple los 3. La 2ª seguimiento de la Norma UNE-EN 1050:1997 sobre los considerados aceptables • El equipo es seguro en el uso previsto y el mal uso razonablemente previsible (ej.: posibilidad de arrancar mecanismo de seguridad porque dificulta la técnica) • Es seguro en errores humanos involuntarios pero previsibles o Activación fuera del cuerpo (activación activa) o Posibilidad de iniciar la activación con el material en el cuerpo (activación activa) o Intrínseco. (activación pasiva) La 3ª sería la clasificación, en función de la activación • 1ª PASIVA: se activa de forma automática al finalizar el acto sanitario • 2ª ACTIVA: se activa con una mano y cuando el equipo está en el cuerpo • 3ª ACTIVA: se activa con 2 manos y cuando el equipo está en el cuerpo • 4ª ACTIVA: puede activarse con 1 o 2 manos y cuando el equipo no está en el cuerpo -Prueba real por los profesionales. Garantía de seguridad y viabilidad -Ordenación por facilidad de manipulación, técnica empleada,… -Impacto económico y autorización -Sensibilización, información y formación -Puesta a disposición -Seguimiento

Resultados: Entorno más seguro para el profesional, más formado, sensibilizado y motivado para la disminución los accidentes, consiguiendo unificar los dispositivos usados en todos los centros para cada técnica. Desde la implantación de los equipos con sistema de bioseguridad, se ha reducido considerablemente los accidentes biológicos provocados por pinchazos.

Discusión: Positiva participación y respuesta de los profesionales. Al tener la comisión un carácter de permanente agiliza las decisiones.

P-25

Centro: Centro de Transfusion de Melilla

Provincia: Málaga

Área Temática: Gestión Clínica I

PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE FORMULACIONES DE HIERRO ORAL EN EL DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

Autores: DE LAS NIEVES LOPEZ M.A.; BARO RODRIGUEZ L. Y CONTRERAS FERNANDEZ E..

Objetivos: El déficit de hierro corporal y la anemia ferropénica son causas frecuentes de morbilidad en todas las etapas de la vida, con potenciales consecuencias en las habilidades cognitivas y su desarrollo cuando afecta a población sensible como es la mujer embarazada y la niñez. La suplementación oral de hierro es una herramienta eficaz para prevenir y revertir estos estados; sin embargo, existe variabilidad en el grado de eficiencia y efectividad con que se realiza, a lo que contribuye la diversidad de principios activos y nombres comerciales, hierro elemental neto por toma así como su precio Nos hemos propuesto como objetivo inicial evaluar la prescripción de formulaciones de hierro oral durante los años 2010 a 2013 y su impacto económico, e identificar potenciales indicadores de mejora de la eficiencia.

Material y Método: Base de datos del DS Costa del Sol sobre prescripción por receta del subgrupo terapéutico OMS B03A que incluye: sales ferrosas de hierro (Fe II) gluconato , ferroglicina (FeGli), sulfato (FeSf) y lactato, sales férricas (Fe III) protein succilinato (FeSuc) y ferromanitol ovoalbúmina (FeMan) así como hierro bivalente fumarato y gluceptato en combinación con acido fólico.

Resultados: 1.- Se observa tendencia a la disminución progresiva en el volumen global de recetas (66.319 en 2011 y 58.624 en 2013), siendo el sulfato ferroso el preparado que con mayor frecuencia se prescribe cada año. 2.- La prescripción de sales férricas supone un 26 ±1% en tanto que su impacto económico alcanza el 52,5 ±1% del total en todos los años (232.378 € en 2011 y 204.948 en 2013).

Discusión: Varias razones pueden influir en la prescripción regresiva de suplementos orales de hierro, como pueden ser la disminución de la población y tasa de natalidad, adherencia a la quimioprofilaxis con hierro recogida en los procesos asistenciales (anemia y embarazo-parto) , mejor control de las dispensaciones mediante receta electrónica, o la mayor adquisición de estos productos de forma privada entre otros. Resulta por tanto de interés discernir el motivo de esta tendencia y garantizar que no se acompaña de una posible infrautilización con impacto negativo en la población. El coste-efectividad de las sales ferrosas hace que sean el suplemento de referencia, siendo llamativos los recursos destinados a la prescripción de sales férricas, más aun si tenemos en cuenta que cada receta no es bioequivalente en la cantidad de hierro neto dispensado; de forma que la aparente ineficiencia observada en los porcentajes de recetas y su impacto económico, puede verse muy incrementada si el análisis se enfoca hacia el impacto económico por miligramo de hierro neto aportado. Conclusión. Estos datos preliminares invitan a profundizar en el perfil de prescripción de otros DS o áreas de salud, a la investigación de indicadores materno-infantiles de hierro corporal y a la introducción de medidas o escalones racionales de prescripción.

P-26

Centro: Hospital La Inmaculada

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica I

ANÁLISIS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE

Autores: ESCABIAS MACHUCA F.J.; BONILLO MUÑOZ M.; NAVARRO MONZÓN M.A.; ESCABIAS MACHUCA M. Y ORTEGA CASANOVA C..

Objetivos: Actualmente existe unanimidad respecto a que la leche materna es el mejor alimento que puede recibir un bebé en la primera etapa de su vida. En el Área nos propusimos como objetivo realizar un análisis de situación de la lactancia materna planteando actuaciones para mejorar su abordaje

Material y Método: Las fuentes de información utilizadas han sido DIRAYA y la base de datos de metabolopatías. Se recogieron datos sobre tipo de lactancia (materna, mixta y artificial, además se consideró "no datos") que recibieron los niños nacidos en 2012, en la visita puerperal, a los dos meses y a los cuatro. Tipo de estudio: muestreo estratificado aleatorio. El tamaño muestral elegido para la auditoría fue de un 24% del total de la población de estudio.

Resultados: El 71.68% de los niños del Área recibieron lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida frente al 11.46% que recibieron lactancia artificial. Este porcentaje va modificándose en las visitas sucesivas encontrando que sólo un 18.74% de los niños continuaban con lactancia materna exclusiva en el 4º mes de vida, frente a un 34.29% que recibían una lactancia artificial. Los resultados son similares al resto de Andalucía. Las diferencias más manifiestas ocurren al inicio de la lactancia y en el cuarto mes. En Andalucía la lactancia materna exclusiva es del 63% en el primer mes de vida, en nuestra área es del 72%. Por el contrario, al cuarto mes, en Andalucía el porcentaje es más alto que en nuestra zona con valores de 26.5% y 18.74% respectivamente.

Discusión: Para mejorar el abordaje de la alimentación del niño en la primera etapa de la vida es importante plantear estrategias que favorezcan la lactancia materna. Se han propuesto las siguientes actuaciones: formación a profesionales mediante sesiones clínicas sobre lactancia materna en todas las Unidades de Gestión Clínica; creación de un grupo de trabajo multidisciplinar; creación de un grupo focal con madres que han dado el pecho y otro con madres que no lo han dado recogiendo opiniones, necesidades, experiencias y grado de satisfacción; fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural; fomentar las escuelas de padres dentro del ámbito comunitario en coordinación con los ayuntamientos; facilitar a los nuevos padres una dirección de correo, página web o blog para que puedan tener acceso a cualquier consulta y aprovechar la tecnología informática disponible para evitar los desplazamientos tanto de las madres con sus hijos como de los profesionales, teniendo en cuenta la gran dispersión de nuestro Área.

P-27

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar

Provincia: Cádiz

Área Temática: Gestión Clínica I

UTILIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE USO DE ANTIFÚNGICOS

Autores: RODRÍGUEZ CAMACHO J.M.; SUÁREZ CARRASCOSA F.J.; ROMERO HERNÁNDEZ I.; RODRÍGUEZ MATEOS M.E.; GALLEGO MUÑOZ C. Y BLANCO SÁNCHEZ

Objetivos: Cuantificar el grado de adecuación de las prescripciones de terapia antifúngica intravenosa al protocolo de medicamentos antifúngicos del hospital. Aportación del farmacéutico clínico en el uso adecuado de antifúngicos.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo de 4 meses de duración. Se revisaron las solicitudes cumplimentadas para la preparación de antifúngicos restringidos (AR) en la Unidad de Mezclas Intravenosas del Servicio de Farmacia. La utilización de AR esta regulada en base al protocolo de uso de antifúngicos aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica, incluyendo: voriconazol, micafungina, anfotericina B liposomal, caspofungina y anidulafungina. Variables registradas: edad, sexo, grupo de población, tipo de tratamiento, AR, uso de azol previo, realización de cultivo previo, patógeno causante, realización de fungigrama. Intervenciones farmacéuticas realizadas, descritas como: cambio de tratamiento o ajuste de dosis del AR. Los pacientes pediátricos fueron excluidos. Análisis de frecuencias relativas.

Resultados: Se registraron un total de 33 tratamientos para 27 pacientes diferentes con edad 58±15 años, 16 hombres (59%). Grupo de población: críticos 41%, neutropenicos 37%, no neutropénicos 18%, inmunodeprimidos 4%. Tipo de tratamiento: empírico 46%, dirigido 42% y profiláctico 12%. AR: anfotericina B liposomal 37%, caspofungina 27%, micafungina 21% y voriconazol 15%. El 56% de los pacientes recibieron un azol previo. En el 86% de los pacientes, se solicitó cultivo antes del inicio del tratamiento. El 46% de los pacientes tuvieron un cultivo positivo a hongos, siendo el 100% del género Candida (54% C. albicans). De los cultivos positivos, el 38% incorporaban fungigrama. El 82% de los tratamientos se adecuaban al protocolo de uso. Se realizaron intervenciones farmacéuticas en el 12% de los tratamientos (6% por dosis inadecuada y 6% por selección inapropiada de AR). El 6% restante fueron tratamientos iniciados fuera del horario del Servicio de Farmacia.

Discusión: Los protocolos realizados según la mejor evidencia clínica disponible, sirven de guía y unifican criterios de actuación ante las infecciones fúngicas en el entorno hospitalario. Nuestro hospital presenta un alto grado de adecuación al protocolo de uso de antifúngicos. El farmacéutico clínico contribuye en la promoción del uso adecuado de medicamentos antifúngicos detectando errores e interviniendo de forma consensuada en la elección de la terapia.

P-28

Centro: UCCU de Adultos. Traumatología. HUVirgen del Rocío

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

INFORME ANUAL DEL INDICADOR IQI 19: MORTALIDAD EN FRACTURA DE CADERA EN EL HU VIRGEN DEL ROCÍO

Autores: APONTE TOMILLO I.; CAMINO DURÁN F.; DÍAZ MARTÍNEZ A.; AMAYA VILLAR R.; SÁNCHEZ BALLESTERO L. Y VÁZQUEZ GONZÁLEZ A..

Objetivos: La "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ) ha desarrollado un conjunto de indicadores para estudiar la calidad (QI) de la asistencia sanitaria basados en la información de rutina que se recoge en los Conjuntos Mínimos Básicos de Datos (CMDB) de los hospitales (diagnósticos y procedimientos, junto con la edad y sexo de los pacientes, el tipo de ingreso y el destino al alta). Los Indicadores de Calidad en Pacientes Ingresados (IQI) analizan la calidad de la asistencia dentro del hospital incluyendo la mortalidad intrahospitalaria. El objetivo de este estudio es analizar el IQI 19 que es la Tasa de Mortalidad por Fractura de Cadera en el HU Virgen del Rocío.

Material y Método: La fuente de información utilizada para la realización del informe ha sido la Base de Datos publicado por el SAS, que recoge todos los casos del 2011 (último año publicado) que se corresponden con el IQI 19 del HUVR. Las variables incluidas en la Base de Datos son: NUHSA, fecha de nacimiento, fecha de alta, sexo, tipo de alta, Servicio de ingreso y de alta, tipo de ingreso, diagnóstico, riesgo de mortalidad, severidad días de estancia, régimen de financiación, residencia, procedencia, mortalidad de pacientes con fractura de cadera del HUVR. Se ha realizado un estudio descriptivo de los casos de mortalidad de pacientes con fractura de cadera del HUVR.

Resultados: Generales: De 471 ingresos por fractura de cadera, la mortalidad fue de 10 pacientes. Las altas no éxitus fue de 78,96% mujeres frente al 21,04% hombres. Casi el 100% ingresan por Urgencias y son financiados por el SNS. Análisis 10 casos de mortalidad: suponen el 4,12% de éxitus frente al 97,88%de altas no éxitus. Edad media éxitus 84,4%, un 80% corresponde a mujeres y un 20% hombres. El 100% éxitus eran pluripatológicos, el mecanismo lesional caída casual, el diagnóstico fue de fractura de cadera por fragilidad traumática, y hubo seguimiento por parte de Medicina Integral dentro del Proceso Asistencial Integrado de fractura de cadera en el anciano. Media éxitus a los 9,8 días de su ingreso. Todos presentaban anemia y un 60% se transfundieron. Un 50% fallece antes intervenirse.

Discusión: A pesar de la alta incidencia de ancianos con fractura de cadera y la tendencia a una disminución de la mortalidad (en el HUVR en el año 2011 la mortalidad por fractura de cadera fue la mitad de la esperada), debemos incidir en estrategias como la reducción de su incidencia, el tratamiento multidisciplinar de todo el proceso asistencial y la instauración de un tratamiento de fondo para la osteoporosis.

P-29

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica I

TRABAJANDO CON CRONHOS: NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores: PÉREZ RIDAO P.J.; GUERRERO RUIZ M.C.; ZUFRÍ RODRIGUEZ G.; RUIZ GÓNGORA J. Y POVEDA GARCÍA M.I..

Objetivos: Cronhos es una aplicación web que recoge de forma online el curriculum de todas las personas que quieran optar a un puesto de empleo en la Agencia Pública de Hospital de Poniente. Esta idea nace como demanda a las necesidades del personal de Recursos Humanos de la Agencia Sanitaria Poniente enfocado a la gestión de candidatos y fue puesta implantada en Abril de 2012. OBJETIVOS. Analizar el uso de los usuarios a la plataforma de Cronhos así como el perfil de los mismos durante estos dos años.

Material y Método: Se ha realizado un estudio epidemiológico no experimental descriptivo transversal que analiza el registro de usuarios que se han registrado en esta plataforma así como el perfil de los mismos.

Resultados: Durante estos 2 primeros años trabajando con Cronhos se han registrado 17500 usuarios, de los cuales 74% fueron mujeres y 26% varones. La edad media está 37.8 +- 2.3 años. En lo referente a la provincia de origen el 40% fueron de Almería, seguido de 30% de Granada, 15% resto de provincias andaluzas y 15% restante en otras comunidades tales como Comunidad de Madrid (7%), Comunidad de Murcia (5%) y Comunidad Valenciana (3%) . Respecto a las categorías obtuvimos que 25 % se registró en la categoría de celador, 20% enfermería, 18% administrativo, 16% auxiliar de enfermería, 9% técnico de laboratorio, 7% facultativos especialistas . Del 7% de facultativos especialistas adscritos el 36% fueron Médicos de Atención Primaria, 22% farmacia, 14% oftalmología, 10% Ginecoogía, 8% Pediatría, 10% resto de especialidades. El centro más solicitado ha sido Hospital de Poniente con 12533 solicitudes, seguido de CHARE Toyo con 11497, CHARE Guadix 10580, CHARE Loja 8964.

Discusión: Gracias a nuestra nueva herramienta de bolsa de empleo Cronhos el servicio de recursos humanos de hospital de Poniente ha visto mejorado su trabajo y rendimiento contando con una información centralizada con datos compartidos actualizados de fácil acceso. Además de las facilidades que se le ha aportado al usuario a la hora de solicitar empleo ya que con esta aplicación presenta disponibilidad 365 dias 24h al día evitándose desplazamientos innecesarios. Seguiremos trabajando con Cronhos.

P-30

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica I

LA ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISISÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autores: LOCATELLI, R.; GONZALEZ MENDEZ M.I.; MARTIN CASTAÑO C.; NAVARRO NAVARRO C. Y ALONSO ARAUJO **Objetivos:** El objetivo general de la revisión bibliográfica ha sido: -Analizar la evidencia científica publicada sobre la aspiración subglótica en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en las UCI. Los objetivos específicos trataran de: -Analizar la eficacia y beneficios de la aspiración subglótica en pacientes con VM y su asociación con la prevención de la NAVM en las UCI. -Conocer los inconvenientes de la aspiración subglotica en la prevención de la NAVM. -Examinar la relación coste-efectividad de la aspiración subglótica como medida preventiva frente a la NAVM. -Recomendar el uso rutinario de la aspiración subglótica en las UCI.

Material y Método: Revisión bibliográfica (marzo de 2014 - mayo de 2014) de la evidencia científica publicada sobre la neumonía asociada a ventilación mecánica y la aspiración subglótica. Se consultan las bases de datos Cuiden, Pubmed, Scopus, Lilacs, Wok, Cochrane Library y Cinahl. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda han sido: neumonía, ventilación mecánica, prevención, aspiración endotraqueal, secreciones subglóticas, cuidados críticos, cuidados de enfermería, tubo endotraqueal, aspiración subglótica.

Resultados: 1. Intervención con niveles de evidencia I y II. Recomendada a nivel mundial. 2. Reduce en un 50 % la incidencia de NAVM temprana. 3. Reduce los días de estancia en UCI así como el tiempo de conexión al ventilador. 4. Eficaz en pacientes con apoyo ventilatorio > 48-72 horas. 5. No hay evidencia en cuanto a la disminución de la estancia hospitalaria ni de la mortalidad. 6. Los estudios la describen como una práctica segura. 7. Supone una medida costo-efectiva.

Discusión: La aspiración subglótica supone una medida preventiva eficaz frente a la aparición de la neumonía temprana asociada a la ventilación mecánica en pacientes con ventilación invasiva por más de 48 horas, reduciendo en casi un 50% su incidencia. Asimismo, se ven también reducidos los días de estancia en la UCI y la duración de la ventilación mecánica, evidenciándose que es una medida costo-efectiva. Sin embargo, ningún autor demuestra una disminución en la estancia hospitalaria y en la mortalidad. Se recomienda el uso de la aspiración subglótica pero no de forma rutinaria, sino en aquellos pacientes en los que se prevea una duración de la ventilación mecánica superior a las 48-72 horasy que vayan a ser intubados desde el principio con el tubo endotraqueal de aspiración subglótica. En aquellos pacientes que ingresen en las UCI intubados con tubos endotraqueales convencionales, no se cree recomendable la sustitución del tubo endotraqueal convencional por tubos endotraqueales de aspiración subglótica con el fin de prevenir la NAVM, ya que la reintubación supone un gran riesgo de aparición de NAVM. .Se considera una intervención eficaz y segura.

P-31

Centro: DISTRITO ALJARAFE-SEVILLA NORTE

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica I

EVALUACIÓN DE LA REINCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CORONARIA

Autores: MONTERO BALOSA M.C.; CHARNECA CONTIOSO M.; RODRIGUEZ JIMENEZ B.; VILCHES ARENAS A. Y FERNANDEZ URRUSUNO R..

Objetivos: Evaluar la reincidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en una población con enfermedad coronaria previa, en relación al valor predictivo de distintos factores de riesgo y de parámetros sociodemográficos.

Material y Método: Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Criterios de inclusión: sujetos con ingreso hospitalario en 2007 por evento coronario (infarto de miocardio, angina inestable o cardiopatía isquémica crónica) en 7 municipios de la comunidad autónoma. Ámbito: atención primaria. Variable principal: reaparición de ECV (síndrome coronario agudo con o sin elevación de ST, accidente cerebrovascular o isquémico transitorio). Variables secundarias: edad, género, dislipemia, tensión arterial, índice de masa corporal, medición cintura-cadera, hábito tabáquico, electrocardiograma (ECG), nivel educativo y socioeconómico, estado civil, actividad física y test Morisky-Green. Metodología: los pacientes fueron citados por carta al centro de salud, se les solicitó consentimiento informado y se realizó una valoración clínica.

Resultados: Un total de 134 pacientes cumplieron criterios de inclusión. El 43,6% había fallecido (n=58)y el 27,8% (n=37) declinó su participación. Acudieron a consulta el 25,6% (n=34) y el 3,8% (n=5) estaban encamados. Pacientes revisados en consulta: - El 52,9% abandonó el hábito tabáquico tras el primer ECV. - El 76,6% tomaba IECA/ARAII, el 88,2% antiagregantes, el 11,8% anticoagulantes y el 85,3% hipolipemiantes. - El 29,4% (n=10) sufrió un nuevo ECV y se caracterizó por un mayor consumo de diuréticos (70,0% vs. 20,8%;p=0,015) y de betabloqueantes (90,0% vs. 54,2%;p=0,061) y una mayor tendencia al cumplimiento terapéutico (estadísticamente no significativo). - El grupo de pacientes que no sufrió un nuevo ECV mostró una hemoglobina glicosilada con mejor control (6,08 vs. 7,25; p=0,021). - Hallazgos nuevos en el ECG en un paciente. Los pacientes vivos (n=77) presentaron el primer ECV a una menor edad respecto a los fallecidos (n=57):67 años vs. 79 (p=0,013), siendo la mortalidad superior en la mujer (61,4%; p=0,001). El primer ECV apareció a edades más avanzadas en la mujer (77 años vs. 68; p=0,003). El consumo de diuréticos fue superior en los hombres (50% vs. 24%; p=0,04). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables analizadas.

Discusión: La incidencia de nuevos ECV en los pacientes con patología coronaria previa es baja, si bien se observan algunas diferencias de género en la evolución y abordaje de la enfermedad.

P-32

Centro: H.U. VIRGEN DEL ROCIO

Provincia: sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

MEJORA EN LA COMUNICACION A.PRIMARIA-A.ESPECIALIZADA (DERIVACIÓN DE PACIENTES)

Autores: PRESA CUESTA L. Y ACEVEDO ROJAS M.A..

Objetivos: Optimizar las derivaciones desde A. Primaria a Especializada. Mejorar el conocimiento que A.Primaria tiene de nuestro Hospitales. Definir canales de comunicación con A.Especializada.

Material y Método: Tanto desde el H. V.Rocío como V. Macarena, habíamos detectado la dificultad que desde A. Primaria encontraban para derivar a los pacientes, haciendo que muchas solicitudes no llegaran correctamente a sus destinos, a la vez que se desconocía la estructura de Consultas externas, entre otros motivos por la descentralización de la actividad (8 Centros en V. Rocio y 5 V. Macarena, más los dispositivos en Centros de Salud y llegando a una media de 14.000 usuarios citados por día en el año 2013). Esto nos llevó a la búsqueda de una manera de darnos a conocer de forma eficaz y para ello era importante la implicación de los profesionales que más cerca de los usuarios se encontrasen. Partiendo de lo anterior, convocamos la I JORNADA INTERNIVELES (A.Primaria-A. Especializada) que se celebró en Abril de 2014, organizado por H.U.V.Macarena-V.Rocío y AGS. Sevilla Sur, D.S.Aljarafe-Sierra Norte y D.S. Sevilla. Con el fin de plasmar claramente la oferta de consultas externas en cada uno de nuestros Centros Hospitalarios y en la que participaran profesionales de la Gestión de Agendas de consultas externas de los Centros Hospitalarios y los profesionales dedicados a la citación desde A. Primaria, fuese de la categoría que fuese.

Resultados: La I Jornada Interniveles fue un éxito de participación, llegando hasta los más de 130 profesionales de distintas categorías, implicados en la Derivación de usuario a los Centros Hospitalarios. Se expuso por parte de cada Hospital la actividad que se desarrollaba en cada uno de los Centros y su correspondiente oferta de consultas, canales de comunicación y personal de referencia a los cuales dirigirse. Tras la exposición se desarrollaron dos mesas de discusión, una para cada Hospital y en las que se recogieron inquietudes y puntos de mejora que se trasladaron a las Direcciones de los Centros.

Discusión: Las derivaciones desde A. Primaria han mejorado sustancialmente, así como los canales de comunicación. Sin duda el mostrar los Hospitales a los Centros de A.Primaria era algo necesario para obtener una cita de Calidad y una correcta atención a la Ciudadanía, a la vez que facilitar la labor diaria de los profesionales.

P-33

Centro: Centro de salud Polígono Sur

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

MEJORANDO LA CALIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROCEDIMIENTOS DE CURA TRAS LA RESECCIÓN DE SINUS PILONIDAL

Autores: MORENO VERDUGO A.; CONTRERAS FARIÑAS R.; CORDERO PONCE M.; DOCOBO DURAN F.; SILVA CÍVICO M.A. Y PLAZA MORENO P..

Objetivos: Hasta el momento no hay Guía de práctica clínica o gold standard que evidencie qué cuidados promueve en mayor medida la cicatrización en las heridas de sinus pilonidal tras intervención mediante técnica abierta. Esto comporta la necesidad de investigar sobre el procedimiento más efectivo en el manejo de estas heridas. Objetivo: Comparar la técnica "cura seca más autocuidados" frente a "cura en ambiente húmedo" para la cicatrización por segunda intención de la herida por sinus pilonidal.

Material y Método: Estudio experimental con grupo control, abierto, longitudinal y prospectivo. La población de estudio la componen pacientes intervenidos de sinus pilonidal con técnica abierta en nuestro hospital de referencia en el 2013-2015, que cumplan los criterios de inclusión. Teniendo en cuenta el volumen de pacientes intervenidos por sinus pilonidal al año, tasa de abandono esperada y conseguir una potencia del 80,00% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula H0:μ1=μ2, sería necesario reclutar un total de 224 unidades experimentales entre los dos grupos comparados. Consideraremos como variable independiente la pauta de cura correspondiente al modelo de cura húmeda, y se asignará el papel de práctica clínica habitual al modelo de cura seca. Variables dependientes y de control: Tiempo y evolución de cicatrización,tasa de recaidas e infecciones,dolor, tiempo de Enfermería y costes. Variables epidemiológicas y de control: edad, sexo, otros diagnósticos, nivel de estudio.

Resultados: Tras un año de captación de pacientes, se han reclutado un total de 75 unidades experimentales. En el congreso, aportaremos datos de las dos técnicas comparadas respecto a: -Tiempo medio de cicatrización. -Evolución de cicatrización. -Tasa de recaidas. -Tasa de infecciones. -Dolor referido por el paciente. -Tiempo empleado por la enfermera. -Coste derivado.

Discusión: La aplicación práctica de los resultados obtenidos nos permitirá disminuir la variabilidad y mejorar la calidad asistencial,siendo más efectivos y eficientes en nuestras intervenciones. Se deben seguir realizando investigaciones más profundas sobre cuál puede ser el más efectivo de los protocolos posibles en el manejo de la HSP. Es importante conocer los recursos humanos necesarios para conseguir la cicatrización e investigar sobre las herramientas oportunas para un óptimo cuidado de la herida. Para buscar estrategias que sean costo-efectivas se necesitan conocer aspectos como el coste global, así se pueden liberar recursos susceptibles de otros usos, y en definitiva mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes y conseguir resultados en salud de calidad dentro de un sistema sanitario público consciente de los costes.

P-34

Centro: H. SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Provincia: sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

RESULTADOS ASISTENCIALES EN CMA: ADENOAMIGDALECTOMÍA

Autores: IBAÑEZ RODRIGUEZ J.A.; RUIZ CLEMENTE J.; ALVAREZ DE TOLEDO JEUTE A.; GOMEZ GALAN M.J.; MOROTE JIMENEZ F. Y OLIVENCIA PEREZ M..

Objetivos: Existen pocos estudios comparando los resultados entre la CMA y la cirugía con ingreso. Los que hay no presentan diferencias significativas en sus conclusiones. La CMA es una modalidad asistencial segura, si esta adecuadamente protocolizada, siendo económicamente más sostenible. No obstante, el régimen de CMA, no debe suponer una merma en la calidad asitencial ni social. En el área ORL, la adenoamigdalectomía es la intervención más frecuente con criterio de CMA. Analizamos los resultados obtenidos en dicha intervención, siguiendo los indicadores de calidad acordados en la asamblea general de la IAAS (asociacion internacional de cirugia mayor ambulatoria) de Boston 2003, y la Healthcare comission.

Material y Método: Utilizamos las base de datos informática de nuestro hospital (ACTIQ). Recopilamos toda información concerniente a los paciente intervenidos de los GRD 59 y 60 (ADENOAMIGDALECTOMIA EN MENORES Y MAYORES DE 18 AÑOS), durante el primer semestre del año 2014.

Resultados: Existen un total de 102 pacientes codificados. Se exponen los resultados según GRD y de manera global, siguiendo los indicadores de calidad de la asamblea general de la IAAS. Se obtiene en total, un 95% de CMA, un 1% de reintervenciones y un 0% de reingresos.

Discusión: Comparamos los resultados con los recomendados por la Healthcare comission y los obtenidos por el SNS (sistema nacional de salud). En lineas generales los resultados son satisfactorios, avalando a la ADENOAMIGDALECTOMIA como técnica adecuada para ser realizada en criterio de CMA.

P-35

Centro: Atención PRIMARIA (UGC NTRA. SRA. DE LA OLIVA-ALCALA DE GUADAIRA-SEVILLA)

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica I

¿ESTÁN SATISFECHOS LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL MODELO APARATO LOCOMOTOR?

Autores: GONZÁLEZ MARTÍN A.; PORRAS TEJERO E.; EXPÓSITO TIRADO J.A. Y ALGUACIL HERRERO M.D..

Objetivos: • Conocer el grado de satisfacción que tienen los Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria sobre el abordaje de la patología musculoesquelética desde el ámbito hospitalario, al inicio de la creación del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. • Objetivo 2º: valoración de un nuevo modelo organizativo en el abordaje de la patología musculoesquelética desde los dos ámbitos de atención.

Material y Método: • Diseño: Estudio descriptivo, observacional y transversal, llevado a cabo mediante una encuesta anónima creada ad hoc. • Emplazamiento: Unidades de Gestión Clínicas (UGCs) del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. • Participantes: Médicos de Familia y Pediatras que desarrollan su actividad clínica en las Unidades de Gestión Clínica del Área, en el ámbito de la Atención Primaria. • Variables principales: Conocimiento de la Cartera de Servicios del Área, grado de satisfacción del abordaje hospitalario de la patología musculoesquelética, conocimiento de la existencia de referentes para consultoría de casos, número de actividades formativas realizadas, cumplimentación de datos en la solicitud de interconsulta e identificación clara de la especialidad de referencia más adecuada al proceso.

Resultados: Han cumplimentado la encuesta 135 profesionales sanitarios de Atención Primaria, lo que supone el 50% de la plantilla, que representan el 65% de las UGCs de Atención Primaria del Área, 11 Unidades de Gestión Clínica. El 69% de los encuestados tienen una plaza fija en el Servicio Andaluz de Salud, correspondiendo el 77% a Médicos de Familia y el 41% a Pediatras, por sexo el 53% son hombres y el 41% mujeres, con una media de edad de 48 años (IC ± 2.5) y una media de años de trabajo de 15 años (IC ± 2). El análisis de las respuestas muestra que el 51% de los participantes están muy descontentos con la organización de la atención de la patología musculoesquelética, que el 46% está insatisfechos con la respuesta ofrecida por la atención hospitalaria, que el 48% encuentra dificultades para poder solicitar una interconsulta, el 43% piensa que los pacientes no tienen información suficiente sobre la pauta prescrita desde el ámbito hospitalario, con infrautilización de la receta electrónica (41%). El 50% de los encuestados afirman que los pacientes aportan información escrita del proceso, el 56% señalan que no tienen constancia de referentes específicos y el 66% no han recibido formación específica desde el ámbito hospitalario, sobre la patología musculoesquelética en el último año.

Discusión: El 51% de los Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria encuestados piensan que el proceso de atención de la patología musculoesquelética, en el actual modelo de aparato locomotor no está organizado adecuadamente. Una vez transcurrido seis meses de la implantación del nuevo modelo de abordaje de la patología musculoesquelética en el Área, se repetirá la misma para valorar la repercusión de los cambios organizativos en el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios.

P-36

Centro: Hospital Regional Málaga

Provincia: Málaga

Área Temática: Gestión Clínica I

PROYECTO DE COLABORACIÓN ENTRE LA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO Y ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: LÓPEZ ORTEGA S.; MANTECA GONZÁLEZ R.; POZO MUÑOZ F.; BUJALANCE HOYOS J.; HERRERA GARCÍA B. Y RAYA ORTEGA L..

Objetivos: El envejecimiento de la población ha llevado a un incremento en la morbilidad, especialmente a costa de las enfermedades crónicas. Por ello, los pacientes que están siendo tratados por más de un médico son particularmente vulnerables a las consecuencias adversas de una inadecuada coordinación y comunicación. Ello puede disminuir la calidad de la atención a los pacientes y dar lugar a un abuso en los recursos sanitarios, así como la realización de pruebas o de tratamientos innecesarios, con el consiguiente riesgo de iatrogenia. También se puede incurrir en una disminución inadecuada de las derivaciones, que puede conducir a retrasos diagnóstico/terapéuticos. El objetivo de este proyecto es describir la implantación de una serie de actividades específicas de coordinación con las que pretendemos mejorar la comunicación entre ambos especialistas y consecuentemente, mejorar la calidad asistencial de los pacientes y disminuir los tiempos de demora.

Material y Método: En el proyecto colaboran un médico especialista en aparato digestivo y los médicos integrantes de un total de cuatro centros de salud (C.S). Se utilizan protocolos diagnóstico-terapéuticos de las patologías mas habituales. El médico digestivo acude un día al mes a cada uno de los centros donde atiende a una agenda de primeras visitas previamente cribadas por el medico digestivo y uno o varios médicos del C.S. Los pacientes ya valorados pueden seguir varias vías: seguir sus revisiones en el C.S. (caso de tratamientos sintomáticos y control evolutivo), en estos casos la comunicación entre médicos será fundamental, bien de manera presencial o vía email o móvil corporativo. En otros casos, el digestivo puede solicitar las exploraciones complementarias necesarias para continuar el estudio. Estos resultados pueden ser revisados conjuntamente entre su medico de referencia y el medico digestivo en la próxima visita al C.S. Además, se realizan sesiones conjuntas revisando diversos temas. Por otro lado, se ofrece un cuestionario de satisfacción a cada paciente atendido de esta manera.

Resultados: El proyecto lleva en marcha tres meses por lo que aun es pronto para poder presentar resultados. Esperamos mejorar la calidad y satisfacción en la atención de los pacientes disminuyendo los tiempos de demora, así como disminuir el número de derivaciones y de exploraciones innecesarias.

Discusión: Resulta lógico pensar que una adecuada comunicación entre los diferentes médicos que atienden a un mismo enfermo conllevarán una mejora en la calidad asistencial y una mejor optimización de los recursos. El proyecto acaba de ponerse en marcha y próximamente podremos extraer conclusiones estadísticas.

P-37

Centro: bloque quirurgico AHVM

Provincia: sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

ENFERMERO-PACIENTE ANTE UNA LOBECTOMÍA PULMONAR

Autores: LUQUE OLIVEROS M.; SANCHEZ-MATAMOROS MARTIN M.D.; ZAMBRANO OLIVO C. Y PÁEZ HERRERA E.V..

Objetivos: Determinar la calidad de la atención quirúrgica dentro de quirófano de cirugía torácica según los pacientes programados para intervención quirúrgica de lobectomia pulmonar

Material y Método: Descriptivo, observacional, no experimental.Población:Pacientes intervenidas quirúrgicamente en el quirófano de cirugía torácica del Hospital Universitario Virgen Macarena.Muestra: 10 sujetos de los 30 pacientes programados. Según DAE. El periodo 01 hasta el 30 del mes de Junio del año 2014 (ambos inclusive). Criterios de inclusión; programados para la intervención de lobectomía pulmonar, y aceptación voluntaria de participar en el estudio. Criterios de exclusión se adecuan aquellos con deterioro cognitivo que no puedan rellenar el cuestionario o que expresen su negación a participar. Cuestionario validado SERVQHOS (medición de las variables). Aceptado por comité ético del hospital.Variables: Las variables de estudios fueron:Socio demográfico, calidad de la atención, conocimiento, infraestructura, procedimiento, cordialidad,empatía,credibilidad. SPSS 22 para Windows.

Resultados: Alfa de Cronbach del ,96. Edad: 20 -60 años Media: 36%. Sexo/género: Hombres: 51% Mujeres: 49%. Estado civil: Separado/a (1.8%), viudo/a (0.9), soltero/a (51.8%), casado/a (43.8%). Nivel de estudio: Estudios universitarios (25,9%), estudios secundarios (41,1%), estudios primarios (23,2%), sin estudios (7,1%) Situación actual: Estudiantes (17,9%), ama de casa (9,8%), activo/a (39,3), en paro (29,5%), jubilado/a (1,8%). Variable:Recursos(La tecnología... 4,3.La apariencia.... 4,5. La facilidad...4,7.La rapidez.....4,1)Conocimiento:La confianza...4,4. La preparación..4,4.La capacidad....4,3) Infraestructura:Las indicaciones...4,3. El estado...4,3)Procedimiento:El tiempo....3,9.La puntualidad...4,0.La información..4,4). Cordialidad:(La disposición...4,4.La amabilidad...4,4.El trato ....4,3)Empatía:El interés...4,3.El interés...4,1.Credibilidad:La información...4,3.El interés de....4,3

Discusión: Sobre la calidad de la atención hospitalaria en quirófano de cirugía torácica de nuestro hospital, supera a las expectativas del paciente considerablemente, así encontramos que no solo están satisfechos con la atención recibida sino que presentan una alta satisfacción con respecto a las dimensiones recursos, conocimientos e infraestructuras que le ofrece el servicio en nuestro quirófano. Por otro lado, de todas las dimensiones estudiadas, la menos valorada por los pacientes corresponde al procedimiento, concretamente al tiempo de espera para ser atendido, que en nuestro caso se puede extrapolar a ser intervenido quirúrgicamente y, que queda justificado en un servicio tan especifico como es quirófano, ya que no se puede determinar con exactitud el tiempo de entrada y de salida. Por lo tanto, hay que incidir, que no existen estudios que profundicen en qué elementos son más relevantes sobre los aspectos de calidad de la asistencia sanitaria dentro de un quirófano, lo que dificulta conocer sus debilidades y establecer pautas de mejoras8.

P-38

Centro: H.U. Puerta del Mar

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE SECRECIÓN ÁCIDA EN PROFILAXIS DE ÚLCERA POR ESTRÉS EN UCI

Autores: GALLEGO MUÑOZ C.; BLANCO SÁNCHEZ G.; GARCÍA MARTÍN F.; SUÁREZ CARRASCOSA J.F.; MOYANO PRIETO I. Y MANZANO MARTÍN M.V..

Objetivos: Evaluar si las indicaciones de Profilaxis de Úlceras por Estrés (PUE) en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos se ajustan a las recomendaciones de una guía de práctica clínica.

Material y Método: Estudio observacional transversal realizado en la UCI de un hospital de tercer nivel de seis meses de duración (Febrero-Julio 2014). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UCI de adultos a los que se les prescribió al menos un inhibidor de secreción ácida: inhibidor de bomba de protones, antagonistas H2, sucralfato o antiácidos. Se excluyeron aquellos pacientes cuya prescripción del inhibidor de secreción ácida fuera indicada como tratamiento de hemorragia digestiva u otra patología que así lo requiera. Los criterios en base a los cuáles se correspondieron las indicaciones de PUE fueron los establecidos por la American Society of Helath-System Pharmacist (ASHP) y son los siguientes: presencia de coagulopatías [número de plaquetas < 50.000/ml, International Normalized Ratio (INR)>1.5, Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT)> 2 veces], presencia de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) por más de 48 horas, antecedentes de ulceración o sangrado de un año antes de admisión en UCI, dos o más criterios menores [sepsis, estancia en UCI más de una semana, presencia de sangre oculta por seis días, altas dosis de corticoides (> 250 mg/día de hidrocortisona)], poblaciones especiales [Glasgow Coma score < 10, quemados (> 35 % superficie corporal), hepatectomizados, politraumatizados, perioperatoria de trasplante, fallo hepático, trauma espinal]. Los datos se recopilaron a través de la Historia Clínica Electrónica de cada paciente.

Resultados: Ingresaron en la UCI 73 pacientes con prescripción de inhibidor de secreción ácida y se excluyeron 7 que estaban en tratamiento por hemorragia digestiva alta. De un total de 66 pacientes cuyas prescripciones fueron analizadas, a 8 (12 %) se le prescribió algún inhibidor de la secreción ácida como indicación de PUE. De estos 8 pacientes, 3 (35%) tenían alguna justificación, mientras que los 5 restantes (65%) no tenían ningún criterio para recibirla. Al resto de los pacientes (58) se le prescribió algún inhibidor sin indicación de PUE en la Historia Clínica. De los 58 pacientes, el 40 % contaban con criterios que justifiquen su indicación y el 60 % no lo tenían.

Discusión: Se observó un bajo porcentaje de indicaciones justificadas de PUE en la población de estudio según la guía de referencia. Hay que tener en cuenta las características especiales de los pacientes ingresados en la UCI y los posibles sesgos establecidos en la recogida de datos.

P-39

Centro: HOSPITAL NTRA. SRA. DE VALME

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica I

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE REUMATOLÓGICO

Autores: PÉREZ GONZÁLEZ E.; MARENCO DE LA FUENTE J.L.; MOROS CARBALLO N. Y ARANTAVE CARAVACA I..

Objetivos: • Mejorar la atención prestada a los pacientes con Lupus en nuestro área de salud. • Mejorar la coordinación medico-enfermera interniveles. • Desarrollar estrategias de comunicación e información sobre el proceso de la enfermedad. • Gestionar de forma más eficiente la indicación farmacéutica. • Monitorizar los efectos adversos y efectividad de las terapias utilizadas. • Realizar cuestionarios de calidad de vida y actividad de la enfermedad (BILAG y SLEDAI) que habitualmente consumen un tiempo del que no se dispone en las consultas convencionales.

Material y Método: 1. Realización de estudios previos para: • Establecer una foto de la situación de los pacientes con lupus atendidos en la UGC Reumatología así como cuantificar el número de ellos que reciben terapias biológicas. • Dispersión de estos pacientes por Zona Básica. • Realización de entrevistas con facultativos especialistas y médicos de familia sobre las mejoras que podrían desprenderse a partir de una optimización de la coordinación interniveles. • Recursos existentes que podrían ser asignados a estas tareas a partir de una reorganización general de la Unidad de Reumatología. 2. Establecimiento de los criterios para seleccionar los pacientes a atender y de los procedimientos a efectuar en la consulta a crear. 3. Creación de una consulta de continuidad asistencial en horario de tarde para el seguimiento y evaluación de pacientes con LUPUS para monitorizar calidad de vida y actividad inflamatoria de la enfermedad. 4. Establecer un sistema para la movilidad del equipo de la consulta al área. 5. Determinación de indicadores para evaluar el funcionamiento de la Consulta.

Resultados: A partir de la información suministrada por los estudios previos, se creó en septiembre de 2014 la Consulta de continuidad asistencial para el seguimiento de pacientes con lupus eritematoso sistémico. Los recursos humanos (un médico y una enfermera de la Unidad de Reumatología) se han obtenido a partir de la liberación de recursos obtenidos tras una reorganización de tareas de la Unidad. En la actualidad se está definiendo el calendario de movilidad de la consulta al área, así como los indicadores que permitirán evaluar los resultados obtenidos, centrados en: Satisfacción del paciente y sus familiares Reducción del coste de la medicación. Evaluación del conocimiento de su enfermedad por pacientes y familiares.

Discusión: La sanidad pública continua sufriendo el impacto de los ajustes presupuestarios pero también supone un acicate para la búsqueda de fórmulas alternativas e innovadoras que, sin un aumento del gasto, permitan mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada. El planteamiento de nuestra propuesta como una consulta de área permitirá mejorar la continuidad asistencial y la coordinación interniveles, siendo esperable una mejora de la percepción de la calidad de la asistencia por parte del paciente con lupus y su entorno, así como una optimización del gasto farmacéutico, incluidas terapias biológicas.

P-41

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

ACTO DE DECISIONES COMPARTIDAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: AREAS DE MEJORA.

Autores: GAMERO NIETO S.; FEITO ÁLVAREZ I. Y CARRASCO CEBOLLERO F.M..

Objetivos: El acto de decisiones compartidas se define como una reunión de carácter multidisciplinar,donde todos los miembros del equipo asistencial transmitirán la información relevante de cada uno de los pacientes ingresados en nuestra unidad con respecto a todos los aspectos que competen al paciente crítico y familia,llegando a un consenso,con respecto a: •Plan diagnóstico y terapéutico •Actividad de equipo asistencial. •Pruebas diagnósticas o terapéuticas previstas •Evaluación e inserción de cuidados y resultados. •Preparación precoz del alta. •Flexibilidad de las visitas o la espera acompañada en aquellos pacientes que se prevea un desenlace fatal y la familia esté disponible. Objetivo principal:Analizar las áreas de mejora propuestas por los profesionales de la Unidad.

Material y Método: Se ha realizado una encuesta anónima a todos los profesionales de la unidad.La encuesta consta de 13 ítems en los que hay preguntas abiertas y predeterminadas en relación directa con la propia herramienta como la utilidad o la calidad de la información,y relativas como el horario y la participación,entre otras. Hemos utilizado una base de datos realizada con el programa Google Drive.

Resultados: Los profesionales conocen en qué consiste el ADC y les parece útil.A pesar de ello, no se realiza a diario y entre las causas que se exponen,se encuentran,la carga de trabajo y la coincidencia con el horario de visita,principalmente.A la pregunta de si estaban de acuerdo con el horario actual,la mayoría contesto que sería conveniente realizarlo a primera hora de la mañana para poder organizar así el trabajo y los cuidados específicos de los pacientes. Se propone realizar dos ADC a primera hora y a última hora de la mañana, de tal forma que se pueda tener toda la información de las pruebas complementarias realizadas a lo largo de la mañana, altas previstas, flexibilidad horaria, evolución del paciente… En esta pregunta existen discrepancias. El 100% de los encuestados colabora activamente y creen que las incidencias de enfermería son importantes. El libro de registro no se considera práctico por su formato según más de la mitad de los encuestados,incluso un 26% de ellos no sabe dónde está ubicado. Si se obtiene información nueva sobre sus pacientes en una mayoría responden afirmativamente,así como,a la pregunta sobre si obtienes información sobre el resto de los pacientes ingresados en la unidad.Una mayor implicación en el acto de decisiones compartidas y una mejora en el formato del registro son las propuestas más señaladas.

Discusión: Es una herramienta útil que nos ayuda a todo el equipo multidisciplinar a estar al tanto de todos los cuidados actuales y futuros,a la organización del trabajo propio de cada día y de las pruebas complementarias urgentes y programadas,la evolución,así como las posibles complicaciones y las necesidades de los pacientes en una unidad tan especifica como esta.De ahí la importancia de realizarlo en un horario que nos permita obtener la máxima información actualizada.

P-42

Centro: HOSPITAL NTRA. SRA. DE VALME

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica I

MAPA SITUACIONAL DA LA DESNUTRICIÓN EN EL EPOC. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA .

Autores: DEL VALLE RODRÍGUEZ R. Y PÉREZ GONZÁLEZ E..

Objetivos: 1. Analizar las recomendaciones sobre valoración e intervención nutricional de las principales guías EPOC publicadas en España. 2. Analizar papel de enfermería.

Material y Método: Búsqueda en bases de datos bibliográficas (PubMed, CINHAL) y libre en internet. Lectura y análisis crítico de las referencias recuperadas.

Resultados: Se localizaron 6 guías que difieren en sus recomendaciones de intervención nutricional, encontrándose desde indicaciones generales para una dieta equilibrada hasta la intervención más específica y completa propuesta por una de ellas. En general, las 2 guías más actuales no recomiendan la toma de suplementos en pacientes desnutridos; incluso una guía recomienda taxativamente no administrarlos a pesar de la existencia de evidencia a favor. Tan solo una recomienda el uso de herramientas de cribado para detectar riesgo de desnutrición en pacientes EPOC. El parámetro antropométrico IMC es el más recomendado a pesar de que la literatura muestra la existencia de normopeso en pacientes malnutridos.

Discusión: Muchos pacientes desnutridos o en riesgo de estarlo no son detectados. La enfermería podría emplear herramientas de cribado para evitarlo en la fase de valoración inicial. El MUST es la herramienta recomendada en el PAI de Nutrición clínica y dietética. Valora el IMC, la pérdida reciente de peso y el efecto de la enfermedad aguda. Posee, además, un plan de actuación. La enfermera debe aplicar el MUST como método de cribado nutricional en la fase de valoración inicial del Plan de Cuidados para la detección de desnutrición. • Un alto porcentaje de pacientes EPOC están desnutridos. • Existe variabilidad entre las guías sobre la recomendación de cómo proceder a valorar el estado nutricional de los pacientes EPOC. Valoración que suele ser muy limitada. • Sólo el PAI andaluz en EPOC recomienda un método de cribado (MUST) para medir el riesgo nutricional. • El papel de la enfermería es residual limitándose a realizar educación nutricional de forma general.

P-43

Centro: Area Hospitalaria Juan Ramón Jimenéz

Provincia: Huelva

Área Temática: Gestión Clínica I

ANALISIS DAFO DE SEQUALITA:HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA CALIDAD

Autores: PRADA PEÑA M.A..

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la situación actual la Herramienta web de Gestión de la Calidad Asistencial: SEQUALITA y establecer las líneas de actuación que permitan alcanzar los objetivos planteados para lograr ser una herramienta de trabajo adecuada a los fines específicos de la metodología en gestión de la calidad para los gestores y profesionales de la salud.

Material y Método: Diagnostico de la situación actual,. Análisis Interno: Debilidad y Fortaleza DEBILIDAD DE SEQUALITA: Es el aspecto negativo actual que la limita o reduce su capacidad de desarrollo efectiva como herramienta de gestión de la calidad. FORTALEZA DE SEQUALITA: Es el aspecto positivo actual de su situación interna que le permite tener una posición de ventaja y que, debe y puede servir, para implantarse como herramienta de gestión de la calidad. Análisis Externo: Amenza y Oportunidad AMENAZA DE SEQUALITA: Es el aspecto negativo del entorno exterior que puede impedir su implantación y reducir su efectividad y proyección futura como herramienta de gestión de la calidad.OPORTUNIDAD DE SEQUALITA Es el aspecto positivo, que brinda el entorno externo que, puede suponer una mejora de la ventaja competitiva para difundirse como herramienta de gestión de la calidad.

Resultados: DEBILIDADES Desinformación en el personal sanitario de SEQUALITA Continuar con la misma forma de gestión actual Desmotivación del personal a formarse Edad media de la plantilla. Tendencia a la improvisación. Miedo al cambio y en general a lo desconocido. Continuar con la misma forma de gestión actual Dificultad para cambiar conductas y hábitos Tendencia al inmovilismo. FORTALEZA Mejorar las perspectivas del desarrollo profesional Favorece la el diseño de la calidad de forma intutiva Favorecer la coalición y el trabajo en equipo multidisciplinar e internive "Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación externa e interna en los diferentes ámbitos sanitarios AP- AE-AP" Proporcionar una EVALUACION DE indicaores más orientada a la atención al paciente que a la enfermedad Carencia de evaluaciones previas Complejidad organizativa en unificar criterios La variablidad clínica en unificar criterios OPORTUNIDADES Creación de un cuadro de mandos de Objetivos compartidos multidisciplinar e internivel Favorece compartir diferentes entornos asistenciales de evaluación con objetivos comunes Oportunidad de modificar hábitos y rutinas de repetir proyectos. Oportunidad de motivación con la autogestion del control de la calidad del servicio Poder disponer de tecnología web accesible,Romper con el inmovilismo y la rutina,Oportunidad de participar en el proyecto de la UGC,Favorece la mulltidisciplinariedad,Favorece la adaptación del especialista a diferentes entornos asistenciales y sociales y al conocimiento científico-técnico. Mejorar la toma de decisiones.

Discusión: Sequalita es una herramienta de gestión de la calidad en la mejora continua y la excelencia-

P-45

Centro: Hospital Alta Resolución Sierra Norte

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica I

IMPACTO ENFERMERÍA PRÁCTICAS AVANZADAS EN TRAUMA MENOR (EPATM) EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE DE SEVILLA

Autores: HIDALGO LLONIS F.J.; ALFONSO ÁRIAS J.D.; SIANES BLANCO A.; RODRIGUEZ MASSIA A.; DOÑA ARAGON C. Y GARZON AGENJO B..

Objetivos: 1. Conocer el tiempo de asistencia total de pacientes que entran en EPATM respecto a los que no entran. 2. Conocer los tiempos de triaje de los pacientes que entran en EPATM respecto a los que no entran. 3. Conseguir aumentar el Nº de pacientes que entran en EPATM a rangos superiores al 90%.

Material y Método: 2 grupos de pacientes todos con diagnóstico compatible con trauma menor: GRUPO I: Pacientes incluidos en EPATM. GRUPO II: Pacientes que no entran en EPATM. La enfermera de triaje decide si cumple o no criterios de inclusión EPATM y los incluye en uno u otro grupo. Periodo estudiado: Enero de 2011-Junio de 2014. Estudiamos: nº de pacientes, tiempos medios de triaje y tiempos medios de estancia en urgencias (ingreso – alta) en cada grupo. En Junio de 2011 iniciamos sesiones formativas periódicas respecto a la EPATM y feed-back a profesionales cuatrimestralmente de los datos obtenidos en EPATM gracias a un cuadro de mandos de enfermería.

Resultados: •GRUPO I: 3075 pacientes (253 año 2011,739 año 2012, 1120 año 2013 y 963 1º semestre 2014) Tiempo medio triaje: 37.34segundos. Estancia media: 32 min.41segundos. •GRUPO II: 2078 pacientes (1266 año 2011,603 año 2012 y 112 año 2013; 97 1º semestre 2014) Tiempo medio de triaje: 38.12segundos. Estancia media: 46 min.54 segundos. •%Pacientes que entran EPATM: 2011:17.83%; 2012:55.06%; 2013:90.91%; 1ºSEMESTRE 2014:90.85%.

Discusión: 1. Tiempo medio de asistencia/paciente GRUPO I es menor en 14 min 13 segundos respecto al GRUPO II. 2. Tiempo medio de triaje GRUPO I 37.34 segundos frente a 38.12segundos el GRUPO II. Se clasifican más rápido los pacientes que entran en EPATM que los que no entran. 3. Incremento efectividad de la EPATM superando ya en 2013 y manteniéndose en el 1º semestre de 2014, el 90% de pacientes con trauma menor incluidos en el GRUPOI. (Sesiones formativas, feed-back en cuadro de mandos de enfermería)

P-46

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica II

ANTICOAGULACIÓN INTRADIÁLISIS. NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA.

Autores: GARÓFANO LÓPEZ R.; POVEDA GARCIA I.; DEL PINO PINO M.D. Y PRADOS SOLER M.C..

Objetivos: Conocer qué métodos de anticoagulación se emplean en la práctica habitual en nuestra unidad de HD, así como los criterios de los que dependen y las complicaciones derivadas de su uso.

Material y Método: Estudio de diseño transversal en el que se analiza la pauta de anticoagulación de nuestra unidad de HD. Se recogieron variables clínicas (edad, sexo, tipo de heparina y ajuste de dosis, pauta de administración, tratamiento concomitante con anticoagulantes o antiagregantes, complicaciones hemorrágicas o trombóticas de los últimos 6 meses, duración de la sesión y efectos de la heparina) y variable analíticas (hemoglobina)

Resultados: Se incluyeron en el estudio 79 pacientes, con una media de edad de 59.2 años, de los cuales el 59.5% eran varones, 27.8% eran diabéticos. El tipo de heparina más usado fue heparina no fraccionada (HNF) 79,7%, frente a HBPM (12.7%), en todos el criterio de administración fue médico. El ajuste de la misma se realizó basándose en la combinación "peso+coagulación del dializador+sangrado tras la desconexión en todos los casos. La técnica de HD más prevalente fue la HD convencional (77.2%) con una duración media de 224 minutos. En todos los casos se usó membranas de alta permeabilidad. Las cifras de hemoglobina media fueron 11.5 g/dl. En los pacientes sometidos a HD convencional el 78.6% recibían HNF De los pacientes que tomaban antiagregantes el 9.1% desarrolló alguna complicación hemorrágica y el 21.2% desarrolló alguna complicación trombótica. De los que tomaban anticoagulantes, desarrollaron complicaciones hemorrágicas el 16.7% y trombóticas el 8.3%. Los pacientes que tomaban ambos, ninguno desarrollo complicaciones trombóticas y todos desarrollaron alguna complicación hemorrágica. De los pacientes en los que se uso HNF el 7.9% tuvo una complicación hemorrágicas y el 12.7% sufrió alguna complicación trombóticas. De los que usaron HBPM, ninguno presentó complicaciones hemorrágicas y el 20% presentó alguna complicación trombótica. En los pacientes diabéticos, la heparina más usada fue HBPM (30%). En la mayoría de los pacientes con FAV se usó HNF (66,7%). La prevalencia de dislipemia fue del 68.4%, trombopenia el 6.3% y osteoporosis 5.1%

Discusión: No existe acuerdo general con respecto a la anticoagulación en cuanto a dosis, pauta y tipos de anticoagulación en HD. Es necesario conocer la práctica clínica habitual y las complicaciones ya sea trombóticas o hemorrágicas para así optimizar la anticoagulación del sistema extracorpóreo de HD.

P-47

Centro: UGC "Las Palmeritas"

Provincia: sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

PROGRAMA ANTICOAGULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA:ANALISIS DE INDICADORES E INCIDENCIAS

Autores: AGUADO DE MONTES C.; BASCUÑANA GARRIDO M.; SANCHEZ GONZALEZ I.; GONZALEZ LOPEZ A.; BLANCO RUBIO C. Y FERNANDEZ SANTIAGO E..

Objetivos: - Establecer perfil de paciente anticoagulado en UGC Atención Primaria urbana. - Identificar áreas de mejora en atención al paciente anticoagulado para avanzar en adecuación de práctica clínica y minimizar incidentes de seguridad.

Material y Método: Métodos: Estudio observacional descriptivo mediante auditoría de historias clínicas de pacientes en tratamiento anticoagulante en UGC urbana (18.500 ciudadanos; 23,68% mayores de 65 años).Se realiza corte en junio de 2014. Evaluación: cumplimiento criterios anticoagulación, complicaciones derivadas del tratamiento, escalas de riesgo (Cha2ds2-VASc, HAS-BLED), fármaco, dosis, rango terapéutico, interacciones, factores riesgo cardiovascular.

Resultados: Resultados: 183 pacientes en tratamiento, 39 inmovilizados (atención domiciliaria). 52% mujeres. Mediana de edad: 78 años (edad mínima 31, máxima 91). 98% con indicación ajustada a guías. Diagnóstico más frecuente: fibrilación auricular permanente no valvular. Fármaco más utilizado: Acenocumarol (72,7%); dosis más frecuente:4mg/24horas. 16,4% usa otros anticoagulantes (Dabigatrán 70%). 7,8% se identifican interacciones: más frecuente Acenocumarol-Amiodarona (75%). 61,4% en rango terapéutico en último control (estándar >70). 50% de pacientes tienen 70% de permanencia del tiempo en rango, tal como indica el standard, y de éstos, 22% mantienen porcentaje de tiempo de permanencia en rango superior al 83%. 70% permanece en rango más del 50% del tiempo. 140 pacientes con riesgo tromboembólico moderado-alto(Cha2ds2-VASc); 127 riesgo sangrado alto (HAS-BLED). 27,45% presentaron complicaciones tromboembólicas (más frecuente: infarto agudo miocardio). Sólo 2,6% presentaron complicaciones hemorrágicas.

Discusión: 98% de pacientes con indicación adecuada. Incidencia complicaciones hemorrágicas escasa, aún cuando escala HAS-BLED indicaba riesgo alto en mayoría. Mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas. Aún cuando 70% de pacientes permanece en rango más del 50% del tiempo, el criterio de calidad de permanencia en rango terapéutico se cumple en 50% de personas adscritas al programa TAO. Cuando INR está fuera de rango, no existe en historia clínica registro ordenado de posible motivo. La situación INR fuera de rango genera mayor número de visitas al programa por la indicación de controles. Es necesario aumentar número de pacientes con buen control INR para disminuir riesgo de complicaciones. En base a datos observados, se ha iniciado en UGC planteamiento de mejora para programa anticoagulación: comunicación al equipo y constitución de grupo referente para el programa, que realice seguimiento de indicadores y resultados para aumentar tiempo de permanencia en rango terapéutico.

P-48

Centro: HOSPITAL UNIV. VIRGEN DEL ROCIO. HOSPITAL GENERAL.U.G.

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica II

VALORANDO LOS CUIDADOS

Autores: CORDERO CASTO R.; FERNANDEZ GARCIA M.; DORADO CONDE F.; ARJONA SANCHEZ J.L. Y OJEDA MORENO V..

Objetivos: La mayoría de los usuarios del SSPA desconoce el coste económico de los servicios sanitarios prestados, cuando conocer estos datos puede ayudar a una mejor valoración y utilización de los recursos. Por ello, en 2010 arranca en Andalucía el proyecto COSTE TRANSPARENTE, que pone a disposición del ciudadano de Andalucía información del valor económico del proceso al que ha sido sometido. Con este trabajo se pretende constatar, una vez transcurrido unos años, la efectividad del Programa a la hora de llevar la información al paciente y analizar el grado de cumplimiento de la entrega de están información durante el año 2013.

Material y Método: Tomando como base las intervenciones programadas en uno de los Centros del Hospital Universitario Virgen del Rocío-Virgen Macarena para tres procedimientos quirúrgicos concretos, hernias, vesículas y cataratas, se hace un seguimiento mensual de las facturas informativas emitidas, analizando el número de pacientes atendidos, el grado de cumplimiento de los procedimientos programados y la entrega de dicha información.

Resultados: De los 3528 procedimientos quirúrgicos programados, se han llevado a cabo finalmente 3358, lo que supone un 95% de cumplimiento de la atención. De ellos, se ha conseguido llevar la información de su proceso a 2970 pacientes, lo que supone que un 88,48% de los usuarios atendidos han conocido el coste de los servicios sanitarios que se les ha prestado.

Discusión: La aplicación del proyecto COSTE TRANSPARENTE durante este periodo, ha conseguido informar al 88,48% de los pacientes atendidos. Esta iniciativa, de carácter eminentemente informativo y didáctico, pone a disposición del ciudadano el COSTE REAL del servicio, un conocimiento de la gestión del dinero publico que aporta vía impuestos y lo implica en su mejora. Incrementar aun más su grado de cumplimiento, será el objetivo a alcanzar.

P-49

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica II

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE CORDECTOMÍA LÁSER.

Autores: VILLOSLADA GONZALEZ M.I.; PINILLA LÓPEZ M.S. Y ALBERT CANDEL L..

Objetivos: Actualizar los cuidados de Enfermería realizados en pacientes intervenidos mediante la técnica de cordectomía **Material y Método:** • Grupo de trabajo formado por enfermeras del Bloque Quirúrgico del hospital de Poniente. • Revisión bibliográfica del tema para localizar la mejor evidencia científica disponible. • Procedimiento de actuación que incluye un Plan de Cuidados estandarizado para pacientes intervenidos mediante la técnica de Cordectomía Láser.

Resultados: En el plan de cuidados estandarizado para éstos pacientes se ha optado por seleccionar los siguientes problemas enfermeros(Taxonomía NANDA),criterios de resultados (Taxonomía NOC)e intervenciones enfermeras(Taxonomía NIC). 1.Prequirúrgica: 00148: Temor relacionado con falta de información manifestado por verbalización dproblema

NOC: 1402: Control de Ansiedad Indicadores: 140204: Busca información, 140201: monitoriza intensidad ansiedad 140207: Técnicas de relajación NIC: 5270: Apoyo emocional NOC: 1814: Conocimiento: procedimientos terapéuticos.

Indicadores: 181401: Descripción del procedimiento, 181401: Descripción del funcionamiento del dispositivo.

NIC: 5610: Enseñanza pre quirúrgica. 2.Problemas colaborativos Intraquirúrgicos: Complicaciones potenciales: Alteraciones en tejidos, dentición y ventilación, secundarias a Cordectomía Láser. NIC: 6560: Precauciones con Láser. 3.Postquirurgica:

00051: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con barreras físicas (cirugía de cuerda vocal) manifestado por no poder hablar. NOC: 0902 Capacidad de comunicación. Indicadores: 090203: Dibujos e ilustraciones, 090205: Lenguaje no verbal. NIC: 4976: Fomento de la comunicación: Déficit del habla. 00148: Temor relacionado con falta de información manifestado por signos fisiológicos e informes escritos de intranquilidad por el paciente. (Idem etapa Prequirúrgica). Problemas colaborativos postquirúrgicos: Complicaciones potenciales: Hemorragias,alteraciones electrolíticas y en la ventilación, secundarias a Cordectomía Láser. NIC: 3270: Desintubación endotraqueal, 4010:Precauciones con hemorragia, 3120: Estabilización de vía aérea.

Discusión: Mediante la implantación del plan de cuidados de enfermería específico, mejoramos la calidad de la atención al paciente, fomentando la seguridad y promoviendo la participación del paciente en su proceso, así mismo, servirá de guía al personal de nueva incorporación, asegurando la continuidad en los cuidados. Evitando una traqueostomía, mejorando la recuperación y evitando la alteración de la imagen corporal.

P-50

Centro: HU Virgen del Rocío

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

ESCALA DE ALERTA TEMPRANA EN PEDIATRÍA

Autores: JIMÉNEZ MESA E...; ALVES FARGALLO M...; VALERO MONTERO J...; LIMÓN SÁNCHEZ F...; PIÑA LÓPEZ M.J. Y CASTRO GUTIERREZ DE AGUERA

Objetivos: El objetivo es desarrollar una herramienta que nos permita detectar de forma precoz, el rápido deterioro de la estabilidad hemodinámica del paciente pediátrico, de forma que se disminuya la variabilidad tanto en la vigilancia y monitorización del paciente, como en la respuesta que en las distintas áreas se dá a ese empeoramiento.

Material y Método: Desde el PaSQ (Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial) se propone a nuestro hospital unirse al proyecto que persigue la adaptación a nivel europeo de la sistemática de escalas de alerta tempana en pediatría. Esta escala es un sistema de registro de las constantes del paciente, que permiten obtener un Score (puntuación) derivado del valor de FC, FR , nivel de conciencia, etc, según la puntuación obtenida la enfermera tomará una u otra actitud, (continuar igual, aumentar la frecuencia de valoración o consultar con el facultativo) Fase de Diseño Tras la Adhesión voluntaria de los distintos centros a participar en el Proyecto se conforma un grupo multidisciplinar de los 9 centros a nivel andaluz que se adhieren. Este grupo realiza una adaptación de algunas escalas existentes mediante una sesión presencial y trabajo ONLINE. El resultado es maquetado y se pasa a su pilotage. En un primer momento se adapta únicamente la gráfica de 0 a 12 meses. Fase de validación Se aplicará la escala en pacientes aquejados de patología respiratoria (Bronquioitis). Se monitoriza mediante la escala pediátrica a un solo paciente simultáneamente. Se selecciona un grupo de enfermeras de formar que aseguren que todos los días de la semana existe en la planta una enfermera formada en el uso de la Escala, a las que se forma mediante pequeña sesión individual sobre el uso de la escala.

Resultados: Se obtiene una Escala de alerta Pediátrica consensuada para paciente de 0 a 12 meses. Se pilota la escala en tres pacientes durante todo el tiempo de su ingreso, realizando 23 valoraciones en total. La parametrización de la escala parece correcta, la variación de la puntuación obtenida en el score se corresponde subjetivamente con los cambios en la situación clínica del paciente.

Discusión: Los profesionales valoran la escala como una herramienta útil en aquellos pacientes que presentan riesgo de rápido deterior de la situación clínica. En pacientes sin riesgo de deterioro rápido no parece ser útil. La utilización de la escala supuso duplicar los registros de enfermería, ya que es necesario actualmente mantener la gráfica de planta y las observaciones de enfermería en dicha gráfica. Se concluye que la escala debe estar integrada en el registro de constantes, de forma que el score se calcule automaticamente y se traduzca en una alerta a la enfermera que esta registrando que le ayude a tomar una decisión. La escala ayudará en la toma de decisiones a aquellos profesionales de enfermería con menor experiencia en la valoración de pacientes pediátricos.

P-51

Centro: Hospital de Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA.

Autores: MAURE RICO M.; ESCASSI PÉREZ C.; ROMÁN CASARES E.; PÉREZ LOZANO M.J.; BELTRÁN FLORES A. Y PASTOR ZAMBRUNO M.J..

Objetivos: 1. Analizar la práctica de profilaxis antibiótica quirúrgica de nuestros profesionales para detectar áreas de mejora. 2. Mejorar la adherencia a las recomendaciones de profilaxis antibiótica quirúrgica

Material y Método: Estudio observacional, con revisión de historias clínicas, en noviembre de 2013 sobre indicación y uso de profilaxis antibiótica prequirúrgica. Valoramos el antibiótico empleado, la dosis, duración, vía y momento de la administración para determinar su adecuación a las recomendaciones vigentes. Detectamos los patrones de no adherencia, según los parámetros anteriores, por Unidad de Gestión Clínica (UGC) y se discutieron con los profesionales para consensuar la estrategia de mejora.

Resultados: Revisamos un total de 120 historias clínicas, y encontramos un porcentaje de inadecuación de entre el 8 y el 84,7%. La frecuencia de inadecuación, por ítems, fue la siguiente: 43% antibiótico inadecuado, 32% profilaxis prescrita no indicada, 15% dosis inadecuada, 6% profilaxis indicada no prescrita, 2% duración inadecuada, 2% profilaxis incompleta. Se revisaron estos datos con las UGCs implicadas (en primera fase con ORL, Oftalmología y Urologia) y se han modificado las pautas en cuanto a: cambio del antibiótico empleado (familia y dosis), momento de la administración e inclusión/exclusión de nuevos procedimientos.

Discusión: El análisis de situación, el feed-back de la información y el consenso basado en la mejor evidencia científica disponible, son herramientas facilitadotas para el cambio de la práctica profesional y han mejorado la aceptación y el compromiso por parte de los clínicos de los protocolos de profilaxis.

P-52

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica II

LA COMUNICACIÓN EN LOS EQUIPOS DE SALUD

Autores: LÓPEZ CASTILLO A.; RIPOLL SORBAS M.C.; LÓPEZ PIEDRA J.A.; AYALA AGUIRRE I.; CAMILO GARRIDO A.J. Y ATAZ LÓPEZ P..

Objetivos: General: Favorecer que la comunicación sea un componente de peso en los procesos de salud, según se refleja en la Evaluación del Desarrollo Profesional (EDP). Específicos: 1. Conocer grado de implicación y carencias de los profesionales de la salud en materia de comunicación. 2. Concienciar sobre la importancia de la comunicación para mejorar la seguridad del paciente. 3. Promover y priorizar acciones formativas acordes con esa demanda. 4. Adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para trabajar en un equipo de salud practicando técnicas y habilidades de comunicación.

Material y Método: • Detección de necesidades formativas mediante las entrevistas de EDP, realizadas por los responsables de cada UGC y/o UF en las que se detectan necesidades formativas relacionadas con competencias de trabajo en equipo y habilidades de comunicación y resolución de conflictos. • Solicitud de la acción formativa. • Planificación de oferta formativa.

Resultados: • Año 2010: o 4 acciones formativas, 14 ediciones (ed.) y 410 profesionales formados. o 1 ed. para personal sanitario, 3 para Personal de Gestión y Servicios (PGS) y 10 para todas las categorías. • Año 2011: o 3 acciones formativas, 7 ed. y 160 profesionales formados. o 1 ed. para personal sanitario, 1 para PGS y 1 para todas las categorías. • Año 2012: o 3 acciones formativas, 4 ed. y 110 profesionales formados. o 1 edición para personal sanitario y 2 para PGS. • Año 2013: o 3 acciones formativas, 7 ed. y 147 profesionales formados. o 6 ediciones para PGS y 1 para todas las categorías. • Año 2014: o 3 acciones formativas, 5 ed. y 105 profesionales formados. o 2 ediciones para PGS y 3 para todas las categorías.

Discusión: El vínculo entre la salud, la atención en salud, con la comunicación es tan antiguo como el nacimiento de la Medicina. El trabajo en equipo y la comunicación son dos competencias profesionales que desde siempre han estado presentes en el ambiente sanitario. La excelencia en el campo científico no basta. Maimónides decía: "No somos una determinada dolencia o enfermedad. Somos personas y como personas somos únicos, y nos damos cuenta de cómo nos tratan y, en consecuencia, juzgamos". La comunicación es una herramienta imprescindible para el trabajo diario de los profesionales de la salud, tanto en la relación con los usuarios y familiares, como en la relación con los compañeros y jefes. Reconociendo su importancia, durante el último lustro, esa línea formativa siempre ha estado presente en el Plan Formativo del CHT. En conclusión, - La formación del personal en comunicación y trabajo en equipo mejora las competencias generales, transversales y específicas de los profesionales de la salud. - Atender y responder a las necesidades de comunicación de pacientes, familiares y usuarios en general, es garantía de calidad y redunda en la mejora de satisfacción de los mismos.

P-53

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar

Provincia: Cádiz

Área Temática: Gestión Clínica II

DESCRIPCIÓN DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL A BASE DE SUCRALFATO PARA DERMATITIS DEL PAÑAL REFRACTARIA

Autores: BLANCO SÁNCHEZ G.; SUÁREZ CARRASCOSA F.J.; ROMERO HERNÁNDEZ I.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ M.; GALLEGO MUÑOZ C. Y FERNÁNDEZ ANGUITA M.J..

Objetivos: Describir una fórmula magistral (FM) realizada a partir de sucralfato para dermatitis del pañal (DP) refractaria a tratamientos como eosina y pasta al agua con óxido de zinc para un paciente pediátrico. Observar eficacia y seguridad de la misma a través de estudios cualitativos.

Material y Método: Tras la solicitud de la FM por el Servicio de Dermatología, la unidad de Farmacotecnia realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de elaborar un procedimiento normalizado de trabajo (PNT). La DP es un proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina y heces. Se evaluaron los tratamientos previos del paciente, eosina 2 % y óxido de Zinc con talco y glicerina, siendo ambas formulaciones ineficaces. El sucralfato produce un gel viscoso que se adhiere a las proteínas del cráter ulceroso, tapizándolo y protegiéndolo de la acción corrosiva de las condiciones anteriormente comentadas que provocan la DP. Tras la preparación de la FM se realizó una observación cualitativa de la misma durante un mes.

Resultados: La FM prescrita por Dermatología consistía en sucralfato vía tópica. Se diseñó un PNT a partir del producto químico para obtener "Sucralfato 7 % en base crema autoemulsionable O/W 1011". Dicha crema se preparó al 30 % en agua, calentando por un lado la crema y por otro el agua. Tras ello, se pesó la cantidad correspondiente de producto de sucralfato adicionándose al agua caliente formando una pasta, ya que éste es prácticamente insoluble en ella. A continuación, se colocó la base crema ya fundida en un mortero, añadiéndose la mezcla de sucralfato y agua sobre ella, agitando hasta enfriamiento. Se le dio una caducidad de 1 mes, realizando examen visual durante dicho período, sin presentar alteraciones.

Discusión: La elaboración del PNT y la posterior elaboración de la FM, que demostró buena eficacia y tolerancia, constituye una buena herramienta para incrementar la calidad asistencial y la seguridad en estos pacientes pediátricos que ven reducidas las posibilidades terapéuticas tras varios fracasos a tratamientos clásicos de la DP.

P-54

Centro: Area de Gestión SANITARIA DE LA SERRANÍA

Provincia: Málaga

Área Temática: Gestión Clínica II

LEISMANIASIS VISCERAL RECIDIVANTE EN PACIENTE VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: VAZQUEZ VELA V.; ZARAGOZA RASCÓN M.; FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ M.J.; PAJARES ALONSO M.; GUERRERO SERRANO E. Y MORENO CAMPOY E..

Objetivos: Descripción de un caso de Leishmaniasis visceral(LV) recidivante en paciente VIH. Terapéutica y evolución.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo observacional utilizando como fuentes de información la historia clínica y las dispensaciones registradas en el servicio de farmacia. La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa parasitaria causada por protozoarios intracelulares del género Leishmania. En la cuenca mediterránea la especie patógena es L.infantum. Las dos formas clínicas que produce son la enfermedad cutánea y la visceral. La infección por VIH incrementa la posibilidad de desarrollar LV, en España es la tercera infección oportunista más frecuente en estos pacientes. El riesgo de recaídas está relacionado CD4<100cel/mL e historia previa de LV o tuberculosis(TBC). Aunque el tratamiento adecuado disminuye hasta un 50% el riesgo de recidiva, el desenlace suele ser fatal. La alta incidencia de recaídas hace necesario la colaboración de los profesionales en la elección del tratamiento adecuado.

Resultados: Paciente varón de 41 años de edad, diagnosticado en 1992 de co-infección por VIH(estadío-C3) y VHC(genotipo1a). En 1995 desarrolló TBC ganglionar e intestinal completando tratamiento, y leishmaniasis en 1996, tratada con pentamidina. Perdido en el seguimiento de su enfermedad y tras varias líneas de tratamiento antirretroviral(TAR), ingresa en 2007 por cuadro febril y lesiones cutáneas múltiples con pancitopenia severa y hepatoesplenomegalia. La biopsia de medula ósea y PCR confirma el diagnóstico de LV. Tratamiento:nuevo TAR y anfotericina liposomal(AMB-L) Evolución clínica favorable y mejoría de los parámetros hematológicos. Insuficiencia renal moderada en relación a anfotericina. En junio de 2008 se instaura profilaxis secundaria de LV con AMB-L sin incidencias hasta 2013, que tras abandono de TAR y elevación de CV aparecieron lesiones papulares, que se trataron con 3 dosis de AMB-L y con buena respuesta. En 2014, tras nuevo abandono de TAR por intolerancia, presenta nueva recidiva de LV. Tras consultar al servicio de farmacia, se instaura tratamiento combinado con Miltefosina(medicamento extranjero) a dosis de 2,5mg/kg oral 28 dias.

Discusión: El papel que juega el farmacéutico de hospital en la mejora de la terapéutica es importante, ya sea por la aparición de nuevas estrategias terapéuticas, accesibilidad a medicamentos, formas galénicas, o el seguimiento de las prescripciones y refuerzo de la adherencia al TAR con el manejo de los efectos adversos, aumentando la calidad y seguridad de la farmacoterapia.El paciente responde a la terapia antileishmanicida pero la baja adherencia al TAR con la consecuente elevación de la CV y descenso de CD4, y probablemente, la pobre respuesta inmune del paciente, favorece la aparición de recidivas posteriores. AMB-L dosis única mensual en combinación con miltefosina, permite una mayor adherencia terapéutica, por ser suministrado en dosis orales, con mejor tolerancia y menor toxicidad.

P-55

Centro: Area DE Gestión SANITARIA DE LA SERRANÍA

Provincia: Málaga

Área Temática: Gestión Clínica II

RILPIVIRINA:UNA NUEVA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES VIH

Autores: VAZQUEZ VELA V.; GUERRERO SERRANO E.; GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ M.J.; PAJARES ALONSO M.; ZARAGOZA RASCÓN M. Y MORENO CAMPOY E..

Objetivos: Análisis del escenario de prescripción de Rilpivirina en el tratamiento antirretroviral (TAR): efectividad, seguridad y adherencia, en el tratamiento de la infección por el VIH-1 en pacientes adultos con carga viral≤100.000 copias/ml.

Material y Método: Rilpivirina es un nuevo antirretroviral inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINAN) que administrada en dosis única en combinación, o en su presentación coformulada, se posiciona como una nueva estrategia terapéutica. Su larga vida media permite su administración QD. Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con rilpivirina en su TAR). Revisión de las historias clínicas y los registros de las visitas a farmacia. Durante las visitas se realizaron entrevistas a los pacientes. Datos recogidos: TAR anterior, motivo de cambio a terapia que incluye rilpivirina, fecha de inicio tratamiento, carga viral y cifras de CD4 con TAR anterior y actual con rilpivirina, perfil lipídico(colesterol total y triglicéridos) antes y después, RAM detectadas y registro de dispensaciones para el cálculo de adherencia.

Resultados: 4 hombres y 1 mujer con una media de 43,4 años de edad, con rilpivirina como ITINAN en su TAR. 2 pacientes naive iniciaron tratamiento con rilpivirina: 1 asociado a lamivudina/abacavir y otro en combinación con antiretrovirales a dosis fija (CADF):rilpivirina/tenofovir/emtricitabina. El resto (3 pacientes) cambiaron a rilpivirina/tenofovir/emtricitabina (CADF) tras estudio de sus resistencias genotípicas. TAR anterior: 1 con lopinavir/ritonavir+lamivudina/abacavir y 2 con zidovudina/lamivudina+efavirenz. Motivo de cambio:3 casos por perfil lipídico alterado (lipodistrofia, hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia). Mediana de meses desde inicio tratamiento: 10 meses (6-15). Los pacientes naive consiguen la supresión virológica a los 4 meses aproximadamente y los tratados previamente mantienen su carga viral indetectable y aumento de CD4 de forma significativa. RAM detectadas:1 paciente presentó molestias abdominales. Todos los pacientes presentaron buen perfil lipídico al normalizar sus cifras de colesterol total y triglicéridos. Resultado del cálculo de la adherencia: Muy buena adherencia, con recogida mensual de la medicación.

Discusión: La pauta con rilpivirina en CADF es considerada la más eficiente. Su uso supone una mejora en la calidad asistencial de los pacientes VIH. La simplificación del tratamiento antirretroviral es una estrategia útil para mejorar la adherencia, la calidad de vida y la seguridad en los pacientes al reducir la toxicidad de los tratamientos. Rilpivirina es una opción eficaz para pacientes naive y en CADF para pacientes tratados previamente con una carga viral de ARN VIH-1≤100.000 copias/ml, consiguiendo la supresión virológica en todos los pacientes. Es bien tolerada con impacto positivo sobre el perfil lipídico y sin efectos adversos relevantes, por lo que se muestra como una estrategia terapéutica óptima incorporada a la práctica clínica.

P-56

Centro: H. V. Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA CLÍNICA A PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZOS.

Autores: DE LA CALLE VELEZ M...; MARTÍNEZ MORO B.M.; ORTEGA HIDALGO E.M.; BELTRÁN MARTÍNEZ A. Y GAMBOA ANTIÑOLO F.M..

Objetivos: Evaluar el riesgo de malnutrición de los pacientes pluripatológicos hospitalizados. Pretendemos mejorar la asistencia a este grupo de pacientes también desde el punto de vista nutricional. Este aspecto no siempre se tiene en cuenta en nuestra práctica clínica diaria por no ser el principal problema clínico del paciente, pero es un factor que influye en la evolución clínica del mismo.

Material y Método: Se trata de un estudio trasversal observacional llevado a cabo sobre 59 pacientes ingresados en una unidad de medicina interna que atiende a pacientes crónicos pluripatológicos. A todos los pacientes se les realizó una valoración nutricional utilizando las herramientas Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) y DETERMINE.

Resultados: La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 84.1 años. El 64% de los pacientes incluidos eran mujeres frente al 36% varones. La media de puntuación de la escala MUST obtenida fue de 1,4 con una desviación estándar (DE) de 1,9. La máxima puntuación fue de 9 puntos. En la distribución por riesgo de malnutrición obtenemos que el 30% (n=18) presenta riesgo alto. Respecto a la escala Determine, la media que se obtuvo fue de 6,4 puntos, siendo la DE 2,9, con una puntuación de 14 como la más alta. Según el riesgo de malnutrición obtenemos que un 52% de los pacientes valorados (n=31) presentaban un riesgo alto de desnutrición según la escala DETERMINE.

Discusión: • Con la escala MUST, el mayor grupo de pacientes se sitúa en la clasificación con un bajo riesgo de malnutrición (39%), siendo los porcentajes de pacientes con riego intermedio y alto de la misma magnitud, 30%. Mediante el uso de esta herramienta los pacientes estudiados se distribuyen de forma similar entre los tres estratos de riesgo. • Respecto a la herramienta DETERMINE, observamos que la mayoría de los pacientes ocupa un riesgo alto (52%) o intermedio (41%) y que solo el 4% de ellos presenta un riesgo bajo de malnutrición. • Al comparar las dos herramientas de cribado, obtenemos diferentes resultados, y por tanto, nuestra actitud a seguir no sería la misma. Con la herramienta DETERMINE obtenemos un grupo de pacientes mucho mayor en riesgo alto o intermedio de desnutrición que con la escala MUST. Teniendo en cuenta que en una población con las características de la estudiada los pacientes suelen tener problemas nutricionales con frecuencia, es posible que la herramienta MUST nos infravalore el riesgo con respeto a DETERMINE. • Hacen falta más estudios que las comparen una muestra poblacional mayor para completar el análisis de estas herramientas y ver cuál es la más adecuada para su aplicación en la población de pacientes crónicos.

P-57

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica II

EVITAR EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL PACIENTE CON CÁNCER, UN RETO.

Autores: ESTEBAN MORENO M.A.; CASTELLÓN RUBIO V.; LAZO TORRES A.M.; MEDINA L L. Y CANOSA RUIZ L..

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye la 2ª causa de muerte tras la enfermedad neoplásica. Su prevalencia está infravalorada puesto que muchos casos no son aparentes clínicamente, sin embargo, el TEP sintomático es una urgencia médica y se debe iniciar terapia anticoagulante inmediatamente, para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo es analizar los pacientes con TEP sintomático y cáncer que ingresan en nuestro centro.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los pacientes con antecedente neoplásico cuyo motivo de ingreso fue con TEP sintomático durante un periodo de estudio de un año. Datos recogidos: sexo, edad, localización tumoral, extensión de la enfermedad, síntoma que motivó el ingreso, índice pronóstico de Ginebra de TEP, presencia de trombosis venosa profunda (TVP) concurrente, procedimientos diagnósticos, factores relacionados con el tratamiento, complicaciones y evolución.

Resultados: Se analizaron 15 pacientes. Mediana de edad: 65 años (48-76), 9 varones (60%). Localizaciones del tumor primario: pulmón 6 casos (40%), bilio-pancreáticos 5 casos (33%); colon 3 casos (20%); mama 1 caso (6%). 75% de los pacientes en estadio tumoral IV. El 61% recibía tratamiento citostático en el momento del diagnóstico. El síntoma más frecuente fue la disnea súbita (80%) seguido del dolor torácico (15%). Índice pronóstico de Ginebra (bajo riesgo: 11 pacientes; alto riesgo: 4 pacientes). Se diagnosticó TVP concurrente en 4 pacientes. Todos los pacientes fueron diagnosticados por angio-TAC y el tratamiento más frecuentemente administrado fue la HBPM (enoxaparina y tinzaparina). Solo 1 paciente recibió tratamiento con acenocumarol. Complicaciones más frecuentes: hipertensión pulmonar (26%) y disfunción ventricular (13%). La evolución fue favorable en el 72% de los pacientes, falleciendo el 28% restante.

Discusión: El cáncer de pulmón seguido de los tumores digestivos fueron globalmente las neoplasias con mayor asociación al desarrollo de TEP sintomático. La mayoría de los pacientes estaban recibiendo tratamiento quimioterápico para enfermedad metastásica y el principal síntoma fue la disnea. El tratamiento recibido por mayor número de pacientes fue la HBPM y la mayoría presentó una evolución favorable.

P-58

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica II

OPTIMIZANDO LA CALIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL ANCIANO CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Autores: ESTEBAN MORENO M.A.; LAZO TORRES A.M. Y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ V..

Objetivos: La fibrilación auricular es un proceso muy prevalente en el anciano y causa importante de morbimortalidad. Es preciso por ello un adecuado manejo de la misma para evitar complicaciones y dentro de los tratamientos indicados se encuentra la anticoagulación oral (ACO). Por todo ello, nuestro objetivo principal fue analizar la comorbilidad y el riesgo de los pacientes ancianos ingresados con fibrilación auricular, realizando una valoración global y estableciendo con ello el riesgo/beneficio del tratamiento anticoagulante.

Material y Método: Estudio observacional prospectivo de un año de duración con los pacientes mayores de 70 años atendidos en Medicina Interna ingresados con fibrilación auricular. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

Resultados: Se estudiaron 43 pacientes con fibrilación auricular crónica con una edad media de 83 años, de los cuales fue el motivo principal de ingreso en 10 casos (43%). Tenían indicación de anticoagulación 36 pacientes (85%). Se indicó ACO con acenocumarol en 13 pacientes (30%), 17 recibieron antiagregación (40%) y 13 no recibieron ninguno de los anteriores (30%). A los mayores de 75 años se les administraron ACO con menor frecuencia ($p<0.006$). Las únicas variables que se asociaron a la prescripción de ACO fueron la edad ≤75 años (OR: 6.15) y la existencia de valvulopatía (OR: 4.24).

Discusión: Se objetiva una infrautilización del tratamiento anticoagulante. Tanto por la variabilidad de acción del acenocumarol como por la complejidad y comorbilidad de los pacientes ancianos, estamos obligados a realizar una cuidadosa valoración del riesgo/beneficio de la anticoagulación oral en estos pacientes, dado el estrecho margen terapéutico de los mismos que se puede ver afectado por numerosas causas, siendo obligada una vigilancia exhaustiva de la misma. Si se considera que el paciente no debe recibir ACO, la antiagregación puede ser una buena alternativa, pero el beneficio será claramente inferior con respecto a la anticoagulación.

P-59

Centro: Hospital Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

ESTRATEGIAS DESARROLLADAS FRENTE A INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VÍAS BAJAS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA PEDIATRICA

Autores: MULA DOMÍNGUEZ M.J..

Objetivos: Establecer las medidas necesarias para evitar la transmisión de IRVB en una unidad de gestión clínica (UGC) de Pediatría hospitalaria.

Material y Método: Se constituyó un grupo de trabajo compuesto de pediatras, preventivista y enfermeras. Tras una revisión bibliográfica y recogiendo todas las recomendaciones de la CDC (Centers for disease control and prevention), del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad y de la Consejería Igualdad, Salud y Asuntos Sociales se elaboró una estrategia de actuación para evitar la transmisión de IRVB en la UGC Pediatría. Una vez diseñada, se procedió a la presentación, difusión y consenso en sesión clínica multidisciplinar a todos los profesionales de la unidad. Así mismo se diseñó una cartelería para información a la ciudadanía, la cual fue distribuída por toda nuestra unidad de gestión de pediatría. Se modificó el documento de acogida a padres de los niños hospitalizados, donde se recogían estas recomendaciones entre otras.

Resultados: En un porcentaje del 78.6% los profesionales asistieron a la presentación y difusión de las estrategias diseñadas. Con el uso de la cartelería y el documento de acogida, pretendimos llegar al 100% de la población diana. Se hizo especial incidencia en los padres de los niños menores de 2 años. El lavado de manos, los hábitos de vida saludables, el fomento de la lactancia materna, el control de las visitas hospitalarias, aislamiento de cohortes… fueron algunas de las medidas diseñadas. Se monitorizó el uso de la solución hidroalcohólica y los meses de mayor consumo fueron enero y marzo tanto para el año 2013 como 2014. Por otro lado, el protocolo de asistencia y la hospitalización se adecuaron para ofrecer una rápida respuesta.

Discusión: Las medidas higiénicas generales tienen una demostrada eficacia en la prevención de la transmisión de las IRVB. Por ello, es necesario realizar unas recomendaciones tanto a la ciudadanía como en el ámbito hospitalario. En nuestro afán de mejora a la atención de esta patología, para el año 2014, se tomarán nuevas medidas como la reorganización de la hospitalización, la realización de cursos formativos y la revisión de los protocolos de asistencia a esta patología.

P-60

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica II

IDENTIFICACION DE AREAS DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN EN LA INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN NEONATOS.

Autores: RUFO FERREIRA M.S..

Objetivos: Acciones de mejora para la disminución de infecciones nosocomiales en catéteres intravenosos de acceso

Material y Método: En un estudio retrospectivo desde el 1 de junio de 2014 al 30 de septiembre de 2014 se realizó la identificación de los microorganismos causantes de la infección por catéter venoso periférico. De los casos encontrados, nos centramos en los causados por staphilococus epidermidis (8 casos). Se realizaron reuniones con todo el personal implicado y se identificacaron las siguientes medidas correctoras: - higiene de manos - formación sobre canalización, mantenimiento y retirada de vías venosas y sus cuidados. - actualización de protocolos ante la aparición de las infecciones nosocomiales - formación a profesionales de nueva incorporación - formación a familiares sobre la importancia de la higiene de manos - reuniones con el servicio de enfermedades infecciosas - seguimiento de las recurrencias de posible nuevos casos.

Resultados: El 100% del personal de Enfermería de la unidad recibió formación en los aspectos señalados anteriormente. Se realizaron nuevas sesiones junto con personal del área de infecciones del hospital. Fruto de dichas reuniones se elaboró un documento con las lineas de mejora y ademas se hizo formacion a familiares a pie de incubadora, insistiendo en la higiene de manos. Tras todo el seguimiento, sólo apareció un nuevo caso.

Discusión: Parece existir relación entre el uso de catéteres venosos de acceso periférico en los recién nacidos y las posteriores infecciones nosocomiales. Por tanto, para la prevención de éstas es de extrema importancia: - No dejar de extremar los cuidados asépticos en el manejo de los catéteres intravenosos de acceso periférico. - Mantener reuniones periodicas con el personal para la puesta en marcha de acciones de mejora en el cuidados y manejo de los mismos.

P-61

Centro: HOSPITAL LA INMACULADA

Provincia: Almería

Área Temática: Gestión Clínica II

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE UNA UGC DE MEDICINA INTERNA

Autores: ORTEGA CASANOVA C.; CARRILLO ALASCIO P.L.; ESCABIAS MACHUCA F.J.; MONTES RUIZ-CABELLO M. Y GONZÁLEZ GARCÍA J..

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes atendidos en una serie de Consultas de Diagnóstico Rápido (CDR) de Medicina Interna, Neumología, Digestivo y Cardiología durante 1 año

Material y Método: Análisis descriptivo. Datos extraídos de aplicación informática. Las variables numéricas se expresan en número absoluto, medias o porcentajes.

Resultados: Entre el 1 de Abril de 2013 y el 31 de marzo de 2014 se atendieron 690 pacientes, 27% de Medicina Interna, 28% de Digestivo, 22% de Neumología, 23% de Cardiología. La edad media fue de 65,6 años, con un porcentaje de mujeres del 40,62%. La procedencia de los pacientes fue de 50,74% desde Urgencias, 32,16% desde las propias especialidades hospitalarias, 17,10% desde Atención Primaria. Los motivos de derivación más frecuentes fueron: sospecha de neoplasia 39,42%, dolor torácico 10,58%, cuadro constitucional 7,97%, nódulo pulmonar 6,67% y rectorragia 3,91%. El tiempo medio de asistencia entre la solicitud y la primera visita fue de 6,16 días. La evaluación en cuanto a adecuación, peticiones, diagnóstico y destino fue completada en el 59,42% de los casos. Se consideraron adecuadas el 65,07% de las consultas. Las pruebas diagnósticas más solicitadas desde esta consulta fueron: analíticas 34,64%, TAC 33,19%, Otras 16,09%, Ecocardiografías 16,09%, Colonoscopias 13,77% y Ecografías 10,72%. Se diagnosticaron un total de 69 neoplasias (10,00% de las derivaciones evaluadas), siendo las más frecuentes neo de pulmón (38) y de colon-recto (11). Se descartó patología potencialmente grave en el 17,97%. El destino de los pacientes fue Atención Primaria en el 19,85%, ingreso hospitalario en el 9,42%, seguimiento por Medicina Interna 28,55%, de otros especialistas 15,79% y Otros 26,37%.

Discusión: Las CDR representan una alternativa a la asistencia convencional, dirigida al estudio diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves. Sus objetivos fundamentales son minimizar las demoras en estos supuestos, mejorar la coordinación con Atención Primaria y disminuir los ingresos hospitalarios, especialmente los ingresos inadecuados. Estas CDR deben disponer de un sistema de atención casi inmediata, que se complementa con la realización rápida y coordinada de pruebas diagnósticas. Nuestra CDR atienden los pacientes en menos de 7 días, teniendo pactados tiempos de demora en pruebas complementarias de menos de 7 días desde su petición. Para evitar un alto porcentaje de derivaciones inadecuadas se estableció una aplicación informática específica con criterios de derivación cerrados y la opción de derivar previa consulta al especialista. Se está desarrollando una aplicación para filtrar dichas derivaciones en caso de aumento del porcentaje de inadecuaciones. La implantación de esta CDR ha permitido una mejor coordinación y rapidez de atención en pacientes con sospecha de patología neoplásica entre ambos niveles asistenciales, evitando ingresos y estancias inadecuadas y permitiendo un uso más eficiente de los recursos disponibles.

P-62

Centro: HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ

Provincia: HUELVA

Área Temática: Gestión Clínica II

IMPLANTACIÓN DEL BRIEFING EN EL TRASPASO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE UROLÓGICO RECIÉN INTERVENIDO

Autores: ÁLVAREZ BAYO M.A.; PÉREZ MARTÍN M.A.; PILO PÉREZ M.C.; PRADA PEÑA M. Y LINARES ARMADA R..

Objetivos: Generales Mejorar la comunicación en el traspaso de la información en la continuidad de los cuidados en los pacientes urológicos. Específicos

Potenciar la comunicación homogénea e integral en el momento del traspaso del paciente intervenido en todos los cambios de turno. Concretar el tiempo del traspaso de información.

Material y Método: Se decide realizar un análisis DAFO (debilidades-amenazas-fortalezas-oportunidades), como técnica de de análisis para mejorar la seguridad de los pacientes intervenidos de cirugías tales como nefrectomía, prostatectomía o adenostomías. Se escoge un grupo de enfermería para realizar el DAFO y se realiza lluvia de ideas de la situación actual del servicio. Debilidades: - Falta de tiempo - Rotación del personal. - Ausencia de cambio de turno estructurado. Oportunidades: - Unificación de criterios de actuación. - Elaboración de procedimiento normalizado del cambio de turno de enfermería. - Mejorar la comunicación entre profesionales. Amenazas: - Interrupciones durante el cambio de turno. - Desarrollo de la herramienta DAE.Fortalezas: - Experiencia del personal de enfermería. - Existencia de Manual de Intervenciones Enfermeras.

Resultados: El briefing en los profesionales de enfermería ha fomentado la mejora de la comunicación en nuestros profesionales, al garantizar que todos conozcamos los puntos críticos de seguridad, en el momento del proceso del traspaso de información del paciente urológico postquirúrgico. Nos queda en un futuro poder valorar la disminución de los eventos adversos con la aplicación de esta técnica y analizar si se ha fomentado el trabajo en equipo en los cambios de turno.

Discusión: La Estrategia de seguridad del paciente en una de sus líneas estratégicas es potenciar los mecanismos de comunicación y trabajo de equipo entre los profesionales. Uno de los propósitos de los profesionales de enfermería es evitar los fallos derivados de una mala comunicación lo que hacen necesario crear unos protocolos que garanticen la seguridad del paciente urológico recién intervenido, sobre todo en aquellos cuyo estado de salud es más inestable debido a la gravedad de su cirugía. La falta de estandarización en el proceso de traspaso de información conlleva que sea más prolongado en el tiempo, que exista variabilidad en cuanto a lo transmitido, y puede dar lugar a errores y omisiones que pueden afectar a la seguridad del paciente y su bienestar. La UGC de Urología plantea garantizar la seguridad del paciente urológico recién intervenido mediante acciones específicas de seguridad en el momento de aplicar la continuidad de cuidados aplicando técnicas de mejora de comunicación como es implantar el briefing en estos pacientes.

P-63

Centro: Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Provincia: Málaga

Área Temática: Gestión Clínica II

CONSULTA TOXICIDAD CRÓNICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SOMETIDOS A TRATAMIENTO HORMONAL Y RADIOTERAPIA

Autores: LUPIAÑEZ PEREZ Y.; CASTRO GARRIDO C.; GARCIA SANCHEZ R.M.; MONTES GARCÍA E.; CASTILLO MONTIEL F. Y CORREA GENEROSO R..

Objetivos: •Educar al paciente para identificar los síntomas que pueden aparecer durante el tiempo que está sometido a tratamiento hormonal y radioterapia. •Ayudar a prevenir y mejorar sintomatología relacionada con dicho tratamiento.

Material y Método: Los pacientes con cáncer de próstata sometidos a tratamiento hormonal y radioterapia , son valorados por el enfermero , el día que acude a la primera visita con el oncologo radioterápico, se le realiza valoración inicial y se elabora un plan de cuidados estandarizados para reconocer y prevenir los efectos secundarios mas frecuentes provocados por la terapia hormonal, como son : sofocos, pérdida de la libido, aumento del tamaño del pecho, fatiga, alteraciones de la memoria y alteraciones analíticas. El estado nutricional es clave para minimizar el impacto de riesgo de enfermedades cardiovasculares asociados al tratamiento hormonal, para ello se realiza cálculo del IMC y medición de la circunferencia abdominal . A través de la valoración inicial y revisiones semanales una vez que comienza el tratamiento con radioterapia aproximadamente 2 o 3 meses despues de comenzar la hormonoterapia, se recoge la información sobre los hábitos de vida del paciente para modificar y mejorar conductas que impactan directamente en su calidad de vida. Una vez finalizados los tratamiento se revisan durante un periodo de cinco años.

Resultados: Desde la puesta en marcha en marzo del año 2014, se han atendido a 30 pacientes,se ha conseguido que adopten hábitos de vida saludables, dieta y ejercicio, manteniendo o disminuyendo el peso, minimizando el riesgo que implica la terapia hormonal a nivel cardiovascular. Se han elaborado planes de cuidados estandarizados para los siguientes diagnósticos de enfermería: fatiga, conocimiento; régimen terapéutico , estado nutricional, imagen corporal y alteraciones sexuales para atender a los pacientes que acuden al servicio de radioterapia que además reciben tratamiento hormonal

Discusión: El enfermero de radioterapia tiene un papel fundamental en la educación y prevención de síntomas que impactan directamente en la calidad de vida del paciente a largo y medio plazo.

P-64

Centro: UGC LA ALGABA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: Gestión Clínica II

GESTIÓN DEL PROCESO: EL PACIENTE ANTICOAGULADO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

Autores: MORENO ORTEGA J.A.; LUQUE ROMERO L.G.; REALES ARROYO A.M. Y SOSA GONZALEZ D..

Objetivos: -EVALUAR LA CALIDAD DEL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR LA ENFERMERÍA DE AP

Material y Método: -ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO REALIZADO EN LA UGC LA ALGABA (SEVILLA), QUE ASISTE A UN TOTAL DE 15754 PACIENTES. -POBLACIÓN DIANA: PACIENTES > 18 AÑOS EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL CON ACECUMAROL(Sintrom®) O WARFARINA(Aldocumar®). -MUESTRA:FORMADA POR 225 PACIENTES, UN 1.4% DE LA POBLACIÓN TOTAL (IC 95%:1,2;1,6) -PERIODO DE ESTUDIO:JUNIO 2013-JUNIO 2014 -VARIABLES DEL ESTUDIO: DEMOGRÁFICAS (EDAD,SEXO); Y CLÍNICAS (INR, Nº DE VISITAS SEGUIMIENTO,PATOLOGÍA JUSTIFIQUE LA ANTICOAGULACIÓN).

Resultados: AL ANALIZAR LOS 225 PACIENTES SE OBTIENE: - Hay 209 pacientes, el 92.9% tenían como objetivo de INR entre 2-3 (IC 95%: 89,3;96,5), mientras 16 pacientes un 7.1% lo tenían entre 2.5-3.5(IC 95%: 3,5;10;7). -El número total de visitas de seguimiento en la consulta de enfermería fue de 3223, siendo la media por paciente en el año de estudio de 14,32 visitas. -De las 3223 determinaciones de INR en consulta de enfermería, 1966 estaban en rango terapéutico (RT), es decir un 61 % (IC 95%: 59,3;62,7) y 1257 determinaciones estaban fuera de RT, un 39% (IC95%: 37,3;40,7) (Gráfico 2). -De la población estudiada 149 pacientes son mayores de 75 años, un 66,4%(IC 95%: 59,2;72,6), 50 pacientes están entre 65-74 años, un 22.1% (IC 95%: 16,6;27;9), y 26 son menores de 65 años, un 11.5% (IC 95%: 7,2;15;9). -Las patologías que justifican la anticoagulación de mayor a menor frecuencia fueron: Fibrilación Auricular (FA), Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Tromboembolismo Pulmonar (TEP) (Gráfico 1).

Discusión: CONCLUSIONES -El 61% del total de las determinaciones de INR en pacientes anticoagulados con Acecumarol y Warfarina están dentro del RT, mientras el 39% están fuera de dicho rango. -De las determinaciones fuera de RT, dos tercios son pacientes > 75 años, lo que les hace tener un alto riesgo de eventos embólicos. LÍNEAS DE MEJORA -A pesar de que 2/3 de las determinaciones realizadas en consulta de enfermería de AP están dentro de rango, hay que continuar reforzando las medidas de EPS de estos pacientes para mejorar su grado de control de INR, disminuyendo el riesgo de eventos embólicos (ictus, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica) y el riesgo de eventos hemorrágicos. -La EPS realizadas en las consultas de enfermería mejorará la capacidad de autocuidados, autonomía y calidad de vida de los pacientes anticoagulados.

P-65

Centro: HAR Utrera

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

CAMBIOS EN LA TECNOLOGIA DE PRODUCCIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

Autores: LOPEZ-MOSQUERA BAYÓN E.; GÓMEZ BUJEDO L...; JURADO JIMÉNEZ R. Y PÉREZ DE LA FUENTE M.J..

Objetivos: Mostrar como los cambios en la estrategia organizativa y la práctica médica, pueden procurar mejores índices de resolución de CMA así como una mejora significativa de la eficiencia, calidad y satifacción de los ciudadanos.

Material y Método: Hemos revisado los datos del cuadro de mandos de los años 2009, 2012 y 2014 (extrayendo los datos del programa Klinic), para analizar la Resolución de CMA global y para las hernias inguinales. Presentamos los cambios en la estrategia de programación quirúrgica y los avances que hemos incorporado a la práctica quirúrgica y anestésica.

Resultados: En el año 2009, se intervinieron 716 pacientes con un 83.04% de resolución de CMA global, en 2012 se intervinieron 756 pacientes con una resolución del 86.33%. Hasta Agosto de 2014 se habían operado 749 y la resolución fué del 88.79%. En cuanto a las hernias de pared abdominal, el índice de resolución fué del 84.96% en 2012 y del 88.34% en 2014. Determinadas patologías han variado su ubicación en la programación quirúrgica diaria, en turno de mañana y tarde, cambiando pautas históricas nuestras y de los hospitales de nuestro entorno, ateniéndose a criterios clínicos de estudio caso a caso y avances quirúrgico-anestésicos (aumento de la cirugia minimamente invasiva, generalización del uso de bombas de perfusión de analgesia controladas por el paciente, mayor utilización de bloqueos periféricos sustituyendo a los bloqueos regionales, infiltración anéstesica sistemática de las heridas quirúrgicas) obteniendo con ello una mejora del índice de resolución de CMA, disminuyendo las horas (el número)de estancia hospitalaria y reduciendo costes.

Discusión: Un replanteamiento en la organización de la programación quirúrgica, adaptandola al tipo de paciente, la patologia concreta, la complejidad de la intervención, el análisis caso a caso, junto con la introducción de técnicas anestésicas y quirúrgicas personalizadas, extremando la seguridad y la invasividad mínima, nos han permitido mejorar nuestros resultados asistenciales y también el confort y la satisfacción de los pacientes.

P-66

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: Gestión Clínica II

EVOLUCIÓN DE ESTÁNDARES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MANUAL DE ESTÁNDARES DE OFICINAS DE FARMACIA

Autores: RODRÍGUEZ BENAVENTE A.; PÉREZ PÉREZ P.; ÓRPEZ RAMÍREZ A. Y PALOP DEL RÍO A..

Objetivos: La farmacia comunitaria es un establecimiento sanitario público de interés privado que debido a su actividad asistencial puede y debe integrarse dentro de las estrategias del Sistema Sanitario Público Andaluz encaminadas a reducir el daño en los pacientes asociados a la atención sanitaria. El objetivo del estudio es analizar la evolución de los estándares relacionados con la seguridad del paciente (ES_SP) en el Manual de estándares de Oficinas de Farmacia (MOF) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y establecer sus relaciones con la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESP).

Material y Método: Estudio descriptivo en dos fases. Fase I: Identificación de los ES_SP del MOF vigente y establecimiento de las relaciones de estos estándares con alguna de las siete metas incluidas en la ESP. Análisis realizado por dos evaluadores de forma independiente y validado por un técnico del Observatorio para la Seguridad del Paciente. Fase II: Realización de las mismas actuaciones con el nuevo manual propuesto tras la revisión de estándares del Comité Asesor.

Resultados: El 38,8% de los estándares MOF vigente (n=26) y el 44,6% del nuevo MOF (n=33) están relacionados con la seguridad del paciente. El 46,1% de los ES_SP del MOF vigente y el 51,5% de los del nuevo MOF se consideran obligatorios, por lo que su cumplimiento es necesario para obtener la certificación de la calidad asistencial. Los ES_SP identificados, tanto del MOF vigente como del nuevo MOF, se relacionan con 5 de las 7 metas de la ESP. La distribución de los ES_SP por meta es la siguiente (% MOF vigente/% nuevo MOF): Meta 1.1. Participación corresponsable de la persona en su propia seguridad (15,4%/12,1%). Meta 2.1. Mejora de competencias de los profesionales en seguridad del paciente, fomento de la comunicación y del trabajo en equipo (15,4%/18,2%). Meta 2.2. Liderazgo activo de la oficina de farmacia y de sus profesionales en seguridad del paciente (3,8%/9,1%). Meta 3.2. Establecimiento de actuaciones para la prevención de riesgos, la alerta constante y la intervención durante la asistencia directa con los pacientes (42,3%/42,4%). Meta 3.3. Disposición de infraestructuras, equipamientos y dispositivos que garanticen un entorno seguro de trabajo (23,1%/18,2%).

Discusión: La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial y esto se refleja en el alto porcentaje de ES_SP incluidos en los MOF. La estrecha relación de los ES_SP con las metas incluidas en la ESP refuerza el papel de la farmacia comunitaria como un agente más del sistema sanitario que puede realizar acciones encaminadas a prevenir, minimizar o reducir los daños innecesarios a los pacientes asociados a la asistencia sanitaria. Además, se destaca en el nuevo manual de farmacia comunitaria el impulso de actuaciones relacionadas con el desarrollo del liderazgo activo y la mejora de los perfiles competenciales de los profesionales como elementos clave para la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la mejora continua.

P-67

Centro: A.G.S. Norte de Huelva

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

ACOGIDA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

Autores: TORRES MARÍN M.D.; CARABALLO CAMACHO N.; PALANCO PARREÑO A.; JIMÉNEZ MÁRQUEZ M.D. Y CONTRERAS TORRADO I..

Objetivos: - Establecer un protocolo de acogida para pacientes que inician tratamiento en la unidad de fisioterapia y terapia ocupacional, determinando las áreas a incluir y los profesionales implicados.

Material y Método: Realización de búsqueda bibliográfica sobre acogida de los pacientes y posterior análisis de la información obtenida. Discusión y consenso entre los miembros de la unidad sobre los resultados obtenidos y sobre su aplicación a la unidad.

Resultados: El protocolo de acogida del paciente en nuestra unidad consta de dos fases: 1. Toma de contacto inicial: Mediante llamada telefónica realizada por el técnico en cuidados auxiliares enfermeros. Indicamos el centro de donde se llama y el nombre y categoría del profesional que realiza la llamada. Se intenta acordar el horario de tratamiento en la medida de lo posible y se le proporciona información sobre el modo de acudir a tratamiento (ropa, calzado, ambulancia, ubicación de la unidad, teléfono de contacto, etc). 2. Acogida del paciente en la unidad. Consiste en la recepción del paciente y la presentación de los profesionales que van a atenderle (fisioterapeuta y/o terapeuta ocupacional responsables del tratamiento, auxiliar referente y celador). Su auxiliar referente le entrega la tarjeta de asistencia y le proporciona información sobre el número y duración aproximada de las sesiones, días de tratamiento, cita de revisión, faltas injustificadas, etc. El fisioterapeuta y/o terapeuta ocupacional le informa sobre las técnicas de tratamiento a aplicar, indicaciones y efectos y posibles reacciones adversas y/o efectos secundarios. Se solicita el consentimiento informado verbal o por escrito según se precise, teniendo en cuenta la opinión y la capacidad de decisión del paciente. 3. Valoración inicial del paciente. Se valora el riesgo de caídas del paciente mediante la escala de Downton y se pregunta por antecedentes que pueden tener influencia en su tratamiento (diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, marcapasos, embarazo, implantes metálicos, etc) con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente.

Discusión: La acogida del paciente es un tema de interés creciente entre los profesionales sanitarios ya que el primer contacto con el paciente puede condicionar el modo de afrontar su situación clínica. Con el establecimiento del protocolo de acogida del paciente se pretende mejorar la información y el trato personalizado y optimizar la relación profesional-paciente y el grado de satisfacción de los mismos. La acogida del paciente es una intervención multidisciplinar en la que se deben considerar las expectativas y opiniones de los pacientes. Realizar una valoración inicial del paciente nos permite adoptar las medidas necesarias para evitar accidentes durante su atención en la unidad.

P-68

Centro: Hospital virgen Macarena

Provincia: sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

DISFAGIA: LA SOMBRA DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Autores: ACOSTA SALAS R.C.; TENA GARCIA B.; LOPEZ GARCIA I.; LUNA MARIN D.; HERRERO CRESPO M.T. Y MANTA GONZALEZ D..

Objetivos: La disfagia se define como dificultad en la deglución: paso del alimento a través de la boca-faringe o esófago producida por la alteración anatómica o funcional de las diversas estructuras que intervienen en la deglución, puede deberse a diferentes causas: *Tumores. *Estrechamiento o estenosis. *Trastornos neurológicos- *Radioterapia. *Síntomas de alarma, etc. En nuestra unidad de ORL, tratamos especialmente a pacientes que presentan traqueostomías y donde prestamos cuidados específicos y de calidad en todo el proceso hospitalario. Son pacientes, que, una vez que se le retira la SNG, la cual se ha mantenido desde su intervención , empiezan un proceso de alimentación por boca. Y es ahí, donde la valaración , y detección precoz de signos y síntomas de la Disfagia deben ser detectados por enfermería. Los Objetivos son: *Intervención educativa preoperatoria al paciente y familia que lo ayude a familiarizarse con todo el proceso. *Formar a todos los profesionales de enfermería de la unidad e ORL, en disfagia, para realizar una valoración adecuada y precoz. *Adquirir conocimientos de actuación con el fin de : reducir el riesgo de broncoaspiración. *Realizar formación acreditada por el servicio de Nutricion , manteniendo en todo su proceso un control de calidad asistencial satisfactorio para el paciente.

Material y Método: *Realizar sesiones de formación al personal de enfermería de ORL impartida por la unidad de MI y Nutrición. *Elaboración de tabla de Nutriciones y su equivalencia.

Resultados: *Formación de calidad para el profesional de enfermeria de la unidad, obteniendo mayor seguridad y mejor funcionamiento en el proceso de actuación de la disfagia. *Satisfacción al paciente, mediante protocolos de sistematica de trabajo dirigidas a la mejora del mismo. *Elaboración de un Tríptico sobre la administración y conocimiento de las distintas alimentaciones por SNG ,asi como su forma farmacéutica , modo de preparación ,consecuencias de una mala administración , conservación y equivalencias de las mismas.

Discusión: Toda formación ,reciclaje e información, concluyen en una mayor satisfacción de profesionales, con el fin de mejorar en todas sus áreas de actuación .Y así como fomentar la seguridad clínica y de calidad en los cuidados.

P-69

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: CIUDADANIA

MULTICULTURIDAD Y HEMODIÁLISIS

Autores: POVEDA GARCÍA M.I.; ESTEBAN MORENO M.A.; DEL PINO PINO M.D.; GARÓFANO LÓPEZ R. Y PRADOS SOLER M.C..

Objetivos: La migración es un fenómeno intrínseco del ser humano, desde la época del Neolítico se establece la tendencia a habitar en el mismo territorio. Entre los siglos XVIII y XIX tienen lugar en España grandes emigraciones hacia América Latina y Europa. Actualmente esos flujos migratorios se han invertido y, ahora son los africanos, latinoamericanos, árabes y otros los que llegan a nuestro país buscando poder prosperar y sobrevivir con sus familias. Todo este grupo de inmigrantes ya conforman una colonia que sobrepasa los 2 millones de personas. Dichos inmigrantes requieren de asistencia sanitaria incluyendo procesos crónicos como la enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento renal sustitutivo. El objetivo de este estudio ha sido analizar la multiculturidad de los pacientes en programa de hemodiálisis así como analizar problemas en este grupo de pacientes.

Material y Método: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de la población de pacientes extranjeros no comunitarios que han pasado por nuestro centro de Hemodiálisis de Hospital Torrecárdenas desde Enero de 2012 hasta Septiembre de 2013. Se analizaron las variables antropométricas, país de origen, idioma, tiempo permanencia en España, situación socioeconómica, soporte familiar y cumplimiento del tratamiento.

Resultados: Se analizaron 17 pacientes con edad media de 37,6 años +- 4,2 años. De los que el 68% eran varones y el 32% mujeres. En lo referente al lugar de origen el 54% proviene de Marruecos, 26 % Rumanía, 13% Reino Unido, 7 % Lituania. El tiempo medio en España fue de 38 meses +- 5.2 meses. EL 66% de los pacientes presentaban una importante barrera idiomática lo cual favorecía el incumplimiento terapéutico que oscilaba en 56% de los pacientes. La situación socioeconómica y familiar en más del 54% de los pacientes requerían de ayudas de servicios sociales del medio hospitalario para alojamiento y otras ayudas.

Discusión: Concluir insistiendo que el cuidado multicultural de los pacientes requiere tener una relación empática con las personas y comunidades así como aprender a comunicarse en los diferentes escenarios. Para ello tanto el personal médico como enfermería debe conocer los valores de las diversas culturas a fin de poderlos integrar el cuidado de nuestros pacientes multiculturales.

P-70

Centro: HU Virgen del Rocío

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

OPINIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN CUIDADOS CRITICOS

Autores: VÁZQUEZ GONZÁLEZ A.; LÓPEZ RODRÍGUEZ L...; LUQUE RAMIREZ J.M.; LIMA RODRIGUEZ J.S.; APONTE TOMILLO I. Y PRAENA FERNÁNDEZ J.M..

Objetivos: Conocer cómo se comunican las malas noticias al familiar/es de los pacientes en las unidades de gestión clínica de Cuidados Críticos y Urgencias.

Material y Método: Estudio epidemiológico descriptivo transversal, durante un período de seis meses, de enero a junio 2014. Se pasó un cuestionario con todas las variables a estudiar: variables descriptivas del proceso comunicativo(identificación del profesional, valoración de las necesidades de información, cantidad de información ofrecida, comprensión del mensaje recibido, aclaración de dudas, sentirse escuchado, actitud cercana del profesional, contacto físico del profesional al familiar como medida de apoyo, grado de satisfacción del familiar por el trato recibido), variables que dificultan la comunicación y variables referentes al contexto(lugar , grado de adecuación del lugar, tiempo empleado, adecuación del tiempo empleado, tiempo de espera, garantía de la intimidad, presencia de interrupciones y ruido.) Análisis de datos paquete estadístico SPSS. 22.0

Resultados: Muestra de familiares de pacientes 109. 37,4% en UCI, 62,6% en urgencias. Lugar donde le informaron 60,7%, consulta. Contacto físico 37,2%. Valoración de las necesidades de información 44%, presentación del profesional 75%, adecuación del tiempo empleado 66,3%, adecuación del tiempo de espera a ser informado 67,4%, garantía de la intimidad 74,8%, propuesta de mejora 29,9%. Satisfacción general 83,2%.

Discusión: Se lleva a cabo fundamentalmente por médicos. Reciben esa información madres, esposa/o, hijo/a. Según la opinión de los familiares, el proceso comunicativo de las malas noticias presenta las siguientes características: no todos lo profesionales se han presentado en el momento de la transmisión de las malas noticias, la mitad de los profesionales han realizado la valoración de las necesidades de formación de los familiares, no todos los familiares comprende la información recibida, igual ocurre con la aclaración de dudas y la posibilidad de preguntar todo lo que se le planteara, no todos se sienten escuchados, ni sienten cercano al profesional, si refieren amabilidad por parte de los profesionales casi en la totalidad. No todos los familiares se sienten comprendidos ni apoyados, se destaca que la mayoría de los familiares no han recibido ningún contacto físico por parte del profesional en el momento de darle la mala noticia y no todos los familiares están de acuerdo con la cantidad de información transmitida. A pesar de todo, un elevado porcentaje de familiares refieren tener un alto grado de satisfacción con el trato recibido durante la comunicación. La propuesta de mejora son: que los profesionales presenten más empatía con los familiares, que se preste más apoyo a la familia, que se disponga de más tiempo en la transmisión de la comunicación de malas noticias, que se mejore el lugar donde se trasmite la mala noticia y que se mejore en el lenguaje, haciéndolo más comprensible.

P-71

Centro: 956005162

Provincia: Cádiz

Área Temática: CIUDADANIA

EVALUACIÓN DEL LA CALIDAD DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (RVVA) DE UN HOSPITAL DEL SAS.

Autores: CABEZA DE VACA PEDROSA M.J.; MENDEZ MARTINEZ C. Y RIVERA BAUTISTA J.M..

Objetivos: Evaluar los resultados de actividad de un punto de Registro desde su apertura en noviembre de 2013 hasta agosto de 2014. Realizar la autoevaluación de calidad del registro.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal, sociodemográfico de personas inscritas, contenido de su declaración y motivo de inscripción. Se ha utilizado la base de datos de RVVA. Autoevaluación de procedimientos con revisión sistemática de: certificado de estado, inscripción, y digitalización de todos los anexos (I), (II), (III) y (IV).

Resultados: Solicitaron cita 194 personas (121 mujeres y 73 hombres). Acudieron 154(79%) ciudadanos, cancelaron 28(14%) y no se presentaron 12(7%). De las 154 citas realizadas, inscribieron su VVA 145(91%), 93 mujeres (64%) y 52 hombres (36%). La edad media en mujeres fue 54 años con rango entre 19 y 88 años. El grupo de edad mayoritario de 60-69 años (33% inscripciones), seguido de 50-59(18%). En hombres la media fue de 55 años con rango entre 20 y 88 años. Los grupos de edad mayoritarios de 50-59(27%), y de 60-69(23%). Las mujeres se inscriben con más frecuencia que los hombres con un razón de 1,78. Se inscriben por 1ª vez 124(86%) y modifican anteriores inscripciones 21(14%). Nombran Representante 89 personas (61%), y además sustituto 30 de estas personas, el 39% (56), no inscribe representante. Los motivos de inscripción son: convencimiento 52, religioso 40, experiencia familiar 23, profesional sanitario 15, enfermedad terminal 14 y donación de órganos 1. Las inscripciones según hospital: Cádiz 87, Puerto Real 35 y Jerez 23. En cuanto a la autoevaluación, los anexos se registraron adecuadamente con visualización correcta. Solo se detectan 2 incidencias: anexo I mal cargado e inscripción sin código de identificación en anexos III y IV.

Discusión: Disponer de un horario amplio de agenda de mañana y tarde, contribuye a un número importante de inscripciones de personas fuera del área hospitalaria. La diferencia entre citas realizadas e inscritas se debió a que en 9 ocasiones se debieron inscribir en más de una sesión, por la poca información y la necesidad de un proceso de reflexión antes de inscribir su VVA. La mayoría de inscripciones se hacen por convencimiento y motivos religiosos, siendo mucho menos los enfermos terminales. Se observa que la mayoría de los ciudadanos no se informaron con profesionales sanitarios de su confianza, requiriendo información y ayuda de la persona responsable del registro. Es necesaria una estrategia de comunicación que informe a los profesionales sanitarios, grupos de pacientes y asociaciones, sobre el ejercicio de este derecho ciudadano e informar y formar a los profesionales en la planificación anticipada. La autoevaluación continuada permite garantizar la calidad de los datos de RVVA. Sería interesante disponer de un checklist estandarizado que pudiera utilizarse de forma sistematizada en todos los puntos de registro. Se puede concluir que este Punto de registro tiene una calidad alta en los parámetros analizados.

P-72

Centro: UGC Bellavista y Los Bermejales. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA

Autores: CEJUDO LÓPEZ A.; MONTES PERÁLVAREZ F. Y ZARZUELA MAQUEDA J.A..

Objetivos: General: Determinar la adherencia a la realización del ejercicio físico en personas con fibromialgia. Específicos: Evaluar la clase de ejercicio físico y duración del mismo que realizan las personas con fibromialgia, Medir el nivel sintomático mediante escala visual analógica, Determinar si existe concordancia entre actividad física que realiza y nivel sintomático, Determinar la afectación física, psicológica y social, medidos con el cuestionario FIQ, Determinar si existe relación entre el resultado del cuestionario FIQ y la realización del ejercicio físico.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: personas con fibromialgia, entre 18 y 75 años, independientes para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Criterios de exclusión: Sospecha de deterioro cognitivo, Dependencia moderada para la realización de las Actividades de la Vida Diaria, según índice Barthel, Negativa a participar. Recogida de datos mediante entrevista autoadministrada. Variables •Perfil de las personas participantes: Edad, Sexo, Talla, Peso, Índice de Masa Corporal. •Ejercicio físico que realiza: a.Ejercicio aeróbico, Entrenamiento de fuerza, Flexibilidad, duración y frecuencia semanal. b.Intensidad del ejercicio físico, medida con la Escala de percepción de esfuerzo, disnea y cansancio en las piernas, Escala de Börg modificada. •Impacto de la fibromialgia, según la escala del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), que mide: Dolor, Tristeza o depresión, Nerviosismo o ansiedad y Dificultad para realizar las tareas o trabajo. Análisis de datos con el programa SPSS versión 18.

Resultados: La muestra total fueron 29 mujeres y 1 hombre, de edades comprendidas entre los 34 y 80 años, siendo la media de 56. La mayoría de los sujetos estudiados tienen cargas familiares. Peso: 37% (10) sobrepeso y 14.8 (4) obesidad. Realizan ejercicio: aeróbico, el 60% (18); flexibilidad 33% (10); de fuerza 7 (23,3%). Nivel de afectación alto 60% (15), medio 32% (8), bajo 8% (2). Impacto medio: 7,45. La intensidad percibida del ejercicio realizado es alta, pero con poca dificultad respiratoria. El impacto de la Fibromialgia en las actividades de la vida diaria medida con el cuestionario FIQ es de 7.5 sobre 10.No se encuentra relación entre nivel de afectación y el ejercicio físico realizado.

Discusión: Hay muy baja adherencia al cumplimiento del ejercicio físico en las personas con fibromialgia, a pesar de haberse demostrado que tiene beneficios, especialmente el ejercicio aeróbico, para quienes lo practican con unas condiciones mínimas de frecuencia, intensidad y duración, al mismo.Sería necesario formar a los profesionales sanitarios en la promoción del ejercicio físico y que éstos liderasen la intervención, especialmente desde la atención primaria de salud, también podría ser una actuación en coordinación con profesionales de otras disciplinas para la prescripción adecuada de ejercicio físico, probablemente esto aumentara la adherencia.

P-73

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Provincia: Granada

Área Temática: CIUDADANIA

ASISTENCIA INTEGRAL AL ENFERMO TERMINAL EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: PROTOCOLO: ACOGIDA –CUIDADO FLEXIBILIDAD-

Autores: PÉREZ CALVO M.A.; ARANDA JÉREZ R.M.; FERNÁNDEZ VELASCO A.M. ;CALLEJA LIZANA M.; CLEMOT QUESADA B. Y RODRIGUEZ MARTIN A..

Objetivos: -El objetivo general: Proporcionar al enfermo y familiares un entorno profesional técnico y humano basado en conceptos, actitudes y habilidades para afrontar la situación Objetivos específicos: -Identificación del enfermo a su llegada. - Proporcionar medidas de confort farmacológico (ausencia de dolor) y no farmacológicas (alivio del sufrimiento) -Facilitar un espacio donde pueda ubicarse el enfermo y familiares salvaguardando su intimidad y confidencialidad, sin interrupciones de un servicio que funciona las 24 h -Agilizar el ingreso en cuidados paliativos, o el alta a su domicilio una vez resuelto el problema. -Informar a la familia de los recursos extra-hospitalarios, caso de alta hacer informe de continuidad de cuidados. - Hacer sesiones clínicas en el servicio de urgencias -Elaborar el protocolo del enfermo terminal en el servicio.

Material y Método: Este estudio cualitativo de acción participativa, con grupos de discusión y observación participante además de elaborar el protocolo del enfermo terminal se propone mejorar la realidad de urgencias hospitalarias. Y que cada miembro del equipo de acuerdo con sus competencias asuma su responsabilidad ética moral y legar para "no dañar", curar cuando se pueda, y cuidar siempre

Resultados: A pesar de los avances en cuidados domiciliarios y paliativos, todavía son muchos los enfermos terminales que cuando tienen un problema añadido, o la situación es de últimos días, prefieren irse a urgencias, otras la propia familia opta por llevarlos por sentirse insegura y sin recursos para cuidarlos en su domicilio. En realidad a pesar de las medidas que se puedan instaurar, la muerte hoy día no es aceptada y menos en el domicilio, como parte del ciclo vital. Queda un largo camino social para volver a dignificar la muerte e incorporarla a la vida cotidiana. La función de los profesionales de urgencias (médicos, personal de enfermería celadores, administrativos) con estrategias y habilidades de confort, actitudes de cercanía y confianza contribuirá a mejorar el acogimiento y atención integral al enfermo que viene a fallecer en urgencias y acompañar en el duelo.

Discusión: La experiencia profesional, la observación diaria de la realidad laboral llevan a pensar que el servicio de urgencias no es el lugar adecuado para que el enfermo terminal pase sus últimos momentos Cabría preguntarse (puesto que esto es una situación inevitable): ¿qué se puede hacer desde el servicio de urgencias para dar una respuesta de atención integral a los enfermos terminales y a sus familiares? La vida biológica es un valor finito y la muerte constituye el acto final de la biografía personal de la persona. Con Francesc Torralba se puede preguntar: ¿Qué significa morir con dignidad, qué es morir indignamente? Morir indignamente es morir solo, en un espacio inhóspito, anónimo, morir sufriendo, en los pasillos de un hospital.Acoger con elasticidad al otro como sujeto de derechos su universo simbólico.

P-74

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia: sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE ASISTENCIA A LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO AGÓNICO (PROTOCOLO DE DUELO)

Autores: GONZALEZ DELGADO M.C.; GONZALEZ CARO M.D. Y QUESADA PEREZ M.T..

Objetivos: - Implantar en Unidad de Cuidados Críticos protocolo de duelo en familia de paciente crítico agónico - Integrar profesionales sanitarios y familia en el proceso de duelo - Comenzar duelo familiar de una forma natural en una Unidad de Cuidados Críticos

Material y Método: Se crea protocolo de duelo consensuado y se difunde en nuestra Unidad de Cuidados Críticos para que se den las condiciones adecuadas en su comienzo. Se definen etapas dirigidas a: - Informar a la familia comunicando desenlace hacia la muerte del paciente, con apoyo del equipo sanitario desde este momento - Sensibilizar a los profesionales de esta necesidad - Cubrir las necesidades de la familia en todo momento y por todo el equipo sanitario, definiendo las tareas y actividades de cada categoría profesional

Resultados: Tras la implantación de este protocolo en nuestra unidad hemos podido percibir que las familias atendidas comienzan su duelo de una forma más natural. El personal sanitario está más sensibilizado y lo activa indistintamente cualquier categoría implicándose el equipo completo Al integrar profesionales y familia en este proceso se crea vínculo social que ayuda a que el duelo pase por todas sus etapas, ayudando así a no desarrollar un duelo patológico.

Discusión: El adiós a un familiar en un entorno hostil, como puede ser percibida en una Unidad de Cuidados Intensivos, se ve transformado así, en un lugar donde se den todas las condiciones para que la familia comience de forma correcta el duelo a su familiar querido. Se encuentra en proyecto la realización de encuestas dirigidas a profesionales para mejorar el manejo de esta situación, y a familiares para medir el grado de satisfacción.

P-75

Centro: agencia sanitaria poniente

Provincia: Almería

Área Temática: CIUDADANIA

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN USUARIOS: ACCIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD MENTAL

Autores: LOPEZ MEDINA A.; DEL AGUILA DEL AGUILA G.; ALCAZAR ARTERO M.E. Y JIMENEZ LIRIA M.J..

Objetivos: • Aumentar el conocimiento de la población sobre nuestro hospital. • Favorecer la participación ciudadana y la integración en nuestra agencia logrando la armonía en el cuidado. • Presentar la experiencia llevada a cabo en el Área de Salud Mental del Hospital de Poniente, para aumentar los conocimientos y la participación de nuestros usuarios en materia de seguridad del paciente, a través de sesiones informativas periódicas específicamente dirigidas a usuarios.

Material y Método: Estas sesiones se enmarcan dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2011-2014, cumpliendo cada uno de los capítulos que componen el documento. Esta estrategia se pone en marcha en 2013, con la creación de un grupo de trabajo formado por los gestores de cuidados del Hospital de Poniente. El grupo de trabajo consensuó 8 temas con especial interés para nuestros usuarios: prevención de caídas, prevención de heridas crónicas, identificación inequívoca del paciente, contención mecánica, verificación quirúrgica, continuidad asistencial, uso seguro medicamento/ conciliación y lavado de manos. Además de elaborar diapositivas de apoyo y un cronograma de las sesiones informativas. Las sesiones clínicas han sido impartidas por profesionales de enfermería tras ser formados en estos temas. El material utilizado es audiovisual en la mayoría de las sesiones, primando la función del docente y la de moderación para lograr la motivación de los asistentes y su participación. Estos profesionales han creado una plantilla/ fichas para recoger datos relacionados con las sesiones para su posterior explotación. En ambas unidades se han adaptado al grado de funcionalidad de los usuarios recogiendo sus comentarios en los debates surgidos analizándolos posteriormente de manera cualitativa.

Resultados: Las sesiones son impartidas en las dos unidades de Salud Mental, se han llevado a cabo 8 sesiones en Hospital de día y 8 en hospitalización. En total hasta el momento han participado 35 usuarios Los usuarios nos expresan sus opiniones o expectativas previas, haciendo comparaciones sobre sus experiencias previas. Los resultados en ambas unidades, después del análisis cualitativo son: • Aprendizaje e identificación de riesgo de caídas. • Re conducción de ideas en el modulo de identificación inequívoca del paciente. • Desmitificación sobre la contención mecánica. • Interés y peticiones de ampliar la información en algunas de las sesiones, demandando talleres prácticos.

Discusión: Estas sesiones son enriquecedoras tanto para los usuarios como para los profesionales, destacando que han ido más allá de la manera tradicional de formar a los profesionales, creando un ámbito en el que el usuario comparte junto con los profesionales las expectativas los conocimientos y sus impresiones sobre nuestro sistema sanitario, aclarando conceptos y fomentando su participación para la elaboración entre todos de un clima sanitario participativo y armonioso. Las sesiones en la actualidad siguen impartiéndose.

P-76

Centro: bloque quirurgico AHVM

Provincia: sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

EL PACIENTE QUIRÚRGICO. RESPUESTA ANTE UNA CIRUGÍA COMPLEJA

Autores: LUQUE OLIVEROS M.; SANCHEZ-MATAMOROS MARTÍN M.D.; ZAMBRANO OLIVO C. Y PÁEZ HERRERA E.M..

Objetivos: Detectar el grado de satisfacción global percibida del paciente con respecto a los cuidados sanitarios que ha recibido por los profesionales de quirófano.

Material y Método: Estudio descriptivo, observacional y no experimental.La población lo conforman los pacientes intervenidos quirúrgicamente dentro de nuestros quirófanos del Hospital Universitario Virgen Macarena. La muestra estuvo formada por un total de 10 pacientes de los cuales, dos correspondían a cirugía torácica, uno a cirugía cardiovascular, dos a cirugía maxilofacial, uno de cirugía general, dos de cirugía ortopédica, uno de neurocirugía y uno de cirugía plástica. El periodo de estudio estuvo comprendido entre el 01 de Junio hasta 31 de Julio del 2014 (ambos inclusive). La muestra se selecciona de acuerdo a los criterios de inclusión, siendo; Pacientes programados para una intervención quirúrgica en el nuestro hospital. Aquellos que den su consentimiento para participar en el estudio y todo paciente sin deterioro cognitivo. En la descripción de la muestra, una vez finalizada la intervención quirúrgica y, después de la extubación, se procedió a entregar el cuestionario validado SERVQHOS, para su cumplimentación, para recoger los datos de las variables estudiadas.Antes de entregar dicho cuestionario, se procedió a informar al paciente de las ventajas e inconvenientes de participar en nuestro estudio. Así como los objetivos del mismo. Por otro lado, el estudio se presento al comité de ética e investigación de nuestro hospital para su autorización.Las variables de estudios fueron, perfil socio demográfico (edad, sexo/genero y estado civil). Y, a través de la pregunta, indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital. Medida de respuesta en una escala de tipo likert de cuatro puntos.Para el análisis estadístico, se llevo a cabo el cálculo de los valores de la media, desviación típica y distribución de frecuencia. Apoyado en el paquete estadístico SPSS 22 para Windows.

Resultados: A. Cronbach ,99. Edad.21-59 años. media: 36,2%, DT. 13,8. 45% HOMBRE. 55% MUJER. Estado civil: 40% casado, 49,1% soltero, 0% viudo, 0% separado. Satisfaccion: 73,2% muy satisfecho. 21,4% satisfecho. 5,4% poco satisfecho. 0% nada satisfecho.

Discusión: La satisfacción global de los cuidados sanitarios recibidos durante su estancia en nuestro hospital y, tras ser intervenido quirúrgicamente, muestra unos resultados sorprendentes. El 73,2% de ellos, muestran una alta satisfacción con los cuidados recibidos. En el estudio de Acosta3, ya reportó similar resultado (75%) de satisfacción global con un procedimiento especifico realizado en los consultorio de su hospital, señalando que, conocer la satisfacción del paciente, mejora la asistencia sanitaria.Este hecho, pone de manifiesto de una gran riqueza a nivel profesional, ya que posibilita un aumento de autoestima para el profesional que intervienen en los cuidados sin nombrar que contribuyen a la “alta calidad” del propio servicio.

P-77

Centro:

Provincia:

Área Temática: CIUDADANIA

COLABORACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS DEL TUBO DE DRENAJE TORÁCICO

Autores: RODRÍGUEZ MORCILLO R.; MORCILLO NIETO M.C.; LAGUNA PARRAS J.M. Y RODRÍGUEZ LIÉBANA J.J..

Objetivos: Dar a conocer la importancia que tiene la colaboración de los familiares/ acompañantes del paciente para la vigilancia del tubo de drenaje.

Material y Método: Una vez que el paciente ingresado está en su habitación, la enfermera informará y dará a conocer el sistema de drenaje aplicado y la necesidad de su vigilancia. Los familiares serán informados de la importancia que tiene que no exista ningún mal funcionamiento del aparataje y que es necesario que colaboren con el personal de Enfermería si observan cualquier alteración del sistema de drenaje. Les será explicado cómo deben de vigilar el sistema y que posibles causas pueden alterarlo (posición del cuerpo, movimientos bruscos, dobleces del tubo…..etc.), y que deben de avisar al personal de Enfermería en el momento que observen cualquier alteración o anomalía en el sistema.

Resultados: Los enfermos y sus familiares/acompañantes acogen con agrado y gran interés la información que la enfermera les proporciona sobre el sistema de drenaje aplicado y su vigilancia. Ante cualquier alteración del sistema que observan, llaman inmediatamente a la enfermera mediante el timbre o bien informan en el mostrador de enfermería. Así mismo, prestan atención y preguntan cualquier duda que tienen ante la explicación de la enfermera. La vigilancia sistemática del tubo de drenaje por parte de los familiares/acompañantes no les ocasiona ningún inconveniente, más bien se les hace partícipes de la importancia de sus cuidados y su colaboración con el personal de Enfermería.

Discusión: Es de suma importancia que las enfermeras conozcan perfectamente el funcionamiento de estos sistemas. La correcta vigilancia del tubo de drenaje reduce la probabilidad de aparición de complicaciones de la intervención quirúrgica. Enfermería puede formar y dar a conocer la correcta vigilancia del tubo de drenaje a los familiares que deben ser instruidos sobre el funcionamiento del sistema de drenaje aplicado. La pronta intervención sobre el tubo de drenaje en mal función es prioritaria. La intervención de Enfermería es fundamental ante la aparición de cualquier mal funcionamiento del tubo de drenaje.

P-78

Centro: UGC Esperanza Macarena (DSAP Sevilla)

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

LA EVALUACIÓN AXIOLÓGICA DE LOS PROYECTOS EN LOS COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Autores: ORTEGA CALVO M.; PALMA MORGADO D.; MARÍN GIL R. Y TORELLÓ ISERTE J..

Objetivos: Los autores de esta comunicación pertenecemos desde hace algunos años al Comité de Ética de la Investigación (CEI) de Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), desplegando, cada uno de nosotros, una actividad de revisión de dos a cuatro proyectos para las sesiones mensuales del CEI. Las pautas de trabajo son abiertas y se deben ceñir a los aspectos éticos locales, consentimiento informado, hoja informativa, adecuación de instalaciones y de equipo investigador y evaluación formal del proyecto en base a su diseño. Nuestra intención en esta comunicación es dar un substrato epistemológico a nuestro trabajo de revisión de proyectos en el CEI del HUVR y hacerlo extensivo a otros CEIs.

Material y Método: Hemos realizado una revisión histórica de la evolución de la axiología científica en los siglos XIX y XX siguiendo básicamente a Echevarría. La Axiología o Estimativa es la parte de la filosofía que estudia los valores.

Resultados: Comte en su Catecismo Positivista afirmaba que la ciencia tiene que ver con los hechos pero no con los valores.Weber trasladó esa visión a las ciencias sociales al propugnar la "libertad de valores" (Wertfreiheit). En la tradición empirista y positivista los juicios de valor eran subjetivos y por lo tanto caían fuera del discurso científico. En pleno siglo XX acontece un cambio importante en esa concepción según la obra "El colapso de la dicotomía hechos/valores" de Hilary Putnam. Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo científico ha tenido más en cuenta los problemas axiológicos y dentro de estos últimos, los valores. Larry Laudan, Hilary Putnam y otros investigadores propusieron el término de valores epistémicos para ese tipo de valores propios de la ciencia. El distinguir valores en el trabajo científico es un hecho muy común en la actualidad pero impensable por ejemplo hace cien años. Cuando alguien evalúa una Universidad o un Instituto de Investigación está haciendo un juicio de valor institucional. Con la emergencia de los programas I+D a partir de la Segunda Guerra Mundial se configuraron unos nuevos valores y unos nuevos objetivos. A esta transformación se le ha denominado de varias formas: modo 2 de conocimiento, ciencia postnormal y ciencia postacadémica. Javier Echeverría prefiere el término de tecnociencia. Se entienden como valores epistémicos de un proyecto: la precisión, el rigor, la coherencia, la generalidad, la fecundidad, la verosimilitud, la adecuación empírica y la contrastación.

Discusión: Nosotros defendemos dos tesis en esta comunicación. La primera afirma que la existencia actual de los CEIs es un hecho congruente con el desarrollo histórico de la epistemología durante el siglo XX y la segunda que una de sus funciones más importantes es la evaluación axiológica (valores epistémicos) de los proyectos de investigación que a ellos se presentan. La evaluación axiológica franquea el paso a la evaluación metodológica.

P-79

Centro: UNIVERSIDAD DE HUELVA

Provincia: HUELVA

Área Temática: CIUDADANIA

EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

Autores: BAYO LOZANO E.; AGUADO CORREA F.; HUELVA LÓPEZ L.; BAYO CALERO J.; PADILLA GARRIDO N. Y ORTEGA MORENO M..

Objetivos: Nuestro objetivo consiste en determinar la percepción que tienen los pacientes oncológicos respecto a la Toma de Decisiones Compartidas (TDC) y las Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones (HATD) en el tratamiento de su enfermedad.

Material y Método: Se ha realizado una encuesta piloto a 25 pacientes oncológicos elegidos al azar en la sala de espera de oncología de un hospital público. El ámbito temporal se corresponde con la primera quincena de septiembre de 2014 en días elegidos, igualmente, al azar. La encuesta se compone de 16 ítems. Los 6 primeros se refieren a datos básicos del paciente, 5 a la TDC y 5 a las HATD. El análisis preliminar de los resultados se ha llevado a cabo mediante un análisis descriptivo de las variables cuantitativas (media) y de las cualitativas (frecuencias yporcentajes).

Resultados: El 77% de los pacientes encuestados son mujeres, siendo la edad media de las mismas de 52,64 años y la de los hombres de 59,2 años. El 41% cuenta con estudios primarios, el 27% con universitarios, el 18% con secundarios y el 14% carece de estudios. El 59% de los casos presenta un cáncer de mama, sin destacarse, además, ningún otro. Ante la pregunta de quién tomó realmente la decisión del tratamiento respecto a su enfermedad, el 36% respondió que la tomó totalmente el médico y otro 36% que igualmente el paciente y el médico, mientras que a la pregunta sobre quién cree que debería haber tomado la decisión de tratamiento el 18% manifestó que totalmente el médico y el 77% que igualmente el médico y el paciente. Respecto al proceso de toma de decisiones, el 50% se mostró totalmente en desacuerdo respecto a la afirmación "Mi médico quería saber exactamente cómo me gustaría participar en la toma de decisiones" y el 41% expresó un total desacuerdo ante la afirmación "Mi médico me explicó con exactitud las ventajas y desventajas de las distintas opciones de tratamiento". En una escala de Likert de 1 a 5 sobre la utilidad de la TDC, la puntuación fue de 4,41. Respecto a la pregunta sobre que el incentivo económico al profesional fuera un facilitador de la TDC, sólo el 31,8% está entre algo de acuerdo y totalmente de acuerdo. Por lo que se refiere a las HATD, el 72,7% afirma haber recibido ese tipo de información, correspondiendo el 100% a folletos informativos. En cuanto a su utilidad y en una escala de 1 a 5, los pacientes la valoraron con un 4,63.

Discusión: Para el enfermo de cáncer la comunicación con su médico para tomar decisiones respecto a su tratamiento es muy relevante, generando su ausencia problemas de insatisfacción, angustia e inseguridad, llegando, incluso, a comprometer los resultados clínicos. Nuestro estudio señala que gran parte de los pacientes oncológicos (77%) desean ejercer un rol más activo en el proceso asistencial e incluso manifiestan (41%) que su médico no les explicó todas las ventajas e inconvenientes. Además, valoran muy positivamente el uso de las HATD, lo que indica que debe convertirse en un instrumento fundamental para aumentar la calidad de servicio.

P-80

Centro: H Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

FACTORES DETERMINANTES DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE CON LA CONSULTA DE ANESTESIA

Autores: LÓPEZ CARRETERO J..

Objetivos: El objetivo perseguido en este estudio ha sido analizar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la consulta de preanestesia y determinar qué aspectos relacionados con su desempeño eran percibidos como los más valiosos y más influyentes en este parámetro, mediante la realización de una encuesta estructurada de satisfacción.

Material y Método: Estudio epidemiológico descriptivo, prospectivo y longitudinal basado en encuestas realizadas a los pacientes atendidos en la consulta de preanestesia de nuestro hospital. Se realizó una encuesta anónima y de forma aleatorizada a los pacientes atendidos en la consulta de preanestesia, que incluyó 4 preguntas en una escala categórica graduada con 5 respuestas posibles (muy poco satisfecho, poco satisfecho, regular satisfecho, satisfecho y muy satisfecho), relacionadas con la puntualidad, la comprensión de la información recibida, el respeto en el trato y el grado global de satisfacción, así como una quinta pregunta sobre si conocían o no el nombre del anestesiólogo que les había atendido. Para el análisis estadístico se utilizó un modelo de regresión logística binaria, que identificó el mejor conjunto de variables predictoras de la satisfacción. El procedimiento calculó las odds ratio y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se consideró estadísticamente significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: Sobre un total de 4006 encuestas analizadas, el grado de satisfacción con la consulta fue valorado en el 97,6% como satisfecho o muy satisfecho. El 77,4 % de los encuestados se consideró satisfecho o muy satisfecho con la puntualidad. Respecto a la información recibida y su comprensión, los pacientes se consideraron en el 98,4% como satisfechos o muy satisfechos. El respeto en el trato recibido fue el mejor valorado con un 99,2% de pacientes satisfechos o muy satisfechos. Un 71% no conocía el nombre del anestesiólogo que los atendió. El análisis de regresión relacionó el mayor grado de satisfacción con el trato recibido (OR 17,44; $p<0,0005$) y la información recibida (OR 14,94, $p<0,0005$), mientras que la puntualidad (OR 5,40; $p<0,0005$) fue el factor que menos contribuyó en el resultado.

Discusión: Como conclusión, y según nuestros resultados, el grado de satisfacción en nuestra población está más unido a la capacidad de comunicación del anestesiólogo que a otras variables, y debe de inducir a potenciar en estos profesionales las actitudes de empatía y la formación para la entrevista clínica.

P-81

Centro: HU Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE UN EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE GRUPOS FOCALES.

Autores: RAMÍREZ LÓPEZ E.B.; ASENSIO PÉREZ M.R.; RODRÍGEZ PAÑOS M.T.; PALOMO LARA J.C.; TENA GARCÍA B. Y BARRIENTOS TRIGO S..

Objetivos: Conocer las experiencias de miembros de un equipo investigador sobre búsqueda de información a través de grupos focales

Material y Método: Se realizaron 3 grupos focales durante una investigación cualitativa. Se convocó a profesionales sanitarios de Atención Hospitalaria(AH) y Atención Primaria(AP) para conocer sus opiniones sobre el tema de estudio, durante 2013-2014.Criterio de inclusión:experiencia con pacientes objeto del estudio, de dos años o más.Firmaron consentimiento informado. Grupos celebrados fuera de horario laboral.Informantes claves: supervisores de AH y coordinador de cuidados de AP. Cada grupo constituido con profesionales de distinta categoría:enfermería/medicina/trabajo social. Muestreo intencional y heterogeneidad de los grupos. Grupos conformados por 10, 7 y 7 integrantes. Categoría profesional más representada:Enfermería 14; 5 médicos, 4 auxiliares de enfermería y 1 trabajadora social.Grupo de AP, solo enfermería.Experiencia laboral media:24 años. Edad media:50 años. Grupos dirigidos por un integrante del equipo investigador y un observador, del equipo. Información grabada digitalmente. Al final, los integrantes del equipo investigador expusieron por separado/por escrito sus impresiones personales sobre la realización de los grupos y se procedió al análisis de las mismas.

Resultados: Profesionales comprometidos,mayoría de Enfermería.Sólo en AH asistieron médicos y trabajo social. Minoría poco participativa, en los 3 grupos focales, solo 2 personas Los grupos facilitan a los profesionales expresar su opinión-conocimientos-experiencias. Hace que se sientan valorados Deseos de opinar sobre temas abordados. Muy colaborativos, puntuales y dominando los temas. Se dejaban guiar. Actitud activa a pesar de no haber participado nunca en grupo focal. Se sorprendían con la grabación pero la aceptaban.

Discusión: Sorprende su grado de compromiso:los grupos se celebraron fuera de horario laboral. Escasas dificultades respecto a disponibilidad de profesionales, a pesar de hacerlo con recortes/mayor presión asistencial Valoran que se tenga en cuenta su opinión.Opinan que lo que se diseña viene de arriba hacia abajo y lo que tienen que contar los de abajo parece interesarle sólo a investigadores cualitativos Permitieron conocer el discurso oficial, real y oculto. Oficial:lo que hay que contar al público en general o al investigador, que es un desconocido. Real:realidad que viven y cómo la quieren contar, con sus sesgos. Oculto:cuando el ambiente es distendido y no se juzga a nadie. Interpretación profunda del contenido (a veces contradice al discurso real), basado en emociones que se expresan. Es necesario un buen guión de entrevista y un entrevistador que se ciña a él.Emergen temas, que aunque interesantes, no son objeto de entrevista ni de investigación; debe reconducir el guión si percibe una idea interesante que explorar.Saber dejar de lado el discurso real y aproximarse al oculto. La voluntariedad de los asistentes garantiza sinceridad del discurso.

P-82

Centro: CS Las Palmeritas

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

EVALUAR PARA PREVENIR: TERAPIA GRUPAL ANTITABACO

Autores: AGUADO DE MONTES C.; BASCUÑANA GARRIDO M.; SÁNCHEZ GONZÁLEZ I.; GONZÁLEZ LÓPEZ A.; BLANCO RUBIO C. Y GABALDÓN RODRÍGUEZ I..

Objetivos: Introducción: El consejo sanitario y la intervención motivacional, combinadas ó no con las medidas farmacológicas, en la terapia grupal antitabaco realizada desde Atención Primaria, se han establecido en la literatura como una medida muy útil y costo-efectiva, mejorando la salud de los pacientes que abandonan este hábito. Objetivos: - Analizar la eficacia de la consulta grupal antitabaco - Evaluar el abandono del tabaquismo tras intervención avanzada grupal. - Determinar factores relacionados con el cese del tabaquismo. - Valorar influencia del nivel de dependencia. - Aumentar la captación de la población diana

Material y Método: Estudio descriptivo longitudinal en una UGC urbana. Población: grupo de intervención avanzada (mayo 2011-mayo 2013). Variables: edad, sexo, edad inicio, número de cigarrillos, convivientes fumadores, enfermedades relacionadas, hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), número de sesiones, escalas de Fagëstrom y Richmon, empleo de fármacos y tipo, abandono.

Resultados: 84 pacientes (10 menores de 40 años), 57,31% mujeres. Edad media: 52 años. Edad media inicio: 16,77 años. 64,84% fumaban menos de 20 cigarrillos/día (94,73% tabaco rubio). El 67,10% un intento de abandono, 39,47% una recaída y 27,63% dos o más. Índice de recaída: 69,51%. 48,58% con otros hábitos (café 37,14%, alcohol 25,71%). Convivientes fumadores: 46,77%. Enfermedades relacionadas (EPOC, SAOS y Ca. Vejiga) 9,76%. Asociaban FRCV 55,56% (más frecuente hipertensión). Dependencia moderada (test Fagëstrom) 36%; dependencia alta 33%. Test Richmon: 34,14 % motivación alta; 67,07% motivación moderada. Del total, 24 utilizaron fármacos (chicles, parches, vareniclina, bupropión) en su intento de abandono y 60 no. Incidencia de abandono: 42,85% (presentaban FRCV 56,25%); asistencia media: 4 sesiones. Los datos se exponen semestralmente a todo el equipo, y los profesionales referentes de este programa analizan los resultados, planifican, y comunican las ideas y acciones de mejora para mantener la captación de pacientes y el desarrollo de las actividades ligadas a esta intervención.

Discusión: La tasa de abandonos conseguida refuerza la importancia del consejo sanitario e intervención motivacional desde AP como una medida muy costo-efectiva. En las personas con FRCV se encuentra mejor porcentaje de abandono de este hábito nocivo. Es importante monitorizar los resultados conseguidos con objeto de observar la eficiencia de este programa, y avanzar en mejorar la salud de nuestra población, aún cuando las actividades preventivas exigen un gran esfuerzo por parte de los profesionales del centro de salud, dada la escasa priorización de dedicación de tiempo respecto a otras actividades. Los resultados expuestos nos indican que por responsabilidad de la Atención Primaria de Salud, debemos continuar realizando esta intervención preventiva para continuar aportando salud a las personas de la comunidad que se atienden desde nuestra UGC.

P-83

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: CIUDADANIA

REHABILITACIÓN CARDÍACA: INCORPORACIÓN DEL CIUDADANO A UN PROGRAMA DE SALUD.

Autores: LOPEZ MARCO M.J.; TENA GARCIA B.; RUIZ BAYO L.; ALVAREZ LEIVA M.I. Y HIDALGO URBANO R.J..

Objetivos: 1: Informar de la actividad desarrollada en la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (UPS y RC) a la Institución y organismos interesados. 2: Evaluar la satisfacción de los usuarios respecto al Servicio de UPS y RC 3: Diseñar líneas de mejora respecto al grado de satisfacción de los ciudadanos.

Material y Método: Se trata de un estudio descriptivo observacional siendo la población del estudio todos los pacientes dados de alta de Cardiología y que van a ingresar el programa de P.S y R.C en el año 2013. Las variables del estudio: número de consultas, usuarios tratados y Cuestionario de satisfacción La recogida de datos es a través de los programas Diraya y Cardio Medic., se realizó un análisis descriptivo y de comparación de porcentajes, mediante SPSS 17.0. El informe se acoge a las normas de confidencialidad de datos según la Ley Orgánica de Protección de Datos

Resultados: En la UPS y RC se han realizado al año, 335 consultas de pacientes de nuevo ingreso y 763 revisiones por el cardiólogo, de ellos 306 han sido remitidas al rehabilitador para la inclusión al programa, con sus respectivas revisiones mensuales (347). Siendo 257 los pacientes que al final han realizado el programa de RC. Todos los pacientes y familias han recibido charlas informativas sobre el programa de RC, actividad física, alimentación cardio saludable, factores de riesgo y sexualidad. La UPS y RC dentro de su cartera de servicio realiza las ergoespirometrias de los pacientes con IC y CC Dentro del Programa se han tenido algunas incidencias: • I. leves: HTA no controlada, F.C elevadas a mínimo esfuerzo incluyendo a estos pacientes en el protocolo de Ivabradina, Cuadros Vaso vágales e hipoglucemias. • I. Menos leves Pacientes derivados a hemodinámica, a la unidad antitabaco, Holter de tensión arterial, Holter de 24h , Eco Dopler y Medicina Nuclear (SPET) Se establece la coordinación con atención primaria dividida en tres vertientes: 1.- Informes a médicos de familia. 2.- Informes de alta de todos los pacientes. 3.- Programas de RC en centros periféricos.

Discusión: El Equipo que forma parte de la UPS y RC continua motivado a pesar de las vicisitudes en las que se encuentra actualmente el Sistema Público de Salud, intentando en todo momento la marcha de la Unidad y manteniendo el nivel de Calidad Asistencial y trato al usuario y familia. Promueve a estudios de investigación y colabora en otros proyectos: escuela de estomatología, cardiopatías congénitas, proyecto ERESCA. Y dentro de las líneas de mejora creemos necesario una comunicación fluida con los responsables inter-centros en el que se desarrolle el proceso, desde los objetivos, los recursos materiales, humanos y disponibilidad de los mismos, así como establecer un circuito de derivación.

P-84

Centro: H: U. Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: CIUDADANIA

"PODER MIRARTE". ALGO MÁS QUE UN GESTO ESTETICO.

Autores: MONTIEL SALDAÑA M.C..

Objetivos: La huella de los tratamientos anticancerígenos, tanto quimioterapia como radioterapia, afectan de forma importante a las células de la piel, provocando alteraciones, y reacciones visibles en los pacientes que son tratados en nuestras Unidades. Esta Unidad pretende como objetivo prioritario tratar aquellos aspectos relacionados con el cuidado de la piel que influyen de manera negativa en la calidad de vida de nuestros pacientes. Aportando una solución a corto plazo de sus problemas de imagen corporal, de alteraciones en su autoestima, de seguridad ante la sociedad.

Material y Método: Desde la UGC Oncologia Integral y la UGC de Dermatología de nuestro hospital, se han detectado carencias en el soporte de estos pacientes que presentan gran cantidad de alteraciones y secuelas en su piel, que hacen que sean prioridad de estos servicios atender dichas demandas. Ayudar a personas que padecen trastornos de la piel es el objetivo de la Unidad de Cuidados de la piel y Maquillaje Terapéutico de la Unidad del Hospital V. Macarena de Sevilla. Esta unidad esta gestionada desde Enfermería por enfermeras y voluntarias de la Unidad de Oncologia y la Unidad de dermatología, contamos con el apoyo de la Asociación Española Contra el Cáncer aportando su voluntariado y la Industria líder en este sector como Roche- Posay emprendiendo con nosotros dicho proyecto en formación y apoyo desde su experiencia en este campo.

Resultados: Contamos con la experiencia de unidades fuera de nuestra comunidad que hacen de esta iniciativa una apuesta de éxito segura. Contamos con la experiencia de unidades fuera de nuestra comunidad que hacen de esta iniciativa una apuesta de éxito segura. Estos talleres serán siempre dirigidos hacia pacientes que pertenezcan a nuestro hospital tanto a la unidad de dermatología como a la unidad de oncología, los cuales presentan alteraciones en su piel o precisen de soporte para manejar sus dudas, formándolos en el cuidado especifico y en maquillaje tanto facial como corporal.

Discusión: Tenemos presente con este proyecto novedoso en nuestra comunidad que muchos pacientes se van a beneficiar de esta iniciativa realizada por enfermeras y profesionales de los cuidados estéticos por dar a conocer técnicas correctoras de anomalías y patologías de la piel con el maquillaje, esto formara a muchos pacientes de manera individualizada, cada uno con su problema, su duda o simplemente el hecho de mejorar su imagen en momentos de tratamientos costosos y duros, que producen estragos en nuestra piel, provocando alteraciones en la imagen corporal, aislamiento social, cambios anímicos, miedos, inseguridad…etc. Todo ello desde un marco conceptual y abrazado por una metodología enfermera será nuestro medio de trabajo diario.

P-85

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: CIUDADANIA

LA CALIDAD: OBJETIVO EN LA EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO.

Autores: LÓPEZ TOLEDANO L.; ÁLVAREZ ROLDÁN E.M.; ACOSTA MOSQUERA M.E.; LOZA CORRIENTE M...; GAMARRO TOLEDO B... Y PEÑA FERNANDEZ D....

Objetivos: 1.-Favorecer la continuidad de los cuidados al alta del paciente. 2.-Facilitar información y formación en cuidados de la traqueotomía al paciente, familiares y cuidadores. 4.-Disminuir el tiempo de adaptación a la nueva situación con intervención educativa de calidad.

Material y Método: A-Descripción del problema. El personal de enfermería de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de ORL del HUVM(Hospital Universitario Virgen Macarena) tras realizar la Valoración Inicial y elaborar el Plan de Cuidados al paciente, observa que uno de los diagnósticos de enfermería que aparecen con más frecuencia es la ansiedad, debido a la falta de información respecto al cambio que van a sufrir o han sufrido. Por ello, se realiza un estudio, recopilando datos mediante la entrevista directa al paciente y familiares/cuidadores al ingreso. B.-Educación sanitaria. Crear un ambiente adecuado de intimidad y confianza en el que el paciente se sienta cómodo y pueda expresar todas las dudas y sentimientos con respecto al cambio sufrido. Proporcionar información sobre: -Manejo de secreciones. -Cambios en la respiración. -Ejercicios respiratorios. -Toma de medicación prescrita por el médico. -Limpieza y cambio de cánula. Cuidados del estoma. -Hábitos dietéticos. -Hábitos higiénicos. -Ayuda al cuidador. -Situaciones de emergencia. -Técnicas de comunicación.

Resultados: Una vez analizados los resultados mediante la observación directa y los datos obtenidos al elaborar El Plan de Cuidados, llegamos a la conclusión de que una Educación Sanitaria de Calidad contribuye a: -Disminuir la ansiedad. Los indicadores: (control de ansiedad 1-5), mejoraron en un 67%. -Integración más rápida tanto en su entorno familiar como social. -En caso de pacientes dependientes los cuidados son asumidos por los familiares/cuidadores gracias a la formación que estos reciben. -Disminución de complicaciones gracias al manejo efectivo de la situación. -Independencia, seguridad y aumento de la autoestima. -Recomendaciones al alta(75%): Disponemos de una hoja o Informe de Continuidad de Cuidados al Alta específico para pacientes de ORL desarrollado por el personal de enfermería de la UGC .

Discusión: El modelo de intervención educativa que llevamos a cabo en nuestra unidad, es una puerta más de expresión y de interacción entre pacientes y personal de enfermería facilitando la identificación de las necesidades de salud de nuestros pacientes,siendo una experiencia muy enriquecedora para ambos. Estas estrategias educativas son de mayor eficacia en el logro de los objetivos de educación para la salud. Pueden ser igualmente útiles para otras unidades o enfermedades, adaptándolas a las necesidades de cada uno, con el fin de promover estilos de vida saludable y vivir sin ansiedad la nueva situación a la que se enfrentan. Proporcionar una educación sanitaria de calidad a estos pacientes supone la diferencia entre caer en un pazo sin fondo o tomar las riendas de su propia vida. En definitiva: SEGUIR VIVIENDO.

P-86

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: CIUDADANIA

CALIDAD EN LA ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS, UNA NECESIDAD IMPERIOSA

Autores: ESTEBAN MORENO M.A.; CASTELLÓN RUBIO V.; LAZO TORRES A.M.; CARRILLO RAMOS J. Y CANOSA RUIZ L..

Objetivos: El cáncer sigue siendo una enfermedad incurable, y en los últimos momentos de la vida se tiene como objetivo primario evitar el dolor y consecuentemente el sufrimiento de los pacientes oncológicos, para mejorar su calidad de vida en estos últimos días. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes que fallecieron en la planta de hospitalización de Oncología Médica de nuestro centro durante un periodo de análisis de un año.

Material y Método: Elaboramos un estudio observacional retrospectivo registrando a todos los pacientes ingresados y fallecidos en nuestro servicio durante un año, y realizamos un análisis descriptivo de las siguientes variables: sexo, edad, tumor primario, síntoma que motiva el ingreso, duración del ingreso, existencia de síntoma refractario, y si recibió sedación paliativa para controlar dicha sintomatología.

Resultados: Se analizaron 90 pacientes que ingresaron y fallecieron en la planta de Oncología: 52 eran varones (57.7%) y 38 mujeres (42.2%) con una mediana de edad de 59 años (r: 23-89). Según la localización del tumor primario el 38.8% cáncer de pulmón, 21.1% cáncer digestivo no colorrectal, 10% cáncer de mama, 8.8% cáncer útero y cérvix, 6.6% cáncer genitourinario y 5.5% sarcoma partes blandas. 81.5% en estadio IV en el momento del fallecimiento. Los síntomas más frecuentes que motivaron el ingreso fueron la disnea (22.6%), seguida del deterioro del estado general (18.6%) y dolor no controlado (15.4%). En el 87% se objetivó progresión tumoral. La estancia media fue de 11 días, pero 19 pacientes (21.1%) murieron en el primer día del ingreso. Los síntomas refractarios que necesitaron sedación: disnea (42,7%), dolor (26,6%) y agitación (21,8%).

Discusión: El tumor con mayor mortalidad fue el cáncer de pulmón seguido del cáncer digestivo (esófago-gástrico y páncreas). La disnea como síntoma y la insuficiencia hepática y respiratoria secundaria a progresión tumoral fueron los principales motivos de ingreso. Los síntomas refractarios más frecuentes fueron: disnea, dolor y la asociación de disnea con dolor o agitación. El abordaje terapéutico de estos pacientes es complejo, ya que la mayoría presentan varios síntomas y sufren alguna complicación durante el ingreso. En el 100% de los casos las sedaciones fueron consensuadas, siendo en la mayoría de los casos conformes con el paciente.

P-87

Centro: Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

Provincia: Cádiz

Área Temática: CIUDADANIA

COLABORACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNIVELES, CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDAED DE ALZHEIMER Y SU FAMILIA

Autores: DELGADO MORENO S.; MOYA MOLINA M.A.; RUBIO BARRANCO A.; GÓMEZ SALADO M.J.; ROSANO DUARTE L. Y COUSIDO MARTÍNEZ-CONDE S..

Objetivos: -Conocer los conflictos existentes en el seguimiento del paciente con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, a nivel de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. -Establecer las medidas necesarias para mejorar la asistencia a estos pacientes y sus familiares a través de una estrecha colaboración entre ambos niveles asistenciales- -Valorar los resultados obtenidos entre profesionales y familiares.

Material y Método: Celebración de una reunión interniveles con la participación de todos los Directores de UGC de Atención Primaria (AP) pertenecientes al área hospitalaria, y el Neurólogo responsable de Demencia en el Hospital, donde se han puesto en común los problemas presentados, y la recogida de oportunidades de mejora. Implantación de mecanismos para subsanar los conflictos existentes, con valoración de los mismos.

Resultados: Conflictos Pacientes que permanecen en el círculo de consultas y revisiones hospitalarias a pesar de no aportarles una novedad o un avance. Todas las dudas y modificaciones (cambio de tratamiento, retirada…) deben pasar por el neurólogo con la demora correspondiente. Los profesionales de AP se sienten relegados en la asistencia a estos pacientes, además de la falta de confianza en su actuación por parte de estos y sus familias. Medidas Elaboración de Acuerdos de Colaboración interniveles facilitadores -Desarrollo de un perfil de demencia en el módulo de pruebas analíticas -Agenda de acto único de demencia con citación rápida -Correo electrónico de contacto directo para consultar dudas sin derivación, solicitar una revisión por causa intercurrente o renovar un visado sin esperas innecesarias -Protocolos para solicitud de pruebas de diagnóstico por la imagen Sesiones informativas para familiares de pacientes diagnosticados recientemente, impartidas por un equipo multidisciplinar interniveles (Neurólogo, Médico de Familia, Enfermera Gestora de Casos, Trabajador Social y Representantes de la Asociación de Familiares de Enfermedad de Alzheimer)donde se proporciona información socio sanitaria y asesoramiento en la resolución de dudas. Difusión de trípticos informativos para pacientes y familiares (disponibles en las consultas de AP y AH) y para profesionales de AP, con información e indicaciones para que el Médico de Familia pueda compartir el seguimiento y tomar decisiones como la retirada de un fármaco que ya no procede o renovar un visado. Valoración Encuesta realizadas a familiares sobre las sesiones impartidas y a los profesionales de AP y Neurología, con respuesta concluyente sobre excelentes resultados en comunicación y rápida respuesta con mejora en la asistencia al paciente.

Discusión: El trabajo y la comunicación entre los dos niveles asistenciales, así como la participación conjunta de un equipo multidisciplinar tras la confirmación de un diagnóstico de gran impacto personal y familiar y su seguimiento, supone un gran avance en la calidad que se presta al paciente aportando seguridad, confianza y tranquilidad en núcleo familiar.

P-89

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves-Granada **Provincia:** Granada

Área Temática: CIUDADANIA

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES FRÁGILES DADOS DE ALTA DESDE URGENCIAS

Autores: PÉREZ PÉREZ M...; BUENO RODRÍGUEZ M.T.; HERRERA VIEZMA J.C.; PALOMINO MEDINA A.M.; MARTÍN ALMENDROS C. Y SANTANA PALMA J.L..

Objetivos: •Proporcionar una herramienta que garantice la continuidad de cuidados en pacientes mayores de 65 años, con criterios de fragilidad atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

•Facilitar la accesibilidad y seguimiento telefónico a lapoblación diana tras el alta desde las unidades de Urgencias durante los fines de semana, festivo y vísperas. •Asegurar la comunicación interniveles para garantizar la continuidad de cuidados.

Material y Método: •Identificación de la población diana a incluir en el Plan de Continuidad Asistencial

(Telecontinuidad): definición de paciente frágil en Urgencias.

•Definición del área asistencial de urgencias desde donde se realiza la inclusión del paciente.

•Dar a conocer la aplicación informática a todos los profesionales de enfermería. El entorno web desarrollado para realizar el seguimiento de los pacientes identificados como frágiles ingresados en camas de observación que son dados de alta a su domicilio todos los días de la semana, es una aplicación informática de mejora con "soporte on line" que permite la recogida y transmisión de datos, seguimiento telefónico y realización de intervenciones enfermeras. Estas se realizan mediante protocolos que permiten unificar actuaciones. •Formación de los profesiones de Enfermería en el manejo de la aplicación Telecontinuidad mediante sesiones clínicas. La metodología docente consiste en la utilización de técnicas expositivas, demostrativas y participativas con apoyo de medios visuales (presentación en power-point).Se favorecerá la participación del personal a través de la discusión y/o debate y se desarrollaran casos prácticos. •Puesta en marcha del Plan de Telecontinuidad en Urgencias a partir del 1 de Noviembre de 2014. •El seguimiento de los pacientes incluidos en el Plan de continuidad asistencial (Aplicación de Telecontinuidad) se realizará mensualmente.

Resultados: •Los resultados se obtendrán mediante los sistemas de explotación centralizados de la Aplicación de Telecontinuidad y el sistema propio de registro en Sala de Observación (libro de registro de pacientes en Observación).

Discusión: •En el 2012, el 21% de la población atendida por los servicios de urgencias hospitalarias del SSPA tienen una edad igual o mayor a 65 años. Según los datos facilitados en el mismo año el 78% de los mayores de 65 años se marchan a su domicilio. Este porcentaje es menor en el caso de los pacientes diagnosticados de EPOC e insuficiencia cardiaca, siendo los pacientes que más ingresan en hospitalización. El 4.05% de los mayores de 65 años reingresan en servicios de urgencias en 72 horas. Entre los beneficios de la Telecontinuidad de cuidados está aumentar la percepción de mejora en la calidad de cuidado y la reducción de los reingresos lo que implicaría una mejora en la continuidad de cuidados y de la salud de la población.

P-91

Centro:

Provincia:

Área Temática: ACREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

MEJORAS IMPLANTADAS TRAS LA CERTIFICACIÓN DEL BANCO DE SANGRE DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.

Autores: LAMA RUFIAN M. Y DE LA CALLE GIL M..

Objetivos: en el primer trimestre de 2011 el servicio de transfusión sanguínea de nuestro hospital, comienza su andadura hacia la certificación. El organismo evaluador es la fundación ´´cat´´, organismo independiente de certificación, el cual evalúa las competencias de los centros, así como la calidad del producto y los servicios que suministra. Mediante estándares específicos para este tipo de unidades. Tras la obtención de la certificación conforme a los estándares del cat, 4ª edición 2012 en la practica transfusional y autodonacion, basamos nuestros objetivos en las mejoras implantadas en: control de calidad mantenimiento y personal del banco de sangre en nuestra área de gestión clínica a lo largo de este año. Para asegurar promover y mantener la calidad en nuestra área de gestión.

Material y método: contamos con procedimientos normalizados de trabajo, requisitos técnicos para la aplicación y el mantenimiento de las normas y especificaciones relativas a un sistema de calidad. Estos requisitos se refieren a principios generales. Personal, equipos y materiales como: - ih1000 (bio rad) para la realización de análisis en inmunohematologia. - Implantación de hemocod que garantiza la seguridad del paciente, el profesional, y la trazabilidad de las unidades, lo que implica una mejora en la asistencia transfusional. -

Controles de calidad tanto internos como externos (avalados por la sets) de bio rad. -Documentacion, verificacion, almacenamiento, gestion de contratos, no conformidades y autoinspeccion, auditorias y mejoras…….. Se han seguido los procedimientos y recomendaciones que se recogen en la normativa con relación a las inspecciones. Revisando punto por punto los distintos requisitos y haciéndolos factibles para satisfacer las necesidades de los pacientes y de los profesionales integrantes. Promoviendo el desarrollo de las capacidades individuales de los recursos humanos (medico, d.U.E/tel…….) Mediante cursos que ayuden a desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para asegurar el compromiso con los objetivos enunciados. Desarrollando las técnicas y procedimientos que aseguran el cumplimiento y mantenimiento del sistema de calidad, orientado a la acción preventiva y a la mejora continua que cumplan los estándares. Difundiendo, aplicando y controlando el cumplimiento de la política de calidad.

Resultados: existe una mayor seguridad en los pacientes y los profesionales, lo que implica una mejora de la asistencia transfusional. Dando la oportunidad al personal integrante de la unidad la revisión de los procesos y los pasos que afectan a la calidad, centrando la atención en los procesos que necesitan mejorarse. Lo que nos acredita públicamente, que reunimos las condiciones correspondiente al servicio que prestamos. Por lo tanto al cumplimiento y mejora de los objetivos.

Discusión: todo ello basado, en los estandares del cat y las caracteristicas de nuestro servicio transfusional.

P-92

Centro: Hospital de Rehabilitación y Traumatología. HH. UU. Virgen del Roc?o.

Provincia: Sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (2010-2013).

Autores: NAVARRO NAVARRO M.C.; GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I.; MARTÍN CASTAÑO C.; ALONSO ARAUJO I.; LOCATELLI GARRÓN R. Y GÓMEZ GARCÍA S..

Objetivos: Perfil de profesionales acreditados en una Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal que se lleva a cabo en el cuatrienio 2010-2013. El ámbito de estudio es una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cuidados Críticos y Urgencias(CCYU) conformada por dos Unidades de Cuidados intensivos(UCI)y dos áreas de Urgencias, con 772 profesionales. Los sujetos de estudio son profesionales enfermeros y facultativos susceptibles de acreditación competencial. Variable principal: profesionales acreditados en el periodo en estudio, en cualquier nivel de acreditación. Como variables secundarias se han analizado las variables sociodemográficas (sexo y edad), categoría profesional, año de acreditación, nivel de certificación y retribución económica.

Resultados: Del total de profesionales que integran la unidad, tienen acceso al proceso de acreditación de competencias, 286 enfermeros y 128 médicos. El 32.36% de estos profesionales están acreditados, de ellos el 25.87% son enfermeros y el 44,44% facultativos. El sexo mayoritario es el femenino en enfermeros (75%), mientras que en facultativos es el masculino (66,66%). La edad de mayor porcentaje de acreditación en enfermeros está entre los 40 y 50 años (56.75%), mientras que en facultativos, es en mayores de 50 años (45%). Según el año de acreditación, los enfermeros han incrementado el porcentaje de acreditados anualmente, desde 2010 (9,45%) a 2013 (45,94%), los facultativos han ido descendiendo desde 2010 (51.66%) a 2013 (6.66%). Según el nivel de certificación, el mayor porcentaje en enfermeros es el nivel avanzado (66.21%) y en facultativos el nivel experto (43.33%). Según la retribución económica, el 21.62% de enfermeros y el 73.33% de facultativos, SI reciben beneficios, frente a un 78.37% de enfermeros y un 21.66% de facultativos, que NO perciben retribución.

Discusión: Son muchos y variados los sistemas de evaluación y acreditación de la calidad de la competencia de los profesionales sanitarios.En la literatura se pone de manifiesto que no existe un único modelo para demostrar la competencia de los profesionales en su práctica. El modelo con mayor nivel de implantación (más de 20.000 profesionales del SSPA están en proceso de acreditación de sus competencias), que persigue el desarrollo profesional y la mejora continua (no es un examen para "autorizar" el ejercicio profesional), es el programa de Acreditación de Competencias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. El profesional es una clave para la modernización y calidad del sistema sanitario, mucho más que las tecnologías o las formas de trabajo. Para los facultativos el proceso de acreditación profesional, supuso desde el principio un objetivo importante y lo incorporó de forma rápida a su proceso de mejora continua. En los profesionales de enfermería, este proceso ha sido más lento, pero hasta la fecha sigue aumentando, mientras que en los facultativos desciende considerablemente.

P-93

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia: Sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

INTERVENCIONES DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

Autores: BREA RIVERO M.P.; SALGUERO CABALGANTE R.; ROJAS DE MORA-FIGUEROA A. Y JULIÁN CARRIÓN J..

Objetivos: Analizar las intervenciones dirigidas a garantizar la seguridad en los pacientes, registradas en el proceso de acreditación de las enfermeras acreditadas.

Material y Método: Análisis descriptivo transversal de las intervenciones realizadas por las enfermeras acreditadas con el Manual de Competencias de la Enfermera de Cuidados Infantiles de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Ámbito de estudio: Informes de Práctica aportados como prueba de la evidencia "Realización de intervenciones para garantizar la seguridad en los pacientes atendidos". Periodo de estudio: septiembre 2009 - agosto 2014. Variables analizadas: - Nivel de acreditación de las enfermeras: Avanzado, Experto o Excelente. - Intervenciones NIC realizadas: 5380 Potenciación de la seguridad, 6486 Manejo ambiental: seguridad, 6490 Prevención de caídas, 6654 Vigilancia: seguridad, 6540 Control de infecciones, 6580 Sujeción física, 7170 Facilitar la presencia de la familia, 3200 Precauciones para evitar la aspiración, 6680 Monitorización de signos vitales, 6200 Cuidados en la emergencia, 6420 Restricción zonas de movimiento, 7892 Transporte, 6160 Intervención en caso de crisis, y 0940 Cuidados de tracción/movilización. - Registro de datos en relación a los resultados alcanzados: consta en la historia de salud el registro correspondiente, o no consta dicho registro. La recogida de datos se realizó a través de la aplicación informática denominada ME_jora P, desarrollada por ACSA y sobre la que se sustenta el Programa de Acreditación de Competencias.

Resultados: A fecha de 1 de agosto de 2014, las enfermeras acreditadas que trabajan en cuidados infantiles han aportado 458 Informes de Práctica de pacientes a los que se les han realizado intervenciones para garantizar la seguridad. Los porcentajes de realización de las distintas intervenciones por las enfermeras acreditadas fueron: Manejo ambiental: seguridad 70,08% Vigilancia: seguridad 67,9% Facilitar la presencia de la familia 60,69% Monitorización de signos vitales 55,67% Control de infecciones 49,78% Potenciación de la seguridad 49,56% Precauciones para evitar la aspiración 34,27% Intervención en caso de crisis 15,5% Restricción zonas de movimiento 14,41% Cuidados en la emergencia 12,88% Sujeción física 10,26% Cuidados de tracción/movilización 8,73% Transporte 6,55% Prevención de caídas 6,11% No hay diferencias significativas en el tipo de intervenciones realizadas ni en el nivel de registro de resultados, en relación con el Nivel de Acreditación de las enfermeras.

Discusión: Los resultados obtenidos indican que las enfermeras acreditadas que trabajan en cuidados infantiles garantizan la seguridad en los niños realizando intervenciones centradas fundamentalmente en: - 6486 Manejo ambiental: seguridad - 6654 Vigilancia: seguridad - 7170 Facilitar la presencia de la familia El nivel de acreditación de las enfermeras no influye en el tipo de intervenciones que se realizan, ni tampoco en el nivel de registro de los resultados alcanzados.

P-94

Centro: agencia de calidad sanitaria de Andalucía

Provincia: sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

PROGRAMAS DE CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ANDALUCÍA

Autores: CASTELLANO ZURERA M.M.; CARRASCO PERALTA J.A.; PALOP DEL RIO A. Y TORRES OLIVERA A..

Objetivos: Introducción: El modelo de calidad desarrollado en Andalucía define la calidad desde una perspectiva integral, donde intervienen múltiples elementos (satisfacción, gestión por procesos, gestión por competencias, continuidad, resultados, etc.) para garantizar la calidad de la atención que se presta a las personas en su conjunto. A partir de la experiencia adquirida en la certificación de centros y unidades sanitarias se ha iniciado una línea de certificación en el ámbito de los servicios sociales. Objetivos: Describir las dimensiones y áreas de calidad de los manuales de estándares elaborados, así como las fases del proceso de certificación de los servicios sociales.

Material y Método: Métodos: Constitución de un Comité Técnico Asesor (CTA) para el desarrollo de cada manual de estándares, contando con expertos del sector social y con profesionales evaluadores del ámbito sanitario. Análisis descriptivo de los programas de certificación desarrollados en el ámbito del bienestar social planteados como una metodología de trabajo destinada a favorecer e impulsar la mejora continua.

Resultados: Resultados: Se mantuvieron 5 reuniones con cada CTA, consensuando los estándares de calidad de cada manual y su grado de complejidad (grupo I, grupo II y grupo III). Se publicaron 3 manuales de estándares para la certificación de servicios sociales: servicios residenciales, servicios de día y centros de atención infantil temprana con 104, 106 y 83 estándares de calidad respectivamente. Se está pilotando el cuarto manual de estándares. Los estándares se ordenaron en cinco bloques y once criterios de calidad: • La persona, centro de la organización: la persona como sujeto activo; accesibilidad y continuidad de la atención; gestión de la documentación. • Organización de la actividad centrada en la persona: gestión por procesos; promoción de la calidad de vida; dirección y planificación estratégica. • Profesionales: desarrollo y formación de profesionales. • Procesos de soporte: estructura, equipamiento y proveedores; sistemas y tecnologías de la información. • Mejora continua: herramientas de calidad; resultados. El proceso de certificación se estructuró en 4 fases: solicitud, autoevaluación, evaluación externa y seguimiento. La duración de la certificación es de 5 años.

Discusión: Conclusiones: Los programas de certificación y las áreas de calidad contempladas en los manuales permiten reconocer un servicio social de calidad. Los programas constituyen una herramienta para la mejora continua ya que la distribución de los estándares en tres grupos permite a los servicios identificar una secuencia priorizada para su abordaje.

P-95

Centro: agencia de calidad sanitaria de Andalucía

Provincia: sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD

Autores: CARRASCO PERALTA J.A.; CASTELLANO ZURERA M.M. Y PALOP DEL RIO A..

Objetivos: Dar a conocer la metodología de trabajo que se ha mostrado más eficiente en las autoevaluaciones realizadas en los procesos de certificación de calidad en Andalucía, con el fin de facilitar su utilización como herramienta de mejora.

Material y Método: Análisis de los registros de autoevaluación de los centros y unidades certificados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) alojados en la herramienta online que les sirve de soporte, Mejora C, desde 2004 a 2014, en aquellos proyectos con mayores cumplimientos de estándares.

Resultados: La metodología de trabajo más utilizada en los centros y unidades con mejor cumplimiento de estándares en la certificación con ACSA ha sido: • Formación de un equipo multidisciplinar: facultativos, enfermería y personal administrativo. • Plazo cerrado de autoevaluación. • División del trabajo con los estándares por áreas temáticas. • Reuniones periódicas de consenso del equipo de autoevaluadores. • Revisión previa de los estándares antes de la visita de evaluación externa.

Discusión: La definición de una metodología de trabajo, contar con un equipo de autoevaluadores completo y la adecuada gestión del tiempo en el proyecto se han revelado como factores de éxito para alcanzar mejores resultados en los procesos de certificación de la calidad.

P-96

Centro:

Provincia:

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

IMPACTO EN EL TIEMPO DE RESPUESTA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN TRAS LA NUEVA MODALIDAD PARA JORNADAS Y CONGRESOS

Autores: MUÑOZ CASTRO F.J.; VALVERDE GAMBERO E.; VILLANUEVA GUERRERO L. Y MUDARRA ACEITUNO M.J..

Objetivos: La Acreditación de Actividades de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, es implantada en Andalucía en el año 2003 por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. En 2007, dentro de los tipos de acciones formativas se incluye la clasificación de Jornadas y Congresos. En Octubre 2013, por indicación de la Comisión Nacional de Formación Continuada de las profesiones sanitarias, se crea una nueva modalidad de acreditación específico para las solicitudes de jornadas y congresos. El objetivo de este estudio es analizar los tiempos empleados en el proceso de acreditación de las jornadas y congresos tras el cambio de modalidad de acreditación.

Material y Método: Tipo de estudio: Observacional descriptivo. Periodo de estudio: 2007-2014 Variables: - Nº de solicitudes de acreditación de Jornadas y Congresos por el modelo anterior a Octubre 2013. - Nº de solicitudes de acreditación de Jornadas y Congresos por el modelo posterior a Octubre 2013. - Tiempo medio empleado en el proceso de acreditación de Jornadas y Congresos por el modelo anterior a Octubre 2013. - Tiempo medio empleado en el proceso de acreditación de Jornadas y Congresos por el modelo posterior a Octubre 2013.

Resultados: Durante el periodo de estudio han sido solicitadas 1445 jornadas y congresos, de las cuales 1181 fueron por el modelo anterior a Octubre 2013 y 264 por el modelo posterior a Octubre 2013. El tiempo medio empleado en el proceso de acreditación de Jornadas y Congresos por el modelo antiguo fue de 63,76 días y el tiempo medio empleado en el proceso de acreditación de Jornadas y Congresos por el modelo nuevo es de 24,03 días, reduciéndose el proceso en 39,73 días.

Discusión: La nueva modalidad de acreditación de jornadas y congresos ha reducido los tiempos del proceso de acreditación en un 62,31 %.

P-97

Centro: HU Virgen del Rocío

Provincia: Sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

ENSEÑANZA DE GRADO. PAPEL DE LA INFORMACION CIENTIFICA COMO ELEMENTO FACILITADOR EN EL PROCESO DE TOMAS DE DESICIONES

Autores: LÓPEZ RODRIGUEZ L.; VAZQUEZ GONZALEZ A.; BUENO FERRAN M.; PRAENA FERNANDEZ J.M.; SUFFO ABOZA J.A. Y CALDERON SANDUBETE E..

Objetivos: Conocer la necesidad sentida de obtener información científica para facilitar el proceso de toma de decisiones en la práctica clínica de los alumnos de grado de enfermería y medicina y de postgrado.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo trasversal a final del curso académico 2012/2013. Se ha obtenido información de 200 alumnos. Han participado 129 alumnos de 4º de grado del departamento de Enfermería de la US (de las 3 unidades docentes de las que consta), 19 alumnos de 5º del departamento de Medicina de la US, y 52 especialistas internos residentes de enfermería (EIR), de ambos cursos de las diferentes especialidades de enfermería (Salud Mental, Obstétrico Ginecológica y Pediátrica). Se administró un cuestionario, donde se interrogaba la necesidad sentida de información científica en práctica clínica, la fuentes de información y el uso de las mismas. Posteriormente se desarrolla un taller formativo de toma de decisiones en práctica clínica. Después se evaluó tanto la discrepancia entre la decisión del alumnado y la recomendación de la guía, como la formación recibida en esta materia, en cantidad y calidad.

Resultados: Se presentan los resultados de 200 alumnos de enfermería (n=129), medicina (n=)19 y especialistas internos residentes (n=52). Al inicio, no ha habido ningún grupo en el que el 100% de los participantes haya manifestado la necesidad sentida de obtener información científica para facilitar el proceso de toma de decisiones en la práctica clínica. Que la necesidad sentida de obtener información científica para facilitar el proceso de toma de decisiones en la practica clínica es considerablemente menor en el grupo de estudiantes de 5º de medicina que en los otros 2 de enfermería. La búsqueda real de información es alta en los 3 grupos, especialmente en el de estudiantes de enfermería que lo refieren más de un 90%. Existe una importante disparidad en el porcentaje de alumnos de los 3 grupos, que manifiestan haber recibido formación específica en ASBE(asistencia sanitaria basada en la evidencia), destacando los alumnos de grado de enfermería, que si han recibido formación en un 73.6% frente a las EIR que sólo lo han hecho en un 25% y a los alumnos de medicina que manifiestan haber recibido formación en ASBE en un 31.6%.

Discusión: La necesidad sentida de obtener información científica para facilitar el proceso de toma de decisiones en la práctica clínica, en los grupos de alumnos y profesionales en periodo de formación, es baja. El grado de adecuación del proceso de toma de decisiones a las recomendaciones de las guías de práctica clínica es bajo. La situación actual sobre formación en ASBE, en los grupos analizados de pregrado y especialistas de enfermería en periodo de formación es deficiente. Conseguir la utilización sistemática de hallazgos científicos en los escenarios clínicos es un proceso complejo no exento de barreras, correspondería a la falta de formación en metodología ASBE en el pregrado y el postgrado.

P-98

Centro: Hospital Universitario PuertoAreal

Provincia: Cádiz

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

DISEÑO Y PILOTAJE DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERA REFERENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Autores: GONZÁLEZ LÓPEZ M.L.; GARCÍA JUÁREZ M.R.; BEJARANO PÉREZ C.; APARICIO DE LA TORRE P.; GONZÁLEZ DE LOS RIOS C. Y ESPINOSA MONTER

Objetivos: Obtener un cuestionario con el que evaluar la implicación de la enfermera referente en la seguridad del paciente quirúrgico y conocer la interpretabilidad y discriminalidad de sus ítems.

Material y Método: Se diseño un cuestionario tipo informe de usuario que interrogaba al paciente sobre la realización de intervenciones recogidas en un listado de verificación de seguridad por parte de las enfermeras de hospitalización. Para diseñar el cuestionario se realizó una revisión bibliográfica y se tomo como base un plan funcional que incluía un documento con las responsabilidades de la enfermera referente en la verificación de seguridad. El cuestionario fue revisado por cinco profesionales seleccionados como expertos en el tema. Los criterios de selección de estos profesionales fueron: conocer el modelo de personalización del SAS, haber realizado alguna actividad investigadora que contemplara el diseño o validación de cuestionarios y tener capacidad crítica. Tras esta primera revisión se realizó un pilotaje en una muestra de 60 pacientes, que ingresaron para intervenirse quirúrgicamente en cuatro hospitales del Servicio Andaluz de Salud. El objetivo de este estudio piloto era conocer la interpretabilidad y discriminalidad de sus ítems. Los paciente fueron seleccionados en base a criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Se les entregó el cuestionario en el momento del alta junto con una hoja de instrucciones y unas preguntas para conocer el tiempo empleado en contestarlo y su opinión sobre los ítems del cuestionario.

Resultados: Se obtuvo un cuestionario de 21 ítems. 11 items referidos a las funciones que debía realizar la enfermera referente durante el proceso de ingreso del paciente, 7 referidos a las intervenciones que debía realizar durante la hospitalización y 3 referidos a las intervenciones que tenían que ver con el proceso del alta. La revisión por los expertos aportó variaciones en la redacción de las preguntas para clarificarlas y se añadió una pregunta para discriminar si el paciente había necesitado la prescripción de material ortoprotésico. El pilotaje llevado a cabo en la muestra de 60 pacientes aportó los siguientes datos: El porcentaje de no respuesta fue del 1,6% en cuatro ítems y del 0% en el resto. Tiempo de realización del cuestionario: 77% entre 5-10 minutos, 11,5% entre 11 y 15 minutos, 7,5% entre 16 y 20 minutos y un 4% de no respuesta. Sólo un paciente indicó que las instrucciones eran confusas. El 100% contestó que no había ninguna pregunta difícil y el 100% que no había ninguna que le hubiese hecho sentir incómodo

Discusión: El instrumento diseñado es fácil de cumplimentar y aporta información sobre la realización de funciones por parte de las enfermeras que están recogidas en el plan funcional. Esta información no puede ser obtenida de los registros de la historia clínica con total fiabilidad por lo que el instrumento es de gran valor para realizar mediciones sobre el grado de implantación de esta medida organizativa.

P-99

Centro: APES HOSPITAL DE PONIENTE

Provincia: Almería

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA EN LA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS

Autores: MALENO TOMAS M.L.; SANCHEZ CESPEDES M.; GIMENO JORDA M.J.; SANCHEZ CESPEDES E.; TORRES RODRIGUEZ M.C. Y HIERRO PEDROSA C..

Objetivos: En nuestro centro los técnicos de farmacia (TF) complementan la función del farmacéutico en la atención a pacientes ambulatorios. Por ello, nos plantemos evaluar su actividad en una Consulta Externa de Farmacia (CEF).

Material y Método: Estudio observacional durante enero-marzo 2014 realizado en una CEF de un hospital comarcal. Datos recogidos: Nº pacientes atendidos en la Unidad por patologías, dispensaciones/ patología, dispensaciones/ paciente y mes, nº pacientes atendidos por los TF, nº de tratamientos reenvasados/ acondicionados, nº inventarios de medicación. Esta unidad cuenta con un TF y con un farmacéutico responsable de Área. Entre la funciones de los TF están la dispensación de medicamentos, información a pacientes, uso racional de medicación, adecuación de la prescripción médica, detectar problemas relacionados con los Medicamentos, garantizar las disponibilidad y conservación de los medicamentos, reenvasado en dosis unitarias.

Resultados: Nº pacientes atendidos en la Unidad: 1587; VIH: 593, anti-TNF: 301, VHB: 210, Resolución nº 403: 93, VHC: 66, enfermedades tropicales: 50, otros: 302. Total de dispensaciones: 2510, VIH: 1264 (2,13 dispensaciones/ paciente y mes), anti-TNF: 350 (1,16 dispensaciones/ paciente y mes), VHB: 231 (1,10 dispensaciones/ paciente y mes), Resolución nº 403: 117 (1,26 dispensaciones/ paciente y mes), VHC: 119 (1,80 dispensaciones/ paciente y mes), enfermedades tropicales: 56 (1,12 dispensaciones/ paciente y mes), otros: 363 (1,20 dispensaciones/ paciente y mes). Nº pacientes atendidos por los TF: 416 (26,2%). Tratamientos reenvasados / acondicionados por los TF: 694, VIH: 629, Oncología (sunitinib): 4, VHC: 11,Tropical: 50. Nº inventarios de medicación: 24 (2/semana).

Discusión: La incorporación de los TF a la Consulta de Pacientes Externos refleja una disminución considerable de la actividad del farmacéutico, principalmente en las dispensaciones relacionadas con la continuación de tratamientos y la demanda de información de estos pacientes. Así como un mayor control de stock de medicación y una adecuada previsión de tratamientos.

P-100

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

ACOGIDA Y ORIENTACIÓN DEL ALUMNADO EN PRÁCTICAS CLÍNICAS Y FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO

Autores: SÁNCHEZ MIRALLES M.D.; LÓPEZ CASTILLO A.; LÓPEZ PIEDRA J.A.; RIPOLL SORBAS M.C.; CAMILO GARRIDO A.J. Y ATAZ LÓPEZ P..

Objetivos: GENERAL: Facilitar la incorporación, socialización y seguimiento de las/los alumnos para asegurar unas prácticas seguras y garantizar la seguridad del paciente. ESPECÍFICOS: 1.- Transmitir el carácter distintivo y la implicación de la organización: Misión, visión y valores. 2.- Proporcionar información básica sobre la organización (estructura, directorio de servicios, normativa, objetivos, recomendaciones en seguridad de pacientes, salud laboral, protocolos de actuación,…). 3.- Establecer una vía eficaz de comunicación interna. 4.- Potenciar el desarrollo eficaz de la formación en prácticas. 5.- Recordar competencias profesionales en el marco de la gestión clínica. 6.- Detectar deficiencias y áreas de mejora.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal sobre: - Planificación conjunta de las prácticas entre los centros docentes (Universidad, IES,…) y la UIF. - Selección y nombramiento de tutores clínicos y laborales con información sobre mapa competencial. - Recepción del alumnado y distribución de documentación (carta de bienvenida, manual de consulta, protocolos,.... - Visionado de presentación en power point y video. - Acompañamiento individualizado de cada alumno a su puesto de prácticas. - Tutorización durante todo el periodo en prácticas con atención personalizada de coordinadores, tutores clínicos y laborales. - Evaluación del nivel de satisfacción mediante cuestionario anónimo.

Resultados: - Durante el curso académico 2012/2013: 28 actos de bienvenida acogiendo a 704 alumnos/as procedentes de 10 centros educativos y a 9 Erasmus de Portugal (5), Italia (2), Finlandia (1) y Grecia (1). - Alto grado de satisfacción de los participantes (98,72%) con el acto de acogida - Aportación de sugerencias: mejora del acto de acogida mediante su incorporación a la red.

Discusión: El Art. 104 de la Ley General de Sanidad dispone que: "Toda la estructura asistencial del Sistema Sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia y formación continuada de los alumnos y profesionales". El Plan de Orientación y Acogida para el alumnado en prácticas, al introducir guías de actuación con manual de consulta, protocolos, recomendaciones,.. : - Favorece el conocimiento de la cultura corporativa y la cartera de servicios tanto de la organización como del profesional. - Reduce los niveles de ansiedad del alumnado y el tiempo de adaptación a su nueva situación. - Disminuye la variabilidad en la práctica asistencial y contribuye a prestar una asistencia más segura al paciente. - Favorece la autonomía y el compromiso de las/los alumnos y futuros profesionales por la calidad y la excelencia en la atención. - Potencia la comunicación interna y propicia un clima laboral saludable. - El ciclo de Deming (PHVA) permite establecer que la incorporación de documentación a la red (Internet y/o Intranet, Wiki) mejoraría su disponibilidad, dinamismo, actualización, redirección con enlaces,…; optimizando las posibilidades del Plan de Acogida y Orientación.

P-101

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

BRAQUITERAPIA EN EL CANCER GINECOLOGICO: COMPETENCIAS ENFERMERAS; FIEL REFLEJO DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR.

Autores: NOGALES DE TOVAR D.; VAHI MAQUEDA M.J.; MARTIN CALLEJA D. Y MONTIEL SALDAÑA M.C..

Objetivos: Dar a conocer la aplicacion de la braquiterapia en pacientes con cancer ginecologico.

Material y método: el enfoque de este trabajo va dirigido al rol que la enfermera representa dentro del equipo multidisciplinar en la preparacion y aplicacion de la tecnica. La braquiterapia consiste en aplicar fuentes radiactivas selladas en vagina o en cavidad uterina,mediante unos dispositivos o aplicadores especificamente diseñados. Explicacion del circuito a seguir desde la llegada de la paciente a nuestro servicio de radioterapia hasta el alta.

Resultados: brindar una atencion optima y eficiente a la paciente: antes,durante y despues del tratamiento.

Discusión: con las intervenciones enfermeras logramos minimizar temores y ansiedades relacionadas con el procedimiento;ademas de vigilar y controlar los posibles efectos secundarios.

P-102

Centro: DELEGACION DE IGUALDAD SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Provincia: Almería

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

LA CALIDAD EN LOS CONTENIDOS CURRICULARES DE LA FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

Autores: GONZALEZ LOPEZ M.C. Y PARRÓN CARREÑO T..

Objetivos: Pretendemos analizar el concepto de "calidad" en la formación en Ciencias de la Salud y específicamente en titulo de Grado en Medicina en nuestro país, a traves del Libro Blanco del Título de Grado en Medicina, auspiciado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). La calidad entendemos debe de ser un concepto, no solo inherente al proceso de desarrollo de la formación, en todos y cada uno de sus ámbitos, objetivos y estructura del título, créditos , competencias, procesos de evaluación etc, sino que tendría que formar parte de los contenidos en dicha formación de grado con una asignación especifica de créditos, con la finalidad de que el alumno conozca la importancia de la "calidad", sus aplicaciones y técnicas, en el ámbito de la salud y no solo como un concepto genérico y difuso en todo el proceso formativo.

Material y Método: Se ha buscado la palabra "calidad" en el Libro Blanco del Título de Grado en Medicina. Se ha analizado a que conceptos hace referencia. Se ha buscado el peso estadístico que dicho concepto tiene en función de las diversas facultades de Medicina incluidas en el estudio.

Resultados: CALIDAD COMO VOCABLO: Aparece en el titulo da la ANECA: 4 veces. Como elemento de una cita bibliografica: 3 . En el Texto citada como: Motivación por la calidad: 44 ; mejora de la calidad: 4; estándares de calidad: 5: profesionales de calidad:1; servicios sanitarios de calidad:1; indicadores de evaluación de calidad: 7; Plan de Calidad: 3; como evaluación de la calidad aparece referida a: tratamiento 1 vez y a prescripción otra; como control de calidad aparece referida a : métodos analíticos: 2 veces; a producción científica: 1; a facultades: 1 y a docencia/ programas formativos:15 . Un total de 93 citas. CALIDAD COMO CONCEPTO EN LAS COMPETENCIAS SISTEMICAS: Solo se cita en la nº 22. Motivación por la calidad Obteniendo con respecto a las otras 7 competencias valores de rango promedio y de puntuación media, en importancia valores de 3 y 3,5 respectivamente ocupando el puesto 7 de 8 competencias

Discusión: Uno de los pilares de la convergencia europea y la creación de un Espacio de Enseñanza Superior Europeo es el tema de la CALIDAD. A pesar de ello su valoración es la segunda mas baja después de aprendizaje autónomo. Por otro lado, el concepto de Calidad de compleja definición y con diversos modelos sigue teniendo dificultad de implantación en el ámbito sanitario. Precisamente, es esa complejidad lo que hace que los profesionales lo vean como un proceso necesario pero difícil de ejecutar. "no va con ellos". Los contenidos curriculares en nuestras facultades siguen un modelo de enseñanza, prioritariamente asistencial, escasamente investigadora, casi inexistente para la preparación docente y nula desde la prospectiva de la calidad. Por lo que concluimos que es necesaria la inclusión en el modelo curricular los conocimientos en gestión de la Calidad Sanitaria, con un peso en créditos ECTS adecuado.

P-103

Centro: Hospital Regional de Málaga. Carlos Haya

Provincia: Málaga

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

EXPERIENCIA Y EVALUACION DE LA DOCENCIA REALIZADA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA DE UN HOSPITAL GENERAL-REGIONAL

Autores: MORENO SANJUAN D.A.; GOMEZ PAEZ F.R.; GALLARDO ABOLLADO M.A.; TRIGO JIMENEZ A.N.; ARRESA GARCIA A.N. Y SANTANA VILLANUEVA M.A..

Objetivos: Medir el grado de conocimiento alcanzado en el itinerario formativo en los distintos practicums que realizan los alumnos de Enseñanza Secundaria del ciclo formativo de grado superior de Técnicos en Documentación Clínica y Sanitaria dentro del Servicio de Atención Ciudadana del hospital. (SAC).

Material y Método: -Recursos humanos: Personal administrativo de las unidades de Admisión General, SIFCO, Prestaciones, Cita Previa y Lista de Espera Quirúrgica. -Recursos Materiales: Uso compartido de equipos informáticos y material propio de oficina. Se ha establecido un calendario de prácticas y rotaciones de los alumnos por año en el SAC, siendo la distribución: •Admisión: 3 días • Prestaciones: 1 día •SIFCO: 1 día •Lista de Espera Quirúrgica: 3 días • Cita Previa: 3 días. Los alumnos son sometidos a un test previo de conocimientos relacionados con la codificación y el correcto registro de los datos en sistemas de información.

Resultados: Los resultados obtenidos han sido sobre 10 preguntas, una calificación media inicial de 3 puntos en pretest y una calificación media para el postest de 9 puntos, estableciendo así la mejora cuantitativa en el conocimiento adquirido durante el período de prácticas.

Discusión: Tras la relación existente durante el período de prácticas entre los administrativos implicados y los alumnos, los primeros declaran que aparte de su labor docente han aprendido y se han sensibilizado también con la importancia de evitar errores en el registro de datos, ya que los alumnos han explicado que ahora entienden por qué se pierde complejidad en la codificación, habiendo sido una formación finalmente recíproca y sinérgica donde los profesionales del sistema que se han sensibilizado en hacer mejor aún su trabajo, y los alumnos/profesionales del mañana en mejorar su formación para su futura práctica profesional.

P-104

Centro: Hospitales Universitarios Regional de Málaga y Virgen de la Victoria

Provincia: Málaga

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

"¿ME SE ESCUCHA?" LA "IN"COMUNICACIÓN COMO MÉTODO HABITUAL DE TRABAJO.

Autores: FUENTES GÓMEZ F.G..

Objetivos: Conocer de primera mano los erroes más frecuentes a la hora de establecer la comunicación entre Profesionales y Usuarios. Con frecuencia nuestros usuarios no quedan satisfechos con la atención recibida y no es como causa de la labor asistencial en si misma sino que este hecho viene provocado por la "IN"comunicación de la que ha sido objeto al no ser escuchado por el profesional o no haber recibido las aclaraciones oportunas para un correcto entendimiento del tema requerido.

Material y Método: Material:Estudio de las reclamaciones de trato. Método:Lectura de reclamaciones de trato. Observación directa en situaciones reales.

Resultados: Comprobamos de forma cualitativa que tras la observación de los hechos se puede deducir que algunos profesionales siguen atendiendo a los usuarios del sistema sanitario como si se tratara de un organismo que gestiona papeles y/o números en vez de usuarios de salud.

Discusión: De lo anteriormente observado debemos concluir que es necesaria una formación específica en el trato con el usuario así como una mayor implicación y seguimiento por parte de los directivos de las Unidades de Gestión Clínica así como de los mandos intermedios No Asistenciales.

P-105

Centro: Hospital de Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

SE HACE CAMINO AL ANDAR… LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN DE PONIENTE

Autores: VILLEGAS TRIPIANA I.; GRANADOS SERRANO T.; TORRES NAVARRO M.M.; GARCÍA MARTÍN R.; GALVÁN ESPINOSA J. Y VÁZQUEZ VILLEGAS J.

Objetivos: Presentar la experiencia y resultados obtenidos en la Unidad de apoyo a la Investigación de Poniente (UNIP), como integración real interniveles de profesionales de la Agencia Sanitaria Poniente, el Distrito Sanitario Poniente y la Fundación para la investigación Biosanitaria Alejandro Otero (FIBAO) de Almería

Material y Método: La UNIP nace en 2006 con el objetivo de apoyar y fomentar la investigación en salud entre los profesionales de la Empresa Pública Hospital de Poniente. En 2013 se produce la integración completa en una única estructura de apoyo a la investigación, que reúne de forma estable a profesionales de la Agencia Sanitaria Poniente, del Distrito Sanitario Poniente y de FIBAO Almería. Está formada actualmente por 6 profesionales con diferentes perfiles (biblioteconomía, enfermería, sociología, medicina, economía), que se reúnen con periodicidad quincenal.

Resultados: Principales actividades desarrolladas por la unidad en 2013 y 2014. 1. Cartera de servicios de la UNIP: Asesoramiento en diseño y redacción de proyectos, análisis estadístico, gestión de publicaciones, presentaciones a Congresos, convocatorias de financiación externa. 2. Gestión de proyectos: financiados, europeos, PALANTE, TropNet - European Network for Travel and Tropical Medicine, Ménière Society, convenios de colaboración con Universidades Almería y Granada y Escuela Andaluza de Salud Pública, proyectos de intensificación, etc. 3. Formación en metodológica de investigación, con cursos acreditados por ACSA: Cómo elaborar un proyecto, Búsqueda bibliográfica, técnicas cualitativas, Análisis estadístico, etc. 4. Jornadas de investigación anuales Poniente investiga, para promover cultura de investigación mediante conferencias, comunicaciones orales y exposición de comunicaciones póster. 5. Apoyo a los Grupos de investigación PAIDI, actualmente contamos con 5 grupos PAIDI con profesionales del Hospital y Distrito: CTS-495, CTS-582, CTS-676, CTS-585 y CTS-609. 6. Apoyo a otras líneas de investigación, como Migraciones y multiculturalidad, Atención perinatal, Calidad seminal, Cuidados de enfermería, Obesidad infantil, Tuberculosis, VIH, etc. 7. Elaboración del Boletín informativo mensual Poniente investiga, para difundir noticias de investigación, publicaciones científicas, convocatorias de financiación, formación y congresos científicos, etc. 8. Búsqueda bibliográfica y Biblioteca, como apoyo para acceder a la información científica. Dispone de colección propia y está integrada en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 9. Otras actividades de difusión y apoyo a la investigación, como la participación en la Noche europea de los Investigadores de la Universidad de Almería donde se elaboró un video de nuestra actividad investigadora.

Discusión: La UNIP se articula como un instrumento al servicio de los/as profesionales, acompañándoles en el proceso investigador, desde la idea al artículo científico, pasando por la redacción, gestión, difusión de cada proyecto.

P-106

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

RIESGO CARDIOVASCULAR Y EMIGRACÍON.

Autores: POVEDA GARCÍA M.I.; GARÓFANO LÓPEZ R.; DEL PINO PINO M.D.; ESTEBAN MORENO M.A. Y PRADOS SOLER M.C..

Objetivos: La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en los países desarrollados y también en los países en vías de desarrollo. Desde punto vista nefrológico la mayoría de los pacientes extranjero no comunitarios llegan diagnosticados desde sus países de origen directamente para incorporarse a diálisis. Esto ocasiona un flujo constante de pacientes jóvenes, desahuciados en su país y que acuden al nuestro buscando su última oportunidad para ser tratados. El objetivo de este estudio ha sido analizar los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes emigrantes en programa de hemodiálisis de un hospital general.

Material y Método: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de la población de pacientes extranjeros no comunitarios que han pasado por nuestro centro de Hemodiálisis de Hospital Torrecárdenas desde Enero de 2012 hasta Septiembre de 2013. Se analizaron las variables antropométricas, factores de riesgo cardiovascular (HTA y complicaciones derivadas, Diabetes Mellitus, Dislipemia, Obesidad Tabaquismo).

Resultados: Se analizaron 17 pacientes con edad media de 37,6 años +- 4,2 años. De los que el 68% eran varones y el 32% mujeres. Desde punto vista nefrológico el 65% presentaban enfermedad renal crónica de etiología desconocida , 25 % secundaria a nefroangioesclerosis, 20 % secundaria a glomerulonefritis crónica sin control histológico. El 82% de los pacientes presentaba hipertensión con al menos un fármaco hipotensor y de estos el 36% presentaban hipertensión refractaria al tratamiento con más de 3 hipotensores. El 57 % presentaban retinopatía hipertensiva así como el 46% cardiopatía hipertensiva. EL 27% de los pacientes eran diabéticos con buen control metabólico. Sólo el 18% de los pacientes presentaban sobrepeso y el 6% obesidad. El 7 % eran fumadores.

Discusión: Insistir en el adecuado control de factores de riesgo cardiovasculares en estos pacientes con el fin de evitar las complicaciones derivadas de éstas.

P-107

Centro: HU Virgen del Rocío

Provincia: Sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

PROYECTO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS EN LA PREVENCIÓN DE RADIODERMITIS EN CÁNCER DE MAMA

Autores: MONTES PERÁLVAREZ F.; MONTES CEJUDO I.; RODRIGUEZ GALLEGO I.; LÓPEZ RODRIGUEZL I. Y CEJUDO LÓPEZ A..

Objetivos: Evaluar la eficacia de la aplicación de Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO) para la prevención de Radiodermitis en mujeres con cáncer de mama sometidas a Radioterapia. Determinar tiempo hasta aparición de Radiodermitis, grado de lesión, extensión máxima de la lesión, dolor por afectación de la piel, capacidad funcional relacionada con grado de Radiodermitis.

Material y Método: Estudio experimental longitudinal prospectivo con grupo control aleatorizado. Población de estudio y muestra: 270 mujeres, mayores de edad, con cáncer de mama sometidas a radioterapia, que no hayan recibido tratamiento similar con anterioridad. Criterios de exclusión: radioterapia paliativa, lesión previa en la zona a tratar, alergia al AGHO. Consentimiento informado por escrito. Asignación aleatoria y ciega a grupos experimental y control. Variables: edad, índice de masa corporal, tabaquismo, hipertensión, diabetes, tamaño de la mama, cirugía previa, acelerador de tratamiento, días totales de tratamiento previsto, dosis de radiación diaria y total, día de aparición de Radiodermitis; grado de Radiodermitis y dolor en la zona irradiada, según la escala de la Radiation Therapy Oncology Group (RTOG); capacidad funcional medida con el índice de Karnofsky; sintomatología ansioso-depresiva, medida con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; Nivel Calidad de Vida según la escala propuesta por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer, cuestionario general para pacientes oncológicos y específica para Cáncer de Mama (EORTC QLQ-30 y EORTCQLQ-23), satisfacción con el tratamiento. A todas las mujeres se les darán recomendaciones por escrito, al grupo control las habituales y al grupo experimental con AGHO. Se hará valoración semanal hasta dos meses tras la finalización del tratamiento. Análisis de datos: • Descriptivo: las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. • Inferencial: para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico IBM SPSS 20.0 para Windows. Realización en tres años en la Unidad Gestión Clínica Oncología Integral.

Resultados: Al tratarse de un proyecto de investigación aún no se pueden mostrar los resultados.

Discusión: la eficacia de los tratamientos actuales para la prevención de la Radiodermitis es limitada, por lo que si se cumple la hipótesis, se podrá incorporar como mejora en la práctica clínica a la amplia población que padece este tipo de cáncer. Esto hará que el sufrimiento de las mujeres y familias afectas disminuya, así como el coste económico de materiales utilizados para su curación.

P-108

Centro: Hospital Virgen Macarena

Provincia: Córdoba

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

UNIDAD DE ICTUS = CALIDAD DE CUIDADOS

Autores: PRIETO JIMÉNEZ S.; INFANTES GUZMÁN I. Y GONZALEZ HEREDIA M.J..

Objetivos: • Dar a conocer la importancia de la creación de Unidades de Ictus. • Dar cobertura a la población con seis camas de tratamiento agudo. • Mejorar la calidad asistencial. • Mejorar la satisfacción del usuario y de los profesionales. • Realizar una actuación protocolizada para mejorar la morbilidad y la mortalidad. • Detectar precozmente el deterioro neurológico de los pacientes. • Analizar los factores de riesgo modificables de los pacientes que ingresan en la unidad de ictus.

Material y Método: La Unidad de Ictus cuenta con una dotación de seis camas y un equipo experto en la atención a pacientes con enfermedad cerebrovascular. Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional mediante una hoja de registro propia y se han analizado los datos del 100% de los pacientes ingresados en la Unidad en el periodo de (abril 2013 – Julio 2014) Criterios: exclusión pacientes ingresados en la Unidad sin cumplir requisitos.

Resultados: Desde abril de 2013 a julio de 2014, han sido ingresados en la unidad 514 pacientes con criterios de inclusión, de estos: • 15.2% ictus hemorrágicos. • 84.8% ictus isquémicos. • 56.8% hombres • 43.2% mujeres. • 80% HTA. • 65% colesterol. • 50% hábitos tóxicos. • Estancia media 2-3 días en monitorización continua. • 16.5 % se le detectaron alteraciones cardíacas nunca hubieran sido detectadas sin la existencia de la unidad. • 30% alta a domicilio sin necesidad de pasar por hospitalización, sin secuelas o secuelas mínimas.

Discusión: Nuestro hospital atiende a una población de 481.263 habitantes, por lo que la necesidad de crear una Unidad de Ictus para atender a esta población era prioritaria. En España no existe un número suficiente de Unidades de Ictus. Hay solo 29 de las 95 que debería haber, solo se da cobertura a una tercera parte de la población. La asistencia a los pacientes que han sufrido un ictus en las unidades de ictus es una medida que ha demostrado un nivel de evidencia 1 (grado de recomendación A) en cuanto a mortalidad, recuperación funcional y dependencia. Es además una medida coste-efectiva, De ahí la gran importancia de la creación de unidades de ictus. La unidad de ictus se caracteriza por una sistematización en la atención al paciente, con personal entrenado, criterios de ingresos preestablecidos y especial atención al tratamiento agudo y a la rehabilitación precoz. Tanto la monitorización, como las escalas durante las primeras horas de ingreso permiten detectar de inmediato posibles complicaciones que mejoran la seguridad del paciente. Según los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que las Unidades de Ictus: • Mejora la calidad asistencial. • Mejora la satisfacción del usuario y de los profesionales. • Disminuye la mortalidad, las complicaciones y las secuelas. • Permite la detección precoz de complicaciones. • Permite trabajar los factores de riesgo modificables. • Menor coste: disminuye la estancia media.

P-109

Centro: HU Valme (AGS Sevilla Sur)

Provincia: Sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

PERFIL DE UTILIZACIÓN DE PRASUGREL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO REVASCULARIZADO.

Autores: ROBUSTILLO CORTÉS M.A.; CALVO CIDONCHA E.; MÁRQUEZ SAAVEDRA E.; GUZMAN RAMOS M.I.; FOBELO LOZANO M.J. Y SANTOS RAMOS B..

Objetivos: Evaluar el perfil de utilización de parasugrel en pacientes con síndrome coronario agudo revascularizado al año del inicio de tratamiento.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) entre los años 2011 y 2013 que iniciaron tratamiento con prasugrel durante el ingreso hospitalario y que estuvieron al menos un año en tratamiento. Se recogieron variables demográficas, diagnóstico, factores de riesgo cardiovascular, éxito de la revascularización y datos sobre el tratamiento farmacológico. Según la ficha técnica del fármaco los factores del enfermo que aumentan el riesgo de hemorragia son: edad ≥75, peso <60Kg, propensión hemorrágica (trauma o cirugía reciente, hemorragia digestiva reciente o úlcera péptica) y toma concomitante de fármacos que aumentan el riesgo de sangrado (anticoagulantes orales, fibrinolíticos, clopidogrel y AINE). Se analizó la presencia de estos factores en los enfermos incluidos. Además, se recogió la aparición de nuevos eventos ateroescleróticos (síndrome coronario agudo o accidente cerebrovascular), re-estenosis de stent o muerte por causa cardiológica, así como la aparición de efectos adversos hemorrágicos en el primer año tras la ICP. Las variables se recogieron del programa de prescripción de dispensación interna, la revisión de historias clínicas y las prescripciones en el programa de receta electrónica. El tratamiento estadístico se realizó con el paquete SPSS 20.0.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes, 92,1% hombres. La edad media fue 57±11años. El 34,1% de los enfermos presentaron más de tres factores de riesgo cardiovascular, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial y la dislipemia. El 69,3% de los pacientes fueron diagnosticados de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. El 86,4% tuvo una revascularización completa en la ICP. La duración media del tratamiento fue de 17 meses. En cuanto a los criterios de riesgo hemorrágico valorados en los enfermos, el 19,3% de los pacientes presentaron al menos un factor de riesgo hemorrágico. Se detectaron dos pacientes con una edad superior a la recomendada. En ambos casos la dosis de prasugrel prescita no era la adecuada según ficha técnica (5mg). Además, uno de los pacientes estaba en tratamiento concomitante con un AINE. En relación a las interacciones, 16 pacientes recibieron un AINE de forma concomitante y a un paciente se le prescribió warfarina, durante un mes, aunque ninguno sufrió ningún evento hemorrágico. Once pacientes sufrieron un nuevo evento ateroesclerótico en el primer año tras ICP, dos de los cuales habían tenido una revascularización parcial, y 10 presentaron una re-estenosis del stent, todos ellos con revascularización completa en la ICP.

Discusión: El uso de prasugrel se ajusta a las indicaciones autorizadas. Es necesario un mayor seguimiento de la duración del tratamiento y una correcta valoración de los factores de riesgo hemorrágicos del enfermo al inicio del tratamiento.

P-110

Centro: Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir

Provincia: Sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

EVALUACION DE MEJORAS IMPLANTADAS EN LA INDICACION DE TRANSFUSION DE ANEMIAS CARENCIALES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores: PÉREZ RAMÍREZ C.; ROMERO GONZÁLEZ M.; ESCALANTE AGUILAR R.M.; RAMAYO BARRIO E.; MARTÍNEZ PRIETO V. Y ULIBARRENA ESTÉVEZ J..

Objetivos: En el Servicio de Urgencias sólo correspondería transfundir a aquellas formas clínicas de anemia que requieran la rápida recuperación de la capacidad de transporte de oxigeno a los tejidos. Sin embargo, en Urgencias se atienden anemias crónicas, fundamentalmente carenciales, cuyo diagnóstico y tratamiento corresponde al ámbito de Atención Primaria o Consultas Especializadas. El Área de Biotecnología y el Servicio de Urgencias, han planteado como objetivo mejorar la indicación de transfusión del paciente anémico carencial, reflejado en la disminución de las transfusiones a pacientes con este tipo de anemias.

Material y Método: Se han incluido en el estudio a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo 2011-2013 y primer semestre de 2014 con diagnóstico principal de anemia al alta. Las variables analizadas han sido: sexo, edad, tipos de anemia según VCM, concentración de hemoglobina (g/dl) y tratamiento recibido. El Servicio de Urgencias y el Área de Biotecnología consensuaron las siguientes medidas de mejora a aplicar desde 2013: • Actualización de competencias de los profesionales con actividades formativas en Hematología y Medicina Transfusional. • Difusión de la Guía de uso de hemoderivados del Hospital y del procedimiento para el manejo de anemias crónicas en Urgencias. • Compromiso de uso restrictivo de la transfusión (umbral de hemoglobina ≤ 7 g/dl). • Promoción del uso de alternativas a la transfusión sanguínea. • Detección y comunicación de valores críticos de hemoglobina, aportando orientación clínica desde el laboratorio. • Agilización de la atención en consultas de especialidades del Hospital, mediante citas preferentes o urgentes. Se ha calculado la tasa de anemias carenciales transfundidas en el periodo 2011-2012 y en el periodo 2013- primer semestre de 2014.

Resultados: Se incluyeron 234 pacientes con hemoglobina media de 8.5 ± 4.5 g/dl.n El 45.3 % de las anemia fueron normocíticas, el 40.6 % microcíticas y el 12.8 % macrocíticas. De ellos, 150 eran mujeres (64.1%) y 84 varones (35.9%,), la edad media fue de 69 ± 17 años para los hombres y 66 ±22 años para las mujeres. La hemoglobina media en los pacientes que recibieron transfusión 6.25 ±1,15 g/dl, siendo en el primer semestre de 2014 de 5.64 ±0.94 g/dl. La tasa de transfusión anemias carenciales disminuyó de manera significativa, pasando de ser del 25 % en el periodo preintervención (2011-2012) al 10,20 % en el periodo tras la intervención. Se incrementó el uso de hierro intravenoso utilizándolo en tres pacientes en 2013 a 5 pacientes en el primer semestre de 2014.

Discusión: Las mejoras implantadas sobre la indicación de la transfusión en anemias carenciales ha permitido disminuir el número de pacientes con anemias carenciales transfundidos y aumentar los pacientes que reciben tratamientos alternativos.

P-111

Centro: Hospital de Alta Resolución de Moron

Provincia: Sevilla **Área Temática:** AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO BASADA EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

Autores: MARTÍNEZ BAREA R.; LOPEZ NAVARRO A.; MÁRQUEZ BERNAL A.; JODAR BELLIDO M.D.; MILLER GUERRERO M. Y CABRERA MORILLA F..

Objetivos: Mostrar el cumplimiento de los indicadores del Proceso Asistencial Integrado (PAI) de atención al paciente pluripatológico en nuestro ámbito hospitalario, para así reflejar el seguimiento del mismo y si se ha conseguido la excelencia en la atención a este tipo de paciente.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo del nivel de cumplimiento de los indicadores (básicos y avanzados) del PAI de atención al paciente pluripatológico en nuestro ámbito hospitalario, basándonos en los resultados reflejados principalmente en los cuadros de mandos de los últimos 5 años. Para que puedan monitorizarse estos indicadores, previamente se deben cumplir correctamente para el hospital: indicadores de identificación, el informe de consulta, y los ingresos programados. La máxima implantación del proceso se considerará cuando todos los indicadores avanzados se cumplan adecuadamente.

Resultados: Cumplimiento de Indicadores Básicos: 1) el 100% de los pacientes identificados como pluripatológicos cumplen correctamente los criterios de inclusión mencionados en el proceso. 2) el 100% de los pacientes pluripatológicos identificados tiene la valoración integral realizada. 3) 100% de informes en consultas externas hospitalarias con referencia a alergias, diagnostico de paciente pluripatógico, áreas clínica, funcionales y un plan terapéutico. 4) 100% identificados los cuidadores de los paciente pluripatológicos. 5) 17.29% de Ingresos Programados. 6) no se han realizado valoración del índice del Esfuerzo del cuidador. Cumplimiento de Indicadores Avanzados: 1) 100% de Valoraciones Integrales realizadas actualizadas al activar el Plan de Asistencia Continuada (PAC) o tras el alta hospitalario. 2) 100% de Informes de valoración Integral a pacientes pluripatológicos. 3) 4 reuniones interniveles realizadas/año. 4) Más de 6 talleres de formación dirigido a las personas cuidadoras realizados cada año.

Discusión: Tras realizar análisis del cumplimiento de los diferentes indicadores en nuestro centro de trabajo, apreciamos haber alcanzado los básicos exigidos para el ámbito hospitalario, en un porcentaje superior a los máximos recomendados. En relación a los indicadores avanzados el cumplimiento de los mismos se consigue en una proporción cuantitativa superior a los máximos requeridos, exceptuando el indicador de reuniones interniveles, ya que las realizadas han sido 4/año de las 6 reuniones/año que se exigen como mínimo. Concluimos con estos, que con los Indicadores básicos alcanzados, por un lado, hemos monitorizado el seguimiento y cumplimiento de los principios más relevantes del proceso y con los indicadores avanzados que indican la madurez de funcionamiento importante de los profesionales que integran el ámbito de estudio, que puede traducir una atención de excelencia al paciente pluripatológico, quedamos cerca de alcanzarlos, por lo que dejamos como mejora el cumplimiento del indicador de reuniones interniveles.

P-112

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia: Sevilla

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE CRÍTICO: REVISION BIBLIOGRÁFICA

Autores: FEITO ÁLVAREZ I.; CARRASCO CEBOLLERO F.M. Y GAMERO NIETO S..

Objetivos: En el paciente crítico existen una serie de complicaciones derivadas de la enfermedad de base, enfermedad aguda, inmovilidad e infecciones nosocomiales. Una de las principales complicaciones en estos pacientes la encontramos a nivel respiratorio, por ello existen técnicas de fisioterapia respiratoria aplicadas a este tipo de pacientes que nos pueden ser de gran utilidad. Los estudios sobre fisioterapia respiratoria en pacientes críticos no han podido demostrar un beneficio específico de los procedimientos, en términos de morbilidad, o cuál procedimiento podría ser mejor que otro. Sin embargo, cuando las técnicas de fisioterapia y ventilación mecánica son aplicadas en forma vigorosa y estricta se puede observar disminución de la incidencia de atelectasias postoperatorias y su asociación con otras patologías. Nuestro principal objetivo es: - Exponer las distintas técnicas de Fisioterapia Respiratoria que podemos utilizar en el paciente crítico.

Material y Método: Hemos realizado una revisión bibliográfica y/o sistemática en las principales bases de datos: - Enfispo. - LILACS. - Pubmed. - Cinhal. - IME. Para ello hemos utilizado los distintos descriptores: "Fisioterapia Respiratoria", "Respiratory Physiotherapy", "Respiratory Physiotherapy Devices","Instrumental physical therapy modalities","UCI", "Intensive Care".

Resultados: La fisioterapia respiratoria es una técnica aceptada y utilizada para producir un aumento de los volúmenes pulmonares, en la limpieza de secreciones y reexpansión de atelectasias pulmonares. Además se ha evidenciado mejoras en la oxigenación, compliance, entrada de aire y lavado del dióxido de carbono. Tradicionalmente se han utilizado las siguientes técnicas: - Drenaje postural. - Percusión de la pared torácica. - Vibración de la pared torácica. - Hiperinsuflación pulmonar manual. - Aerosolterapia combinada con otras técnicas. - Tos asistida manual. - Espirometría incentivada. Actualmente y dada las innovaciones tecnológicas y sobre todo en el campo de la salud se han incorporado instrumentos novedosos y más sofisticados que se están incorporando en el campo de la Fisioterapia Respiratoria. - Incentivador volumétrico. - Insuflador-Exuflador mecánico. - Ventilación por percusión intrapulmonar. - Chalecos neumáticos. - Dipositivo presión espiratoria positiva. - Flutter.

Discusión: Ante la situación que nos encontramos, a nivel económico, tendremos que hacer uso casi exclusivamente de las técnicas tradicionales por el elevado coste de las más recientes. Creemos que es importante identificar, junto con el equipo multidisciplinar, aquellos paciente que se beneficiarían de estas técnicas. Otro aspecto a considerar es la implicación del personal especialista en ello, como es el fisioterapeuta. Ya que, en la mayoría de unidades, estas técnicas son aplicados exclusivamente por el personal de enfermería.

P-113

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES GRANADA

Provincia: GRANADA

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

MANEJO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DE ST (SCASEST) EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores: SORIA ESPIGARES D.; BUENO RODRIGUEZ M.ª. Y NOGUERAS RUIZ M.ª..

Objetivos: Elaborar plan de cuidados personalizado a pacientes con SCASEST. Específicos: Aumentar la calidad de los cuidados. Prevenir el deterioro precoz de estos pacientes. Garantizar la seguridad de los pacientes. Garantizar la continuidad de cuidados.

Material y Método: Elaboramos un plan de cuidados personalizado a una paciente de 80 años de edad, pluripatológica que acude a urgencias por dolor torácico de varios días de evolución, con antecedentes de angina inestable. Utilizando para la recogida de datos: Valoración basada en las 14 necesidades Básicas de Virginia Henderson y la Taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC. Cuestionarios de valoración enfermera: Escala del dolor EVA, Índice Barthel, Escala Goldberg.

Resultados: En el momento de ingreso en urgencias, las intervenciones de enfermería iban dirigidas a la estabilización de la paciente a nivel hemodinámico. Los diagnósticos de enfermería detectados fueron: Dolor torácico, intolerancia a la actividad, disminución del gasto cardiaco, ansiedad.

Discusión: Según el INE en España las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la primera causa de muerte, con un 34.7% en la cardiopatía isquémica y un 29.5% en las enfermedades cerebrovasculares. El síndrome coronario agudo sin elevación de ST es una de las formas más frecuentes de presentación de cardiopatía isquémica con una incidencia anual de ingresos hospitalarios de 3 pacientes cada 1.000 habitantes y mortalidad hospitalaria del 5 % .El manejo terapéutico va encaminado a incrementar la seguridad del paciente mediante el desarrollo de herramientas proactivas que aumenten la calidad de los cuidados prestados en situaciones de urgencias en el que el entorno cambiante y el factor tiempo incorporan mayores riesgos a la atención sanitaria. La atención inmediata, diferenciada e integral de los pacientes con síndrome coronario agudo en el área de urgencias está orientada a aumentar la calidad de los cuidados prestados, mediante el desarrollo de planes de cuidados personalizados que recojan intervenciones enfermeras para minimizar el efecto de las secuelas y mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren esta patología. El tiempo que permanece la paciente en nuestro servicio es relativamente corto para evidenciar los resultados de las intervenciones propuestas, por tanto resulta de vital importancia la consecución y seguimiento de un plan de cuidados personalizado en los distintos niveles asistenciales. La aplicación de un plan de cuidados individualizado, repercute en la seguridad del paciente así como en la calidad de los cuidados, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica, permitiendo la máxima eficiencia y la consecución de resultados. Ayudando a cuidar a la paciente de forma integral. Es una herramienta útil que ayuda a documentar nuestro trabajo, facilitando la evaluación y la mejora en los cuidados. Nutriendo la comunicación entre los profesionales de enfermería durante el proceso de enfermedad de la paciente.

P-114

Centro:

Provincia:

Área Temática: AcREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES Y GESTIÓN POR PROCESOS

ANÁLISIS DE LOS CONTROLES DE HBA1C EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD.

Autores: WINKLER - G.; GAMERO DE LUNA E.J.; MESA RODRIGUEZ P.; VARGAS IGLESIAS S. Y LIÑAN CACERES A.M..

Objetivos: Análisis de la situación de los Diabéticos Tipo 2, inlcuidos en el proceso PAI Diabetes Mellitus (DM), evaluando el grado de control de la Hemoglobina glicada (HbA1c) en diferentes grupos de edad.

Material y Método: Se valoran los registros de HbA1c en el año 2013 de 490 pacientes diabeticos. Se han definido 3 grupos de edades (menos de 55 años, 56-69 años, mayores de 70 años) y se evalua tanto la frecuencia de un grupo en la totalidad de los pacientes con Diabetes Mellitus, como su nivel de control. Diferenciamos entre HbA1c < 7, HbA1c > 7, HbA1c no recogido en el último año. Para los pacientes encima de 70 años añadimos el valor de HbA1c entre 7-7,9, ya que para este perfil de pacientes consideramos un buen control mantener la Hemoglobina glicada menor a 8.

Resultados: 49 pacientes de los 490 diabéticos tienen menos de 55 años (10%), 161 Pacientes tienen una edad entre 56 y 69 años y 280 pacientes son mayores de 70 años (57,14%). En total observamos niveles de HbA1c inferiores a 7 en 255 pacientes (52,04%), lo que significa, que solamente la mitad de nuestros diabéticos tiene un control adecuado. 152 pacientes presentan niveles de HbA1c mayores a 7 (un 31,02%) y 83 pacientes de 490 diabéticos (un 16,94%), no tiene reflejado un control de la Hemoglobina glicada en el último año. Se observa, que en el grupo de diabéticos con menos de 55 años (49 pacientes), solo 20 pacientes (un 40,82%) presentan una HbA1c menor a 7. El resto de los pacientes en este grupo, bien tienen un mal control glucémico con valores >7 (un 9,28%), o no han realizado ningún control analítico reciente, como encontramos en 16 pacientes (un 32,65%) de este grupo. El grupo de diabéticos entre 56 y 69 años, que consta de 161 pacientes en total, presenta controles de HbA1c menores a 7 en 85 pacientes (un 52,79 %), controles encima de 7 se han observado en 50 pacientes (un 31,06%) y 26 (un 16,15 %) de este grupo no realiza analíticas de control de forma regulada. En comparación en el grupo de los diabéticos mayores, 211 pacientes (el 75,36% de un total de 280 pacientes) presentan un control adecuado de su diabetes, teniendo en cuenta que se considera un buen control, para este grupo, obtener valores de HbA1c <8. Pero incluso hasta un 55,36% presentan valores de HbA1c inferiores a 7. Solo 43 pacientes (un 15,36%) no tienen un registro de HbA1c reciente y 26 pacientes (un 9,28%) presentan valores de HbA1c encima de 8.

Discusión: Según los resultados recogidos destaca que los pacientes más jóvenes están peor controlados y son ellos, los que sufrirán posibles complicaciones de la enfermedad, por llevar un mal control. Pensamos que en estos pacientes sobre todo, hay que llevar un control más estricto, tanto por parte del médico como por enfermería, consensuando los pacientes e informarles de la gravedad de su enfermedad metabólica y la necesidad de un control de la HbA1c anual, realizando una dieta adecuada, y actividad física para garantizar calidad de vida a largo plazo.

P-115

Centro: Hospital Virgen Macarena

Provincia: SEVILLA

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

Autores: QUESADA PEREZ T.; BELTRAN GARCIA M.; DE LA TORRE CADENAS E.; ALVAREZ LEAL P. Y GARCIA BRIZ C..

Objetivos: Evaluar implantación del programa de optimización uso de antimicrobianos

Material y Método: Creación de tríptico informativo y difusión del mismo para implantación de programa PROA con cronograma de actuación. Valoración en dos tiempos del grado de difusión. Para las mediciones del nivel de captación de la información se ha empleado como herramienta un cuestionario diseñado al efecto.

Resultados: 1.Unidades encuestadas 27 unidades con 133 encuestados. 2.Formato prescripción fármacos utilizados: 3 3.El número de profesionales informados 77% 4.El 99% entienden importancia de administración precoz del antibiótico 5.El conocimiento PROA aumenta de 8,80% a 30,07% 6.Conocen la existencia de la Comisión de Infección 87,21% frente a los 61,76% iniciales 7.Tienen el tríptico con la información finalmente el 75,93% 8.Tríptico en control de enfermería 100% 9.Información por médico sube del 5,80% al 19,54% 10.La información de farmacia depende del tipo de prescripción, contestando el 29,32% que sí y el 4,51% a veces, teniendo 17 unidades prescripción electrónica con comunicación directa con farmacia y 10 unidades otro tipo suponiendo el 37,03% de las unidades. 11.Inicialmente el 41,10% cree que no existe dificultad de implantación modificándose al 68,42% en la segunda valoración. El resto realiza comentarios de dificultad en la práctica clínica como: -Falta de vías venosa si mucha medicación: 1,5% -Necesidad de bombas de perfusión: 12,78% -Falta de tiempo: 0,75% -Si varios antibioticos/ medicacion a la vez: 7,5% -No disponer del farmaco: 10,52% -Falta de comunicacion medico-enfermera y se pone tarde: 3,75% -Protesta de paciente: 2,25% -Dificultad si la via periferia pequeña: 0,75%.

Discusión: Las conclusiones generales obtenidas son las siguientes: 1.Importante la representación de enfermería en grupo PROA 2.El formato prescripción fármacos interfiere en la comunicación farmacéutico-unidades-profesionales 3.Mejora difusión de la información con áreas de mejora 4.Concienciación de la importancia administración precoz 5.Más conocimiento del grupo PROA con áreas de mejora 6.Muy alto porcentaje conoce existencia de Comisión Infección, mejoraría si mayor difusión de datos 7.Más ¾ de la población enfermera tiene o le han facilitado el tríptico informativo 8.Todos los controles de enfermería tenían el tríptico expuesto 9.Comunicación médico – enfermera ha aumentado pero hay mucho campo de mejora 10.Relación farmacia / profesionales depende del tipo de prescripción con posibilidades de mejoras 11.Dificultad para implantación escasa con comentarios asumibles 12.Propuesta de redifusión para mantener la información por parte del grupo PROA.

P-116

Centro:

Provincia:

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

EVOLUCIÓN DEL USO DE PREGABALINA Y GABAPENTINA EN UN DISTRITO SANITARIO

Autores: SIERRA TORRES M.I.; GARCIA LIROLA M.A.; ESPINOLA GARCIA E.; MARTIN SANCES S.; ANAYA ORDOÑEZ S. Y JURADO MARTINEZ J.M..

Objetivos: Gabapentina y pregabalina son análogos estructurales del GABA, autorizados para el tratamiento de la epilepsia y dolor neuropático periférico. Pregabalina también está autorizado para el tratamiento del dolor neuropático central y el trastorno de ansiedad generalizado. Sin embargo, en la actualidad son fármacos que se utilizan ampliamente en indicaciones no autorizadas en ficha técnica como el tratamiento del dolor o temblor esencial, entre otras. En estas indicaciones ni gabapentina ni pregabalina son los fármacos de elección. Analizar la evolución del consumo de estos fármacos en los últimos 10 años en un Distrito Sanitario de Atención Primaria.

Material y Método: Estudio descriptivo observacional. Período de estudio: 2004-2014 (Los datos finales se ha estimado ya que los datos sólo estaban disponibles hasta agosto). Los datos se obtienen de la base de datos de facturación de recetas mediante el programa MicroStrategy 9 ®. Las variables estudiadas son: importe, envases, dosis diarias definidas (DDD), DDD/1000 habitantes y día (DH) y coste/DDD. Las variables que se utilizan para ver la evolución de estos fármacos son el importe, DHD y coste/DDD.

Resultados: En importe en euros, gabapentina pasa de 855.126,01 € en 2004 a 169.708,74 € en 2014, lo que supone un descenso del 80,15% en el consumo total. En cuanto a pregabalina, el año 2004 coincide con su lanzamiento, si bien no se produce ningún consumo hasta el año 2005 que se facturan 272.415,08 € hasta llegar en 2014 a 3.551.859,68 €, lo que supone un aumento del 1303,84%. Con respecto a las DHD, los datos muestran la misma evolución, un descenso relativamente bajo en gabapentina de 1,22 DHD en 2004 hasta 1,12 en 2014, aumentando ligeramente este año frente al 1,04 de 2013 y un aumento considerable de pregabalina de 0.19 DHD en 2005 a 3.86 DHD en 2014. El coste/DDD de gabapentina ha pasado 3.42 euros en 2004 a 0.62 euros en 2014. En cuanto a pregabalina, el coste/DDD se ha mantenido en 3,7 euros durante los 10 años de comercialización.

Discusión: Los resultados muestran como el descenso en el uso de gabapentina está en relación con el aumento de pregabalina desde su introducción en el mercado farmacéutico. Coincidiendo con la finalización de la patente en 2014 de pregabalina, sería aconsejable realizar estudios a posteriori para ver si el alto consumo de pregabalina se sigue manteniendo con el paso del tiempo.

P-117

Centro: HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Provincia: GRANADA

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD EN EL QUIRÓFANO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL LOCAL BASADO EN LA EFICIENCIA.

Autores: SANCHEZ LOPEZ J.D.; VILLEGAS CALVO M.M. Y LUQUE MARTIN F.M..

Objetivos: 1.-Objetivo principal. -Disminución de Efectos Adversos (EA) a través de una sistemática de simplificación de un proceso complejo. 2.-Objetivos secundarios. -Incremento de la calidad, tanto real como percibida por el paciente. -Mayor aprovechamiento de los recursos. -Implicación de todo el personal en el proceso

Material y Método: El desarrollo de un proceso como la cirugía oral es en sí mismo un proceso complejo, proponemos por tanto su fraccionamiento en elementos simples para mejorar la calidad mejorando la eficiencia. Para ello dividiremos el quirófano de cirugía oral ambulatoria podemos en los siguientes elementos: 1.-Personal humano. 2.-Elementos materiales. 4.-Elementos intangibles. 3.-Paciente. La implementación del sistema de seguridad propuesto implicaría la consideración de las siguientes fases: 1.-Preparación previa a la entrada del paciente. 2.-Acogida del paciente. 3.-Finalización del acto quirúrgico

Resultados: Mostramos que la aplicación de dicha metodología llegaría a reducir la incidencia de EA leves, moderados y graves con un aumento sobreañadido de un mayor aprovechamiento de los recursos. Para ello se muestran TRES situaciones cotidianas en la práctica habitual en las que pueden manifestarse cada uno de los tres efectos, éstos se muestran y a continuación se formula la pregunta ¿evitables o no?. En todos ellos se podrían minimizar los riesgos con el empleo de dicho sistema.

Discusión: Hemos planteado una sistemática de trabajo basado en la eficiencia (entendida ésta como "trabajar mejor" o "más eficazmente") como sistema para mejorar la seguridad del paciente. A menudo, cuando más complejas son las tareas rutinarias, menos productivas resultan y por tanto menos seguras. Se impone por tanto analizar lo que se hace diariamente para encontrar un sistema de simplificación de las mismas con la finalidad de aumentar globalmente la seguridad del proceso. Observamos frecuentemente que cuanto más simple resulta una tarea, ésta siempre se realiza de forma más eficaz, es por ello que la simplificación de las tareas rutinarias, contribuirán a la conformación de un sistema altamente productivo y por tanto más seguro. La eficiencia es un concepto que se fundamenta en la elección de las tareas clave que deben realizarse y la planificación de las mismas a lo largo de la jornada laboral, esto es, una optimización de tiempo, elementos materiales y humanos, o dicho de otra forma alcanzar la máxima eficacia al menor coste. .

P-118

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia: Idem

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

ALTAS HOSPITALARIAS TEMPRANAS – CAMAS LIBRES A LAS 12H. A.M.

Autores: TEROL GADEA F.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ J.M. Y CAÑADAS NÚÑEZ F..

Objetivos: Agilizar un porcentaje de las Altas diarias, con el fin de que la cama esté disponible para otro ingreso por la mañana. Disponer de camas para ingresar pacientes desde el área de Urgencias, minimizando el tiempo de espera para ingreso. Mejorar la gestión de ingresos evitando pacientes ectópicos.

Material y Método: Definición del Proceso de Prealta y Alta: Línea Temporal de Acciones: Definir las tareas de cada uno de los actores Día anterior al Alta: *FEA: Estimación de Prealta / Informa a paciente y familia / Informa a Enfermería / Prepara documentación: Prealta, cita a CCEE, recetas.../ Últimas pruebas: RX, Laboratorio/ DAE: Registro Prealta *ENFERMERIA: Estimación Prealta / Prepara documentación: Plan de cuidados / Informa resto del equipo: Enfermería de enlace, Trabajo Social, Admisión. *SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO: RX / LABORATORIO. Pruebas Prioritarias Prealtas: extracción en turno de noche, RX en turno de tarde. *SECRETARÍAS PLANTA: Estimación Prealta / Prepara documentación. *ADMISIÓN: Listado Prealta DAE: facilita listado a Limpieza / Preaviso a Ambulancias / Seguimiento. *TRABAJO SOCIAL: Si procede: Ultiman gestiones/ Activación de Recurso Social. *ENFERMERÍA DE ENLACE: Coordinar con AP/ Citas del paciente, silla de ruedas, visado de recetas… *OTROS: Según Patología si procede: Hematología, Rehabilitación, Fisioterapia. Día del Alta: *FEA: 8–9 horas: Se confirma estimación alta / informa a paciente y familia / informa a enfermería / Se suspende dieta y medicación unidosis. 9–10 horas: Se entregan Informes. *ENFERMERÍA: 8 – 9 horas: Confirma Alta a resto del equipo. 9–10 horas: Se entregan Informes. Notificará a Admisión la salida del paciente. *ADMISIÓN: 8 – 9 horas: Recibe confirmación de alta / Confirma uso de ambulancia. 9–10 horas: Se comunica a Limpieza y Transporte. 10 – 11 horas: Preasignación de cama de solicitudes urgentes. 12 horas: Registra el Alta / Realiza Ingreso. *SECRETARÍAS PLANTA: 9 – 10 horas: Se entregan Informes, citas, recetas, etc… 12 horas: ordena HHCC. *LIMPIEZA: 9 – 10 horas: Recibe el OK de Admisión. 11 – 12 horas: Limpieza de Habitación. *TRANSPORTE: 8 – 9 horas: confirma uso de ambulancia 9 – 10 horas: Recibe el OK de Admisión. 11 – 12 horas: Realiza traslado. *FARMACIA: 9 –10 horas: Se suspende unidosis. *COCINA: 9–10 horas: Se suspende dieta. Se pilotó en las UGC de Traumatología y Medicina Interna durante 3 meses (Primavera 2014).

Resultados: Las tres plantas de hospitalización objeto del estudio: *% Altas Jornada de Mañana / Altas Totales: - 5ª A: 31,95%// - 5ª D: 14,02% // - 6ª B: 14,86% *% Cumplimiento Alta / Fecha prevista: - 5ª A: 65,08% // - 5ª D: 70,00% // - 6ª B: 58,82%

Discusión: 1ª-Los porcentajes de altas antes de las 12h.del programa se consideran correctos y suficientes para disponer de camas en hospitalización para los posibles ingresos pendientes desde Urgencias. 2ª-El programa se extenderá a todas las UGC a partir de Octubre del 2014.

P-119

Centro:

Provincia:

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

RACIONALIZACION EN EL CONSUMO Y GASTO DE PIJAMAS DESECHABLES EN ELAREA QUIRUGICA.

Autores: APARICIO GUERRA M.; FERNANDEZ GARCÍA M.; VALLE NAVARRETE C.; ARJONA SANCHEZ J.L. Y GOMEZ BENITEZ F.M..

Objetivos: Sustitución del uso de pijamas verdes de tela por pijamas desechable en el Área Quirúrgica del Hospital General de los Hospitales Universitarios Virgen de Rocío.

Material y Método: Estudio descriptivo del impacto en el consumo y en el gasto por la sustitución en el Área Quirúrgica del pijama verde de tela por el pijama desechable de un solo uso.

Resultados: Ahorro en el consumo de pijamas en el Área Quirúrgica Racionalización del gasto en pijamas del Área Quirúrgico. Disminución tareas administrativas relacionadas con la reposición: reducción del número de pedidos externos y reposición automática Reducción de las cargas de trabajo en la Lavandería del HUVR.

Discusión: Racionalización en el consumo de pijamas desechables Control del consumo de pijamas desechables por Unidad Gestión Clínica (UGC,s), diarios y por profesional. Imputación del gasto en pijamas desechables por UGC,s Reposición automática a cargo del proveedor externo. Inexistencia de roturas de stocks Paso de pedidos de pijamas a demanda a pedido trimestral consumidos.

P-120

Centro: HAR Utrera

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

CAMBIOS EN LA TECNOLOGIA DE PRODUCCIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

Autores: LOPEZ-MOSQUERA BAYÓN E.; GÓMEZ BUJEDO L...; JURADO JIMÉNEZ R. Y PÉREZ DE LA FUENTE M.J..

Objetivos: Mostrar como los cambios en la estrategia organizativa y la práctica médica, pueden procurar mejores índices de resolución de CMA así como una mejora significativa de la eficiencia, calidad y satifacción de los ciudadanos.

Material y Método: Hemos revisado los datos del cuadro de mandos de los años 2009, 2012 y 2014 (extrayendo los datos del programa Klinic), para analizar la Resolución de CMA global y para las hernias inguinales. Presentamos los cambios en la estrategia de programación quirúrgica y los avances que hemos incorporado a la práctica quirúrgica y anestésica.

Resultados: En el año 2009, se intervinieron 716 pacientes con un 83.04% de resolución de CMA global, en 2012 se intervinieron 756 pacientes con una resolución del 86.33%. Hasta Agosto de 2014 se habían operado 749 y la resolución fué del 88.79%. En cuanto a las hernias de pared abdominal, el índice de resolución fué del 84.96% en 2012 y del 88.34% en 2014. Determinadas patologías han variado su ubicación en la programación quirúrgica diaria, en turno de mañana y tarde, cambiando pautas históricas nuestras y de los hospitales de nuestro entorno, ateniéndose a criterios clínicos de estudio caso a caso y avances quirúrgico-anestésicos (aumento de la cirugia minimamente invasiva, generalización del uso de bombas de perfusión de analgesia controladas por el paciente, mayor utilización de bloqueos periféricos sustituyendo a los bloqueos regionales, infiltración anéstesica sistemática de las heridas quirúrgicas) obteniendo con ello una mejora del índice de resolución de CMA, disminuyendo las horas (el número)de estancia hospitalaria y reduciendo costes.

Discusión: Un replanteamiento en la organización de la programación quirúrgica, adaptandola al tipo de paciente, la patologia concreta, la complejidad de la intervención, el análisis caso a caso, junto con la introducción de técnicas anestésicas y quirúrgicas personalizadas, extremando la seguridad y la invasividad mínima, nos han permitido mejorar nuestros resultados asistenciales y también el confort y la satisfacción de los pacientes.

P-121

Centro: AGS SUR DE GRANADA

Provincia: GRANADA

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

PROMOCIÓN DE SALUD Y CALIDAD SOSTENIBLE

Autores: MOLINA MEDINA R.; MARTÍN PÉREZ M.P.; OJEDA VIRTO F.; LÓPEZ GÁMEZ M.A.; BAENA JIMÉNEZ R. Y USERO CERDÁN C..

Objetivos: evaluar los resultados en salud y en la utilización de los recursos sanitarios en pacientes que acuden a los talleres de educación sanitaria y/o promoción de salud, con el fin de valorar su incidencia en la mejora y la sostenibilidad de la calidad asistencial.

Material y Método: Identificación de población diana: pacientes con problemas de polimedicación, obesidad, riesgo cardiovascular, e hiperfrecuentación asistencial Convocatoria de 6 talleres con diferentes temáticas y públicos objetivo: Taller de soledad, fibromialgia, consejo dietético, inmovilizados, cuidadoras y taller deportivo para jóvenes. Indicadores: peso, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, nº de fármacos prescritos y frecuentación asistencial. Análisis comparativo de indicadores: - valores medios de los seis meses previos a la intervención: enero-junio de 2011 - valores medios del primer semestre del 2014, posterior a la intervención. Estudio cualitativo: realización de 2 grupos focales con usuarios participantes en los diferentes talleres.

Resultados: Se realizaron 20 sesiones de trabajo de los diferentes grupos y 5 actividades conjuntas en colaboración con el ayuntamiento de Castell… En los talleres han participado 120 usuarios de diferentes patologías y edades. Los resultados muestran una disminución en el número de demandas por paciente y en el número de fármacos prescritos. Así mismo se observa un mejor control de la tensión arterial relacionada con disminución de peso e índice de masa corporal. Los usuarios manifiestan una clara mejoría en su estado general, tanto físico como mental, aumento de su capacidad de relación social y mayor autonomía en el manejo de sus problemas de salud.

Discusión: A la vista de los resultados, podemos concluir que los grupos y talleres de trabajo enfocados a promover hábitos saludables, producen resultados visibles en salud y una mejora en la utilización de los recursos y servicios sanitarios y sociales facilitando la sostenibilidad de la calidad asistencial.

P-122

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DE DIETAS EN EL C.H. TORRECÁRDENAS

Autores: TORRES AGUIRRE A.A.; CRUZ FENOY M.C.; SANCHEZ BOSQUET J.; RUIZ MUÑOZ M.E. Y ANTÓN MOLINA F..

Objetivos: Implantar, difundir y diseminar la necesidad de optimización de dietas para los pacientes del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Minimizar la tasa del número de dietas solicitadas y no consumidas. Informar de la importancia de la optimización de dietas. Concienciar al profesional de la necesidad de ajustar la solicitud de dietas a la ocupación real de pacientes ingresados o que necesiten comer en el C.H. Torrecárdenas.

Material y Método: La responsable del Servicio de Cocina realiza el cómputo de bandejas sin consumir que son devueltas a dicho servicio debido al desajuste entre las dietas solicitadas y las dietas consumidas. Tras comprobar la persistencia del problema se realiza un estudio diario sobre la dieta del almuerzo: dietas solicitadas a primera hora por cada área del hospital, ocupación existente por área, así como de los cambios solicitados por cada área a media mañana. En ese estudio se constata que debido a los cambios realizados a media mañana se produce un aumento en la elaboración de almuerzos que no se corresponde a la ocupación real. Se realizan reuniones entre los estamentos implicados: servicio de cocina, unidad de dietética, dirección de enfermería, dirección de gestión y servicios. Se consensúa un documento informativo y de instrucciones para intentar minimizar esta casuística. Se adecúan los recursos informáticos para facilitar su puesta en marcha. Se está trabajando también en la agilización de horario de altas de los pacientes para la optimización de la dietas.

Resultados: El 6 de octubre se envía desde la D. Gerencia el documento de optimización de dietas. Se está pilotando este nuevo protocolo teniendo previsto comenzar un seguimiento exhaustivo a partir del día 20 de octubre con el fin de dar un tiempo de adaptación a esta nueva metodología de trabajo. La comprensión e implicación del personal de enfermería, que es el responsable de llevar a cabo la solicitud de dietas, es imprescindibles y se ha concienciado en el tema, prestándose a colaborar para sacar adelante la puesta en marcha de esta modificación en la rutina de trabajo. Igualmente, el personal facultativo está concienciándose en que la modificación de dietas sólo se prescribirá cuando realmente sea necesaria.

Discusión: Aunque queda mucho por hacer, las partes implicadas en el tema se han concienciado en la optimizaciòn de dietas. Se ha hecho especial hincapié en las unidades de estancias cortas donde las altas son numerosas y en las áreas de pediatría que conllevan dos dietas por cama en general. Seguimos trabajando para incorporar a este protocolo las incidencias que surjan por prealtas y altas hospitalarias. Con la puesta en marcha de esta modificación del protocolo de solicitud de dietas esperamos la racionalización de las mismas lo que nos supondrá un ahorro económico considerable, así como una tranquilidad moral de que no se desperdicia comida, habida cuenta de la situación de crisis por la que estamos pasando y sabiendo las necesidades reales que está sufriendo nuestra sociedad.

P-123

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Provincia: Málaga

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

UN NUEVO PARADIGMA EN LAS CONSULTAS HOSPITALARIAS DE ANTICOAGULACIÓN ORAL.

Autores: ROMERO RUIZ A.; CAPARROS MIRANDA I.S.; RODRIGUEZ GONZALEZ J.; PARRADO BORREGO G. Y VARGAS LIRIO M.I..

Objetivos: Actualmente existe en España alrededor de un millón de personas en anticoagulación oral. El fármaco más empleado es el acenocumarol, que requiere de controles de coagulación para constatar que el paciente se encuentra dentro de su rango terapéutico. Los pacientes suelen empezar este tratamiento en una consulta hospitalaria y, cuando se encuentran estabilizados, son derivados a atención primaria. Se pretende mantener la seguridad de los pacientes mejorando los tiempos de espera mediante un uso más eficiente de los recursos disponibles.

Material y Método: En nuestro entorno las enfermeras comunitarias asumen los cambios de dosis cuando los pacientes están fuera de rango; no obstante, este aspecto no es realizado por las enfermeras hospitalarias a pesar de disponer de suficiente experiencia y conocimientos para un adecuado manejo de estos pacientes. En nuestra UGC se ha implantado un modelo de enfermería de práctica avanzada, iniciado en 2011 y culminado en noviembre de 2013, que incluye diversos aspectos de la atención y cuidados estos pacientes, junto con el desarrollo de un catálogo de rangos terapéuticos y diagnósticos, y la realización de una actividad formativa tipo taller acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, con inclusión de casos y prácticas en entorno real.

Resultados: Desde noviembre de 2013 hasta abril de 2014, ha disminuido el tiempo medio de espera de los pacientes para recoger su pauta fuera de rango (29.3 vs 19.8 minutos, $p<0.05$), se han incorporado documentos que permiten la recepción de pacientes con criterios clínicos de calidad, se emiten informes de cuidados al alta para AP y se ha estandarizado la Educación Sanitaria, además de fomentar el autocontrol. Se han generado documentos para la valoración inicial, el informe de cuidados al alta y la Educación Sanitaria.

Discusión: La experiencia durante los últimos meses permite constatar que la calidad de la asistencia se mantiene, la satisfacción percibida de los pacientes se ha incrementado (esperan menos para recibir su nueva hoja de tratamiento) y se ha agilizado el funcionamiento de la consulta, ocupándose las enfermeras de la gestión directa de las cargas de trabajo. La actual situación socio económica hace insostenible el mantenimiento de las consultas tal y como las conocemos, lo que conlleva no solo una redefinición de roles profesionales, sino incluso un cambio en la denominación de la consulta, que además de atender a los pacientes anticoagulados debe ser capaz de gestionar, en equipo multidisciplinar, a los pacientes con incremento del riesgo de trombosis, cualquiera que sea su causa, por lo que se propone el nombre de consulta de terapia antitrombótica.

P-124

Centro: HOSPITAL VALME

Provincia: SEVILLA

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

EL HOSPITAL COMO ACTIVO EN SALUD. EL PAPEL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Autores: PÉREZ LOZANO M.J.; CALZÓN FERNANDEZ S.; SALCEDO LEAL M.I.; FERNÁNDEZ SIERRA A.; LÓPEZ MENDEZ J. Y ROMÁN CASARES E..

Objetivos: Rediseñar la cartera de servicios de Medicina Preventiva y Salud pública en el hospital para aumentar las acciones en salud pública de la comunidad

Material y Método: Revisión de la literatura y consenso de expertos en el seno de la Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública

Resultados: Se proponen las principales áreas de trabajo en las que potenciar el liderazgo e involucrar, incorporándolo a la cartera de servicios, a los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública en el entorno hospitalario:

1.Promoción de Estilos de Vida Saludables y Activos en Salud, 2.Prevención de los problemas de salud y situaciones de riesgo, 3.Vigilancia de la salud, el bienestar y sus, determinantes, 4.Atención a las desigualdades en salud

Discusión: Son numerosos los argumentos a favor de un impulso a la participación de los hospitales en actividades de Salud Pública, destacamos: la necesaria apertura a la ciudadanía, la incorporación de la filosofía de la Salutogénesis, el acceso más equitativo a determinados servicios hospitalarios como oportunidad de llegar a determinados sectores de la población, el elevado número de personas para los que el hospital constituye el lugar de trabajo, el impacto ambiental de las actividades hospitalarias, el prestigio del hospital en su ámbito de referencia en cuanto entidad generadora y acumuladora de conocimiento, la capacidad de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica y la disponibilidad de recursos humanos con elevada capacitación en Salud Pública. Las estrategias de promoción de la salud constituyen parte integral del proceso de atención sanitaria y deben inundar las esferas clínicas, educativas, organizativas y del comportamiento . Desde este prisma, el movimiento de los Hospitales Promotores de Salud, creado en 1992 por la OMS, trata de aprovechar el gran potencial de los hospitales para enfocar los problemas de salud desde una perspectiva integral.La estancia o visita al hospital debe ser una oportunidad para promocionar la salud. Se trata de un acercamiento al territorio para contribuir en el avance de la mejora de los estilos de vida, la potenciación de los determinantes positivos de salud y la disminución de las desigualdades. Convertir al hospital en un activo en salud.

P-125

Centro: UGC UTRERA SUR EL CORONIL

Provincia: SEVILLA

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

LA GESTION DE LOS "NO ACUDE" EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores: GARCIA PEÑA A.I.; RODRÍGUEZ GARCÍA M.; MEDRANO RAMOS I. Y GONZÁLEZ ROMERO L..

Objetivos: El tiempo es probablemente el mayor recurso del que disponemos en Atención Primaria para atender a nuestros pacientes y la gestión del mismo la mejor herramienta para ello. Uno de los factores que distorsionan la organización de las consultas es la presencia de los que denominamos "no acude" es decir de aquellos usuarios que gracias a la accesibilidad que les brinda el Sistema obtienen una cita a la que posteriormente no acuden y no anulan con lo cual bloquean la posibilidad de que otros usuarios puedan acceder a las consultas y que en % se estima según diversos autores entre un 8 y un 10% de las citas. El objetivo del presente estudio es explorar si la práctica de diversas actuaciones en concreto carta más recordatorio desde las propias consultas disminuyen de forma significativa y relevante la presencia de los "no Acude".

Material y Método: Las acciones llevadas a cabo para disminuir las cifras de ausencias a consultas son las que siguen: Marcar en DIRAYA con aspa en rojo las ausencias abriendo una hoja de consulta con motivo "NO ACUDE NO JUSTIFICA" y en diagnóstico "ADMINISTRATIVO" A través de una aplicación diseñada al efecto enviar una carta al paciente con la fecha de la ausencia recordándole la conveniencia de anular una cita si no la va a utilizar, de tal forma que pueda estar disponible para otra persona. Recordar en la consulta sucesiva el fallo y solicitar no se repita… En sucesivos fallos la carta enviada relaciona en orden cronológico las ausencias constatadas. Se analizan las ausencias a consultas acontecidas en una consulta de Atención Primaria en las semanas 9 a 16 de los años 2013 y 2014 en este último caso a las 9 de comenzar la actuación.

Resultados: A lo largo de las 8 semanas correspondientes al año 2013 se obtuvo una media de 4,24 fallos diarios con un rango de 0 a 9 en consonancia con otros estudios que sitúan las ausencias en un 8-10% en tanto que en 2014 la media fue de 1,9 con un rango de 0 a 6. Aplicando a t de student para diferencias de medias, ésta resultó ser de 2,34 con un intervalo de confianza del 95% de entre 1,46 y 3,23 con una significación estadística de $< 0,05$.

Discusión: Estos resultados avalan en principio que la estrategia utilizada fundamentalmente de sensibilización de la población con el uso adecuado del recurso "asistencia a consulta" consiguiendo una disminución a la mitad de las ausencias en un corto período de implantación (a los dos meses), así mismo libera espacio / tiempo para dedicar a otra actividades o dedicar más tiempo a cada consulta individual y todo ello sin aumentar la demora sino más bien al contrario consiguiendo disminuirla en concreto en los meses correspondientes al estudio del año 2013 dicha demora fue de 10,1 y 9.0 (marzo y abril) en tanto que en el año 2014, dicha demora fue del 1,49 y 1,65 respectivamente, en cualquier caso debemos reevaluar el procedimiento una vez pasado al menos un año con el objetivo de constatar que la tendencia a la disminución de las ausencias se mantiene en el tiempo.

P-126

Centro: HOSPITAL DE VALME

Provincia: SEVILLA

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

LA UNIDAD DE DIA: UNA ALTERNATIVA REAL A LA HOSPITALIZACION

Autores: RODRIGUEZ HURTADO A...; GARCIA GARCIA J...; SILLERO HERRERA A... Y MARTIN PONCE M....

Objetivos: Dar a conocer la experiencia y el impacto de una Unidad de Dia de Medicina Interna en un hospital de agudos.

Material y Método: Estudio descriptivo en el que se recoge la actividad asistencial realizada en la Unidad de Dia de Medicina Interna del Hospital de Valme.Se incluyeron todos los pacientes valorados en dicha Unidad entre los meses de Abril y Mayo de 2014. Dos grupos de pacientes eran candidatos a esta alternativa: 1) Aquellos ya diagnosticados que precisaban seguimiento y tratamiento parenteral y 2) Sujetos con inestabilidad clinica o necesidad de finalizar el diagnostico precoz, procedentes del Area de Urgencias y de planta de hospitalizacion de M. Interna. Recursos humanos: Un facultativo + un enfermero. Recursos materiales: 4 sillones para administracion de tratamiento parenteral de corta/larga duracion y una cama para la realizacioon de curas complejas, tecnicas diagnostico-terapeuticas y exploracion adecuada de pacientes. Se establecio pactos con las Unidades de Radiologia, Laboratorio y Cardiologia para la realizacion de pruebas complementarias en un plazo inferior a 72 horas. Se realizo un seguimiento de todos los pacientes hasta el alta de la Unidad de Dia o hasta el dia 10 de Junio de 2014. Se elaboro una base de datos especifica donde se recogieron variables demograficas, procedencia y destino de los pacientes asi como los procedimientos y revisiones realizadas. Estos datos fueron analizados con el programa estadistico SPSS 20.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes que generaron 74 episodios. El tiempo mediano (Q1-Q3) desde la derivacion a la primera cita fue de 6 (1-9) dias. el 46% de los individuos eran varones, con una edad mediana de 70 (52-81) años. Sin embargo, 16 (42%) tenian una edad menor de 65 años. Quince (38%), 13 (33%) y 11 (29%) procedian de la planta de hospitalizacion, Urgencias y Consultas. Las principales patologias fueron la insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y anemia. En uno de cada 5 pacientes fue necesaria una sola cita en la Unidad y en el 56% de los individuos se resolvio su situacion clinica y /o diagnostica con una revision posterior. Durante dicho periodo se realizaron 44 extracciones de sangre, se administraron 17 farmacos de corta o larga duracion, 17 transfusiones de hierro parenteral o hemoderivados, 5 flebotomias y 5 paracentesi. Se procedio al alta de 25 (73%) de los sujetos en el momento de la fecha fin de estudio. 2 pacientes fallecieron durante el seguimiento. El tiempo mediano desde la primera visita hasta el alta fue de 7 (6-20) dias.

Discusión: Existe un tiempo de demora corto y asumible en las alternativas a la hospitalizacion, como la Unidad de Dia, para completar el diagnostico y estabilizacion clinica de los pacientes de Medicina Interna. Un alto porcentaje de individuos pueden ser reubicados en las distintas alternativas de la hospitalizacion de las Unidades de Medicina Interna, favoreciendo el alta precoz de los pacientes ingresados y evitando el ingreso de aquellos ubicados en el area de Urgencias.

P-127

Centro: HOSPITAL VALME

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

PEDIATRÍA DE ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA: NUEVO CONCEPTO DE ATENCIÓN

Autores: MILLÁN JIMÉNEZ A.; PORRAS TEJERO E.; CASANOVAS LAX J.; RAMOS CALERO E. Y ALGUACIL HERRERO D..

Objetivos: Mejorar la atención pediátrica y la satisfacción de los profesionales en el área de gestión sanitaria de reciente creación

Material y Método: • Encuesta anónima a los pediatras de atención primaria y hospital para conocer las dificultades en el modelo de relación, la adecuación de las interconsultas, diferencias en la forma de trabajar, retos y necesidades. • Generación de Grupo de Trabajo de directores de Unidades de Gestión Clínica (UGC)de atención primaria del Área y director de UGC Pediatría Hospitalaria para el análisis situación, acciones de mejora para las necesidades detectadas y actuación coordinada en problemas comunes.

Resultados: • Áreas de mejora detectadas: necesidad de información compartida, protocolos conjuntos, formación continuada y aumentar número de pediatras en atención primaria • Actuaciones: - Realización de las I Jornadas de Pediatras de Atención Primaria y Hospital. - Realización, por grupos de pediatras hospitalarios y de atención primaria, de guías de abordaje e interconsulta, incluyendo las pruebas y procesos que se realizarán en atención primaria y en el hospital, de las áreas más frecuentes en la atención pediátrica: Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología y Endocrinología. - Creación en el portal de colaboración Share Point de una zona de trabajo común para pediatras hospitalarios y de atención primaria con acceso desde los puestos de trabajo a documentos compartidos, calendarios, directorios, guardias, formación continuada, anuncios, discusión entre profesionales, comunicación, etc. - Creación de la asociación de padres de recién nacidos prematuros Pequevidas. - Implantación del Proceso Asistencial Integrado Recién Nacido de Riesgo y del Protocolo de Alta Precoz Recién Nacido Sano. - Documento de consenso para la prescripción de tratamientos al alta hospitalaria, en consultas externas y urgencias a través de receta XXI.

Discusión: • El modelo de gestión de área sanitaria bajo la dirección de una gerencia única facilita el abordaje de la atención pediátrica, facilitando la atención integral y coordinada de la población pediátrica por profesionales de pediatría de atención primaria y atención hospitalaria. • Unificar criterios y aportar soluciones consensuadas aportadas por los pediatras de primaria y hospital, así como contar con una plataforma común de encuentro, favorece su implantación y seguimiento. • Los acuerdos interniveles entre UGCs de atención primaria y UGC de hospital, facilita el conocimiento mutuo, la confianza y la consecución de objetivos comunes ya que el pediatra de área tiene pacientes y problemas compartidos independientemente de su lugar de trabajo.

P-128

Centro: Hospital Universitario Virgen de Valme

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

IMPLANTACIÓN DE GSIR EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA: RETOS Y MEJORAS.

Autores: AZNAR MENDEZ R.; CÁCERES VALVERDE A.M. Y RICO GALA S..

Objetivos: - Analizar las mejoras que ha supuesto la implantación del Programa Gestor Corporativo de Diagnóstico por la Imagen (GSIR) en nuestro área de Gestión Sanitaria así como las dificultades encontradas. - Proporcionar claves que faciliten a otros profesionales una implantación similar en el futuro.

Material y Método: Utilizando técnicas de investigación cualitativa, fundamentalmente de investigación participativa, hemos analizado las dificultades planteadas previamente y durante el proceso y la forma en que se han superado. Como base para nuestro análisis hemos utilizado la información aportada a través de la opinión de profesionales tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria así como la base documental escrita que nos proporcionan las actas de las reuniones llevadas a cabo durante el proceso.

Resultados: En los dos últimos años se ha implantado GSIR en todos los centros de Atención Primaria que conforman el Área de Gestión Sanitaria, permitiendo el acceso directo de los profesionales de Atención Primaria, tanto a la solicitud electrónica de las exploraciones, como a las imágenes de las mismas y al informe emitido por el radiólogo asignado. Se integra, además, la radiología convencional que se realiza en los Centros de Salud que disponen de ella, sin necesidad de imprimir placas ni archivarlas. Las dificultades encontradas están relacionadas con la infraestructura, seguida del desconocimiento del uso del programa por parte de los profesionales de los centros mencionados.

Discusión: Las especiales características territoriales en cuanto a dispersión geográfica se refiere y el acceso disgregado, hasta el año pasado, a las pruebas de imagen por parte de Atención Primaria y Especializada, suponían una merma en la calidad de la Atención al Ciudadano. La creación del área de Gestión Sanitaria para favorecer la coordinación entre unidades asistenciales, ha sido la clave fundamental que ha permitido la implantación de GSIR en los centros de Atención Primaria, mediante la firma de Acuerdos Vinculantes que repercuten, en último extremo, en una clara mejora para la accesibilidad de los pacientes del Área. La principal mejora detectada está relacionada, no sólo con el mejor y más rápido acceso a toda la información relacionada con el paciente, sino con la repercusión que esto tiene en la Historia de salud Digital Única, que tras esta implantación sí es una realidad. Las mayores dificultades han sido de tipo estructural, siendo necesaria una infraestructura informática adecuada así como, en un momento posterior, la inexperiencia en el manejo del sistema gestor mismo por parte de los profesionales implicados. La clave para superarlas está en una adecuada planificación previa, conociendo los recursos con los que contamos y, posteriormente, el desarrollo de una formación básica y estructurada por parte de profesionales que conozcan la herramienta, a ser posible impartida en cada uno de los centros participantes.

P-129

Centro: H.U. Virgen Macarena

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES PORTADORES DE D.A.I. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA.

Autores: NIETO GUTIÉRREZ M.P.; BORREGO IGLESIAS I.M.; MALDONADO LOBO J.; CALERO VALLES Y.; DIAZ INFANTE E. Y CÓZAR LEÓN R..

Objetivos: El número de implantes de desfibriladores automáticos y resincronizadores de alta energía ha aumentado considerablemente. Esto trae como consecuencia un aumento de la carga asistencial provocada por las visitas necesarias para realizar el control y seguimiento de estos dispositivos. En nuestro medio, desde el año 2003, utilizamos sistemas de monitorización a distancia para DAIs y DAI-TRCs. Estos sistemas nos permiten obtener información sobre el estado del dispositivo y la dinámica cardiaca desde cualquier lugar en que se encuentre el paciente. Pero el empleo de estos sistemas ¿Agiliza los seguimientos? ¿Suponen mayor carga asistencial para enfermería? ¿Qué beneficios obtenemos? La actuación específica de enfermería incluye la información/educación al paciente y familia, asegurar la activación del sistema incluyendo entrega de consentimiento informado, revisión de datos transmitidos, informar al médico de los datos recibidos y contactar con el paciente en caso necesario. Objetivos: Determinar beneficios obtenidos con el empleo de la monitorización domiciliaria y cambios ocasionados en nuestra práctica diaria.

Material y Método: Análisis retrospectivo de las transmisiones recibidas, utilizando como muestra las del último año.

Resultados: Actualmente contamos con 233 pacientes portadores de DAI o DAI-TRC con sistemas de monitorización domiciliaria activos. Trabajamos con tres sistemas de monitorización diferentes. En el último año analizamos 1632 transmisiones de monitorización frente a 790 revisiones presenciales de estos mismos pacientes. Ha supuesto reducción de revisiones presenciales en pacientes sin eventos. En pacientes con eventos, ya sean arrítmicos o por disfunción del dispositivo implantado, anticipa la atención o tratamiento.

Discusión: Al integrar la monitorización domiciliaria en nuestro trabajo diario se han producido cambios en la rutina de seguimientos. Ha supuesto mayor carga para enfermería, lo que ha motivado reestructurar la sistemática de trabajo en la consulta de seguimiento. Es bien aceptado por el paciente y familia, y le proporciona seguridad.

P-130

Centro: UGC Esperanza Macarena (DSAP Sevilla)

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

MODELOS PREDICTIVOS DE DIABETES GESTACIONAL BASADOS EN EL CRIBADO DE PRIMER TRIMESTRE (PROYECTO CRIVENTOS).

Autores: CORCHADO ALBALAT Y.; VILLAFUERTE FERNÁNDEZ I.; MORALES CERRO A.; LARA MONTERO A.M.; LÓPEZ LARA J.J. Y ORTEGA CALVO M..

Objetivos: Existen evidencias de que las hormonas que se analizan en el cribado del primer trimestre del PAI Embarazo, PAPPA-A y BHCG-Libre, podrían tener valor predictivo con respecto al estado de diabetes gestacional (F Beneventi et al. Prenat Diagn. 2011 ; 31 :523). Bajo la hipótesis de que los valores de PAPPA-A y BHCG-

Libre poseen una capacidad predictiva sobre el estado clínico de diabetes gestacional, nosotros con esta comunicación, queremos aumentar el valor interpretativo de la primera visita del médico de familia en el PAI Embarazo mediante la elaboración de modelos con regresión logística binaria para explotar la información biológica contenida en los valores hormonales del cribado de primer trimestre. (PAPPA-A y BHCG libre).

Material y Método: Planteamos un diseño casos – control no pareado con intención de alcanzar una máxima eficacia (4 controles / 1 caso) . Se definen los criterios siguientes: Criterios de Inclusión Generales: Gestantes que se hayan realizado el cribado de primer trimestre desde su implantación.Criterios de inclusión para Casos : Diabetes Gestacional: Presentar un test de O´sullivan positivo y realización de Curva de glucemia de cuatro puntos con criterios de diabetes gestacional positivos. Criterios de exclusión para Casos: Gestantes diagnosticadas de diabetes mellitus tipo I o II con anterioridad a la gestación, Criterios de Inclusión para Controles: Gestantes que se hayan realizado el cribado de primer trimestre y que no hayan presentado diabetes gestacional. Criterios de Exclusión de Controles: Gestantes con producto al final del embarazo afecto de aneuplodia. Se han definido las siguientes variables: Dependiente: Tener diabetes gestacional o no tenerla (categórica binaria). Predictoras: Indice de Masa Corporal, PAPPA-A, BHCG-Libre , semana gestacional en la que se realiza el cribado de primer trimestres, semana gestacional en la que se realiza la curva de glucemia con sobrecarga , glucemia basal en curva de glucemia, glucemia a los 60' , glucemia a los 120', glucemia los 180´. Número de cigarrillos en 24 horas durante el primer trimestre , Fertilización "in Vitro" (si/no). Peso de la embarazada en la primera visita del proceso embarazo, Peso de la embarazada en la última visita del proceso embarazo , TAS en última visita de embarazo, TAD en última visita de embarazo. Gemelo desaparecido si/no; Embarazo gemelar si/no. En el tamaño de muestra se intentarán conseguir diez eventos de interés por variable (Rev Esp Salud Publica;2002:76:85).

Resultados: Este proyecto está en proceso de ejecución y análisis. Obtuvo la conformidad del CEI local en Febrero de 2013.

Discusión: Con esta investigación queremos otorgar capacidad interpretativa y predictiva al médico de familia en la visita de la 12ª semana de gestación con respecto al desarrollo de diabetes gestacional, utilizando los valores hormonales del cribado del primer trimestre. Este proyecto forma una parte correspondiente del contrato programa de las dos UGC de atención primaria que lo implementan.

P-131

Centro: hosp vgen rocio

Provincia: sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

SISTEMA SPINECOR , INNOVACIÓN Y EFICACIA

Autores: BERNAL MARQUEZ M....

Objetivos: Mejorar el confort

Ser portado de forma discreta debajo de la ropa.

Obtener aspecto estético óptimo.

Mejorar de la autoimgen.

Aumentar la aceptación del tratamiento.

Realizar con normalidad las actividades de la vida diaria.

Reducir tiempo de tratamiento.

Aumentar la efectividad en la reducción de la cura.

Corregir la postura con un enfoque tridimensional.

Material y Método: Evaluación clínica

Evaluación radiológica

Clasificación de la curva

Movimientos correctivos y ajuste del corse.

Tratamiento de Fisioterapia en el Programa Spinecor.

Revisiones hasta finalización de tratamiento.

Resultados: Incremento de la aceptación tanto por parte del niño como de sus padre.

Reducción del tiempo de evolución y tratamiento.

Mejor compatibilidad con los aspectos estéticos y funcionales

Compatibilidad con actividades deportivas y lúdicas

Reducción máxima de la curva.

Discusión: El programa Spinecor es un sistema innovador que llevamos aplicando en el tratamiento de la escoliosis idiopática en niños y adolescentes con excelentes resultados, el abandono del tratamiento es nulo y la adherencia al tratamiento es máxima. La comparación a nivel estadístico demuestra una eficacia superior al 20 % en relación a los resultados obtenidos entre diferentes métodos de tratamiento de la escoliosis.

P-132

Centro: HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Provincia: GRANADA

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

¿SUPONDRÍA LA APLICABILIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN HOLOCRÁTICO UN AUMENTO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN SANIDAD?

Autores: SANCHEZ LOPEZ J.D.; VILLEGAS CALVO M.M. Y LUQUE MARTINEZ F.M..

Objetivos: 1.-Objetivo Principal: -Comprobar que la holocracia representa un aumento en la calidad asistencial a través del desarrollo de la innovación. 2.-Objetivos Secundarios: -Verificar la posibilidad de aplicabilidad de este sistema de gestión en una UGC. -Valorar la aplicabilidad de este novedoso sistema de gestión en las distintas escalas de organización sanitaria.

Material y Método: La implantación de este sistema organizativo implica un cambio de mentalidad profundo en el que es necesario total transparencia y herramientas que permitan una estructura horizontal y la toma de decisiones en grupo. Los miembros de la estructura se dividirán en círculos (holocrones) en una estructura completamente plana, adoptarán uno o varios roles dentro de cada círculo, y gestionarán su trabajo en un entorno de transparencia radical, apoyada extensamente en el desarrollo tecnológico, dado que es necesario un elevado nivel de interconexión para poder sostener la coordinación de una manera ágil La holocracia se mueve por lo que denominan "tensiones" que es lo que se produce al haber una diferencia entre la realidad presente y lo que "podría ser" o propósito. Las tensiones sólo son útiles en la medida en que la organización puede transformarlos en un cambio significativo.

Resultados: Si hipotéticamente una UGC perteneciente al ámbito quirúrgico precisase de la incorporación una nueva técnica quirúrgica (tensión), el grupo se reuniría para elegir a un miembro encargado de dicha tarea. En caso de no ser capaz de realizarla, se le asignarían otras pero si pasado un tiempo no ejecuta correctamente ninguna, el grupo podría decidir su salida. A priori representaría un sistema eficaz en la introducción de sistemas técnicos innovadores con sus correspondientes efectos de aumento de la calidad asistencial.

Discusión: La ventajas de esta estructura serían: -Generar "claridad organizativa" al estar los trabajadores más preocupados por la tarea a realizar que por quedar bien con el responsable de la organización. -Permite a los distintos miembros explorar áreas de interés o aprovechar sus distintas habilidades (interdependencia de intereses). El sistema cuenta con diversos mecanismos para evitar caer en posibles trampas como exceso de reuniones, la tiranía de las mayorías, separar lo táctico de lo estratégico, etc. CONCLUSIONES. Representaría un paso importante para conocer si la holocracia puede utilizarse para un gran centro hospitalario o si su implantación sólo tiene sentido a nivel de distintos Centros de Salud o UGC, con el fin de mejorar la calidad asistencial.

P-133

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Provincia: Granada

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

PLASMACIÓN DE ASPECTOS DE LA LEY DE TRANSPARENCIA PÚBLICA DE ANDALUCÍA EN LA WEB DE UNA PLATAFORMA LOGÍSTICA SANITARIA

Autores: PÉREZ SÁNCHEZ R.E.; CASAS GARCÍA A. Y MARTÍNEZ MARTÍNEZ E..

Objetivos: Se pretende analizar cómo se ha implementado en la práctica, por parte de una Plataforma Logística Sanitaria, y en el ámbito de la gestión administrativa, algunos de los principios básicos que recoge la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía como es el derecho de acceso a la información –publicidad pasiva- y la publicidad activa (entendida como actitud proactiva de la Administración) por los que vela una entidad autónoma e independiente como es el Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía previendo un régimen sancionador ante los incumplimientos que puedan darse en estas cuestiones.

Material y Método: Análisis del contenido insertado en la web de la Plataforma Logística Sanitaria sobre todo en cuestiones de gestión administrativa, relación con proveedores y comunicación con los mismos; suscripciones de los clientes a los expedientes de su interés de cara a un mejor seguimiento; descarga de documentos, citación para actos públicos e información de resultados con el fin de situarnos lo más cerca posible del concepto de Contratación Administrativa Responsable.

Resultados: La mayor parte de la información que determina de manera exigente la propia Ley de Transparencia Pública de Andalucía ya está disponible en la web, a pesar de que existen áreas de mejora claramente identificadas, que próximamente serán puestas en marcha, como la información estadística de contratos menores o el porcentaje en volumen presupuestario de contratos adjudicados a través de cada uno de los procedimientos previstos en la legislación de contratos del sector público, las modificaciones de contratos, o los convenios suscritos con mención de las partes firmantes, su objeto y plazo de duración.

Discusión: Las nuevas tecnologías resultan claves en la puesta en marcha de proyectos ambiciosos tendentes a una orientación pro transparencia que vinculan a todas las personas y entidades obligadas por la Ley sin perder de vista el principio de no discriminación tecnológica; de derechos y también obligaciones que configuran la relación de la ciudadanía con las Administraciones en esta materia. La Ley de Transparencia de Andalucía sigue la senda de las leyes desarrolladas con carácter previo en Navarra, Extremadura y con la Ley, a nivel estatal, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, con un ambicioso objetivo más fuerte y más evolucionado de que los particulares y las empresas puedan acceder a la información relativa a la gestión que se hace desde las instituciones aumentando la confianza y el crédito de los ciudadanos en lo público en un contexto de crisis institucional y desafección política que atraviesa nuestra democracia.

P-134

Centro: UGC San Isidro

Provincia: Sevilla

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

IMPLANTACIÓN DEL CUPO ENFERMERO EN SAN ISIDRO. PERSIGUIENDO INDICADORES DE CALIDAD

Autores: ALFONSO DALDA S. Y BAENA RAMÍREZ B..

Objetivos: Mejorar la organización de enfermería de la UGC "San Isidro" de Los Palacios (Sevilla), para normalizar la práctica clínica, medir,analizar y evaluar el trabajo de los profesionales de enfermería de forma individual. Pasar de una enfermería técnica a una más clínica

Material y Método: Se ha realizado un análisis por parte del cuadro de mandos de la UGC, explorando la oferta y demanda de los servicios reales ofertados, valorando los servicios útiles y analizando la demora en las agendas medicas. Se implementó un contaje del número de citas por profesional de enfermería y por tareas, adecuando los tiempos por cita de las agendas profesionales, para optimizar los recursos disponibles en nuestra UGC, consultas y visitas domiciliarias realizadas por estos profesionales. Para facilitar el trabajo de enfermería en la línea de la prevención y promoción de la salud a través de los planes de cuidados por procesos, se ha diseñado un modelo de agenda personalizada, por cupos médicos.

Resultados: En primer lugar se ha nombrado un referente de enfermería para cada médico de familia. Se ha elaborado un listado con estos referentes y las consultas que ocupan, así como su número de teléfono. Estos listados se han distribuido entre los integrantes de la unidad para facilitar la coordinación y la labor de todos los profesionales de la unidad. Se crearon agendas personalizadas en las que cada profesional de enfermería ocupa la mayor parte de su jornada laboral en su consulta. Reduciendo a uno los espacios por los que tiene que transitar para el desempeño de sus funciones, gestionando casi todas sus tareas en la misma consulta, consulta está de referencia para sus compañeros, para los profesionales médicos y para los pacientes. Los enfermeros/as están en su consulta de 9 a 12,30 horas por las mañanas y de 15 a 17 horas por las tardes, repartiendo el resto del tiempo entre extracciones y visitas domiciliarias. Todos los profesionales tienen una distribución de trabajo similar en tiempo y forma y atienden las urgencias de forma simultánea conforme se van generando. Se ha elaborado un planning en el que se indica la ubicación de cada uno de los profesionales de enfermería, sus turnos de urgencias, las consultas en las que se ubican y el número de teléfono de las mismas. Este planning se ha distribuido a todo el personal de la unidad para poder localizar a cualquier profesional si fuera necesario.

Discusión: El cambio en el trabajo implantado mejora la equidad en el reparto del trabajo, aumenta la accesibilidad e inicia una demanda compartida, al tiempo que simplifica la gestión de las agendas y los cuidados por procesos. Pensamos que esto puede ordenar la demanda y favorecer la cohesión del equipo, aumentando el grado de implicación de los profesionales de enfermería en la práctica clínica, persiguiendo resultados cualitativos, mejorando su motivación por la formación continuada y la mejora continua, todo lo anterior reforzaría la confianza en los profesionales sanitarios de nuestra UGC.

P-135

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

NORMALIZACION DE LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA EN ANDALUCIA

Autores: ANDRES CARRETERO M.A.; SALCEDO CRESPO S.; CARACUEL GARCIA A.; FERREIRA VACAS J.; ARENCIBIA RIBERO T. Y FERNANDEZ DAZA R..

Objetivos: -Elaborar una herramienta específica para los establecimientos de restauración institucional que les ayude a la mejora de la inocuidad de los alimentos mediante la certificación de sus proveedores de alimentos. -Desarrollar un documento normalizado de especificaciones técnicas y sanitarias de los productos alimenticios necesarios para la elaboración de menús establecidos en los códigos de dietas de los hospitales andaluces. -Desarrollar un catalogo de fichas técnicas de platos de la alimentación hospitalaria, para homogenizar menús, respetando los locales y unificando criterios de ingredientes cualitativa y cuantitativamente.

Material y Método: Se han mantenido 9 reuniones del Grupo de Trabajo de Normalización en Alimentación Hospitalaria de la SANCYD, desde 2009 hasta 2014, en los que se ha trabajado siguiendo el siguiente protocolo: Aportación y estudio de documentación de distintos hospitales públicos de Andalucía: o Planes Generales de Higiene de Especificaciones sobre Productos y Certificación de Proveedores de los hospitales participantes. o FT de los platos del menú. o Especificaciones de los Pliegos de los diferentes procedimientos de compras de productos. o Especificaciones sobre Productos y Certificación de Proveedores. o Normas y estándares de certificación reconocidas internacionalmente. o Normas y estándares de certificación de empresas de distribución de alimentos. o Legislación. oElaboración del borrador de estándar de certificación de proveedores específico para empresas de restauración social HOSPIFOOD®. o Estudio del borrador, propuestas de mejora y aprobación de la versión "HOSPIFOOD® 0.0". o Curso de formación de auditores, para este estándar, acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. o Pilotaje del estándar, mediante la realización de auditorías de certificación de proveedores de alimentos a hospitales, geriátricos y colegios. o Elaboración de un catalogo de materias primas con formato de Ficha Técnica. o Revisión de las fichas técnicas de platos y elección de las que formarían el documento: perfil nutricional, unidad de compra, categoría comercial, cálculo nutricional y gramaje.

Resultados: -ESTÁNDAR HOSPIFOOD® PARA CERTIFICACIÓN DE PROVEEDORES DE ALIMENTOS EN HOSPITALES, COMEDORES ESCOLARES Y OTROS ESTABLECIMIENTOS DE RESTAURACIÓN SOCIAL. -DOCUMENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE ALIMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE CÓDIGOS DIETÉTICOS, en una hoja de cálculo [Excel) -NORMALIZACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS DE PLATOS: Código SAS, Provincia, Hospital, Nombre plato, Ingredientes gr., Ingredientes comestibles gr., Kcal, Proteínas, HC, Grasa y Fibra.

Discusión: - Se ha elaborado una herramienta que ayuda a la mejora de la inocuidad de los alimentos mediante la certificación de los proveedores y que cumple con las directrices del Documento Orientativo de Especificaciones del Sistema de Autocontrol de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

P-136

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Provincia: Granada

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN POR CÓDIGO DE BARRAS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

Autores: MORÓN ROMERO R.; GONZALEZ MEDINA M.C.; CABALLERO ROMERO A.; BLANQUEZ MARTÍNEZ D.; DÁVILA FAJARDO C.L. Y CABEZA BARRERA J..

Objetivos: La dispensación de medicamentos a pacientes externos constituye una actividad de los servicios de farmacia de los hospitales con una repercusión asistencial cada vez mayor. Un aspecto clave del funcionamiento del área es garantizar la seguridad del paciente, ya que se trata de pacientes con enfermedades complejas en tratamiento con medicamentos de especial control médico. OBJETIVOS: Describir la implantación de un sistema de dispensación mediante código de barras y mejorar la seguridad en el circuito de dispensación de medicamentos a los pacientes externos.

Material y Método: Ámbito de desarrollo: área de dispensación a pacientes externos de un hospital Universitario de Especialidades. Se Implanto un sistema de dispensación mediante código de barras que permite mejorar la atención farmacéutica de los aproximadamente 5.178 pacientes externos de media que se atiende al año en la consulta. Programa de Pacientes externos: Sistema que permite la identificación por lectura del código de barras del medicamento a dispensar conforme a la prescripción médica actualizada. La dispensación se realiza a través del programa informático de dispensación de pacientes externos farmatools®, el programa cuenta con una opción de dispensación segura, un lector óptico lee el código de barras de cada medicamento a dispensar. Registro y almacenaje de firma electrónica del paciente: asociado a cada dispensación.

Resultados: El 98% de las dispensaciones se ha realizado mediante lectura del código de barras, asegurando que el medicamento dispensado coincide con la orden médica del paciente en el 100% de los casos. En aquellos en que no hubiera coincidido el medicamento con la prescripción el sistema hubiera impedido seguir dispensando por lo que la tasa de dispensación de medicamentos erróneo, desde su implantación, es cero. Ha aumentado la percepción de seguridad en cada acto de dispensación. Se ha mejorado la seguridad a la hora de dispensar, ya que con este sistema no existe posibilidad de confusión. Al leer el código de barras, si no coincide el envase con la prescripción médica del ordenador, este sistema no permite hacer la dispensación.

Discusión: Este sistema ha permitido implantar un procedimiento de trabajo que garantiza una farmacoterapia más segura a pacientes externos aumentando igualmente la satisfacción de los usuarios del sistema.

P-137

Centro: Hospital Virgen de las Nieves

Provincia: Granada

Área Temática: INNOVACIÓN Y DESINVERSIÓN

IMPLANTACIÓN DE LA DIGITALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMAS EN LOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE GRANADA

Autores: MUÑOZ SANCHEZ C.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ J.M.; GUTIERREZ CUADRA P.; TORRES BUSTOS A.; TRUJILLO CARMONA A. Y MORENO AGUILAR R..

Objetivos: Mostrar cómo se ha definido el proyecto digitalización de electrocardiogramas para todos los Hospitales en la provincia de Granada, fases del mismo y metodología aplicada para su gestión enmarcado en la historia digital de salud del ciudadano en Andalucía y dentro de las actuaciones acerca de la seguridad al paciente.

Material y Método: Para la puesta en marcha se definieron las siguientes etapas:

1) Workflow de pacientes a realizar el electrocardiograma (EKC) tanto de urgencias como en hospitalización identificando al paciente con pulsera y consultas externas de cardiología tras la citación en el sistema de citación corporativo DIRAYA. 2) Inventario de equipos de Electrocardiografía (mac 1200, mac 800, mac 1600, mac 2000) y pruebas de conectividad de equipos mediante puntos de red o Wifi. 3) Mensajería dentro de la normativa de la Oficina de Interoperabilidad del Servicio Andaluz de Salud para la obtención del informe de electrocardiogramas tras la solicitud de EKC bajo demanda clínica (en urgencias y hospitalización) o mediante worklist alimentado por el sistema de citación

Resultados: Se ha conseguido visualizar el informe de electrocardiogramas en la historia digital de salud del ciudadano en Andalucía en todos los hospitales de Granada. tanto en episodios de hospitalización como en urgencias y consultas externas identificando inequívocamente al paciente y sin necesidad de imprimir el EKC.

Discusión: Es una medida efectiva, eficiente para la seguridad del paciente, mejora de la efectividad diagnóstica o terapéutica y sostenible al medio ambiente.

P-138

Centro:

Provincia:

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

GRADO DE ADECUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNACIÓN DE TÉTANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: CARBAJO MARTÍN L.; ARAGÓN ARAGÓN T. Y LEÓN ARÉVALO I..

Objetivos: Valorar la adecuación del nuevo Protocolo de Actuación ante heridas susceptibles de requerir vacunación de tétanos Evaluar los resultados del primer mes tras la puesta en funcionamiento del protocolo Valorar el inicio de un estudio a largo plazo sobre la adecuación de la vacunación del tétanos

Material y Método: Se considera que una correcta vacunación son 5 dosis y que no hay que reiniciar la vacunación, tan sólo administrar una dosis de recuerdo a los 65 años. Si la herida es tetagénica y el paciente no tiene al menos 3 dosis de vacunación habrá que administrar gammaglobulina antitetánica. Se han analizado y comparado las bases de datos de los pacientes asistidos en el servicio de urgencias que han recibido la vacunación del tétanos durante los meses de julio 2014 y julio 2013. Este pequeño estudio descriptivo intentará servir de base para corregir los errores del protocolo y comenzar con un análisis más profundo del tema que durará al menos un año. Los datos que hemos analizado son: -Número de urgencias totales -Número de vacunaciones del tétanos -Número de gammaglobulinas administradasadecuación de las vacunaciones al protocolo.

Resultados: En julio 2013 atendimos 5645 urgencias administrando 34 vacunaciones del tétano y ninguna gammaglobulina. En julio de 2014 fueron 5659 pacientes administrando 48 vacunas y 4 gammaglobulinas antitetánicas. El número total de urgencias es similar pero hay un discreto aumento de dosis de vacunación en 2014. Lo llamativo es que en 2013 no se administró ninguna dosis de gammaglobulina.

Discusión: El aumento en número de vacunaciones por tétanos es mínimo pero el protocolo ha servido para poner de manifiesto la necesidad de administración de gammaglobulina cuando la herida es teratogénica y la persona no tiene al menos 3 dosis de vacuna antitetánica. La principal dificultad radica en el conocimiento del número de dosis de vacunación que tiene el paciente y que, por regla general, desconoce. La mayoría de usuarios no recuerda las vacunas que recibieron y no conservan su cartilla vacunal, por tanto, ¿quiénes están vacunados? ¿se pone una dosis si el paciente no recuerda si está vacunado? ¿atendemos al criterio de la edad para presuponer que el paciente está correctamente vacunado? Todas estas cuestiones han salido a la luz tras la instauración del protocolo. Hay que saber que la vacunación confiere protección individual porque no hay transmisión entre humanos. Por tanto podría valorarse en un segundo tiempo la vacunación si estamos ante una herida limpia para resolver con su calendario vacunal y los registros de los centros de salud la correcta vacunación y no seguir sobrevacunando a la población. De hecho desde nuestro centro enviamos los datos a los correspondientes centros de salud para dicho seguimiento. Aún nos queda mucho que mejorar con el protocolo y la difusión dentro de nuestro propio centro y los centros adscritos pero este análisis del primer mes nos servirá de base para futuros estudios y mejorar nuestra pauta de actuación.

P-139

Centro:

Provincia:

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

GESTIÓN DE PERSONAS. CENTRALIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS. HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Autores: ARELLANO BRAVO E.; RODRIGUEZ PAÑOS M.T.; ARELLANO VELAZQUEZ E.; ROMERO BRIOSO C. Y CARCAMO BAENA J....

Objetivos: 1. Garantizar desde la unidad de RR.HH. la cobertura de todas las incidencias (previstas e imprevistas) que se produzcan atendiendo a la actual ratio enfermera/paciente, facilitando la labor de los MM.II. 2. Tener una visión global de RR.HH necesarios, así como de las cargas de trabajo y presión asistencial que soportan las unidades y poder hacer frente a la misma, con el fin de reducir de este modo las complicaciones potenciales y mejorar la calidad en la asistencia prestada. 3. Medir el grado de satisfacción de los profesionales de enfermería asignados a la unidad de RRHH y de los MM.II. mediante encuesta de satisfacción. 4. Identificar las líneas de mejora a abordar desde la unidad de RR.HH.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo trasversal con análisis de cobertura desde su implantación (horas de cobertura por UCG) y medición de la satisfacción tanto de los Mandos Intermedios como de los profesionales asignados a la unidad de RRHH mediante cuestionario diseñado al efecto. Muestra de 40 profesionales de enfermería del retén (70% de la plantilla del retén), seleccionados aleatoriamente, con el siguiente criterio de inclusión: Permanencia en el retén superior a 3 meses. Muestra aleatoria de 15 Mandos Intermedios con el siguiente criterio de inclusión: Permanencia en el cargo más de 1 año La recogida de información de las coberturas se ha llevado a cabo desde su implantación en abril 2013 a julio 2014 y se utilizo para su análisis el programa IBM SPSS 22.0.

Resultados: Los resultados recogidos en las encuestas muestran una valoración bastante positiva de los MM.II. en relación al apoyo y trato que reciben desde la Unidad de RR.HH., siendo la cobertura de absentismo imprevisto y la planificación de vacaciones lo mejor valorado, y aunque será uno de los aspectos a mejorar ha disminuido a un 50% el tiempo que estos dedican ahora a la gestión de RR.HH. Por parte de los profesionales valoran muy positivamente la relación con la unidad, el tipo de turno y la facilidad que tienen para cualquier tipo de cambio. Las líneas de mejora a llevar a cabo deben dirigirse a la integración de los profesionales del reten en las unidades, y hacerlos participes en los programas de formación de estas.

Discusión: En momentos como el actual se hace necesario introducir cambios en los sistemas de gestión, siendo la centralización de los recursos una herramienta para garantizar la dotación de RR.HH. y con ello favorecer la calidad en la asistencia. Es muy importante que todos los profesionales asignados a la Unidad de RR.HH. tengan el mismo referente, que mantenga una relación cordial con ellos, conozca sus preferencias, sus competencias, su disponibilidad,… lo que en muchos casos le va a facilitar su tarea.

P-140

Centro: H U V MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADHERENCIA DEL PACIENTE VIH.

Autores: CONTRERAS AUTERO J.A..

Objetivos: Mediante el presente estudio se intenta determinar la importancia de establecer un protocolo de dispensación del TARGA que garantice una buena adherencia y por lo tanto una mejoría clínica en el control de esta patología crónica. Se ha valorado igualmente la aportación del personal facultativo y técnico en la Farmacia en el proceso de Atención Farmacéutica a este tipo de pacientes.

Material y Método: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados(n = 951) con infección de VIH en el periodo 01/07/2013 a 30/06/2014 que retiran su medicación en la Consulta de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia. Para la obtención de datos se emplea el programa de gestión farmacéutica FARMATOLS y el sistema integrado sanitario DIRAYA. Para el cálculo del valor de adherencia se ha empleado el siguiente método: Valor ADH Igualmente valoramos la interacción directa técnico-paciente a través de los protocolos establecidos. Dentro de las estrategias empleadas, se incluyen varias intervenciones que se realizan de forma unitaria o conjunta como son: • Atención directa por parte del Técnico en Farmacia supervisada por el farmacéutico. • Averiguar si la falta de adherencia es intencionada o no. • Llamadas telefónicas de seguimiento en pacientes problemáticos. • Recomendación de acudir a la consulta con familiares para involucrarlos en el seguimiento. • Facilitar hojas informativas y dípticos a los pacientes con información expresada de forma clara y sencilla. • Emplear sistema personalizados de dosificación (SPD) en forma de blísters semanales desechables. • Establecer canales de comunicación farmacéutico-paciente efectivos. • Evaluar la adherencia de forma regular. • Vigilar el uso de drogas, alcohol.

Resultados: . Los valores de adherencia obtenidos son del 95%, exceptuando casos puntuales de fracaso terapéutico, exitus o traslado a otros centros.

Discusión: Las intervenciones farmacéuticas estableciendo protocolos de adherencia al TARGA suponen un impacto positivo en la evolución clínica del paciente VIH. Una evaluación previa del paciente y su entorno social nos aportará factores de predicción sobre el grado de cumplimiento terapéutico. La labor profesional del Técnico en Farmacia bajo supervisión del Facultativo es fundamental para la consecución de una adherencia óptima debido a su cercanía con el paciente .

P-141

Centro: HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE.

Provincia: SEVILLA

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

FORMACIÓN Y USO DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.

Autores: CANTO NEGUILLO R.; OJEDA LUNA J.L.; CAMPOS RAMOS A.; SOLÍS GALERA I.; GUTIÉRREZ SANCHO A. Y GALINDO VALLE J.M..

Objetivos: Desde el año 2008, existen claras recomendaciones desde distintas sociedades científicas acerca de las indicaciones concretas para el uso de la ecografía en los servicios de urgencias hospitalarios. En situaciones de emergencias, la ecografía puede guiar técnicas salvadoras y en otras situaciones proporciona al clínico más información para elaborar su diagnóstico de sospecha y así tomar decisiones informadas sobre posibles derivaciones y el recurso de transporte adecuado. En nuestro hospital contamos con un ecógrafo en la unidad de radiología, en consulta de digestivo, urología y cardiología. Ninguno de los cuatro equipos son portátiles, pero sí se pueden transportar con ruedas.En nuestro hospital no contamos con dispositivos portátiles con sonda multifrecuencia. Los objetivos que nos proponemos son: Conocer el grado de formación en ecografía del personal facultativo de urgencias. Comprobar el grado de utilización de la ecografía en pacientes atendidos en urgencias y hospitalización de nuestro hospital durante el período 1-1-2010 hasta 30-6-2014.

Material y Método: Para el primer objetivo, llevamos a cabo una encuenta sobre la formación de cada profesional. Para el segundo objetivo, se creó un registro escrito de cada profesional en el que se especificaba el número de historia clínica, tipo de ecografía realizada y hallazgo principal. Además, cada vez que se reliza un ecografía por los médicos de urgencias, ésta queda reflejada en el campo "pruebas coplementarias" de la historia clínica.

Resultados: La encuesta fue cumplimentada por los 10 facultativos de urgencias. La edad de estos profesionales oscila entre 35 y 53 años. La antigüedad en la Empresa Sanitaria Bajo Guadalquivir es desde 2008 para 8 de ellos, 2007 para uno y 2011 para otro. La experiencia en urgencias intra y extrahospitalaria va desde 14 a 29 años. Datos de formación El 100% cuenta con formación básica en EcoFAST. Cuatro de los 10 médicos tienen además formación avanzada en ecografía abdominal, músculo-esquelética, vascular y ecocardiografía (Semergen y Sociedad Española de Cardiología). Ecografías realizadas desde el 1-1-2010 hasta 30-6-2014 : Total de 1007 ecografías en urgencias realizadas en este período. Ecografía abdominal (687), EcoFast (184), Ecocardiografía (15), Ecografía de compresión de miembros inferiores (68), Ecografía músculo-esquelética (53). En Hospitalización se realizaron 33 ecografías: paracentesis (4), toracocentesis (6), ecografía abdominal (23), ecocardiografía (2).

Discusión: Creemos que la utilización de la ecografía habría aumentado, sobre todo en el área de hospitalización, si hubiésemos contado con ecógrafos portátiles con sonda mutifrecuencia. El uso del ecocardiógrafo no ha sido muy frecuente debido a los problemas derivados de la movilización del aparato en los primeros momentos. El equipo investigador quiere agradecer a la Dirección Gerencia de su hospital el permiso para utilizar los ecógrafos hospitalarios no adscritos al servicio de urgencias.

P-142

Centro: UGC "Las Palmeritas"

Provincia: sevilla

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

TELEDERMATOLOGIA.DIAGNOSTICO PRECOZ DE LESIONES DERMICAS

Autores: BASCUÑANA GARRIDO M.; AGUADO DE MONTES C.; SANCHEZ GONZALEZ I.; GONZALEZ LOPEZ A.; BLANCO RUBIO C. Y FERNANDEZ SANTIAGO E..

Objetivos: La aplicación de la Teledermatología (TD) ha permitido acelerar el diagnóstico y tratamiento de lesiones dérmicas potencialmente malignas, reducir la demanda asistencial y consultas hospitalarias innecesarias y, sobre todo, mejorar la accesibilidad de los pacientes a consultas de alta resolución en Atención Primaria En este trabajo se expone el interés por la mejora de este programa en nuestra UGC. Objetivos: - Valorar la capacidad resolutiva de la consulta Teledermatología (TD) para el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas potencialmente malignas mediante análisis de concordancia diagnóstica entre sospecha clínica y diagnóstico definitivo. - Comprobar efectividad de medidas de mejora implantadas (sesiones clínicas, formación e incorporación de dermatoscopio) desde 2009, comienzo del programa, a mayo 2014.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo. Se estudian pacientes en consulta TD (abril 2009-mayo 2014) en UGC Urbana (18559 ciudadanos), con historia clínica y fotografía digital de lesiones. Se valora la capacidad resolutiva (porcentaje de pacientes que no precisó derivación a Dermatología).

Resultados: Pacientes: 1125, fotografía digital: 335. Concordancia diagnóstica: 62,79% (2009), 65% (2010), 67,18% (2011) y 72.30% (2012). Tras incorporación del dermatoscopio (enero 2013), aumentó hasta 87,80% (mayo 2014). Hasta 2012, diagnósticos más frecuentes: cáncer basocelular (37,8%), queratosis seborreica (19,15%), nevo melanocítico adquirido (13,08%), melanoma (2,8%). Desde la incorporación del dermatoscopio (2013): carcinoma basocelular sigue siendo diagnóstico más frecuente (42,73%), nevus atípicos 18,8%, melanoma 5,12%. Disminución de queratosis seborreica (5,30%), probablemente mejor indicación de TD por los médicos de la UGC. El 78,84% de pacientes no precisaron acudir a consulta de Dermatología, quedando establecido diagnóstico y tratamiento en el centro de salud.

Discusión: TD se constata como útil, acelerando diagnóstico y tratamiento de lesiones dérmicas, aumentando la capacidad de resolución de las consultas de AP. Sin embargo, a pesar de los resultados, cada vez es más difícil mantener esta consulta en los centros de salud, por su escasa priorización en tiempo de dedicación respecto a la consulta a demanda. La formación e implicación de médicos de la UGC optimiza la consulta de TD. Continuaremos monitorizando datos para incrementar aún más la capacidad de la UGC para diagnóstico precoz y certero de lesiones dérmicas potencialmente peligrosas. Los resultados expuestos nos indican que por responsabilidad de la Atención Primaria de salud, debemos seguir realizando y avanzando en esta técnica para no dejar atrás los beneficios aportados a la ciudadanía.

P-143

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Provincia: Granada

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

DESARROLLO DE UN SISTEMA SEGURO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS MEDIANTE LECTURA DE CÓDIGO DE BARRAS

Autores: CABEZA BARRERA J.; VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA A.M.; BLÁNQUEZ MARTÍNEZ D.; CABALLERO ROMERO A.; PRADOS PEÑA D. Y BOLIVAR LÓPEZ F..

Objetivos: Comprobar la eficacia y utilidad de un sistema diseñado para asegurar un proceso de administración segura de fármacos citostáticos mediante el uso de un lector de códigos de barras portátil (PDA).

Material y Método: Desde el servicio de Farmacia se imprimen diariamente pulseras identificativas que incluyen el nombre, apellidos y número de historia del paciente, además de un código de barras personalizado. Las mezclas intravenosas de citostáticos elaboradas son también etiquetadas con el fármaco que contienen, la dosis, el orden de administración, la velocidad de infusión, nombre del paciente, número de historia y un código de barras que contiene todo esta información. Tanto las pulseras como los medicamentos son enviados al Hospital de Día de Oncología. En este Hospital de Día, el equipo de enfermería dispone del sistema portátil para la lectura de códigos de barras (PDA). En primer lugar, el enfermero la utiliza para identificarse mediante un código de barras propio (que incluye usuario y contraseña). Posteriormente, se procede a la identificación del paciente mediante la lectura del código de barras de la pulsera (previamente colocada a cada paciente) y finalmente se confirma el citostático a administrar, así como el orden de infusión en caso de que sean varios fármacos, también con la lectura del código de barras. La PDA valida cada paso de forma rápida y con un lenguaje de fácil comprensión. Si alguna de las etapas de la administración es errónea (paciente incorrecto, fármaco incorrecto…) la PDA avisa mediante un mensaje de error y no permite continuar con el proceso. Las PDAs están conectadas con el programa informático del Servicio de Farmacia, de manera que cuando el fármaco es administrado al paciente, toda la información queda grabada.

Resultados: El sistema de administración segura de citostáticos mediante PDAs ha sido altamente aceptado tanto por el personal de enfermería como por los pacientes. El proceso es rápido, cómodo y funciona sin errores. Sólo es necesario repasar los protocolos de Oncología en relación al orden de administración de cada fármaco y ya podrá ponerse en marcha sin problemas.

Discusión: La utilización de PDAs en la administración de fármacos citostáticos supone una garantía de seguridad para el paciente, cumpliéndose así lo que en Seguridad del Paciente se denomina "the five rights": paciente correcto, fármaco correcto, dosis correcta, vía correcta y fecha correcta.

P-144

Centro: Distrito Poniente

Provincia: Almería

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

CUESTIONARIO ONLINE:HERRAMIENTA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PLAN DE PARTICIPACION DE LA CIUDADANIA

Autores: BARAZA CANO M.P.; PIQUERAS ROMERO N.M.; CASTILLO CARREÑO J.; MONTOYA VERGEL J.; GRANADOS SERRANO M.T. Y CAZORLA LOPEZ P.A..

Objetivos: •Diseño de herramienta online para registro y seguimiento de actividades de participación con la ciudadanía •Elaboración de plan de difusión de dicho cuestionario.

Material y Método: •Grupo de trabajo formado por directivos de UGC, técnico de promoción de la salud, Trabajador Social, Responsable de Atención a la Ciudadanía y profesionales del Servicio de Sistemas de Información •Búsqueda de bibliografía y experiencias similares •Diseño de cuestionario digital online sobre actividades del Plan de participación. •Difusión del cuestionario a los Directivos y profesionales del Distrito.

Resultados: Tras la valoración del grupo de trabajo de las necesidades existentes para el seguimiento de las actividades se ha diseñado un cuestionario online desplegable en la mayor parte, con los siguientes contenidos: UGC. Área de actuación. Nombre de la organización que promueve la acción. Tipo de Organización. Título de la actuación. Tipo de actuación. Fecha de inicio. Fecha de fin. Duración en horas. Tema abordado. Población a la que va destinado. Lugar de desarrollo. Número de asistentes (hombres). Número de asistentes (mujeres). Nombre y Apellidos de la persona que realiza la acción Profesión de la persona que realiza la acción. Adjuntar memoria (sí la hay). La difusión del cuestionario se ha realizado a través de la web corporativa de aplicaciones del Distrito, así como correos electrónicos a todos los directivos y trabajadores sociales de las UGC. Se ha enlazado el cuestionario con mapa geográfico de forma que las actuaciones sean visualmente localizables de forma rápida y cómoda. Aunque el cuestionario solo tiene dos meses de implantación ya se han recogido 22 actividades.

Discusión: Es necesario facilitar el registro de las actuaciones de participación con la ciudadanía para poder evaluar con mayor rigor la influencia de las mismas sobre objetivos en salud, así como la calidad de las mismas, siendo el cuestionario una herramienta util para ello Aunque existen otras experiencias en España (en Asturias), no han tenido continuidad, quizás por los canales de difusión y la dificultad de su cumplimentación, por ello uno de nuestros objetivos era hacer un buen plan de difusión del cuestionario, así como conseguir que fuera accesible desde todos los puestos de trabajo, independientemente de la tecnología usada. El cuestionario es modificable en función de las necesidades de evaluación y aunque en su inicio se han incluido solo datos descriptivos, en un futuro permite incluir satisfacción de la ciudadanía en relación con las actividades u otros aspectos de mejora.

P-145

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Provincia: granada

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA CORPORATIVO DE IMAGEN DIAGNÓSTICA DIGITAL EN LA PROVINCIA DE GRANADA

Autores: MORENO AGUILAR R.; GUTIERREZ CUADRA P.; TORRES BUSTOS A.; MUÑOZ SANCHEZ C.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ J.M. Y DIAZ LORENZO M..

Objetivos: Enmarcado en la historia digital de salud del ciudadano en Andalucía, este trabajo tiene como objetivo mostrar cómo se ha definido el proyecto de un sistema de almacenamiento y distribución de imagen diagnóstica corporativo para todos los centros de salud de Primaria, Hospitales y Hospitales de Alta Resolución (HAR) en la provincia de Granada, fases del mismo y metodología aplicada para su gestión.

Material y Método: Para llevar a cabo la ejecución de este proyecto, se ha adjudicado mediante concurso público, la adquisición de un Sistema de almacenamiento y distribución de imagen (PACS) que se compone de parte hardware y software y equipo de colaboración. Uno de los trabajos iniciales ha sido el estudio del volumen de datos en los diferentes sistemas de información y el cálculo de la información que no se registra en ningún sistema. A partir de estos datos, entre otros, se han realizado estimaciones del crecimiento a nivel provincial para dimensionar adecuadamente los servidores, líneas de comunicación, cálculo de accesos a las imágenes, tiempos de respuesta y poder configurar una solución de futuro. Durante la puesta en marcha, existe una fase de migración al PACS corporativo de datos e imágenes de los PACS existentes en los Hospitales Virgen de las Nieves-Motril, Clínico San Cecilio, Hospital de Baza, HAR de Loja y HAR de Guadix, estando accesibles estos sistemas mientras toda la información no esté totalmente migrada. La solución propuesta almacena las imágenes en servidores centralizados en dos Centros de Datos más una caché en hospitales que se mantienen sincronizados. Las imágenes se mostrarán en cualquier puesto cliente, siendo recibidas desde la localización más rápida. Éste es un proyecto innovador en la provincia y para ello estamos aplicando metodología Lean. La principal característica reside en que, dado que tratamos con un entorno incierto por volumen de datos, dispersión geográfica, red de comunicaciones, es preciso medir el resultado de las primeras intervenciones para modificar la estrategia si los resultados no son positivos o perseverar si los resultados van bien encaminados.

Resultados: El proyecto de un PACS Corporativo supone un nuevo reto con el que se obtiene una herramienta que permite el acceso a la imagen unificando tecnologías, métodos de trabajo y uniformidad en las prestaciones ofertadas por el Servicio Andaluz de Salud. Ofrece al profesional un mayor conocimiento de los procesos del paciente y le permite realizar un seguimiento con todos los controles y niveles de seguridad propios de un sistema de información.

Discusión: Está siendo necesario invertir en dotación de infraestructuras, red de comunicaciones, actualización de equipamiento especialmente en las zonas menos favorecidas para que estos avances sean reales para todos. Al mismo tiempo, permite retirar en los puntos de Primaria la impresión de placas radiológicas, por lo que la inversión en tecnología supondrá un ahorro económico, de espacios físicos y de material.

P-146

Centro: HOSPITAL CLINICO A CORUÑA

Provincia: LA CORUÑA

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

AJUSTE POSOLÓGICO DE ANTIBIÓTICOS IV EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA

Autores: VILLALTA ANDUJAR T.; GONZALEZ PIÑEIRO S. Y MARTIN HERRANZ M.I..

Objetivos: Proporcionar atención farmacéutica para la correcta administración(dosis y pauta) de antibióticos en pacientes ingresados en una unidad de agudos con 18 camas.

Material y Método: Estudio prospectivo de la correcta administración de antimicrobianos en pacientes ingresados en una residencia sociosanitaria asistida con valores de cretinina sérica>1 mg/dL, a tratatamiento con levofloxacino,ceftriaxona, amoxicilina/clavulánico, piperacilina/tazobactan, gentamicina y ciprofloxacino. Periodo de estudio : 5 meses (noviembre-marzo 2014) Recogida de datos: datos demográficos de los pacientes, antimicrobiano prescrito, dosis, pauta, datos de creatinina sérica a partir del aplicativo de gestión clínica IANUS y el cálculo del aclaramiento renal se realizo mediante la fórmula MDR4 donde los valores de filtración glomerular (FG) obtenidos varían en función del sexo (corrección del 26% en mujeres). Los ajustes posológicos se realizaron siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología.

Resultados: De los 75 pacientes del estudio 52 eran mujeres y 23 hombres con una media de edad de 87 y 81 años, respectivamente.

El 43 % de los pacientes tenían valores de creatinina sérica con menos de 6 meses de antigüedad y el 38 % con más de un año de año. De los antimicrobianos administrados amox/clavulánico (32 pac) 42%, levofloxacino (18 pac) 23% ,ceftriaxona (16 pac) 20% gentamicina (5 pac) 6% , piperacilina/tazactam y ciprofloxacino (4 pac) 4,5% El 48% (36) de los pacientes tenían una creatinina sérica 1-1,3 mg/dL, el 37% (28) entre 1,3-1,6 mg/dL y el 9,7% (15) una creatinina sérica >1,6 mg/dL. En el grupo de creatinina 1-1,3, en los varones (8 pac) la FG media fue de 65 mL/min y no fue necesario ajustar el medicamento, en las mujeres (25) la FG media fue de 46 mL/min, y se propuso realizar un ajuste al 50% de la dosis habitual. En el grupo de creatinina 1,3-1,6, en los varones (7 pac) la FG media fue de 65 mL/min y en las mujeres (15) la FG media fue de 52 mL/min; se propuso realizar un ajuste al 50 % de la dosis habitual. En el 20% (15 pac) no fue necesario el ajuste de dosis por insuficiencia renal y en los pacientes a tratatamiento con gentamicina se realizó monitorización farmacocinética. El 93,5% de las recomendaciones farmacéuticas fueron aceptadas.

Discusión: El ajuste posológico de antimicrobianos mejoró la seguridad y efectividad el tratamiento, siendo el grado de aceptación del ajuste posológico propuesto por el farmacéutico elevado. Es necesario insistir a los médicos responsables de la necesidad de rrealizar al menos una vez al año un análisis clínico. La mayoría de los pacientes ingresados en una residencia sociosanitaria dada su edad suelen presentan un aclaramiento de creatinina entre 10-50 mL/min, sería conveniente protocolizar la revisión sistemática de la función renal cada vez que se instaure un tratamiento antibiótico.

P-147

Centro:

Provincia:

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

PROMOCION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE MEDIANTE UNA ESTRATEGIA POBLACIONAL EN SALUD: PROYECTO POR UN MILLON DE PASOS_

Autores: LIÑAN LOPEZ M.; SANTAELLA ACEITUNO F.; ROCA FERNANDEZ CASTANYS E.; GOMEZ GARCIA E.; PINEDA MARTINEZ A. Y ALONSO MORALES J.M..

Objetivos: Según el INFORME SOBRE SALUD EN EL MUNDO publicado por la O.M.S./WHO 2002 uno de los determinantes de riesgo para la salud en la población es la inactividad física, instando a los respectivos gobiernos a desarrollar directrices que promuevan la actividad física en el marco de sus políticas de salud publica. De esta forma, el III Plan Andaluz de Salud recoge entre sus objetivos 2 al 8, diversas líneas estratégicas vinculadas al desarrollo de hábitos de vida saludable. De ahí que el ámbito de administraciones locales surgiera el PROYECTO "POR UN MILLON DE PASOS" con un doble objetivo: por un lado resaltar los beneficios que para la salud individual tiene practicar actividad física diaria, promoviendo los paseos o caminatas, reforzando que realizarlo en grupo es más beneficioso, porque ayuda a relacionarse y afianza vínculos interpersonales y sociales. Y por otro lado, en la faceta comunitaria, reforzar la vida asociativa con el establecimiento de una tarea compartida con su consiguiente cumplimiento.

Material y Método: La actividad fue promovida como experiencia piloto por el Ayuntamiento de Pinos Puente (Granada) y el Distrito Sanitario Granada, dirigida a las asociaciones locales para que a través de la práctica de paseos en grupo, alcancen, mediante las aportaciones de todas las personas asociadas, un total de un millón de pasos, dentro de un periodo de tiempo (máximo un mes -Noviembre 2012-). Las asociaciones están conformadas principalmente por mujeres, mayores y/o cuidadores y de personas con patologías crónicas. Los pasos obtenidos se midieron mediante podómetros habilitados por el Ayuntamiento y/o Distrito Sanitario para facilitar la medición del proyecto.

Resultados: El proyecto se desarrolló en el mes de noviembre de 2012. Participaron en el mismo once asociaciones (101 mujeres, 35 hombres), y otros grupos no organizados de 10 personas (9 mujeres,1 hombre). Se obtuvieron un total de 20.186.526 pasos.

Discusión: El proyecto fue efectivo para promover la práctica de actividad física individual y grupal, así como para servir de estímulo para que otros también se sumaran a ella. La adherencia a la actividad, aún dos años después, es alta y se ha instaurado como práctica habitual en el municipio.

P-148

Centro: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (AGS Norte de Almería)

Provincia: Almería

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

ASESORÍAS DE FORMA JOVEN. CAMBIOS EN LA DEMANDA DE INFORMACIÓN DE LOS JOVENES DEL AGS NORTE DE ALMERÍA

Autores: RUBIO JIMENEZ M.F. Y COMPANY MORALES M..

Objetivos: Conocer si existen cambios en la demanda de información por parte de los jóvenes en las asesorías Forma Joven

Material y Método: En nuestra investigación se ha desarrollado un estudio descriptivo transversal que compara el número y motivo de consulta en las asesorías del Programa Forma Joven en los once centros educativos en los que participa el AGS Norte de Almería. El periodo comparado comprende los cursos académicos 2011-12 y 2013-

14. Los datos han sido obtenidos de la página web del programa Forma Joven para los once centros que participaron en ambos cursos. Sobre todas las variables (motivo de consulta) se realizó un análisis de estadísticos descriptivos de frecuencias.

Resultados: Durante el curso académico 2011-2012, el total de asesorías registradas por los centros AGS Norte de Almería fue de 143. Distribuyéndose de la siguiente forma: - Área de sexualidad y relaciones afectivas, se registraron 55 asesorías, lo que supone un 38.46% sobre el total. - Área de adicciones se registraron 33 asesorías, (23.07%). - Área de salud mental 24 asesorías (16.78 %). - Área de estilos de vida 46 asesorías, (32.16%). - Área de convivencia 15 asesorías, (10.48%). - Otros temas 6, (4.19%). Durante el curso académico 2013-2014, el número total de asesorías registradas fue de 183. Los datos obtenidos por áreas fueron los siguientes: - Área de sexualidad 64 asesorías,(34.97%). - Área de adicciones 67 asesorías,(36.61%) - Área de salud mental 11 asesorías,(6.01%). - Área de estilos de vida 32 asesorías,(17.48%). - Área de convivencia 16 asesorías (8.74%) - Otros temas, 0 asesorías.

Discusión: En base a los datos obtenidos, podemos decir que el interés de los jóvenes a la hora de demandar información en los puntos forma joven ha cambiado. Los datos muestran que durante el curso académico 2011-12 la demanda principal de información por parte de los jóvenes fue sobre el área de sexualidad y relaciones. Durante el curso académico 2013-14, sigue siendo importante , pero el porcentaje de consultas ha disminuido. El área que mayor incremento ha experimentado, es el área de adicciones, pasando de ocupar un tercer lugar en el curso 2011-12 a ser la primera en el curso 2013-14, con un incremento de más de 13 puntos. Las consultas por problemas relacionados con estilos de vida, también ha sufrido un descenso, al igual que han descendido las demandas por salud mental y convivencia. De los resultados de nuestro estudio se desprende que en la actualidad los jóvenes requieren mayor información sobre temas relacionados con las drogas y adicciones que hace unos años. Aunque no podemos decir el motivo de este cambio. Sería necesario realizar estudios cualitativos que profundizaran en las perspectivas y creencias que los jóvenes tienes sobre la educación sanitaria analizando la eficacia de las asesorías del programa Forma Joven y, de esta forma, poder detectar las nuevas necesidades de información de los jóvenes atendiendo a sus valores y conocimientos sobre la salud.

P-149

Centro: centro de salud las noriad

Provincia: Almería

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

TEATRALIZACION DEL PARTO EN EDUCACIÓN MATERNAL DIRIGIDA A MUJERES INMIGRANTES. C.S. LAS NORIAS. DISTRITO PONIENTE.

Autores: PEÑAFIEL ESCAMEZ M.T.; CHOUNI TALLEB B. Y LOPEZ PEREZ M.D..

Objetivos: El distrito Poniente de Almeria registra las mayores tasas de natalidad del país(7,14 niños al día)de ellos el 48,9% son madres de nacionalidad extranjera,este elevado indice de natalidad hace que desde mi centro de salud cuyo referente es dicho Hospital se estén revisando constantemente los protocolos de atención a futuras mamas,se nos plantea como reto:- -Adaptar nuevas estrategias en el abordaje de la educación maternal en población inmigante.

Material y Método: En el centro de salud las norias que abarca una población en un 60% población inmigrante con un perfil joven en edad reproductiva nos planteamos impartir la educación maternal a través de un teatro-representación,con un decorado lo mas parecido a un paritorio y los actores metidos en situación,en este caso los actores eramos como principal y dirigiendo la escena la enfermera que imparte las clases de educación maternal y como segundo actor la mediadora socio-sanitaria que ademas de intervenir en escena va traduciendo simultáneamente la representativo del parto.

Resultados: Percibimos y así nos lo hicieron notar , a través de una encuesta de satisfacción a las mujeres, que llegamos mas a ellas en nuestros mensajes de educación maternal a través de la teatralización que con clases magistrales utilizadas previamente.

Discusión: Pensamos que es necesario adaptar la metodología docente a nuestra población y la necesidad de contar con mediadores socio sanitarios y así conseguir mejores resultados en educación sanitaria.

P-150

Centro: HOSPITAL SAS JEREZ

Provincia: Cádiz

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES RARAS

Autores: SIERRA SÁNCHEZ J.F.; GÁZQUEZ PÉREZ R.; GÓMEZ DE TRAVECEDO Y CALVO M.T.; GONZÁLEZ ROSA V.; GÓMEZ DE RUEDA F. Y JIMÉNEZ PICHARDO

Objetivos: Conocer la frecuencia de asistencia de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Rara (ER) a la Unidad de Pacientes Externos de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Farmacia para mejorar la asistencia prestada a los mismos.

Material y Método: Análisis de los pacientes atendidos en el período Enero-Agosto de 2014 desde la Unidad de Pacientes Externos de la UGC Farmacia de un Hospital General de Especialidades, que atiende a una población de 420.000 habitantes. Se utilizó como referencia el listado de ER del Anexo 1 del "Plan de Atención a personas afectadas por Enfermedades Raras" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Se analizó la proporción de pacientes atendidos con ER, así como la frecuencia de atención a cada uno de ellos, entendiendo como tal el número de dispensaciones realizadas a cada paciente.

Resultados: Se atendieron 4.217 pacientes en la Unidad de Pacientes Externos, de los cuales, 819 (19,42%) presentaban diagnóstico de ER. Se realizaron 6.271 dispensaciones a pacientes con ER (24,9% del total de dispensaciones realizadas en la Unidad). El desglose por ER fue: Esclerosis Múltiple, 197 pacientes (1.659 dispensaciones); Artritis Reumatoide, 187 pacientes (1.425 dispensaciones); Enfermedad de Crohn, 147 pacientes (893 dispensaciones); Espondilitis Anquilosante, 94 pacientes (650 dispensaciones); Colitis Ulcerosa, 35 pacientes (196 dispensaciones) y Fibrosis Quística, 33 pacientes (332 dispensaciones). Con un porcentaje menor de 1% de las dispensaciones, el desglose fue: Esclerosis Lateral Amiotrófica, 25 pacientes (191 dispensaciones); Hipertensión Pulmonar, 19 pacientes (134 dispensaciones); Inmunodeficiencia Común Variable, 15 pacientes (117 dispensaciones); Miastenia Gravis, 11 pacientes (134 dispensaciones); Hemofilia A, 11 pacientes (68 dispensaciones); Artritis Reumatoide Juvenil, 10 pacientes (70 dispensaciones); Hiperparatiroidismo Primario, 9 pacientes (50 dispensaciones); Angioedema Hereditario, 8 pacientes (66 dispensaciones); Fenilcetonuria, 4 pacientes (22 dispensaciones); Enfermedad de Wilson, 4 pacientes (20 dispensaciones); Síndrome de Cushing, 3 pacientes (10 dispensaciones); Enfermedad de Gaucher, 2 pacientes (23 dispensaciones); Porfiria, 2 pacientes (15 dispensaciones); Dermatomiositis, 1 paciente (11 dispensaciones); Hemofilia B, 1 paciente (10 dispensaciones) y Trombocitopenia Esencial, 1 paciente (1 dispensación).

Discusión: Según la consideración de ER del "Plan de Atención a personas afectadas por ER" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la proporción de pacientes con diagnóstico de ER atendidos en nuestro centro es elevada, constituyendo una quinta parte del total de pacientes atendidos por nuestra Unidad de Pacientes Externos. La frecuentación es considerable, representando una cuarta parte de las dispensaciones realizadas. Los resultados de este estudio permiten orientar a la UGC Farmacia en la selección de medidas de mejora en cuanto a la atención de estas enfermedades.

P-151

Centro:

Provincia:

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

REPERCUSIÓN SOCIAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES

Autores: RODRÍGUEZ MORCILLO R.; LAGUNA PARRAS J.M.; RODRÍGUEZ LIÉBANA J.J. Y MORCILLO NIETO M.C..

Objetivos: Valorar la repercusión social de la Educación para la salud en Diabetes Mellitus.

Material y Método: Se realiza una revisión bibliográfica para encontrar las mejores evidencias que respondan a nuestro objetivo. La búsqueda bibliográfica se realiza en las siguientes bases de datos: Biblioteca virtual de salud, Scielo, Cuiden, Medline y Cochrane.

Resultados: Nuestra revisión contiene algunas limitaciones. La principal limitación es que la búsqueda es limitada a los idiomas inglés y castellano, en las bases de datos antes mencionadas. Además la búsqueda es restringida a artículos disponibles on-line. La educación para promover habilidades y conductas adecuadas, así como para alcanzar una correcta adhesión al tratamiento, no puede reducirse a la primera fase informativa, tiene que ser apoyada por actividades grupales sistemáticas que faciliten el intercambio de experiencias entre los pacientes, el apoyo mutuo y la motivación en el seguimiento de las medidas terapéuticas. Es de vital importancia acompañar el programa educativo de técnicas participativas que animen y desinhiban a estos pacientes. La atención primaria es ideal para ejecutar programas educativos, tanto de tratamiento como de prevención y detección temprana de la diabetes. La cultura sanitaria también se modifica con la intervención educativa, la cual es una lógica consecuencia de la autorresponsabilidad del individuo y la familia en las acciones de salud, de suma importancia para la prevención y el control de las enfermedades en la atención primaria. La educación diabetológica permite la reducción de los ingresos hospitalarios con la consiguiente reducción de los costos que esto implica. También contribuye a mejorar la economía del paciente y su familia al reducirse los gastos empleados en la adquisición de medicamentos, mejora la adhesión al tratamiento y el control metabólico, disminuye el sobrepeso y la obesidad y en general contribuye a mejorar la calidad y a elevar la esperanza de vida de estas personas.

Discusión: La educación diabetológica tiene una importante repercusión social, dada por los cambios favorables en el estilo de vida en relación con la dieta, la realización de ejercicios físicos, el abandono del hábito de fumar y de la ingestión de bebidas alcohólicas, así como el incremento de la cultura sanitaria y eleva la esperanza de vida de estas personas. Se debe revisar los contenidos educativos de los programas, que se deberían adaptar a cada tipo de pacientes, enfermedad, con una puesta al día en los avances de cada patología.

P-152

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia: Idem

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

"COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: ENTRE HOSPITAL Y AGENCIA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. UNA LINEA INNOVADORA EN ALMERIA"

Autores: COMPÁN GONZÁLEZ F.; TEROL GADEA F. Y DÍAZ GIMÉNEZ M..

Objetivos: *Mejorar la atención socio-sanitaria a los pacientes usuarios del hospital con mayor vulnerabilidad social, agravada por la enfermedad. *Establecer un sistema de coordinación, con el servicio de atención a la dependencia, que permita arbitrar una vía de urgencia, consensuada, que facilite la realización de la valoración en el Hospital y la asignación de plaza residencial, de manera prioritaria, para que algunos enfermos puedan acceder a residencia desde el hospital o esperar el menor tiempo posible en el domicilio o residencias privadas.

Material y Método: La creación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, uniendo las dos Consejerías separadas anteriormente, facilitó la puesta en marcha de la coordinación entre Atención a la Dependencia y Hospital. 3.1. -Potenciación de las Reuniones semanales de programación de alta en diferentes Unidades Clínicas del Hospital, donde conjuntamente se acuerdan los casos urgentes candidatos a urgencias sociales. 3.2-

Reuniones mensuales de coordinación Socio-Sanitaria: Por parte del Hospital asisten: la Responsable de Trabajo Social y el Subdirector de Hospitalización y por parte de la Agencia de Atención a la Dependencia: el Jefe de Servicio y las jefas de Servicio de Valoración y Centros. 3.3-Estudio de Investigación de casos. Se analizan los datos de la Historia social.

Resultados: En el 2013 se realizaron un total de diez reuniones de coordinación, se presentaron 55 casos: *Perfil de la población: - 34 varones y 21 mujeres. - 83 % mayores de 60 años. - La mayoría están en individualidad (personas viudas, solteras y separadas). - El 89% de Almería, 7% extranjeros. *UGC que derivan los casos: Un 30,9% pertenecen a Medicina interna, seguida de neurociencia 26%, traumatología y urgencias. *Un 55% no podían acceder a recurso por no estar valorados o tener G I. *Principales demandas que se presentaron: solicitud de valoración/revisión 56,4% y reactivación del PIA y apertura de expediente el resto. *El 60% fueron presentados en la reunión de coordinación antes de los 30 días de hospitalización y un 20% de 60 días en adelante. *Para la resolución desde la primera reunión se tardó menos de 15 días en el 41,8% y más de 60 un 20%. *Recursos utilizados al alta: el 36% fueron a residencia pública, un 20% al domicilio, un 18,2% a residencia privada, un 18,2 % fueron éxitus y un 7,3% continuaban ingresados el último día del año.

Discusión: *La coordinación sociosanitaria es necesaria para que la continuidad asistencial no se rompa, garantizando el bienestar del paciente. * Las reuniones de coordinación que se vienen realizando en Almería permiten realizar excepciones para casos urgentes, socialmente vulnerables. *Proporcionan un espacio común, donde desde la serenidad, se pueda hablar de casos donde confluyen problemas sanitarios y sociales, siendo el problema de ambos.

P-153

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE ANCIANO

Autores: LAZO TORRES A.M.; SÁNCHEZ LÓPEZ P.; ESTEBAN MORENO M.A.; PAGEO GIMÉNEZ M.M. Y BERENGUEL SÁNCHEZ J.C..

Objetivos: Los ancianos son un subgrupo poblacional especialmente vulnerable, sobre todo conforme avanza su edad y ello además suele asociarse a un importante grado de pluripatología y dependencia, siendo cada vez más necesario ofertar a este grupo de pacientes una atención más especializada para mejorar su calidad asistencial y la seguridad de los mismos. Estudiamos por ello las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes nonagenarios ingresados en nuestro centro.

Material y Método: Revisión de todos los pacientes nonagenarios que ingresaron en la Unidad de Medicina Interna-Geriatría entre enero y junio de 2014, analizando variables como: edad, sexo, estancia media, pluripatología, fármacos, motivo de ingreso, valoración social, incapacidades y si recibieron tratamiento con sedación paliativa.

Resultados: Ingresaron 57 pacientes nonagenarios, 46 mujeres (80.7%) y 11 varones (19.3%), con edad media de 92.8 años, sin diferencias significativas entre varones y mujeres (92.72 vs 92.82 años, respectivamente). La estancia media fue de 16.9 días (superior a la estancia media de la unidad). A su ingreso, 40 pacientes cumplían criterios de pluripatología (70.2%) y estaban polimedicados 29 pacientes (50.9%). Los motivos de ingreso fueron: • Infección respiratoria vías bajas: 21 pacientes (36.8%) • Insuficiencia cardiaca: 10 pacientes (17.5%) • Neumonía: 9 pacientes (15.8%) • Accidente cerebrovascular: 6 pacientes (10.5%) • Patología digestiva: 4 pacientes (7%) • Insuficiencia renal: 2 pacientes (3.5%) • Otros: 4 pacientes Durante el ingreso se identificó un problema social en 4 pacientes (7%) que se solventó con el apoyo de los servicios sociales. Al alta, los pacientes presentaron una discapacidad media (escala Cruz Roja): Física 3.5, Psíquica 2.8 y 17 de ellos estaban completamente incapacitados (29.8%) con tan sólo 4 pacientes sin ningún tipo de discapacidad (7%). Fallecieron durante el ingreso 26 pacientes (45.6%), de los cuales recibieron sedación paliativa consensuada con sus familiares para controlar sintomatología refractaria 8 pacientes (30.7% del total de fallecidos), empleándose como principales fármacos el midazolam y el cloruro mórfico.

Discusión: • Los principales motivos de ingreso fueron las infecciones respiratorias (de vías bajas y neumónicas, gran parte de ellas por broncoaspiración). • El índice de mortalidad fue muy elevado, debido a la edad avanzada de los pacientes y a su alto grado de comorbilidad. • Tan sólo recibieron sedación paliativa menos de la tercera parte de los pacientes que fallecieron durante su ingreso. • Es fundamental la atención especializada en este grupo de pacientes que son especialmente vulnerables, para mejorar la calidad asistencial en los mismos.

P-154

Centro: Hospital Torrecárdenas

Provincia: Almería

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO CON CÁNCER DE PULMÓN

Autores: LAZO TORRES A.M.; CASTELLÓN RUBIO V.E.; ESTEBAN MORENO M.A.; CARRILLO RAMOS J. Y CANOSA RUIZ L..

Objetivos: El cáncer de pulmón es una de las enfermedades más importantes para la población anciana dada su alta incidencia y mortalidad. El tratamiento oncológico en este grupo poblacional es un campo poco estudiado, siendo excluidos de la mayoría de los ensayos clínicos. El objetivo de esta serie de casos es analizar la toxicidad, cumplimiento terapéutico, tasa de respuestas, resecabilidad, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), en un intento de mejorar la calidad de la asistencia a este grupo de pacientes, así como mejorar la seguridad y evitar las toxicidades de la quimioterapia (QT).

Material y Método: Análisis retrospectivo de 34 pacientes mayores de 70 años con cáncer de pulmón no células pequeñas estadío IIIA irresecables. El tratamiento consistía en la administración del esquema neoadyuvante Taxol 200 mgr/m2 día 1 y Carboplatino AUC 6 día 1 cada 21 días x 3-4 ciclos. Tras completar el tratamiento, se evaluaba la cirugía. Si no era posible la resección quirúrgica, se valoraba la Radioterapia secuencial.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes con ECOG 0-1. Edad mediana de 73 años (71-78). 88% varones y 91% fumadores. En relación a la histología, 61.8% epidermoide, 17.6% adenocarcinoma y 20.6% indiferenciado. 79% recibieron 4 ciclos. Incidencia de Neutropenia GIII-IV: 35%, con 2 ingresos por neutropenia febril. Toxicidad grado III-IV no hematológica ocurrió solo en el 5%. Respuesta según criterios RECIST: RC: 1 pte (2.9%), RP en 16 (47%), EE en 9 (26.4%) y 8 PT (23.5%). Fueron sometidos a cirugía 3 pacientes (8.8%), 21 pacientes (61.7%) recibieron radioterapia secuencial y 4 pacientes (11.7%) comenzaron 2º linea de quimioterapia. La mediana de intervalo libre de enfermedad fue de 8 meses y la SG de 15 meses.

Discusión: El tratamiento con Taxol-Carboplatino neoadyuvante en CPNCP es un esquema bien tolerado en ancianos. Las tasas de respuesta y SG son similares a pacientes más jóvenes, por tanto en el anciano con cáncer la edad aisladamente no debe suponer una barrera para administrar un tratamiento activo y con ello lograremos una mejora importante de la calidad de vida en este grupo de pacientes, siempre teniendo en cuenta la valoración del riesgo/beneficio en cada paciente de forma individualizada.

P-155

Centro: HU VIRGEN MACARENA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN EN LA MUERTE DIGNA DE PACIENTES TERMINALES: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES.

Autores: ASENSIO PÉREZ M.R.; PALOMO LARA J.C.; TENA GARCÍA B.; RAMÍREZ LÓPEZ E.B.; RODRÍGUEZ PAÑOS M.T. Y ROMERO BRIOSO C..

Objetivos: Describir dificultades en la atención y toma de decisión del domicilio como escenario de muerte digna de paciente terminal

Material y Método: Investigación cualitativa fenomenológica. (PI-378/12)

Datos: a través de grupos focales. UGC MI Integral y UGC Alamillo (2013-14) Análisis hermenéutico

Resultados: El escenario más elegido es el hospital y la toma casi siempre la cuidadora y a veces, el familiar que nunca está o viene de fuera. Al paciente a veces ni se pregunta.

Dificultan elección:

Comodidad cuidadores/familia. Incorporación laboral de la mujer. Problemas familiares.

Mejora en infraestructura en H para morir dignamente. Sufrir enfermedad crónica La idea en la población que en el hospital hay más recursos. Se busca evitar el recuerdo de una muerte en domicilio y proteger a los niños. Asumir la agonía en domicilio conlleva sensación de soledad en cuidadora, propicia aviso a urgencias comunitarios, el ingreso y fallecimiento en H. Deficiente trabajo en equipo intra e interniveles Alta mal planificada propicia aviso a servicios de urgencias reingreso. Los informes de continuidad de cuidados de AH no llegan a AP. No comunicación a AP sobre altas de pacientes en situación terminal impidiendo su adecuada atención. Es valorada positivamente la labor de las enfermeras gestoras de casos y trabajo social. Hosp. domiciliaria no puede registrar actividad. No se coordina lo suficiente con AP. Asume pacientes terminales oncológicos y no crónico. AP faltan de recursos en relación al H, que dificultan los cuidados finales en domicilio. AH: hay medios para muerte digna en domicilio. Necesidad de contacto directo y permanente de cuidadores (teléfono 24H) Es relevante para decidir permanecer en el domicilio. AP:conocimiento profesionales aceptables, les gustaría más. AH: no se sienten tan capacitados para gestión de la muerte. Delegan en otros profesionales. AP defiende como propia la atención del p. terminal en domicilio AH sostiene que la burocratización asistencial imposibilita atención integral y se prioriza lo clínico.

Familia: desconocen que se puede manejar la muerte desde AP porque en el hospital no les informan por desconocimiento por parte de los profesionales de AH de la labor y recursos de AP. La VVAA: profesionales conocen su existencia pero para informar. Ellos mismos no la han realizado. Los usuarios están desinformados.

Discusión: Los factores socioculturales no son abordables por el sist sanitario que debe ofrecer algo más que incline la balanza.

Necesario mejorar la gestión del tiempo y conocimientos de profesionales para la atención integrar así como la coordinación y trabajo en equipo.

Mejora en primaria de factores como la sedación paliativa.

Necesario promocionar la VVAA antes de la irreversibilidad del pacientes.

P-156

Centro: AGENCIA BAJO GUADALQUIVIR. HAR UTRERA

Provincia: SEVILLA

Área Temática: EsPACIO SOCIAL, e-SALUD Y COMPETENCIAS PROFESIONALES

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE FALLOS DE CMA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.

Autores: MILLAN GONZALEZ I.; MUÑOZ JURADO P.; PEREZ POSADA I. Y DE LA CRUZ MESA M.C..

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como modalidad asistencial ha tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos quirúrgicos que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional. El Real decreto 12777/2003 define CMA como; "Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no se necesita ingreso hospitalario". El grueso de la actividad quirúrgica del Hospital de Alta Resolución de Utrera se realiza en régimen de CMA, por este motivo, nos planteamos analizar las causas que justifican el ingreso de un paciente susceptible de CMA, con el fin de determinen áreas de mejora continua dentro de este ámbito.

Material y Método: Se ha analizado la actividad realizada durante el año 2013 y el primer semestre de 2014. Como fuente de datos se han empleado el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de hospitalización y de hospital de día quirúrgico (HDQ) y la historia clínica digital. Con el sistema de información del centro se determinaron, dentro del parte quirúrgico, los casos considerados fallos de CMA.

Resultados: Durante el periodo analizado se han programado 3546 intervenciones en régimen de CMA, de los cuales 50 casos (1,41%) han precisado ingreso hospitalario, considerándose fallos de CMA. Las causas que han justificado los fallos de CMA son; dolor en 17 casos (34%), nauseas y/o vómitos en 8 casos (16%), retención de orina en 7 casos (14%), negativa del paciente en 5 casos (10%), bajo nivel de conciencia en 3 casos (6%), control de drenaje y cura en 3 casos (6%), bradicardia en 2 casos (4%), causa social en 2 casos (4%), hipotensión en 2 casos (4%) e hiperglucemia en 1 caso (2%).

Discusión: En el periodo analizado, las principales causas de ingreso han sido el dolor, las nauseas y/o vómitos y la retención de orina. Estas causas están relacionadas con reacciones que se pueden dar en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, tanto por edad, cormobilidad o propias de la misma intervención en sí, que requieren un seguimiento en el hospital. Del total de intervenciones realizadas solo un 1.41% ha tenido ingreso hospitalario, datos que avalan la eficacia del ingreso en régimen de CMA en el HAR de Utrera.

ÍNDICE DE AUTORES

ACEVEDO ROJAS M.A. P-32
ACOSTA MOSQUERA M.E. C-139 P-85
ACOSTA ROBLES P. C-10
ACOSTA SALAS R.C. P-1 P-68
ACUÑA OLIVA M.J. C-48
AFAN CONDE I. C-121
AGUADO ÁLVAREZ M.V. P-9
AGUADO CORREA F. T-14 C-2 C-98 P-79
AGUADO DE MONTES C. C-113 P-47 P-82 P-142
AGUILAR ALÉS D. C-33
AGUILAR RAPOSO U. T-34
AIRES ESLAVA E.L. T-15 T-32
ALBERT CANDEL L. C-44 C-130 P-49
ALCALDE PÉREZ A.J. T-13
ALCÁNTARA BELLÓN J.D. T-13
ALCAZAR ARTERO M.E. P-75
ALCAZAR RUEDA E. C-63
ALEMANY LASHERAS F.J. C-19
ALEX SÁNCHEZ M.D. C-20
ALFONSO ARIAS J.D. C-79 C-101 C-121 P-45
ALFONSO DALDA S. C-29 P-134
ALGUACIL HERRERO M.D. C-65 C-106 P-35 P-127
ALIAS DEL AGUILA V. C-103
ALONSO ARAUJO I. C-56 C-73 P-30 P-92
ALONSO MORALES J.M. P-147
ALONSO OJEMBARRENA A. C-77
ÁLVAREZ BAYO M.A. P-62
ÁLVAREZ DE TOLEDO JEUTE M.A. C-110 P-34
ALVAREZ LEAL P. P-115
ALVAREZ LEIVA M.I. P-83
ÁLVAREZ ROLDÁN E.M. P-85
ÁLVAREZ TELLADO L. C-89
ALVES FARGALLO M. P-50
AMAYA CORTIJO A. C-11
AMAYA VILLAR R. C-135 C-136 C-137 P-28
ANAYA FERNANDEZ R.M. C-39
ANAYA ORDOÑEZ S. P-116
ANDRES CARRETERO M.A. P-135
ANGULO GARCÍA M.I. T-6
ANTÓN MOLINA F. P-122
ANTUNEZ DOMINGUEZ M.J. C-112

APARICIO DE LA TORRE P. P-98
APARICIO GUERRA M. P-119
APONTE TOMILLO I. P-14 P-28 P-70
ARAGÓN ALBA I. C-102
ARAGÓN ARAGÓN T. P-138
ARANA RUEDA E. C-136
ARANDA JÉREZ R.M. P-73
ARANDA LARA F.R. T-15
ARANDA LARA J.A. T-32
ARANTAVE CARAVACA I. P-39
ARELLANO BRAVO E. P-139
ARELLANO VELAZQUEZ E. P-139
ARENCIBIA RIBERO T. P-135
ARJONA SANCHEZ J.L. P-48 P-119
ARMENGUAL HEREDIA R.E. C-145
ARRABAL TELLEZ A.B. C-94
ARRESA GARCIA A.N. P-103
ARTIME DIAZ V. C-8
ASENSIO PÉREZ M.R. C-123 P-81 P-155
ASTIER PEÑA M.P. C-57
ATAZ LÓPEZ P. C-24 C-91 P-52 P-100
AUMESQUET NOSEA M. C-79 C-107
ÁVILA ÁLVAREZ J.R. C-105
AVILA GUERRERO J.L. P-19
AYALA AGUIRRE I. C-24 C-91 P-52
AZNAR MÉNDEZ R. C-1 P-128
BAENA CAÑADA J.M. C-13 C-14
BAENA JIMÉNEZ R. P-121
BAENA RAMIREZ B. C-29 C-46 C-47 P-134
BALSERA TREJO M.I. C-30
BANDERA VICARIO P. T-11
BARAZA CANO M.P. P-144
BARBA CAÑETE M.C. C-55
BARBACID RODRIGUEZ J.A. C-82 P-23
BÁRCENAS VILLEGAS D. C-17
BARO RODRIGUEZ L. P-25
BARRERA BECERRA C. T-23 T-39
BARRERA PULIDO F. C-135
BARRERA RAMIREZ P. C-149
BARRERA VARGAS A. T-54
BARRIENTOS TRIGO S. P-81

BARRIOS FAYULA S. C-70
BARROETA URQUIZA J. C-19
BARROSO FERNANDEZ E. C-117
BARROSO GUTIÉRREZ C. C-83 P-16 P-17
BASCUÑANA GARRIDO M. C-113 P-47 P-82 P-142
BAYARRI LARA C.I. T-17
BAYO CALERO J. C-2 P-79
BAYO LOZANO E. C-2 P-79
BEATO BLANCA M.F. P-10
BEJARANO ÁVILA G. C-71
BEJARANO PÉREZ C. P-98
BELDA LOZANO R. C-114
BELTRÁN FLORES A. P-51
BELTRAN GARCIA M. P-115
BELTRÁN MARTÍNEZ A. C-131 P-56
BELTRÁN RODRÍGUEZ M. C-70
BENAVENTE CANTALEJO S.R. T-26
BENDICHO LOPEZ M.J. C-18 C-77 P-8
BENÍTEZ RODRÍGUEZ E. C-13 C-14
BERENGUEL SÁNCHEZ J.C. P-153
BERENGUEL VILLEGAS A.M. C-44
BERNAL MARQUEZ M. P-131
BERNET TOLEDANO F.J. T-27
BLANCO REINA E. C-30
BLANCO RUBIO C. C-113 P-47 P-82 P-142
BLANCO SAEZ I. P-8
BLANCO SÁNCHEZ G. C-50 C-51 P-27 P-38 P-53
BLANCO TORRÓ M.D. C-128
BLANQUEZ MARTÍNEZ D. P-136 P-143
BLESA FRANCO S. C-102
BOLIVAR LÓPEZ F. P-143
BONILLO MUÑOZ M. P-2 P-26
BORREGO APARICI R.V. T-25
BORREGO GRACIANO M.J. C-25
BORREGO IGLESIAS I.M. P-129
BORRERO ESTEBAN M.P. C-89
BORRERO MARTÍN J.J. C-137
BRAVO ESCUDERO C. C-71
BREA RIVERO M.P. T-21 C-3 C-5 P-93
BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA E. T-31
BUENO FERRAN M. P-97

BUENO RODRIGUEZ M.ª. P-113
BUENO RODRÍGUEZ M.T. P-89
BUFORN CRESPO P. C-4
BUIZA CAMACHO B. T-54 C-37
BUJALANCE HOYOS J. C-34 P-36
BUJALANCE OTERO M. T-19 C-34
BULO CONCELLÓN R. C-77
CABA BARRIENTOS F. T-22 P-10 P-22
CABALLERO DELGADO G. C-132
CABALLERO ROMERO A. P-136 P-143
CABELLO ROMERO C. C-22 C-23 C-122
CABEZA BARRERA J. P-136 P-143
CABEZA DE VACA PEDROSA M.J. T-23 P-71
CABRERA CASTRO N. C-39
CABRERA MORILLA F. P-111
CABRERA TROYA J.O. T-36
CÁCERES VALVERDE A.M. C-1 P-128
CALDERON SANDUBETE E. P-97
CALERO VALLES Y. P-129
CALLEJA HERNÁNDEZ M.A. C-147
CALLEJA LIZANA M. P-73
CALVIN LAMAS M. C-75
CALVO CIDONCHA E. C-133 P-109
CALZÓN FERNANDEZ S. P-124
CAMACHO BUENOSVINOS A. P-19
CÁMARA MESTRES M. T-26
CAMEÁN FERNÁNDEZ M. C-105
CAMILO GARRIDO J.A. C-24 C-91 P-52 P-100
CAMINO DURÁN F. C-135 C-137 P-28
CAMPOS CALDERÓN C. T-48 C-124
CAMPOS RAMOS A. P-141
CANDELA FUSTER M.C. C-106
CANO ANTELO D. C-59
CANO MATÍAS A. C-41
CANOSA RUIZ L. P-57 P-86 P-154
CANTO NEGUILLO R. C-107 P-141
CANTUDO CUENCA M.R. C-80 C-81 C-133
CAÑADAS NÚÑEZ F. T-50 C-36 C-140 P-118
CAPARRÓS DEL MORAL I. T-8
CAPARROS MIRANDA I.S. C-55 P-123
CAPEL BONACHERA Y. C-32

CAPOTE GIL F. C-79
CARABALLO CAMACHO M.O. T-18 C-9
CARABALLO CAMACHO N. C-15 C-141 P-67
CARACUEL GARCIA A. P-135
CARBAJO MARTIN L. P-4 P-138
CARBALLO CONTRERAS A.N. C-82 P-23
CARCAMO BAENA J. C-16 C-30 C-83 P-139
CARMONA REGA I. T-36
CARMONA SÁNCHEZ M. C-52 C-62 C-108
CARO RODRIGUEZ I. C-64
CARRANZA MIRANDA E.M. T-42 C-35
CARRASCO CEBOLLERO F.M. P-41 P-112
CARRASCO PERALTA J.A. T-49 T-52 P-94 P-95
CARRILLO ALASCIO P.L. P-61
CARRILLO DE ALBORNOZ-SOTO R. C-71
CARRILLO MURCIA I. C-57
CARRILLO RAMOS J. P-86 P-154
CASADO FERNÁNDEZ E. T-43
CASANOVAS LAX J. P-127
CASARES CERVILLA R.A. T-28 C-59 C-143
CASAS GARCÍA A. P-133
CASTAÑEDA MACÍAS I. C-105
CASTELLANO ZURERA M.M. T-49 T-52 P-94 P-95
CASTELLÓN RUBIO V. P-57 P-86 P-154
CASTILLO CARREÑO J. P-144
CASTILLO LÓPEZ S. T-11
CASTILLO MONTIEL F. P-63
CASTRO GARRIDO C. P-63
CASTRO GUTIERREZ DE AGUERA C. P-50
CASTRO JIMÉNEZ F. C-83
CASTRO LÓPEZ R. C-52
CASTRO VIDA M.A. C-10 C-58
CAZORLA LOPEZ P.A. P-144
CEBALLOS POZO M. C-96
CEJUDO LÓPEZ A. P-72 P-107
CHARNECA CONTIOSO M. P-31
CHARRO LUQUE E. P-10
CHAVES CONDE M. C-136
CHICO LÓPEZ A. T-42
CHOUNI TALLEB B. C-100 P-149
CHRISTO HOMEM F.I. T-51

CHUPS RODRÍGUEZ A.M. T-44 C-33
CLAVELLINO MUÑOZ M.G. P-24
CLEMOT QUESADA B. P-73
COBO DURÁN G. C-126
COBO OCAÑA M.A. T-53 C-78
COBOS DIAZ A. C-55
COLMENERO FLORES M.A. C-132
COMPÁN GONZÁLEZ F. P-152
COMPANY MORALES M. T-8 C-85 C-97 C-109 P-148
CONEJERO GÓMEZ R. C-78
CONTRERAS AUTERO J.A. P-140
CONTRERAS FARIÑAS R. P-33
CONTRERAS FERNANDEZ E. P-25
CONTRERAS TORRADO I. C-15 P-67
CORCHADO ALBALAT Y. P-130
CORDERO CASTO R. P-48
CORDERO PONCE M. P-33
CÓRDOBA GARRIDO L. T-56
CORRAL BAENA S. P-3
CORREA GENEROSO R. P-63
CORTACERO ALMENDROS M. C-103
COUSIDO MARTÍNEZ-CONDE S. P-87 P-90
CÓZAR LEÓN M.V. C-65 C-106
CÓZAR LEÓN R. P-129
CRUCES ROLDAN S.U. P-23
CRUZ FENOY M.C. P-122
CRUZ VILLALÓN F. T-6 C-11
CRUZADO ALVAREZ C. C-34
CUARTERO RODRIGUEZ E. C-48
CUETO LADRON DE GUEVARA A. T-17
DÁVILA FAJARDO C.L. P-136
DE CRISTINO ESPINAR M.S. P-19
DE LA CALLE GIL M. P-91
DE LA CALLE VÉLEZ M.A. T-15 T-32 C-131 P-56
DE LA CRUZ MESA M.A. C-49
DE LA CRUZ MESA M.C. P-156
DE LA TORRE CADENAS E. C-74 P-115
DE LAS NIEVES LOPEZ M.A. P-25
DE MARCOS PÉREZ F. C-71
DE MELO RODRIGUEZ M.D. C-117
DE TOVAR FERNÁNDEZ M.M. T-40 P-12

DE VILLAR CONDE E. C-48
DEL AGUILA DEL AGUILA G. P-75
DEL BARRIO ARANDA M. T-30
DEL NOZAL NALDA M. P-14 P-16 P-17
DEL PINO PINO M.D. C-134 P-46 P-69 P-106
DEL RÍO URENDA S. T-11
DEL VALLE RODRÍGUEZ R. P-42
DELGADO GALVÁN J.A. C-101
DELGADO MORENO S. T-53 C-142 P-87 P-90
DELGADO TORRALBO E. T-39
DELGADO VIERA R. C-93
DELICADO CLAVERIA M. C-7
DIAZ CASTELLANOS M.A. T-41
DIAZ DEL RIO S. C-139
DÍAZ DÍAZ J. P-19
DÍAZ GIMÉNEZ M. P-152
DIAZ INFANTE E. P-129
DIAZ LORENZO M. P-145
DÍAZ MARTÍNEZ A. C-135 C-136 C-137 P-28
DÍAZ MENGÍBAR M.F. T-2
DÍAZ OJEDA J. T-11
DIAZ SALIDO E. C-68
DÍAZ-BORREGO HORCAJO J. T-7 C-115 C-116
DOCOBO DURAN F. P-33
DOMINGUEZ CAMACHO J.C. T-18 T-31 C-9
DOMÍNGUEZ CANTERO M. C-50
DOMINGUEZ GIL M. C-129
DOMÍNGUEZ LÓPEZ M. C-31 C-51 P-53
DOMINGUEZ MATITO A.M. C-104
DOMÍNGUEZ MORALES C. C-83
DOMÍNGUEZ PALACIOS E. T-25
DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ E. C-128
DOMÍNGUEZ-ADAME LANUZA E. C-41
DONCEL RODRÍGUEZ E. T-16
DONOSO RENGIFO C. C-105
DOÑA ARAGON C. P-45
DOÑA FERNANDEZ J. C-93
DORADO CONDE F. P-48
ECHEVARRÍA MORENO M. T-22 P-10
ECHEVARRÍA RUIZ DE VARGAS C. C-21 C-63
ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS E.R. T-35

ESCABIAS MACHUCA F.J. T-8 P-2 P-26 P-61
ESCABIAS MACHUCA M. P-26
ESCALANTE AGUILAR R.M. P-9 P-110
ESCALANTE GÓNZALEZ A. C-129
ESCAMILLA GALDÓN L. C-147
ESCASSI PÉREZ C. P-51
ESCASÚA VACA C. C-123
ESCOBAR-UBREVA A. C-37
ESCUDERO ESPINOSA C. C-86 C-87
ESCUDERO SEVERÍN C. C-110
ESPAÑA COBOS E. C-146
ESPÍNOLA GARCÍA E. C-147 P-116
ESPINOSA MONTERO F. P-98
ESPOSITO GONFIA T. C-95 C-96
ESTEBAN MORENO M.A. P-20 P-57 P-58 P-69 P-86 P-106 P-153 P-154
ESTEPA OSUNA M.J. P-14
ESTEVEZ GONZALEZ F. T-41 C-103
ESTEVEZ MORALES M.T. C-32 C-146
EXPÓSITO ÁLVAREZ I. C-13 C-14
EXPOSITO TIRADO E.T. T-35
EXPÓSITO TIRADO J.A. C-21 C-65 P-35
FAJARDO MORIÑA J.J. T-9
FALCÓN ALLLOZA I. P-21
FAYET PEREZ A. C-58
FEITO ÁLVAREZ I. P-41 P-112
FERNÁNDEZ - SACRISTÁN GARRIDO B. C-96

FERNÁNDEZ ANGUITA M.J. P-53
FERNÁNDEZ AYALA J.C. C-146
FERNANDEZ CARREÑO V. T-10
FERNANDEZ DAZA R. P-135
FERNÁNDEZ DE SIMÓN ALMELA A. C-136
FERNANDEZ FERRER F.J. C-34
FERNÁNDEZ GARCÍA A.M. T-47
FERNÁNDEZ GARCÍA G.A. T-50
FERNANDEZ GARCIA M. P-48 P-119
FERNANDEZ GUTIERREZ C. C-18
FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ M.J. P-54
FERNÁNDEZ HERRERA M.D. T-14 C-98
FERNÁNDEZ LÓPEZ M. C-26 C-27
FERNÁNDEZ MUÑOZ F. C-140

FERNÁNDEZ RONQUILLO M.C. C-123
FERNANDEZ SANTIAGO E. P-47 P-142
FERNÁNDEZ SIERRA A. P-124
FERNANDEZ TORRICO J.M. C-63
FERNÁNDEZ TOSCANO E. T-6
FERNANDEZ URRUSUNO R. T-30 C-7 C-99 P-31
FERNANDEZ VALDIVIA A. C-38
FERNÁNDEZ VELASCO A.M. P-73
FERNÁNDEZ VELOSO A. T-16
FERNÁNDEZ-BERMEJO M.C. C-37
FERNÁNDEZ-NIETO FERNÁNDEZ P. T-13
FERRAND FERRI P. C-63
FERREIRA VACAS J. P-135
FERRER LOPEZ I. T-18 C-9
FERRER MÁRQUEZ M. C-114
FERRERO ALVAREZ-REMENTERÍA J. P-21
FERRETE PÉREZ R. C-56
FÉRRIT MARTÍN M. C-147
FERRÚS ESTOPA L. C-57
FIGUEROA MURILLO E. C-142 P-18
FLORES CORDON J. C-20
FLORES DORADO M. T-30
FLORES RODRIGUEZ C. C-139
FOBELO LOZANO M.J. C-60 C-133 P-109
FONTALBA NAVAS A. T-8 C-42 C-97 C-109 C-114
FORJA PAJARES F.M. T-53 C-142
FREYRE CARRILLO C. P-18
FUENTES GÓMEZ F.G. P-104
GABALDÓN RODRÍGUEZ I. C-113 P-82
GALÁN RETAML C. C-84
GALANTE JIMÉNEZ M. P-15
GALINDO VALLE J.M. P-141
GALISTEO DOMÍNGUEZ R. C-149 P-22
GALLARDO ABOLLADO M.A. C-145 P-103
GALLARDO PASTOR M. T-3
GALLEGO MUÑOZ C. C-31 C-50 P-27 P-38 P-53
GALVÁN ESPINOSA J. P-105
GALVÁN RUIZ A. C-21
GALVEZ ESPINOSA M. C-103
GAMARRO TOLEDO B. P-85
GAMBOA ANTIÑOLO F.M. C-131 P-56

GAMERO DE LUNA E.J. C-28 C-127 P-114
GAMERO NIETO S. P-41 P-112
GARABITO SÁNCHEZ M.J. P-3
GARACH GÓMEZ A. C-88
GARCIA ACOSTA N. C-130
GARCÍA BENÍTEZ B. C-89
GARCÍA BERNAL D. T-22
GARCIA BERNAL E. C-16 C-123
GARCIA BRIZ C. C-67 P-115
GARCÍA CAMACHO C. C-77
GARCIA CARO M.P. C-124 C-143
GARCÍA CISNEROS R.O. T-36 C-84 C-93
GARCÍA CUMBRERAS F. C-33
GARCÍA DEL MORAL GARRIDO R. C-52 C-62 C-108
GARCIA GARCIA J. P-126
GARCÍA GARCÍA J.A. C-40
GARCÍA GARMENDIA J.L. T-16 T-20 C-125
GARCIA GONZALEZ D.A. C-82
GARCIA GONZALEZ J. P-4
GARCÍA GUTIÉRREZ M.D. P-11
GARCÍA HERNÁNDEZ A.M. C-26 C-27
GARCÍA HERNÁNDEZ R. T-42 C-35
GARCIA HITA S. C-64
GARCÍA JUÁREZ M.R. T-28 C-59 P-98
GARCÍA LIBRERO C. P-24
GARCIA LINARES M.E. C-54
GARCIA LIROLA M.A. P-116
GARCÍA MARTÍN F. C-51 P-38
GARCÍA MARTÍN R. P-105
GARCÍA MORAL A.T. T-42 C-35
GARCÍA MORALES I. C-140
GARCÍA PALMA A. C-71
GARCIA PANIAGUA J. C-32 C-103
GARCIA PEÑA A.I. P-125
GARCÍA RANGEL M.C. T-9
GARCIA REYES E. T-33
GARCÍA RIOJA F. C-96
GARCÍA ROMERA I. C-86 C-87
GARCIA RUIZ A.J. T-29
GARCIA SALDAÑA P. P-1
GARCIA SANCHEZ R.M. P-63

GARCÍA SARDÓN P. T-13
GARCIA TORMO C. C-4
GARCÍA VARGAS-MACHUCA B. C-128 C-132
GARCIA-AGUA SOLER N. T-29
GARÓFANO LÓPEZ R. C-134 P-46 P-69 P-106
GARRIDO SERRANO M.J. C-149 P-22
GARZON AGENJO B. P-45
GAVIRA MORENO R. T-2
GÁZQUEZ PÉREZ R. P-150
GIL AGUILAR V. C-109
GIL MILAN M.L. C-44
GIL SERRANO R. T-28
GIMÉNEZ RAURELL F.J. C-19
GIMENO JORDA M.J. C-58 P-99
GIRALDO OSPINA C.F. T-17
GOMEZ BENITEZ F.M. P-119
GOMEZ BUJEDO L. C-138
GÓMEZ BUJEDO L. P-65 P-120
GÓMEZ DE RUEDA F. P-150
GÓMEZ DE TRAVECEDO Y CALVO M.T. P-150
GÓMEZ ESTRELLA G. C-80
GÓMEZ GALÁN M.J. C-110 C-120 P-34
GOMEZ GARCIA E. C-53 P-147
GÓMEZ GARCÍA S. P-92
GÓMEZ GERMÁ P. T-2
GOMEZ GONZALEZ J. T-27
GOMEZ MARQUEZ M.J. C-145
GÓMEZ MARTÍNEZ M.E. C-86 C-87
GOMEZ PAEZ F.R. P-103
GOMEZ ROMERO DE ÁVILA J.V. C-34
GÓMEZ ROSADO J.C. P-16
GÓMEZ SALADO M.J. P-87 P-90
GOMEZ SALGADO J. C-55
GÓMEZ THEBAUT A. C-111
GONZÁLEZ BARBERO E.L. T-15 T-32
GONZALEZ CARO M.D. C-20 C-83 P-74 C-118
GONZÁLEZ DE LOS RIOS C. P-98
GONZALEZ DELGADO M.C. C-118 P-74
GONZÁLEZ ESCOBAR A. T-19
GONZALEZ FERNANDEZ C. C-67 C-112
GONZALEZ FLORIDO M.A. C-145

GONZALEZ GARCIA A. C-4
GONZÁLEZ GARCÍA J. P-61
GONZÁLEZ GARCÍA M.J. C-121
GONZÁLEZ GARCÍA M.M. T-25
GONZÁLEZ GUERRERO M. C-13 C-14
GONZALEZ HEREDIA M.J. P-108
GONZÁLEZ LÓPEZ A. C-113 P-47 P-82 P-142
GONZALEZ LOPEZ M.C. P-102
GONZÁLEZ LÓPEZ M.L. T-28 P-98
GONZÁLEZ MÁRQUEZ F. T-20
GONZÁLEZ MARTÍN A. C-65 P-35
GONZALEZ MEDINA M.C. P-136
GONZALEZ MENDEZ M.I. C-73 P-30 P-92
GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I. C-56
GONZALEZ PACHECO C. C-149 P-22
GONZÁLEZ PEÑÍN J. T-25
GONZALEZ PIÑEIRO S. P-146
GONZÁLEZ PIÑEIRO S. C-75
GONZÁLEZ ROMERO L. T-3 P-125
GONZÁLEZ ROSA V. P-150
GONZÁLEZ TOME S. C-59
GONZALEZ TOUYA M. C-54
GONZÁLEZ VAQUERO D. C-10
GONZÁLEZ VERGARA D. C-79
GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T. T-2
GORDILLO FERNÁNDEZ G.F. T-35
GORDILLO RUEDA E. T-26
GORLAT SÁNCHEZ B.E. T-48 C-124 C-143 C-144
GRANADOS SERRANO M.T. C-27 P-105 P-144
GUERRA GONZÁLEZ S. T-28
GUERRERO DURAN J.A. P-14
GUERRERO RUIZ M.C. P-29
GUERRERO SERRANO E. P-54 P-55
GUIL LOPEZ F. C-32 C-45 C-146
GUTIERREZ CUADRA P. P-137 P-145
GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ M.J. P-55
GUTIERREZ GIL J.F. T-18 C-9
GUTIÉRREZ SANCHO A. P-141
GUTIÉRREZ SEQUERA J.L. T-56 C-84 C-93
GUZMAN GOMEZ M.C. T-4
GUZMÁN RAMOS M.I. C-60 C-133 P-109

GUZMAN SANCHEZ F. C-12
HERNANDEZ DE HARO F.J. T-5
HERNÁNDEZ TORRES C. C-149
HERRA EXPOSITO M. T-1
HERRERA GARCÍA B. P-36
HERRERA RUIZ C. C-119
HERRERA USAGRE M. T-21 T-27 C-95
HERRERA VIEZMA J.C. P-89
HERRERO CRESPO M.T. P-68
HIDALGO LLONIS F.J. C-107 C-121 P-45
HIDALGO URBANO R.J. P-83
HIERRO PEDROSA C.M. T-1 T-10 C-10 P-99
HIJANO CUETO C. T-19
HOCHSPRUNG ANJA A.N. C-69 C-104
HUELVA LÓPEZ L. T-14 C-2 C-98 P-79
HUERTAS FERNÁNDEZ M.J. C-50
HUESO MONTORO C. T-48
IBÁÑEZ RODRÍGUEZ J.A. C-110 C-120 P-34
IGLESIAS HERNÁNDEZ M.D. C-144 C-148
INFANTES GUZMÁN I. P-108
IRALA PÉREZ F.J. T-9 T-26 T-44 C-33
IRIARTE DE LOS SANTOS M.T. C-86
ISORNA RODRÍGUEZ C. C-89 C-126
IZQUIERDO PELÁEZ V. P-17
JAÉN OLASOLO J. T-53
JARA LÓPEZ I. P-5
JARANA BOY D. C-68
JESUS DE LA CALLE I. P-18
JIMÉNEZ CASTILLO I. C-88
JIMÉNEZ DE LOS SANTOS C. C-133
JIMENEZ ESTRADA M.C. C-17 P-12
JIMÉNEZ ESTRADA M.C. T-40
JIMENEZ GALAN R. T-30
JIMENEZ GUERRERO F.R. C-82
JIMÉNEZ GUERRERO L. C-105
JIMENEZ LIRIA M.J. C-32 P-75
JIMÉNEZ MÁRQUEZ M.D. C-15 P-67
JIMÉNEZ MÉNDEZ M.L. C-83
JIMENEZ MESA E. C-73
JIMÉNEZ MESA E. P-50
JIMÉNEZ PÉREZ I. C-78

JIMÉNEZ PICHARDO L. P-150
JIMÉNEZ RAMOS C. C-41
JIMENEZ SANCHEZ P. T-1
JODAR BELLIDO M.D. P-111
JUAN GARCIA C. P-1
JUAREZ MORALES A.M. T-50 C-36 C-140
JULIÁN CARRIÓN J. C-3 C-5 P-93
JURADO JIMENEZ R. C-138 P-65 P-120
JURADO MARTINEZ J.M. P-116
KADDOURI MOHAMED S. C-11
LA CALLE MARCOS M. C-129
LABRADOR FREIRE J.F. C-48
LAGUNA PARRAS J.M. P-13 P-77 P-151
LAGUNA TÉLLEZ E. C-21
LAMA RUFIAN M. P-91
LANERO VEGA C. P-10
LAO BARON F.J. C-140
LARA ALIAGA R. C-129
LARA BULLÓN J. C-65
LARA MONTERO A.M. P-130
LARIO FERNÁNDEZ M.A. T-15 T-32
LAZO TORRES A.M. P-20 P-57 P-58 P-86 P-153 P-154
LEAL ROMERO J. C-90 C-92
LEÓN ARÉVALO I. P-138
LEON GARRIDO M.L. C-42
LEON SOTELO MEDINA R. C-90
LIMA RODRIGUEZ J.S. P-70
LIMA SEGOVIA E. C-132
LIMÓN MORA J. T-7 C-115 C-116
LIMÓN SÁNCHEZ F. P-50
LINARES ARMADA R. P-62
LIÑAN CACERES A.M. C-28 C-127 P-114
LIÑAN LOPEZ M. T-33 C-53 P-147
LOCATELLI GARRÓN R. C-73 P-30 P-92
LOMBARDO MARTÍNEZ C. C-141
LÓPEZ ARANDA A. T-46 C-30
LÓPEZ BOCANEGRA S. C-101
LÓPEZ CABRERA D. T-50 C-36 C-140
LÓPEZ CARRETERO J. T-22 P-80
LÓPEZ CASTILLO A. C-24 C-91 P-52 P-100
LÓPEZ CASTRO R. C-62 C-108

LÓPEZ CHÁVES F. C-102
LOPEZ CRUZ M.T. P-7
LÓPEZ FERNÁNDEZ F.J. C-142
LÓPEZ GÁMEZ M.A. P-121
LOPEZ GARCIA I. P-1 P-68
LÓPEZ GARCÍA J. T-50 C-36
LOPÉZ JIMENO W. T-23
LÓPEZ LARA J.J. P-130
LÓPEZ LOZANO A.M. C-21
LOPEZ MARCO M.J. C-16 P-83
LÓPEZ MARTÍN R. T-13
LOPEZ MEDINA A. P-75
LÓPEZ MENDEZ J. P-124
LÓPEZ MORALEDA I. C-149 P-22
LÓPEZ MORALEDA P. P-22
LOPEZ NAVARRO A. P-111
LÓPEZ ORTEGA S. P-36
LOPEZ PEREZ M.D. C-100 P-149
LÓPEZ PIEDRA J.A. C-24 P-52 P-100
LÓPEZ RAMÍREZ E. C-106
LOPEZ RAMIREZ V. T-1
LÓPEZ RODRIGUEZ L. P-70 P-97 P-107
LOPEZ TOLEDANO L. C-139 P-85
LOPEZ-MOSQUERA BAYON E. C-138 P-65 P-120
LOZA CORRIENTE M. P-85
LOZANO NAVARRETE M. T-34
LUNA MARIN D. P-68
LUNA MORALES A.M. T-32
LUPIAÑEZ PEREZ Y. P-63
LUPIÓN MENDOZA C. C-67 C-112 C-118
LUQUE GARCIA L. T-4
LUQUE MARTIN F.M. P-117
LUQUE MARTINEZ F.M. P-132
LUQUE OLIVEROS M. P-37 P-76
LUQUE RAMIREZ J.M. P-14 P-70
LUQUE ROMERO L.G. C-54 C-66 C-99 C-128 C-132 P-64
MACÍAS DÍAZ P. C-41
MALDONADO LOBO J. P-129
MALDONADO VALVERDE M.C. C-130
MALENO TOMAS M.L. P-99
MANTA GONZALEZ D. P-68

MANTECA GONZÁLEZ R. P-36
MANZANO MARTÍN M.V. P-38
MARCHANTE TEJADA C. C-106
MARENCO DE LA FUENTE J.L. C-65 P-39
MARÍN GIL R. P-78
MARÍN MARTÍN J. T-26
MARIN OLALLA M. T-8 C-97
MARIN RODRIGUEZ I. T-33
MARIN SANCHEZ J.M. C-61
MARINA LABRADOR D. C-139
MÁRMOL NAVARRO L. T-9
MÁRQUEZ BERNAL A. P-111
MÁRQUEZ CALDERÓN S. T-39
MÁRQUEZ HERNÁNDEZ J. P-12
MÁRQUEZ NAVARRO J. C-15 C-141
MARQUEZ PAVON I. C-67
MÁRQUEZ PELÁEZ S. C-79
MÁRQUEZ SAAVEDRA E. P-109
MARTÍN ALMENDROS C. P-89
MARTÍN BARATO A.I. C-86 C-87
MARTÍN BLANCO E. C-132
MARTIN CALLEJA D. P-101
MARTIN CASTAÑO C. C-73
MARTÍN CASTAÑO C. C-56 P-30 P-92
MARTÍN GRÜTMANCHER F. C-125
MARTÍN HERRANZ I. C-75
MARTIN HERRANZ M.I. P-146
MARTIN HIDALGO F.R. C-82
MARTÍN PÉREZ M.P. P-121
MARTÍN PONCE M.L. C-40 P-126
MARTÍN PRIEGO D. C-25
MARTIN RUDILLA F. C-92
MARTIN SANCES S. P-116
MARTÍN SECANO M. C-66
MARTIN SIERRA M.D. C-67
MARTÍN VALENCIA F.J. P-23
MARTÍN VÁZQUEZ J.M. C-4
MARTÍNEZ BAREA R. P-111
MARTÍNEZ BAUTISTA M.J. T-53
MARTINEZ CIRRE M.C. C-38
MARTINEZ DIZ S. T-33

MARTÍNEZ FRÍAS I.G. C-49
MARTÍNEZ HERNÁNDEZ J.M. P-118
MARTÍNEZ JIMÉNEZ M.A. T-6
MARTÍNEZ LARA C. C-74
MARTINEZ MARTINEZ B. C-97
MARTINEZ MARTINEZ E. C-72 P-133
MARTÍNEZ MORO B.M. C-131 P-56
MARTINEZ ORTEGA R. T-10
MARTÍNEZ PRIETO V. P-110
MARTÍNEZ RODRÍGUEZ V. P-58
MARTÍNEZ ROMERO C.E. C-144 C-148
MARTÍNEZ RUBIA M.D. C-52 C-62 C-108
MARTINEZ RUBIO C. P-18
MARTINEZ SANCHEZ M.I. C-39
MARTINEZ TAPIAS J. C-38
MARTOS ROSA A. C-58
MATAS JIMENEZ A. P-19
MATEOS MARTÍNEZ M.C. C-148
MAURE RICO M. P-51
MAYA CORTÉS M.A. C-111
MEDINA DUQUE M.T. T-6
MEDINA L L. P-57
MEDINA MUÑOZ J. C-7 C-99
MEDINA PÉREZ M.J. C-25
MEDRANO ORTEGA A. T-3
MEDRANO RAMOS I. T-3 P-125
MELCÓN DE DIOS A. P-16 P-17
MELLADO TRONCOSO E. C-136
MENA JIMENEZ A.L. C-87
MÉNDEZ MARTÍNEZ C. T-23 P-71
MÉNDEZ MUROS M.A. T-12
MENDUIÑA GUILLÉN M. T-43
MERINO BOHÓRQUEZ V. C-105
MESA MORENO R. P-1
MESA RODRIGUEZ P. C-28 C-127 P-114
MILLÁN GONZÁLEZ I.N. C-49 P-156
MILLÁN JIMÉNEZ A. P-127
MILLER GUERRERO M. C-107 P-111
MIRA ESCARTI J.A. C-40 C-106
MOLINA MARTIN P. C-39
MOLINA MEDINA R. P-121

MONCADA DÍAZ R. C-26 C-27
MONROY MORCILLO A. C-77 C-78
MONTAÑO BARRIENTOS A. T-31
MONTERO BALOSA M.C. T-30 C-7 C-99 P-31
MONTERO GARCIA J.D. C-28
MONTERO TORREJON J.C. C-99
MONTES CEJUDO I. P-107
MONTES GARCÍA E. P-63
MONTES PERÁLVAREZ F. P-72 P-107
MONTES REAL R. C-71
MONTES RUIZ-CABELLO M. P-61
MONTIEL SALDAÑA M.C. P-84 P-101
MONTILLA LÓPEZ C. C-43 P-5
MONTOYA JUÁREZ R. T-48
MONTOYA VERGEL J. T-5 P-144
MORALES CERRO A. P-130
MORALES DURAN E.N. C-124
MORALES GUERRERO C. T-10
MORALES MOLINA J.A. T-1
MORALES RIOS S. C-25
MORCILLO NIETO M.C. P-13 P-77 P-151
MORCILLO RÓDENAS C. C-88
MORENO AGUILAR R. C-38 P-137 P-145
MORENO ALONSO R. C-94
MORENO ALVAREZ P.J. T-4 C-54
MORENO CAMPOY E. P-54 P-55
MORENO GARCIA M. T-5
MORENO GAYÁ M. T-47
MORENO MAROÑA C. P-10
MORENO MATA N. C-135
MORENO ORTEGA J.A. P-64
MORENO PEREZ M. C-119
MORENO RAMOS M.D. T-45 C-120
MORENO REINA E. C-135
MORENO SANJUAN D.A. C-34 P-103 C-145
MORENO VERDUGO A. P-33
MORÓN ROMERO R. P-136
MOROS CARBALLO N. P-39
MOROTE JIMENEZ F. P-34
MOURELLE VAZQUEZ L. T-5
MOYA MOLINA M.A. P-87 P-90

MOYA SUARÉZ A.B. T-19
MOYANO PRIETO I. P-38
MUDARRA ACEITUNO M.J. T-24 P-96
MULA DOMÍNGUEZ M.J. P-59
MUÑOZ CALERO M. C-43 P-5
MUÑOZ CASTRO F.J. T-24 C-95 P-96
MUÑOZ DE LA NAVA SÁNCHEZ P. C-59
MUÑOZ JURADO P. C-49 P-156
MUÑOZ LUCERO M.T. T-53
MUÑOZ SANCHEZ C. P-137 P-145
MURCIA LAGUNA A.L. C-82
NAVAJAS GÓMEZ DE ARANDA J.A. T-17
NAVARRETE MARTINEZ J.J. C-109
NAVARRO GALLEGO M.I. C-84 C-93
NAVARRO MONZÓN M.A. P-26
NAVARRO NAVARRO M.C. C-56 C-73 P-30 P-92
NIETO GUTIÉRREZ M.P. P-129
NIETO REINOSO A. C-66
NIETO VERA J. C-13 C-14
NOGALES DE TOVAR D. P-101
NOGUERAS RUIZ M.ª. P-113
NÚÑEZ MONTENEGRO A. T-56
NUÑEZ SANCHEZ J.L. C-118
NÚÑEZ ULGAR A. T-46
OJEDA LUNA J.L. P-141
OJEDA MORENO V. P-48
OJEDA RAMIREZ D. C-64
OJEDA RAMIREZ M.D. C-64
OJEDA VIRTO F. T-48 C-102 C-124 C-143 P-121
OLIVA CONTERO J.P. T-38
OLIVA GONZALEZ D. C-94
OLIVENCIA PÉREZ M. C-110 C-120 P-34
OLIVERA CAÑADAS G. C-57
OROZCO PÉREZ R. T-38
ÓRPEZ RAMÍREZ A. P-66
ORTEGA AYLLON D. C-12
ORTEGA CALVO M. P-78 P-130
ORTEGA CASANOVA C. P-2 P-26 P-61
ORTEGA GALÁN A.N. T-36
ORTEGA GÁMEZ M.N. C-25
ORTEGA HIDALGO E.M. C-131 P-56

ORTEGA MARTÍNEZ M.I. T-42 C-35
ORTEGA MORENO M. T-14 C-2 C-98 P-79
ORTEGA RODRÍGUEZ S. T-25
ORTIZ CASADO R. P-24
PACHECO MERA M.E. T-54 T-55 P-21
PADILLA GARRIDO N. T-14 C-2 C-98 P-79
PADILLA MARIN V. T-56
PÁEZ HERRERA E.M. P-76
PÁEZ HERRERA E.V. P-37
PAGEO GIMÉNEZ M.M. P-153
PAJARES ALONSO M. P-54 P-55
PALACIOS DÍAZ J. P-2
PALANCO PARREÑO A. C-15 P-67
PALMA AGUILAR J.L. T-20 C-125
PALMA MORGADO D. T-18 C-9 P-78
PALOMA ATENCIA C.A. C-94
PALOMINO MEDINA A.M. P-89
PALOMO LARA J.C. C-123 P-81 P-155
PALOP DEL RÍO A. T-49 T-52 P-66 P-94 P-95
PANTOJA BENÍTEZ J.M. T-46 C-30
PARAMIO DATO M.M. C-18
PAREJO ALVAREZ E.S. T-4
PARRADO BORREGO G. P-123
PARRÓN CARREÑO T. P-102
PASCUAL-VACA GÓMEZ D. C-137
PASTOR ESCOBAR I.J. C-90 C-92
PASTOR ZAMBRUNO M.J. P-51
PAZO CID A. C-11 C-89
PEDRAZA MORA M.P. C-61
PEDREIRA VÁZQUEZ M.I. C-75
PEINADO GORLAT P.A. C-124 C-143 C-144 C-148
PEIS CASTAÑEDA A. C-72
PEIS REDONDO V.E. C-72
PENA ANDREU J.M. T-8
PEÑA DE LA CUEVA M.D. C-63
PEÑA FERNANDEZ D. P-85
PEÑA ROMERO E. T-38
PEÑA TAVERAS M.C. C-38
PEÑAFIEL ESCAMEZ M.T. C-100 P-149
PEREIRO HERNÁNDEZ R.M. C-142
PÉREZ CALVO M.A. P-73

PÉREZ CORRAL O. C-86 C-87
PEREZ DE LA FUENTE M.J. C-138 P-65 P-120
PEREZ FERNÁNDEZ A.J. C-144
PÉREZ FERNÁNDEZ A.J. C-148
PÉREZ GARCÍA I. C-52 C-62 C-108
PÉREZ GONZÁLEZ E. P-39 P-42
PÉREZ HUERTAS R. C-41
PÉREZ JIMÉNEZ J.M. T-46
PEREZ LOPEZ T. C-63
PÉREZ LOZANO M.J. P-51 P-124
PÉREZ MARTÍN M.A. P-62
PÉREZ OLMO J. T-48
PÉREZ PÉREZ M. P-89
PÉREZ PÉREZ P. T-54 T-55 C-57 P-21 P-66
PEREZ POSADA I. C-49 P-156
PEREZ RAMIREZ B. C-97
PÉREZ RAMÍREZ C. P-9 P-110
PÉREZ RAMÍREZ M.C. C-8
PÉREZ RAMOS J. C-79 C-101 C-121
PEREZ RAMOS S. P-18
PÉREZ RAMOS V. C-101
PÉREZ RAYA S. C-84
PÉREZ RIDAO P.J. P-29
PEREZ ROMERO G. C-53
PÉREZ SÁEZ F. C-102
PÉREZ SÁNCHEZ R.E. P-133
PÉREZ TEJADA J.C. C-1
PÉREZ-AÍNSUA MENDEZ M.C. C-8
PERIAÑEZ VEGA M.T. C-95 C-96
PERTEGUER HUERTA I. T-28
PICÓN VALERO M.D. C-66
PIEDRA FERNÁNDEZ I. T-17
PIERRARD HARDY F.S. C-70
PILO PÉREZ M.C. P-62
PINEDA MARTINEZ A. C-53 P-147
PINILLA LÓPEZ M.S. P-49
PINTO NIETO C.M. T-10
PIÑA LÓPEZ M.J. P-50
PIÑERO GRANDE P. C-107
PIQUERAS ROMERO N.M. C-27 P-144
PLAZA MORENO P. P-33

PORCEL GALVEZ A.M. C-148
PORRAS LÓPEZ M. C-137
PORRAS TEJERO E. C-80 P-35 P-127
POSADILLO SÁNCHEZ DE PUERTA L. C-74
POVEDA GARCÍA M.A. P-20
POVEDA GARCÍA M.I. C-134 P-29 P-46 P-69 P-106
POZO MUÑOZ F. P-36
POZUELO GARCÍA I. C-22 C-23 C-122
PRADA PEÑA M.A. P-43 P-62
PRADA ROMERO F. C-119
PRADOS JIMÉNEZ D. C-98
PRADOS PEÑA D. P-143
PRADOS REYES M. T-43
PRADOS SOLER M.C. C-134 P-46 P-69 P-106
PRAENA FERNÁNDEZ J.M. P-70 P-97
PRESA CUESTA L. P-32
PRIETO JIMÉNEZ S. P-108
PRIETO REYES M.A. T-2
PUENTES SANCHEZ J. T-50
PUERTA RICA A. C-25
QUERO VALENZUELA F. T-17
QUESADA GARCÍA M.A. C-69 C-104
QUESADA PEREZ M.T. C-20 C-118 P-74 P-115
QUESADA SUÁREZ J.P. T-42 C-35
QUINTANO JIMENEZ J.A. T-29
QUINTERO SOLÍS M.L. T-40 P-12
RAMAYO BARRIO E. P-9 P-110
RAMÍREZ FLORES M.C. C-66
RAMIREZ GARCÍA R. T-43
RAMIREZ LOPERA M.C. C-61
RAMÍREZ LÓPEZ E.B. C-123 P-81 P-155
RAMIREZ PUERTA R. T-43
RAMÍREZ RUIZ M. P-11
RAMOS CALERO E. P-127
RAMOS CURADO P. T-22
RAMOS MEDRANO J. T-45 C-120
RAPOSO LÓPEZ A. T-55
RAS LUNA J. T-39
RAYA MARTÍNEZ A. T-13
RAYA ORTEGA L. P-36
RAYA ROJAS M. P-7

REALES ARROYO A.M. C-111 P-64
RECHE GONZÁLEZ F.J. C-32 C-146
RECIO MAYORAL A. C-54
RECIO MORALES S. T-26 T-44
REIG REDONDO J. C-33
REINA AROSTEGUI M. C-55
REJANO CARRASCOSA C. P-6
RELINQUE MEDINA F.E. T-36
REQUENA CARRION E. C-109
REQUENA RAMOS J.M. C-85
REYES ALCÁZAR V. T-21
RICO GALA S. P-128
RIOS BLANCO S. C-7
RIOS PÉREZ A. T-19
RIPOLL SORBAS M.C. C-91 P-52 P-100
RITA ACOSTA M.J. T-38
RIVAS SÁNCHEZ M. C-44
RIVERA BAUTISTA J.M. P-71
ROBUSTILLO CORTÉS M.A. P-109
ROCA FERNANDEZ CASTANYS E. C-53 P-147
RODRÍGEZ PAÑOS M.T. P-81
RODRIGUEZ BAÑO J. C-67 C-112
RODRÍGUEZ BENAVENTE A. T-49 P-66
RODRÍGUEZ BENJUMEDA L.M. C-128
RODRÍGUEZ CAMACHO J.M. P-27
RODRÍGUEZ COLOMINA M. C-102
RODRÍGUEZ CONTRERAS H. T-55
RODRIGUEZ GALLEGO I. P-107
RODRÍGUEZ GARCÍA J. C-21
RODRIGUEZ GARCÍA M. T-3
RODRÍGUEZ GARCÍA M. P-125
RODRIGUEZ GONZALEZ J. P-123
RODRIGUEZ HURTADO A. P-126
RODRIGUEZ HURTADO J. C-114
RODRIGUEZ IGLESIAS M. P-18
RODRIGUEZ JIMENEZ B. P-31
RODRÍGUEZ LARA M.P. T-40 P-12
RODRÍGUEZ LIÉBANA J.J. P-13 P-77 P-151
RODRÍGUEZ LLAMAS R. C-41
RODRIGUEZ MARTIN A. P-73
RODRÍGUEZ MASSIA A. C-101 P-45

RODRÍGUEZ MATEOS M.E. C-51 P-27
RODRÍGUEZ MORCILLO R. P-13 P-77 P-151
RODRÍGUEZ MORILLO A. T-22
RODRIGUEZ PAÑOS M.T. P-139 P-155
RODRIGUEZ RODRIGUEZ J.M. P-137 P-145
ROJAS DE MORA-FIGUEROA A. C-3 C-5 P-93
ROJAS LUCENA I. . C-29
ROJAS LUCENA I.M. C-46 C-47
ROJAS UCEDA M.C. T-27
ROMÁN CASARES E. P-51 P-124
ROMÁN FUENTES M. C-90 P-16 P-17
ROMERO BRIOSO C. C-112 P-139 P-155
ROMERO FERNÁNDEZ J.M. C-11
ROMERO GONZÁLEZ M. P-9 P-110
ROMERO HERNÁNDEZ I. C-50 C-51 P-27 P-53
ROMERO RUIZ A. C-55 P-123
ROMERO SÁNCHEZ M.T. P-19
ROSADO VARELA P. C-13 C-14
ROSANO DUARTE L. P-87 P-90
RUANO GUERRERO A.D. C-145
RUBIO BARRANCO A. P-87 P-90
RUBIO JIMENEZ M.F. C-85 P-148
RUBIO MELLADO A. C-70
RUFO FERREIRA M.S. P-60
RUIZ BAYO L. C-16 P-83
RUIZ CLEMENTE J. C-110 P-34
RUIZ DE LA VILLA L.I. T-15
RUIZ FERNÁNDEZ M.D. T-36
RUIZ FERNANDEZ R.F. T-35
RUÍZ GARCÍA E. T-45
RUIZ GÓNGORA J. P-29
RUIZ HERNÁNDEZ A. C-88
RUIZ MENDOZA J.M. T-52
RUÍZ MERINO L. C-69 C-104
RUIZ MUÑOZ M.E. P-122
RUIZ RODRIGUEZ M.C. C-12
RUIZ ROMERO V. T-6 C-19 P-3
RUIZ RUBIO R. C-146
RUIZ SANCHEZ J.J. T-37
SABORIDO CANSINO M.C. C-80 C-81
SAGUÉS AMADÓ S.A. T-35

SÁINZ BUENO J.A. T-25
SALAS HERRERO E. C-43 C-128 P-5
SALCEDO CRESPO S. P-135
SALCEDO LEAL M.I. P-124
SALGUERO CABALGANTE R. C-3 C-5 P-93
SALIDO DE ANDRÉS E. C-111
SALVADOR GARRIDO P. C-75
SAMPER TOSCANO M.A. C-78
SÁNCHEZ ARGAIZ M.C. C-147
SÁNCHEZ BALLESTERO L. P-28
SÁNCHEZ BLANCO G. C-31
SANCHEZ BOSQUET J. P-122
SANCHEZ CESPEDES E. P-99
SANCHEZ CESPEDES M. P-99
SANCHEZ DE MELO I.G. C-117
SANCHEZ ELÍAS T.O. P-23
SANCHEZ GARCIA M.C. C-42
SÁNCHEZ GONZÁLEZ I. C-113 P-47 P-82 P-142
SÁNCHEZ GUTIÉRREZ C. C-89 C-126
SANCHEZ JIMENEZ A. C-68
SANCHEZ JIMENEZ M.T. C-68
SANCHEZ LOPEZ J.D. P-6 P-117 P-132
SÁNCHEZ LÓPEZ P. P-153
SÁNCHEZ MEDINA M. C-77
SÁNCHEZ MIRALLES M.D. C-24 C-91 P-100
SANCHEZ NAVAS P. C-94
SÁNCHEZ PEDROSA A. C-80 C-81
SÁNCHEZ PRIETO A. P-24
SANCHEZ-MATAMOROS MARTIN M.D. P-37 P-76

SANTAELLA ACEITUNO F. T-33 C-53 P-147
SANTANA LÓPEZ V. T-54 T-55 P-21
SANTANA PALMA J.L. P-89
SANTANA VILLANUEVA M.A. P-103
SANTOS RAMOS B. C-80 C-81 P-109
SANZ AMORES R. T-39
SEGURA FLORES M.F. C-42
SERRANO CATENA M.T. T-38
SIANES BLANCO A. P-45
SIANES FERNÁNDEZ A. C-121
SIERRA RUIZ N. C-94

SIERRA SÁNCHEZ J.F. T-2 P-150
SIERRA TORRES M.I. P-116
SILLERO HERRERA A. C-40 P-126
SILVA CÍVICO M.A. P-33
SILVA GALLARDO L. P-24
SILVÁN VILME C. C-111
SMITH EDITH E. C-72
SOLA PERAL M.A. C-143 C-144
SOLÍS GALERA I. P-141
SORIA ESPIGARES D. P-113
SOSA GONZALEZ D. P-64
SOTO PICA M.T. P-11
SUÁREZ CARRASCOSA F.J. C-50 C-51 P-27 P-53
SUÁREZ CARRASCOSA J.F. P-38
SUFFO ABOZA J.A. P-97
TACÓN REINA F. T-38
TEJEDOR VALCARCEL P. T-19
TENA GARCIA B. C-16 C-139 P-1 P-24 P-68 P-81 P-83 P-155
TEROL FERNÁNDEZ J. T-11
TEROL GADEA F. P-118 P-152
TIENDA MORENO M. C-22 C-23 C-122
TORELLÓ ISERTE J. P-78
TORRES AGUIRRE A.A. P-122
TORRES BUSTOS A. P-137 P-145
TORRES MARÍN M.D. C-15 C-141 P-67
TORRES MARTÍN M. C-19
TORRES NAVARRO M.M. P-105
TORRES OLIVERA A. P-94
TORRES RECIO J.J. C-11
TORRES RODRIGUEZ M.C. P-99
TORRES VERDÚ B. T-56 C-84 C-93
TRIGO JIMENEZ A.N. P-103
TRIGO RODRIGUEZ M. T-43
TRIGO RODRIGUEZ R. T-46
TRISTANCHO PEREZ A. C-60
TRUJILLO ARENILLAS A. C-4
TRUJILLO CARMONA A. P-137
TURIÑO-GALLEGO J.M. C-37
UCEDA MONTAÑES J. C-60
ULIBARRENA ESTÉVEZ J. P-9 P-110
URBÁN CARMONA R. C-56

URDA ROMACHO J. T-1 T-10 C-10 C-58
URQUÍZAR RODRÍGUEZ O. C-10 C-58
USERO CERDÁN C. P-121
UTOR FERNÁNDEZ D.A. C-78
VAHI MAQUEDA M.J. P-101
VALERO BALBOA L.C. C-35
VALERO MONTERO J. P-50
VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA A.M. P-143
VALLE NAVARRETE C. P-119
VALLEJOS CARABALLO E. T-47
VALVERDE GAMBERO E. T-24 P-96
VARGAS IGLESIAS S. C-127 P-114
VARGAS LIRIO M.I. P-123
VARO SÁNCHEZ G.M. C-43 P-5
VÁZQUEZ GONZÁLEZ A. P-14 P-28 P-70 P-97
VÁZQUEZ PÉREZ R.M. C-142
VÁZQUEZ RODRÍGUEZ J.I. T-9
VÁZQUEZ VÁZQUEZ M. T-54 T-55 P-21
VAZQUEZ VELA V. P-54 P-55
VÁZQUEZ VILLEGAS J. P-105
VELA CERERO C.J. P-15
VICENTE MARTINEZ F. C-109
VIDAL LOPEZ A. C-97
VILAPLANA GARCÍA A.M. P-16 P-17
VILCHES ARENAS A. C-54 P-31
VILCHEZ BUENO S. P-6
VILLAFUERTE FERNÁNDEZ I. P-130
VILLALTA ANDUJAR T. P-146
VILLANUEVA GUERRERO L. T-24 P-96
VILLEGAS CALVO M.M. P-6 P-117 P-132
VILLEGAS TRIPIANA I. P-105
VILLENA MACHUCA M.L. C-111
VILLOSLADA GONZALEZ M.I. C-44 P-49
VISUERTE SÁNCHEZ J.M. P-15
WINKLER - G. C-28 C-127 P-114
YAGÜE SÁNCHEZ J.M. C-59
YÁÑEZ MARTÍNEZ M.D. C-75
ZAMBRANO OLIVO C. C-74 P-37 P-76
ZAMBRANO OLIVO M.C. C-16
ZARAGOZA RASCÓN M. P-54 P-55
ZARZUELA MAQUEDA J.A. P-72

ZAYA DOMINGUEZ E. C-69
ZUFRÍ RODRIGUEZ G. P-29
ZURITA MUÑOZ A.J. P-6

ORGANIZA

sadeca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

COLABORAN

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

AIR LIQUIDE Healthcare

Almirall
Soluciones pensando en ti

ferrer

AMGEN

astellas
Leading Light for Life

AstraZeneca

BAYER

Boehringer Ingelheim

Bristol-Myers Squibb

Lilly
Respuestas que importan.

Roche

ESTEVE

MSD

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

MERCK
Living Innovation

OXIMESA
GRUPO PRAXAIR