XX CONGRESO CALIDAD ASISTENCIAL

LIBRO DE COMUNICACIONES

CALIDAD
INVESTIGACIÓN
INNOVACIÓN

HOTEL BARCELÓ
MALAGA
18-20 Nov
2015

sadeca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL

LIBRO DE COMUNICACIONES DEL XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

ISBN: 978-84-608-2895-2

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

HECHOS

***ÚNICO**.- Con fecha de 2 de septiembre de 2015, **la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA),** presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad **"XX Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial",** a celebrar en Málaga, los días 18, 19 y 20 de noviembre de 2015.*

FUNDAMENTOS DE DERECHO

***PRIMERO**.- La Directora General de Investigación y Gestión del Conocimiento es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 10 del Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,*

***SEGUNDO**.- Examinada la memoria y objetivos, así como el programa de la actividad presentados por la entidad organizadora, se considera que se ajusta a lo establecido en la Orden de 2 de octubre de 1997 (BOJA nº 120 de 14 del mismo mes)*

***TERCERO**.- Examinada la memoria, objetivos y programa de la actividad, se comprueba que se encuentra dirigida a profesionales sanitarios.*

Visto los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación,

RESUELVE

CONCEDER** el **Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario** respecto de la actividad **"XX Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial".

Contra la presente resolución que no agota la vía administrativa podrá interponer recurso de alzada ante la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999 de 13 de enero.

Sevilla, a 21 de octubre de 2015
LA DIRECTORA GENERAL

Mª Isabel Baena Parejo

Expte: 224/15

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080 Sevilla
Teléf. 95 500 63 00. Fax 95 500 63 31

Código Seguro De Verificación:	rITVmIMPzhz2aTkJpH5fsg==	Fecha	26/10/2015
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Maria Isabel Baena Parejo		
Url De Verificación	https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/rITVmIMPzhz2aTkJpH5fsg==	Página	1/1

ÍNDICE DE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES
COMUNICACIONES ORALES TEMÁTICAS
COMUNICACIONES PÓSTER

ÍNDICE DE AUTORES

Este índice es interactivo. Pulse en el número de comunicación para ir directamente a esta.

COMUNICACIONES ORALES

C-1 MEJORA DEL USO DE LA MEDICACIÓN EN SERVICIOS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN

C-2 DESARROLLO COMPETENCIAL DE LOS CIRUJANOS ACREDITADOS.

C-3 LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES ACREDITADOS.

C-4 EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN SERVICIOS Y UNIDADES DEL H.R.U. DE MÁLAGA

C-5 ELEMENTOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ANDALUCIA

C-6 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS BÁSICOS DE CALIDAD EN LAS ACTIVIDADES ACREDITADAS

C-7 LA COMISIÓN PROVINCIAL DE UNIDADES DE FORMACIÓN. LA COLABORACIÓN: CLAVE PARA LA CALIDAD DE LA FORMACION CONTINUADA

C-8 PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE LAS UGC PARA MEJORAR INTEGRACIÓN CON OTRO PROCESOS

C-9 EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL ESTANDARIZADO PARA MEJORAR EL DOLOR CRÓNICO Y LA FATIGA EN ESPONDILOARTROPATÍAS

C-10 APLICACIÓN PARA SMARTPHONE DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD (APP NOTICIAS SALUD)

C-11 APLICACIÓN MOVIL DE SALUD RESPONDE. CONECTAR A LOS USUARIOS CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCIA

C-12 CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES REANIMADOS TRAS PCR COMPARANDO USO DE CARDIOCOMPRESOR CON MASAJE MANUAL

C-13 AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA : EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN MUJERES QUE ACUDEN A CONSULTA DE UNA UNIDAD DE MAMA.

C-14 ATENCION INTEGRADA EN LAS DEMENCIAS

C-15 IATD: ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA EL CA.DE PRÓSTATA: ¿QUÉ OPCIÓN PREFIERO?: 5AÑOS DESPUÉS ¿SIGUE SIENDO VÁLIDO?

C-16 CIENCIATERAPIA: LA DIVULGACIÓN DIVERTIDA DE LA CIENCIA COMO PRÁCTICA INNOVADORA EN LAS UNIDADES DE PEDIATRÍA.

C-17 TABACO EN EL ENFERMO BIPOLAR: POSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

C-18 IMPLANTACIÓN DE CONSULTA UROLÓGICA ON-LINE PARA SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA.

C-19 SATISFACCION CON LA ATENCIÓN PRESTADA EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C-20 VISOR DE ACCESO ÚNICO A LA HISTORIA DEL PACIENTE EN LA PROVINCIA DE GRANADA

C-21 DIFUNDIR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD A LOS MÁS JÓVENES: LOS TALLERES INFANTILES EN TERAPIAS AVANZADAS

C-22 HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO EN AGS SUR DE SEVILLA

C-23 ESTUDIO DE ANSIEDAD EN CIRUGÍA ORAL AMBULATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C-24 TRIAJE AVANZADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE. IMPACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.

C-25 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES SANITARIOS EN EL PROCESO DECLARACIÓN DE VVAS

C-26 CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS AL FINAL DE LA VIDA EN UN HOSPITAL SAS

C-27 LÍNEA IAVANTE:10 AÑOS INNOVANDO EN LA FORMACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

C-28 DESARROLLO DE COMPETENCIAS ESENCIALES DE CIRUGÍA EN RESIDENTES CON MÉTODOS DE SIMULACIÓN ROBÓTICA Y VIRTUAL 2014-2015

C-29 CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ACUPUNTURA COMO HERRAMIENTA DE BUENA PRACTICA BIOETICA

C-30 AYUDA HUMANITARIA, COOPERACIÓN INTERNACIONAL, VACACIONES SOLIDARIAS: "CONCIENCIA Y CALIDAD HUMANA"UN MUNDO POR DESCUBRIR

C-31 CONVIVENCIA CON FUMADORES Y CONSOLIDACIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y CACHIMBA EN LOS ADOLESCENTES DE SEVILLA

C-32 LAS IDEAS DE LOS ESCOLARES SOBRE LA SALUD

C-33 UTILIDAD DE LA VIGILANCIA INTEGRAL DE SALUD EN ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

C-34 PROYECTO INTEGRAL COLOREANDO, UNA APUESTA DE CAMBIO CONTAGIOSA

C-35 IMPACTO DE UNA INUNDACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL : ESTUDIO CASO-CONTROL

C-36 PROYECTO COOPERATIVO-SOLIDARIO: POR UNA VIDA SANA Y BANCO DE ALIMENTOS

C-37 REPERCUSIÓN DE LOS RETOS DE INNOVACIÓN ABIERTA EN EL CAMPO DE LA SALUD: EL PROYECTO MSSPA

C-38 MEDIA VERSUS MEDIANA EN ESTUDIOS FÁRMACO-ECONÓMICOS DE TRATAMIENTOS

C-39 OFTALMOLOGÍA 2.0: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES.

C-40 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE EFICIENCIA EN UNA UGC

C-41 CATEGORIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES "DO NOT DO" DE LA GUÍA NICE Y RESULTADO DE SU INCLUSIÓN EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN

C-42 LINEAS DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR INTEGRAL DE PACIENTE CON AMPUTACION EN H. VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA

C-43 MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN PACIENTE-SANITARIO EN UNA MUTUA LABORAL

C-44 PROGRAMA DE MEJORA SOBRE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES DE URGENCIAS

C-45 LA LET COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

C-46 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADOS (CCEC®) EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

C-47 AJUSTE DE LA DEMANDA EN LABORATORIO BASADO EN ANÁLISIS DE UTILIDAD Y CONSUMO. EFECTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C-49 FACTORES ASOCIADOS A LA PROBABILIDAD DE ESTAR CURSANDO UN REINGRESO POR ICTUS EN ESPAÑA, PERIODO 2008-2012

C-50 CUIDADOS ENFERMEROS EN LA GESTION DE CAMAS

C-51 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE REHABILITACIÓN INTERCENTRO/INTERNIVELES

C-52 OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE STOCKS DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE DISTRIBUCIÓN DE CORREO.

C-53 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERSONAS MAYORES DE 65 Y MÁS AÑOS

C-54 ASPECTOS ÉTICOS ANTE LA PERSONA CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES

C-55 EXISTEN OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN SANITARIA.

C-56 ABORDAJE DEL USO DEL MEDICAMENTO EN UN ÁREA SANITARIA: HABLEMOS EL MISMO IDIOMA

C-57 PROTOCOLIZACIÓN DE VERSIÓN CEFALICA EXTERNA COMO MANIOBRA PARA DISMINUIR LA TASA DE CESAREA EN NUESTRO CENTRO

C-58 VALIDACIÓN DE HERRAMIENTAS CLINIMÉTRICAS: ADAPTACIÓN DEL FIBROMYALGIA PARTICIPATION QUESTIONNAIRE EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

C-59 PERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL Y SU RELACIÓN CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE ROQUETAS DE MAR

C-60 UNIDAD DE GESTIÓN DE CUIDADOS…¿EN SERIO?

C-61 ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CANCER DE MAMA EN REGIMEN DE CMA

C-62 ELABORACION DE UN PROTOCOLO PROVINCIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN CON EL CONSENSO DE ONCÓLOGOS Y FARMACEÚTICOS

C-63 RESULTADOS LA UNIDAD DE ATENCIÓN COMPARTIDA: APARATO DIGESTIVO-ATENCIÓN

C-64 IMPLANTACIÓN DE TRIPTICO INFORMATIVO A PACIENTES CON SCA EN LA UCI DEL HOSPITAL

C-65 ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS EN PACIENTE FIBRINOLIZADO Y SUS RESULTADOS

C-66 IMPACTO DEL PROCESO ASISTENCIAL PCR EN LOS CCU DE ANDALUCÍA EN 2014

C-67 ANALIZAR CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS:PROPUESTAS MEJORA DE CALIDAD

C-68 INNOVANDO EN HERRAMIENTAS DEL PAI RIESGO VASCULAR

C-69 CONOCIENDO MI DIABETES, APRENDO A CUIDARME.

C-70 SÍNTOMAS DE EPOC EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA (2007-2012)

C-71 COMISION QUIRÚRGICA. ENTORNO PROFESIONAL PARA LA GESTIÓN EFECTIVA DE LOS RECURSOS Y LA MEJORA ASISTENCIAL

C-72 PROCESO QUIRÚRGICA. IMPLEMENTADO UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE QUIRÚRGICO

C-73 CONSULTA DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿HERRAMIENTA DE ARMONIZACIÓN EFICAZ DEL PROCESO O SUBESPECIALIZACIÓN?

C-74 UN SALTO DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA UNIDAD DE ICTUS

C-75 SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN EL INSTITUTO MAIMÓNIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC).

C-76 SENSIBILIZAR MEDIANTE EL ARTE SOBRE LOS BENEFICIOSDEL ABANDONO DEL TABACO.

C-77 PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON SAOS

C-78 DETECCIÓN DE HIPERCAPNIA ARTERIAL A PARTIR DE MUESTRAS DE SANGRE VENOSA EN PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE EPOC.

C-79 COMPARANDO LA INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UCI CON LOS RESULTADOS PUBLICADOS EN BASES REFERENCIALES MASIVAS

C-80 MEJORA DE LA CALIDAD Y DE LA INOCUIDAD DE LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA.

C-81 SEGURIDAD DEL PACIENTE ALÉRGICO A ALIMENTOS: INFORMACIÓN EN LOS ALIMENTOS NO ENVASADOS.

C-82 ERRORES PREANALITICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE A: EVOLUCIÓN Y COMPARACIÓN ENTRE DOS LABORATORIOS.

C-83 LA TRAQUEOSTOMÍA PRECOZ EN UCI ES UNA TÉCNICA SEGURA Y DISMINUYE ESTANCIA, VENTILACIÓN MECÁNICA E INFECCIÓN NOSOCOMIAL
C-84 INTERVENCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN ENFRMERA COLABORATIVA DE DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA _GUADALQUIVIR
C-85 CONTROL DE INFECCIONES POR PARTE DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE CRÍTICOS.
C-86 TELECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN URGENCIAS
C-87 APLICACIÓN PARA SMARTPHONE "ACTUALIDAD DE MEDICAMENTOS"
C-88 INNOVANDO… PROYECTO CREACCION DE UNA UNIDAD DE TRAQUEOTOMIA
C-89 NEUMONÍA ZERO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:UN PROYECTO NOVEDOSO O COTIDIANO?
C-90 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO
C-91 CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA EN LA FASE PRE ANALÍTICA.
C-92 METODOLOGÍA CAUSA-RAÍZ COMO HERRAMIENTA BÁSICA DE DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
C-93 CALIDAD DE LOS REGISTROS PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN CUIDADO HOSPITALARIO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
C-94 MEDICIÓN DE LA PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN LA UGC DE CIR. CARDIOVASCULAR HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
C-95 RECOMENDACIONES AL ALTA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
C-96 PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTANDARIZADOS PARA LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR
C-97 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
C-98 ESTRATEGIA DE MEJORA PARA LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS.
C-99 DISEÑO Y DESPLIEGUE DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL INFANTIL
C-100 APORTACIONES DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS DE MOVIMIENTO EN EL PACIENTE CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR
C-101 FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE LA UGC DE PEDIATRÍA
C-102 MEDIDAS DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE RUIDO AMBIENTAL EN UNA UCI DE NIVEL II
C-103 ¿TENEMOS CONOCIMIENTOS SUFICIENTES DE ULCERAS POR PRESION EN LOS NIÑOS?. ESTADO ACTUAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.
C-104 USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: RIESGOS E INTERACCIONES DE LA UTILIZACIÓN DE PLANTAS MEDICINALES
C-105 MEJORA DE SEGURIDAD Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS CON LA CENTRALIZACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE ROMIPLOSTIM EN UGC FARMACIA
C-106 EFECTIVIDAD DE UN PAQUETES DE MEDIDAS DE CONTROL DE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UNA UCI
C-107 MEDICION DE LA PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA UGC DE CIRUGIA PEDIATRICA. PRIMEROS RESULTADOS
C-108 ELABORACION DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO
C-109 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA ESCOLIOSIS JUVENIL IDIOPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.
C-110 ECOGRAFÍA PULMONAR: ESTRATEGIA POBLACIONAL SEGURA Y EFECTIVA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
C-111 INCIDENCIA DE SEROMAS. SUCESO ADVERSO TRAS LA CIRUGÍA DE MASTECTOMIA CON LINFADENECTOMIA AXILAR.
C-112 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA CON KINESIOTAPING DEL HOMBRO DOLOROSO HEMIPLEJICO POST ICTUS, A PROPOSITO DE UN CASO
C-113 EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS GUIAS SAFER PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS TIC SANITARIAS
C-114 VALIDACIÓN DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE EL CHEKLIST.
C-115 EL EXTRACTO DE ARÁNDANO ROJO AMERICANO COMO COADYUVANTE A LA PROFILAXIS DE ITU TRAS LA COLOCACIÓN DE CATÉTER URETERAL DJ
C-116 EPIDEMIOLOGÍA DEL PACIENTE GRAN QUEMADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.
C-117 SEGURIDAD CON EL BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB: NUESTRA EXPERIENCIA
C-118 IMPACTO DE LA APP LISTEO+ SOBRE LA REDUCCIÓN DE CANCELACIONES QUIRÚRGICAS Y LA SEGURIDAD. UN PROTOCOLO DE ESTUDIO
C-119 LAS 7 PRIORIDADES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA
C-120 DESARROLLO DE UN CURSO ONLINE PARA SENSIBILIZAR A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS
C-121 ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
C-122 IRAS WARS: LA HIGIENE DE MANOS BAJO UNA PERSPECTIVA DIFERENTE.
C-123 CONTROL Y DESCRIPCION DE UN BROTE INFECCIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTES A CARBAPENEM EN UNA UNIDAD HEMATOLOGIA
C-124 SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS

C-125 SISTEMAS DE GESTIÓN DE INCIDENTES DE NUEVA GENERACIÓN

C-126 EL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C-127 IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIO ÚNICO DE LA PROVINCIA DE GRANADA

C-128 SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACIÓN AVANZADA EN TÉCNICAS ENDOVASCULARES EN DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN FACULTATIVOS ESPECIALISTAS EN ANGIOLOGÍA Y CIR

C-129 ANALISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROCESO DE ALTA DEL HOSPITAL A ATENCION PRIMARIA.

C-130 HISTORIA ÚNICA DE REGISTRO E INFORMACIÓN EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

COMUNICACIONES ORALES TEMÁTICAS

T-1 DESARROLLO COMPETENCIAL DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS.

T-2 ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS QUE HAN DIFICULTADO LA ACREDITACIÓN DE UGC POR LA ACSA EN UN DISTRITO SANITARIO DE AP

T-3 EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA

T-4 "COMO ACREDITAR TODAS LAS UNIDADES DE UN AREA SANTIARIA Y NO FRACASAR EN EL INTENTO…"

T-5 CALIDAD DE VIDA TRAS CIRUGÍA CARDIACA EN LA COMUNIDAD ANDALUZA

T-6 CÓDIGOS QR EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PACIENTES Y PROFESIONALES PEDIÁTRICOS

T-7 LA OPINIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: SU EXPERIENCIA COMO PASO PREVIO A IMPLANTAR UN PLAN DE VISITAS.

T-8 MEJORA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANA COMO ELEMENTO MEDIADOR A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN.

T-9 CONSULTORÍA DE HERIDAS CRÓNICAS Y AGUDAS

T-10 CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA ACERCA DE LAS VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS

T-11 MANEJO DE SITUACIONES DE CRISIS DE REPUTACIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES, ¡QUE NO CUNDA EL PÁNICO!

T-12 TRABAJO EN RED EN CONTEXTOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN EL PONIENTE ALMERIENSE

T-13 ESTRATEGIA PARA LA CONVERGENCIA DE ESTRUCTURAS DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN EN HOSPITALES UNIVERSITARIOS

T-14 ESTUDIO PILOTO DE LOS DESÓRDENES TEMPOROMANDIBULARES ATENDIDOS POR ODONTOLOGÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA VÍA TELEMEDICINA.

T-15 ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO VASCULAR (RV) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

T-16 ÉXITO DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LAS COBERTURAS VACUNALES EN LA INFANCIA:GESTIÓN Y TICS PARA CONECTAR PROFESIONALES.

T-17 PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN LAS CONSULTAS HOSPITALARIAS

T-18 DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL ASNM. HACIA LA SIMETRÍA DE INFORMACIÓN

T-19 EVALUACIÓN DE LA INTERCONSULTA COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE FARMACIA Y OFTALMOLOGÍA.

T-20 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL PACIENTE DIABÉTICO AMPUTADO.

T-21 SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL CELADOR COMO INDICADOR DE CALIDAD DE UN T-22 PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EPOC EN EL HOSPITAL SIERRA NORTE: ROL DE ENFERMERÍA EN EL ACTO ÚNICO.

T-23 GUÍA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS

T-24 ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO DE LAS FUENTES DE ERROR EN LA FASE PREANALITICA

T-25 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA (DA VINCI) EN EL POSTOPERATORIO INICIAL EN UCI

T-26 LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA SE MUESTRA UNA ESTRATEGIA MAS SEGURA RESPECTO A LA TÉCNICA QUIRÚRGICA CONVENCIONAL.

T-27 DISCREPANCIAS DE CONCILIACIÓN EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INMOVILIZADOS

T-28 MODELO URODINÁMICO PROSPECTIVO PARA PREDECIR LA INCONTINENCIA URINARIA PRECOZ TRAS LA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA

T-29 SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ELEVACIÓN DEL CABECERO EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECANICA.

T-30 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD EN UNA UCIPOLIVALENTE.

T-31 PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO "11 MESES, 11 CAUSAS" PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

T-32 ANÁLISIS DE RIESGO EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA DE PULMÓN

T-33 ¿QUÉ HACEN Y QUÉ PODRÍAN HACER LOS EQUIPOS DIRECTIVOS EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? DESARROLLO DE UNA APP

T-34 DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE HEMATOLOGÍA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

T-35 CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS

COMUNICACIONES PÓSTER

P-1 HERRAMIENTA DE APOYO EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA. COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

P-2 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA PRODUCTOS SANITARIOS UNE-EN ISO 13485

P-3 ¿ES EL E-LEARNING UNA SOLUCIÓN EFICAZ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD? UN ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN ANDALUCÍA

P-4 ABORDAJE DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO: PERFIL ENFERMERO E INTERVENCIONES REALIZADAS.

P-5 LA CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD Y LA PERSPECTIVA DEL RECORRIDO REALIZADO: SE ABRE CAMINO AL ANDAR.

P-6 UNIDAD DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN. PROCESO DE CERTIFICACIÓN

P-7 AUTOMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ENVÍO PERSONALIZADO DE CERTIFICADOS DE FORMACIÓN MEDIANTE ROBOT SOFTWARE.

P-8 RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN POR LA ACSA DE LA UNIDAD INTEGRAL DE FORMACIÓN. ANÁLISIS DE RESULTADOS

P-9 APLICACIÓN DE LAS TÉCNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES FORMATIVAS

P-10 AVANZANDO…AULAS DE SALUD EN LA UGC DE ORL

P-11 ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE: EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR, RECURSOS Y DISPOSITIVOS.PAPEL DE LA TCAE/AE.

P-12 CRECIMIENTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD TRASTORNOS DEL SUEÑO DEL HARE BENALMÁDENA

P-13 PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA APP DE SALUD RESPONDE.

P-14 LINEAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA: UGC ÁREA DEL CORAZÓN HUVM

P-15 BENEFICIOS QUE APORTA SALUD ANDALUCÍA 24H TANTO AL CIUDADANO COMO AL SSPA

P-16 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC

P-17 INICIATIVA DE INTERMEDIACIÓN CULTURAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

P-18 PROYECTO INVESTIGACIÓN:DETECCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN A FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ACOMPAÑANTE EN UCI.

P-19 UTILIDAD DEL FORMATO ELECTRÓNICO PARA RECOGIDA DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

P-20 SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ATENCIÓN CIUDADANA DEL HOSPITAL CIVIL.

P-21 HOSPITAL CON ACCESIBILIDAD UNIVERSAL :

P-22 UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN QUIMIOTERAPIA

P-23 ALFABETIZACIÓN EN SALUD: ¿CUÁL ES EL NIVEL DE CAPACITACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO SOBRE SU MEDICACIÓN?.

P-24 ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA POBLACIONAL DE REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS EN ESPAÑA EN EL AÑO 2014

P-25 HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA MANO DEL CIUDADANO

P-26 “CALIDAD DE VIDA EN NIÑO/AS ASMÁTICOS Y DE SUS CUIDADORE/AS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERIA”

P-27 COMUNICACIÓN A LA CIUDADANÍA DESDE LAS UNIDADES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD.

P-28 EDUCANDO A LOS QUE CUIDAN.UNA PROPUESTA FORMATIVA

P-29 IMPLANTES COCLEARES: NUEVO RETO DE LOS PROFESIONALES TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA/AE

P-30 EL CAMAROTE DE LOS HERMANOS MARX (ÉTICA EN DOCENCIA)

P-31 IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE FIBRINOLISIS EN UNA UNIDAD DE ICTUS

P-32 GBP: EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA EN EL CUIDADO

P-33 IMPACTO ECONÓMICO DE LA INDIVIDUALIZACIÓN DE DOSIS DE LINEZOLID PARA PACIENTES PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

P-34 UNIDADES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA.

P-35 IMPACTO EN CALIDAD Y REDUCCIÓN DE SESIONES EN ESGUINCES DE TOBILLO GRADO I DERIVADOS DESDE URGENCIAS A FISIOTERAPIA

P-36 IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS Y CIRCUITOS PARA LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE EN RIESGO SOCIAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS

P-37 RELACIÓN ENTRE NIVEL DE SOBRECARGA Y ESTRÉS EN CUIDADORES/AS DE PACIENTES POST ICTUS Y FORMACIÓN EN MATERIA DE CUIDADOS

P-38 IMPLEMENTACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN ASISTENCIAL HOSPITALARIA.

P-39 EXPERIENCIA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

P-40 USO DEL TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO NO REMUNERADO DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

P-41 TRABAJO REMUNERADO Y NO REMUNERADO DE CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS CONSIDERANDO LA ELEGIBILIDAD DE SU ROL.

P-42 SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESPECIFICOS DE CUIDADOS ENFERMEROS: RESULTADOS AUDITORIAS 2015.
P-43 NEUROCIENCIAS: ESPACIO MULTIDISCIPLINAR
P-44 PERFIL DE UTILIZACIÓN E INDICADORES DE CALIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES ADULTOS
P-45 LA CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION COMO EVOLUCION NATURAL DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
P-46 LA CONDUCTA NEGATIVA EN LA GESTIÓN INICIAL DE LA CONTINGENCIA COMÚN
P-47 INFLUENCIA DEL ÁREA HOSPITALARIA SOBRE PREVALENCIA Y USO RELATIVO DE LOS ANTICOAGULANTES
P-48 ANÁLISIS ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO MONOTERÁPICO Y BITERÁPICO CON DARUNAVIR
P-49 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITACIÓN PARA LA DISPENSACIÓN DE PACIENTES EXTERNOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA
P-50 INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN Y DEL COSTE EN FARMACIA
P-51 EL RECIÉN NACIDO PREMAURO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SERVICIO ESPECIALES
P-52 CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO EN UCI NEONATAL
P-53 IMPLANTACIÓN, ACTIVIDAD Y RESULTADOS ECONÓMICOS DE UNA COMISIÓN ASESORA LOCAL DE ESCLEROSIS MULTIPLE.
P-54 MORTALIDAD INTRASHOPITALARIA NO PRECOZ EN LAS HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA
P-55 MODELO EXPERIMENTAL DE FRAGMENTACIÓN MEDIANTE LÁSER HOLMIUM FRENTE FRAGMENTACIÓN NEUMÁTICA Y LITOTRICIA EXTRACORPOREA.
P-56 EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS INVASIVOS DE LA LITIASIS URINARIA
P-57 COSTE EFECTIVIDAD DE LA PIELOPLASTIA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA . EXPERIENCIA EN UN CENTRO.
P-58 APP PARA DISPOSITIVOS MÓVILES: GUÍA DE ANTIBIOTERAPIA PEDIÁTRICA
P-59 USO DE OPIÓIDES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA
P-60 MODELO DE GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN EL CH TORRECÁRDENAS
P-61 ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CON TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN EL CH TORRECÁRDENAS.
P-62 CONSULTA DE ENFERMERIA DEL SUEÑO EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL : MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON SAOS
P-63 ESTANCIA HOSPITALARIA Y ENVEJECIMIENTO: ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EDAD, GÉNERO, TIPO DE INGRESO Y DE HOSPITAL?
P-64 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN UN INDICADOR PARA OPTIMIZACIÓN EN EL USO DE ANTIMICROBIANOS CONSENSUADO CON UN SERVICIO DE HEMATOLOGIA
P-65 LA CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS, ¿HA MEJORADO?
P-66 EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA FRACTURA DE CADERA EN ANDALUCÍA
P-67 ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCIPCIÓN EN HOSPITALES DE UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
P-68 NUEVAS PERSPECTIVAS DE LA ORGANIZACIÓN Y ACTIVIDAD HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL INTERCAMBIO CULTURAL
P-69 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE UGC DE MEDICINA INTERNA 2 AÑOS
P-70 TRASLADO DE UNA UNIDAD DE INMUNOLOGÍA. RETOS
P-71 ARTICULACIÓN JURÍDICA DE LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA HOSPITALARIA
P-72 ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN REGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA DEL HAR SIERRA NORTE. MEJORANDO SU CALIDAD DE VIDA.
P-73 ATENCIÓN DOMICILIARIA A LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS DESDE UN ESCENARIO INTEGRADO
P-74 IMPACTO EN SALUD DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA MAMARIA
P-75 ERRORES PREANALITICOS: UN PROBLEMA PERSISTENTE.
P-76 INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD= GARANTIA PARA EL PACIENTE
P-77 PRESCRIPCIÓN VERBAL DE MEDICAMENTOS
P-78 ESCALAS Y REGISTROS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ICTUS, UN ANTES Y UN DESPUES EN EL CONTROL DEL PACIENTE NEUROLOGICO
P-79 SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS ATENDIDO EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA
P-80 PULSERA IDENTIFICATIVA COMO DISPOSITIVO PARA LA PREVENCIÓN DE UN EVENTO ADVERSO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
P-81 CONCILIACION DE LA MEDICACION: AREAS DE MEJORA EN LA UGC DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HUV.MACARENA
P-82 ESTRATEGIA FRENTE AL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS
P-83 BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE LA FLEBITIS
P-84 ACTUACION EN EL TRASLADO A PLANTA DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO DE UCI
P-85 ACTIVIDADES ENFERMERAS ANTE EL PACIENTE CON DOLOR AGUDO
P-86 INTERRUPCIONES POR LLAMADAS TELEFONICAS EN EL AREA DE ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS
P-87 INSTAURACIÓN DE DOBLE CHECK EN TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS TRAS ANALISIS CAUSA RAIZ DE UN EVENTO ADVERSO
P-88 IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CORRECTO MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA
P-89 EL USO DE PANELES DE COMUNICACIÓN FÁCIL MEJORAN LA SEGURIDAD DE PACIENTES CON DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN.

P-90 AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA VALORAR EL GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURIDAD QUIRÚRGICA.

P-91 ELABORACIÓN DE ENJUAGUE BUCAL DE TACRÓLIMUS 0,03% A PROPÓSITO DE UN PACIENTE AFECTADO DE PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO

P-92 MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO ANTE TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

P-93 PROYECTO DE EVALUACION DE LA EFICACIA DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EN NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

P-94 FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS AL ALTA EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA:ATENCIÓN FARMACEUTICA

P-95 SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE POLIVALENTES DE UCI, A LOS 6 MESES DE SU IMPLANTACIÓN

P-96 USO DE FENTANILO TRANSMUCOSA NO ACORDE A SUS CONDICIONES DE USO Y SEGURIDAD EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

P-97 LA VÍA INTRAOSEA EN EMERGENICAS SALVA VIDAS.

P-98 ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO

P-99 ANALISIS DE CASOS PSI COMO ESTRATEGIA DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

P-100 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ALTERNATIVO DE COMUNICACIÓN EN EL TRIAJE DE URGENCIAS

P-101 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL ÁREA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

P-102 PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

P-103 CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN PEDIATRÍA

P-104 MEJORA EN LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PADRES PARA PREVENIR ACCIDENTES

P-105 CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA

P-106 COMPARACIÓN ENTRE DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL

P-107 GUÍA PRÁCTICA DE EJERCICIOS DESACONSEJADOS PARA ADULTOS CON PATOLOGÍAS DEL RAQUIS

P-108 COMPROMETIDOS CON SU SEGURIDAD

P-109 TITULO: PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA SALA DE LINFEDEMA.

P-110 INDICADOR DE CALIDAD EN EL USO DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN TIPO PYXIS®: RETIRADAS MODO "OVERRIDE".

P-111 ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO DOMICILIARIO EN PACIENTES INGRESADOS POR HIPOGLUCEMIA

P-112 IMPACTO DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL (ASCS)

P-113 VALOR DE LA PROVOCACIÓN NASAL CON ASPIRINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERSENSIBILIDAD A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

P-114 UTILIDAD DEL TEST DE PROVOCACIÓN NASAL CON MULTIPLES ALÉRGENOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RINITIS ALÉRGICA LOCAL

P-115 SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES

P-116 ADMINISTRACIÓN SIN DOLOR DE UN IMPLANTE SUBCUTÁNEO DE GOSERELINA

P-117 COMO IMPLANTAR UNA NUEVA VERSIÓN DE LA HOJA QUIRÚRGICA PARA ENFERMERÍA EN DIRAYA ATENCIÓN HOSPITALARÍA

P-118 ÚLCERAS POR PRESION, LA PARTE INVISIBLE DEL ICEBERG

P-119 RELACIÓN ENTRE EL GEL EMPLEADO EN LITOTRICIA Y NÚMERO DE ONDAS UTILIZADAS PARA FRAGMENTAR MODELOS LITIASICOS

P-120 TRANSPORTE SANITARIO EN LA REDISTRIBUCIÓN EFICIENTE, EQUITATIVA, SEGURA Y DE CALIDAD DE RECURSOS CRÍTICOS

P-121 ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE POTENCIALES PROBLEMAS DE SEGURIDAD.

P-122 DESARROLLO DE UNA CULTURA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA UGC DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA.

P-123 ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN EN SERVICIOS DE PEDIATRÍA.

P-124 ASPECTOS IDENTIFICADOS POR PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE AL TRASPASO INTERNIVELES DE PACIENTES PALIATIVOS.

P-125 FACTORES PREDICTIVOS DE ASISTENCIA EN URGENCIAS EN MENOS DE 30 DÍAS TRAS HOSPITALIZACIÓN EN OCTOGENARIOS CON ICC.

P-126 IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO CON DISPOSITIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC.

P-127 ESTUDIO TIEPOC. EFICACIA DE DOS INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN PACIENTES CON EPOC.

P-128 CALIDAD DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL CENTRO DE SALUD.

P-129 ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN EL ÁREA ORL. NUESTRA EXPERIENCIA.

P-130 PREPARACIÓN DE LA NUEVA FORMULACIÓN DE EPOPROSTENOL INYECTABLE EN UN SERVICIO DE FARMACIA

P-131 STOP AL DOLOR CRÓNICO

COMUNICACIONES ORALES

C-1

Centro:

Agencia de calidad sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I

MEJORA DEL USO DE LA MEDICACIÓN EN SERVICIOS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Autores:

CASTELLANO ZURERA M.M.; CARRASCO PERALTA J.A.; PÉREZ PÉREZ P.A. Y PALOP DEL RÍO A..

Objetivos:

Introducción

Los problemas relacionados con la medicación se encuentran entre los incidentes que se producen con mayor frecuencia en las residencias. Destacan la falta de cumplimiento o adherencia terapéutica, la prescripción o administración de medicamentos innecesarios o a residentes equivocados, la omisión de dosis o la monitorización insuficiente de los tratamientos.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) ha puesto en marcha un programa de certificación para los servicios residenciales en el que ha incluido 2 estándares de calidad relacionados con el uso seguro de la medicación.

Objetivos

Difundir los puntos críticos encontrados y las mejoras implantadas durante el proceso de certificación de residencias en relación al uso seguro de medicamentos.

Material y Método:

Este trabajo se llevó a cabo en ACSA. Estudio descriptivo retrospectivo de 6 residencias en proceso de certificación (año 2014).

[1] Extracción y depuración de los registros relacionados con los estándares relacionados con el uso seguro del medicamento. [2] Selección de puntos críticos encontrados en las visitas de evaluación y de las mejoras implantadas por las residencias. [3] Tratamiento estadístico de la información.

Resultados:

El 50% de las residencias mostraron espacios de mejora respecto al uso de medicamentos. Los puntos críticos encontrados por los evaluadores pueden agruparse en: ausencia de mecanismos de control para garantizar la conservación y estabilidad de medicamentos (40%), medicamentos con etiquetado incompleto y/o ilegible (30%) y ausencia de mecanismos que aseguren la trazabilidad en el proceso prescripción-preparación-dispensación-

administración (30%). Los aspectos a mejorar se detallan en el informe de evaluación que ACSA emite a las residencias, disponiendo éstas de un periodo de tiempo para establecer mejoras.

Las principales mejoras implantadas por las residencias fueron:

- Separar los medicamentos con envases similares, nombres parecidos y mismo principio activo pero con diferentes dosis.
- Rotular la apertura de envases multidosis.
- Identificar correctamente a qué residente corresponden determinados envases para garantizar su uso individual.
- Incluir en la hoja de tratamiento las alergias y los suplementos nutricionales.
- Establecer mecanismos para garantizar la conservación de los medicamentos termolábiles.
- Controlar periódicamente las caducidades de los medicamentos y productos sanitarios.
- Revisar la hoja de tratamiento de cada residente durante el proceso de preparación de la medicación por el personal autorizado.

Discusion:

El proceso de certificación ha facilitado a las residencias la implantación de mejoras en relación al uso seguro de medicamentos. Las mejoras implantadas son fácilmente abordables.

Tras el análisis de los datos obtenidos, ACSA ha emitido recomendaciones sobre el uso seguro de medicamentos en las residencias de mayores.

C-2

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I

DESARROLLO COMPETENCIAL DE LOS CIRUJANOS ACREDITADOS.

Autores:

ROJAS DE MORA-FIGUEROA A.; SALGUERO CABALGANTE R.; CARRASCOSA SALMORAL M.P.; MARTÍN GARCÍA S.M.; TURIÑO GALLEGO J.M. Y JULIÁN CA

Objetivos:

Identificar las áreas de mejora en la atención prestada por los cirujanos acreditados en base al desarrollo competencial puesto de manifiesto durante sus procesos de acreditación.

Material y Método:

Diseño: Estudio descriptivo transversal cuantitativo retrospectivo.

Población: 211 cirujanos acreditados desde septiembre de 2006 hasta junio de 2015.

Procesos de acreditación incluidos: Cirugía General y del Aparato Digestivo, Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Cirugía Torácica, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Cirugía Cardiovascular.

Los datos han sido explotados a partir de una herramienta on-line tipo e-portfolio que soporta los citados procesos de acreditación.

Resultados:

Se han identificado 16 competencias y 79 evidencias comunes a los 8 manuales dirigidos a los profesionales que trabajan en el ámbito estrictamente quirúrgico.

Las competencias y evidencias de buenas prácticas presentes más frecuentemente en el desempeño de los cirujanos son:

-"Oferta de servicios y conocimiento organizativo". Más del 85% de los profesionales aportaron evidencias relacionadas con facilitar el conocimiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y el acercamiento de la organización a los ciudadanos.

-"Continuidad asistencial". La totalidad de los cirujanos acreditados demostraron cumplimentar correctamente el informe de alta de consultas, de hospitalización o de derivación, así como los datos esenciales del protocolo operatorio.

-"Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida y medidas de prevención". La realización de recomendaciones preventivas, la valoración de hábitos tóxicos y la realización de medidas para identificar a los pacientes en quirófano, confirmar la indicación quirúrgica y la lateralidad del procedimiento en los casos requeridos, han sido puestas de manifiesto por más del 95% de los profesionales. La cumplimentación del listado de verificación quirúrgica y el conocimiento sobre los pasos a seguir para una correcta higiene de manos, han sido demostrados por el 88,5% y el 85,9% respectivamente.

Por el contrario,los estándares de calidad con menor nivel de cumplimiento son "Capacidad docente" y "Metodología de calidad".

Propuestas de mejora:

-Promover el desarrollo de actividades docentes por parte de este grupo profesional para que se potencie su capacidad para transferir el conocimiento y las habilidades que adquieren a través de la formación continuada y de su propia experiencia profesional.

-Promover una actitud proactiva entre los cirujanos dirigida a identificar, analizar y desarrollar oportunidades de mejora de la propia práctica para que se produzca una mejora continua de la calidad asistencial en el SSPA.

Discusion:

El análisis de las competencias y evidencias que están presentes en el desempeño profesional ofrece la oportunidad de identificar necesidades formativas y áreas de mejora, y contribuye a hacer posible una práctica de mayor calidad, promoviendo el desarrollo profesional y mejorando la atención sanitaria.

C-3

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I

LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES ACREDITADOS.

Autores:

BREA RIVERO P.; TURIÑO GALLEGO J.M.; MARTÍN GARCÍA S.M.; SALGUERO CABALGANTE R.; GARRIDO MARTÍN L. Y SANTANA LÓPEZ V..

Objetivos:

Elaborar una herramienta que aporte información sobre el nivel de competencia de un profesional, las buenas prácticas presentes en el desempeño de su trabajo y las áreas de mejora posibles en el ámbito de la seguridad del paciente.

Material y Método:

La definición de las competencias que deben poseer los profesionales y la evaluación de la presencia de éstas en cada puesto de trabajo, han dado lugar al desarrollo de modelos que permitan acreditar o certificar que un profesional es poseedor de las competencias que requiere para realizar su trabajo, o para realizarlo con determinados niveles de calidad y excelencia.

El resultado de un proceso de acreditación debe servir como instrumento que permita al profesional evaluado conocer su nivel de competencia e identificar las áreas de mejora que le ayuden a progresar en su desarrollo y mejora continua.

Hasta la actualidad, el Informe de Resultados de los procesos de acreditación aportaba información acerca del Nivel Competencial alcanzado, las evidencias aportadas como manifestación del desempeño de buenas prácticas, y el porcentaje de estas evidencias evaluadas positivamente por evaluadores expertos del ámbito profesional correspondiente.

Se identificó la necesidad de incluir mejoras en dicho Informe de Resultados, para proporcionar mayor información a cada profesional en relación a su competencia en ámbitos específicos de la práctica clínica.

Se agruparon las 2.570 evidencias contenidas en los manuales para la acreditación de competencias en base a "etiquetas" que permitieran identificar diversas temáticas, entre ellas la Seguridad del Paciente, identificándose 98 evidencias relacionadas con ésta.

Resultados:

Se ha incorporado un nuevo apartado en el Informe de Resultados del Proceso de Acreditación de Competencias, en el que se recoge el perfil competencial demostrado por el profesional en relación con la Seguridad del Paciente.

En él se describen las evidencias incluidas en cada Manual de Competencias (específicas de cada puesto de trabajo y ámbito de actuación profesional) que ponen de manifiesto la realización de buenas prácticas en seguridad, indicándose si el profesional ha demostrado su competencia para cada una de ellas o si, por el contrario, debe progresar en su desarrollo.

Discusion:

El Informe de Resultados del Proceso de Acreditación de Competencias aporta información acerca del compromiso de cada profesional con la seguridad del paciente, ayudándole a identificar las líneas de mejora relacionadas con la promoción de la misma.

C-4

Centro:

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I

EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN SERVICIOS Y UNIDADES DEL H.R.U. DE MÁLAGA.

Autores:

ARANDA VILLEGAS F.M.; CHAVES MANCERAS A.A.; BERMUDEZ LUQUE J.C. Y GRACIA LOPEZ C.A..

Objetivos:

Objetivo global:obtener una aproximación inicial al estado general de los Servicios y Unidades del H.R.U. de Málaga, de los diferentes puestos de trabajo que la componen (FEA, ATS/DUE, AUX. ENFERMERIA,etc.), respecto a los factores de riesgo psicosocial (estrés, carga de trabajo, etc).

Objetivo específico: presentar un método participativo de este tipo de evaluaciones, basado en la experiencia profesional, que engloba la filosofía de gestión integral de la prevención de riesgos laborales (Ley 31/95. Art. 5.5) sumando la intervención activa de todos. Cada empresa, cada Servicio, etc., es una suma de partes y por tanto ha de dar cabida a cada uno de sus integrantes, para que tanto resultados como medidas sean lo más fehacientes y ajustados a la realidad posible.

Y, a través de este trabajo, vamos a realizar una comparativa de los resultados obtenidos en años anteriores en otras Unidades y Servicios del H.R.U. de Málaga, donde no se seguía este método, y valorar los resultados tanto cuantitativos como cualitativos que ha supuesto el incorporarlo en el año 2014,

Material y Método:

Al ser los Servicios y Unidades del H.R.U. de Málaga,y sus trabajadores, parte integrante del Servicio Andaluz de Salud, la Evaluación de Riesgos Psicosociales General sigue el procedimiento establecido en su Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Psicosociales.

El Procedimiento 28, Evaluación de Factores Psicosociales (PRO-28), del referido Sistema, en su punto 4.1 especifica que "el método de evaluación utilizado en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud será el Método de Evaluación de Factores Psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: FSICO".

Este método cuantitativo permite obtener evaluaciones grupales de trabajadores en situaciones relativamente homogéneas y hace un estudio de un total de nueve factores psicosociales.

Dentro del proceso de la evaluación, también se señala en el punto 4.1 del PRO-28 que "Como parte de la evaluación, igualmente se ha de tener en consideración que junto a la cumplimentación del cuestionario del INSHT, se requiere un conocimiento detallado de las condiciones de trabajo, con fundamento en la observación directa de las mismas y entrevistas con informantes clave"(metodología cualitativa).

Resultados:

Cuantitativos: aumento de 34,75% de la participación en las evaluaciones.

Cualitativos:

- La colaboración en entrevistas es mayor y más significativos;
- la satisfacción de trabajadores y mandos se reactiva positivamente
- La involucración de los dos colectivos mencionados, así como de la Alta Dirección y representantes aumentan y/o refuerzan
- Involucración presente y futura en la prevención de riesgos laborales en alza , avanzando hacia la verdadera integración de la gestión de la prevención.

Discusion:

Se presenta incremento de las condiciones de trabajo que ayudan a una mejor organización y a la seguridad y salud del trabajador; repercutiendo en la mejora continua de los servicios prestados al usuario.

C-5

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I

ELEMENTOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ANDALUCIA

Autores:

MUDARRA ACEITUNO M.J.; VILLANUEVA GUERRERO L. Y VALVERDE GAMBERO E..

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.

El resultado de acreditación de una actividad se expresa en créditos, calculados a partir de dos elementos: el componente cualitativo (relacionado con la calidad de la formación) y el componente cuantitativo (relacionado con la duración de la formación).

El objetivo de este estudio es analizar el cumplimiento medio de la calidad del diseño de las acciones formativas para detectar elementos que permitan mejorar la calidad de la formación ofertada.

Material y Método:

Tipo de estudio: observacional descriptivo.

Periodo de estudio: noviembre de 2003 – agosto de 2015

Variables:

- Nº de solicitudes acreditadas
- Componente cualitativo de actividades acreditadas (CCL) cuyo valor varía entre 0 y 2,8.
- Puntuación por criterio del diseño: objetivos, organización, pertinencia, metodología y evaluación, cuyo valor oscila entre 0 y 0,4
- Tipo de entidad: pertenecientes o no al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Resultados:

En el periodo estudiado se han evaluado 13907 actividades con un CCL medio de 1,62. El 71% corresponde a entidades del SSPA con un CCL medio de 1,71 y el 29% restante corresponde a entidades externas al SSPA con un CCL medio de 1,41.

Desglosando por criterios, los valores alcanzados son: objetivos y organización, 0.28; pertinencia y evaluación, 0,21; metodología, 0,23.

Discusion:

Las actividades acreditadas en Andalucía tienen un margen de mejora, según su CCL, de 1,18 sobre 2,8. Los criterios en los que se debe incidir más para conseguir un aumento de la calidad son pertinencia, metodología y evaluación.

Algunas de las actuaciones para mejorar la calidad de la formación en estos criterios son:

En pertinencia:

- incorporar en las organizaciones métodos que detecten de manera objetiva las necesidades de sus profesionales.
- establecer criterios de selección del alumnado que garanticen el impacto de la formación

En metodología:

- contar con técnicas que acerquen al profesional al contexto real de su puesto de trabajo.
- planificar las acciones tutoriales de la formación
- confeccionar sistemas de seguimiento del alumnado una vez finalizada la formación

En evaluación:

- establecer sistemas de evaluación que permitan medir la transferencia e impacto de la formación.

Por último, destacar que las actividades acreditadas del SSPA tienen más calidad que aquellas actividades de entidades que no forman parte del SSPA, al observarse en las mismas mayor alineación con las estrategias de salud centradas en el ciudadano.

C-6

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación II y Ciudadano I

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS BÁSICOS DE CALIDAD EN LAS ACTIVIDADES ACREDITADAS

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. Para la evaluación de actividades se emplea un listado de verificación con 36 elementos de calidad.

El objetivo de este estudio es analizar el cumplimiento de los elementos de calidad en las actividades acreditadas

Material y Método:

Tipo de estudio: observacional descriptivo.

Periodo de estudio: Enero 2010 (fecha de última actualización de listado de verificación)– Agosto 2015

Variables:

- Nº de actividades evaluadas
- Porcentaje de cumplimiento de los elementos básicos de calidad

Resultados:

Durante el periodo en estudio se han evaluado 8337 actividades.

Los elementos básicos de calidad con menor índice de cumplimiento son:

- Medición de intereses y expectativas previas del alumnado: 21,43%
- Evaluación del aprendizaje: 61,81%
- Adecuación de los docentes a los contenidos de la actividad: 62,89
- Adecuación de las instalaciones a las características de la actividad: 63,74%
- Evaluación de la satisfacción del docente: 66,33%
- Metodología participativa: 72,74%

Discusion:

Existe un alto índice de cumplimiento en todos los elementos básicos de calidad, salvo en el ítem de Medición de intereses y expectativas del alumnado con un 21,43%.

Los motivos principales para el no cumplimiento de los mismos son:

• Medición de intereses y expectativas previas del alumnado: 21,43%

No se propone un procedimiento con esta finalidad

Se aporta una herramienta con esta finalidad pero no se describe el procedimiento de adaptación de las metas de la actividad, a la información obtenida.

La herramienta de evaluación de expectativas aportada no reúne las características necesarias para dicha finalidad.

• Evaluación del aprendizaje: 61,81%

No se describe el procedimiento, ni se aporta herramienta destinada a la evaluación de los objetivos de aprendizaje.

La herramienta y/o procedimiento de evaluación del aprendizaje propuesto no se relaciona directamente con los objetivos de aprendizaje.

• Adecuación de los docentes a los contenidos de la actividad: 62,89%

No se indica el perfil pedagógico del equipo docente de al menos la mayoría de los docentes de la actividad.

Sería necesario concretar el perfil pedagógico mencionado de los docentes.

• Adecuación de las instalaciones a las características de la actividad: 63,74%

Si bien las instalaciones han sido descritas, no se indica el aforo de las mismas.

Si bien se han descrito las instalaciones, éstas no dan respuesta a las características de la actividad formativa.

No se detalla las características de las instalaciones virtuales.

• Evaluación de la satisfacción del docente: 66,33%

No se menciona y/o aporta un instrumento para valorar la satisfacción del docente/ponente/tutor con respecto a la actividad.

• Metodología participativa: 72,74%

No se describen los tiempos de interacción en las técnicas participativas.

C-7

Centro:

Hospital Universitario Virgen del Rocio

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación II y Ciudadano I

LA COMISIÓN PROVINCIAL DE UNIDADES DE FORMACIÓN. LA COLABORACIÓN: CLAVE PARA LA CALIDAD DE LA FORMACION CONTINUADA

Autores:

GONZÁLEZ ARCOS S.; CALVO LADRA C.M.; GOMEZ GARCIA S.; JIMENEZ AGUADO J.M.; RODRIGUEZ MONTES J.M. Y CRUZ TORRES R..

Objetivos:

Garantizar la calidad de los servicios de las unidades de formación a través del trabajo colaborativo para disminuir la variabilidad, mejorar la eficiencia y mejorar las competencias de los profesionales del ámbito de la salud.

Material y Método:

Los referentes de formación de los centros sanitarios de la provincia de Sevilla mantenemos reuniones de consenso con carácter bimensual en las que se comparten ideas y experiencias formativas:

Cada año realizamos dos jornadas de acogida conjunta de alumnos de prácticas de ciclos formativos de formación profesional.

Hemos elaborado e implementado el procedimiento de revisión en medicina preventiva para dichos alumnos.

Planificamos de manera conjunta las necesidades formativas de categorías minoritarias, y agilizamos la respuesta a las necesidades formativas de los profesionales, compartiendo la oferta formativa y agilizando la movilidad del alumno/a.

Establecemos un procedimiento simplificado de inscripción y seleccionamos conjuntamente los proveedores externos para optimizar recursos económicos.

Damos respuestas a estándares de calidad para la acreditación de las unidades, elementos de calidad destacados y posibles mejoras en las actividades de formación.

Resultados:

Se ha logrado unificar criterios para la gestión de la Formación en centros de trabajo. Desde el 2012 todos los alumnos han participado en las Jornadas de Acogida, recibiendo la misma información y han iniciado las prácticas en la misma fecha, favoreciendo la organización de los centros docentes y sanitarios.

Se ha rentabilizado el presupuesto asignado a la formación continuada de los centros. Ha aumentado en los 2 últimos años el número de actividades dirigidas a categorías minoritarias así como el número de profesionales formados en otros centros.

Ha mejorado la calidad de la formación continuada. Las unidades de formación que componen la comisión están acreditadas por la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento y han superado el proceso de reacreditación. La última unidad reacreditada ha mejorado el coeficiente cualitativo de calidad.

Discusion:

Una gestión de calidad en la formación de los ciclos formativos de formación profesional en centros de trabajo, mejorará las competencias de los profesionales que formarán parte del Sistema Sanitario en el futuro.

La presentación conjunta de algunos proyectos está facilitando su viabilidad, como la próxima implantación de la aplicación informática para la gestión de la formación en la provincia.

Desde la comisión hemos logrado el aumento de la eficiencia de los servicios de formación, a través del intercambio de información y buenas prácticas para evitar duplicidades en la gestión diaria de la formación continuada.

En definitiva, el trabajo colaborativo ha dado lugar a que la Formación Continuada que se ofrece a los profesionales del SAS de la provincia, sea de mayor de calidad, acercándonos así a mejorar la respuesta a las necesidades y expectativas del ciudadano.

C-8

Centro:

Instituto de Investigación Biomedica de Málaga (IBIMA)

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Acreditación/Certificación II y Ciudadano I

PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE LAS UGC PARA MEJORAR INTEGRACIÓN CON OTRO PROCESOS

Autores:

ROMERO CUEVAS M.; PIMENTEL DE FRANCISCO B.; TORRES JAÉN M.J. Y OCHOTORENA ZUBIZARRETA I..

Objetivos:

Generar un modelo de evaluación de la actividad investigadora de las Unidades de Gestión Clínica (UGC,) con criterios ajustados a los diferentes niveles de actividad científica que presentan las UGCs, que permita guiar a las mismas en su proceso de acreditación científica.

Material y Método:

El Programa andaluz de Acreditación de UGC sienta las bases para la mejora continua basada en la evaluación y seguimiento sobre un contrato formalizado que detalla para cada UGC la cartera de servicios, los objetivos asistenciales y de calidad, los objetivos de docencia e investigación, los recursos humanos, los recursos materiales y tecnológicos, el presupuesto asignado, y el propio sistema de evaluación. Dicho sistema evalúa 112 estándares estructurados en 5 bloques y referentes a ciudadanos, pacientes, profesionales, estructura y resultados. Este estudio propone un modelo de evaluación de la actividad investigadora que permite analizar el nivel de actividad alcanzado por la UGC (inicial, óptimo, avanzado o excelente) según indicadores en

4 dimensiones de la investigación como son la participación, la competencia, la excelencia y el rendimiento. En este modelo se establecerán criterios de evaluación ajustados a cada nivel y que propongan un grado de acreditación coherente con el nivel de investigación de la UGC. Dichos indicadores y criterios se agrupan en los siguientes grupos:

1. Criterios de actividad y resultados en observación, generación de nuevas ideas y adquisición de conocimientos y destrezas para realizar investigación.

2. Criterios en la aportación y captación de recursos y capacitación para la investigación.

3. Criterios en la realización de investigación ética, eficiente y tendente a la excelencia.

4. Criterios de generación y calidad de resultados transmisibles, trasladables a la práctica clínica y transferibles al tejido productivo.

Resultados:

El modelo propuesto permite analizar el nivel investigador de una UGC obteniendo indicadores en 4 dimensiones de la actividad investigadora (participación, competencia, la excelencia y el rendimiento) y con ellos se establecerán criterios de evaluación ajustados que propongan un grado de acreditación coherente con el nivel de investigación de la UGC.

Discusion:

Consideramos que esta propuesta ayudará a mejorar la integración de la actividad investigadora con la docente y la asistencial contribuyendo a garantizar un servicio sanitario de calidad en las UGCs.

C-9

Centro:

Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Acreditación/Certificación II y Ciudadano I

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL ESTANDARIZADO PARA MEJORAR EL DOLOR CRÓNICO Y LA FATIGA EN ESPONDILOARTROPATÍAS

Autores:

CANO GARCÍA L.; MANRIQUE ARIJA S.; ROMERO BARCO C.M.; UREÑA GARNICA I.; JIMÉNEZ NÚÑEZ F.G. Y FERNÁNDEZ NEBRO A..

Objetivos:

Evaluar la efectividad de una intervención educativa estandarizada para mejorar el dolor, la fatiga, el sueño y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en enfermos con espondiloartropatías: artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA).

Material y Método:

Diseño. Intervención abierta no controlada. Pacientes: 59 pacientes con espondiloartropatías: 29 adultos con APs y 30 adultos con EA seleccionados por aleatorización simple.

Intervención: Actividad formativa presencial por grupos consistente en exposiciones orales y dinámicas grupales impartido por una enfermera. La sesión fue realizada por 29 pacientes y abordó aspectos de autocuidado con los siguientes temas: 1. Qué es el dolor. 2. Autocuidado: dolor crónico.

3. Autocuidado: descanso. 4. Qué es la fatiga. 5. Autocuidado: fatiga. Variables. Desenlace 1º: mejora en el dolor crónico a los 3 meses evaluado con el cuestionario brief pain inventory (BPI).

Los desenlaces 2º incluyeron cambios a los 3 en el afrontamiento ante el dolor crónico por el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD), la CVRS evaluada con EQ-5D y SF-36, y la fatiga mediante FACIT. Otras variables medidas fueron: la actividad y función física de la Aps mediante DAS28 y HAQ y el sueño (cuestionario de Oviedo). Las comorbilidades se recogieron mediante índice de comorbilidad funcional. Todas las variables, excepto las comorbilidades se recogieron antes de la intervención y a los 3 meses. Análisis estadístico: Descriptivo de los resultados, T de Student o Prueba de Wilcoxon para las muestras pareadas según procediera en las variables cuantitativas. Test de McNeman en las variables pareadas cualitativas en la evaluación a 3 meses.

Resultados:

Participaron 59 pacientes: 29 pacientes con APs (36,7% mujeres), las principales comorbilidades que presentaban eran: enfermedad gastrointestinal (41,4%), depresión (41,4%), ansiedad (41,4%) y 30 pacientes con EA (36,7% mujeres) Las principales comorbilidades que presentaban eran: enfermedad gastrointestinal (23,3%), depresión (30%), ansiedad (26,7%).

A los 3 meses, en los enfermos de APs, mejoraron todas las variables evaluadas excepto en fatiga, actividad de la enfermedad y función física. El dolor, el sueño, el afrontamiento al dolor crónico y CVRS.

En cuanto a los pacientes con EA, mejoraron todas las variables evaluadas excepto actividad física y función física. Mejoraron de forma significativa: el dolor, el sueño, el afrontamiento al dolor crónico, la fatiga y la CVRS.

Discusion:

La intervención educativa tuvo efectos positivos a los 3 meses sobre el dolor, el sueño, el afrontamiento al dolor crónico, la CVRS de los pacientes de espondiloartropatías (APs y EA) y fatiga sólo en EA, cabe destacar que estas mejoras se han producido sin que haya variaciones en la actividad de la enfermedad y la función física de los pacientes. Este tipo de intervenciones son efectivas y sencillas de implantar en el cuidado habitual de los enfermos de espondiloartropatías (APs y EA).

C-10

Centro:

HOSPITAL DE BAZA

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Acreditación/Certificación II y Ciudadano I

APLICACIÓN PARA SMARTPHONE DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD (APP NOTICIAS SALUD)

Autores:

LUQUE MARTINEZ F.L.; SALAS MUÑOZ A.S. Y VALERO UBIERNA C.V..

Objetivos:

1.- Transmitir noticias sobre salud a la población del AGS Nordeste de Granada para mejorar sus conocimientos sobre este tema.

2.- Dar cobertura a las noticias a través de una plataforma portable y accesible a la población de forma gratuita, fiable, con contenidos contrastados y fiables.

3.- Mejorar la promoción y la prevención de la salud de acuerdo con las metas del IV Plan Andaluz de Salud, y del Contrato Programa.

Material y Método:

· Descripción de la metodología y mecanismos de participación implementados:

Se ha utilizado la plataforma ApP-Yet, que permite a cualquier persona poder crear una aplicación profesional de Android para smartphone y tablet, sin conocimiento de programación. Nuestra aplicación que actúa como un lector RSS (Really Simple Sindication) de noticias en salud de medios de divulgación solventes (Investigación y Ciencia, Medlineplus, Infosalud, Madri+d, Nature Medicine, La Razón Salud). Aparte a través de la aplicación se puede acceder directamente a noticias de los siguientes medios: El Mundo Salud, Quo Salud, y Muy Interesante Salud.

Resultados:

Se va a llevar a cabo a partir de septiembre la validación de la aplicación con ciudadanos/as del AGS Nordeste de Granada a través de un grupo nominal y/o cuestionario en el que se validarán:

o Contenidos

o Calidad de la información.

o Aspecto de la App.

o Sencillez de utilización

· Eficacia (hasta que punto se han logrado los objetivos): En proceso de ejecución

· Participantes en el proceso: Usuarios del AGS Nordeste Granada

· Resultados en salud en los participantes y/o de la comunidad: En proceso de ejecución

· Impacto en la gestión sanitaria (si se han producido cambios en la organización, procedimientos, etc): En proceso de ejecución.

Discusion:

La aplicación es una buena herramienta para transmitir al público información veraz, sólida y científica sobre promoción, prevención y salud en general.

C-11

Centro:

SALUD RESPONDE (Servicio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía)

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

APLICACIÓN MOVIL DE SALUD RESPONDE. CONECTAR A LOS USUARIOS CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCIA

Autores:

QUERO HARO M.; CUBILLAS MERCADO J.J.; RAMOS RODRIGUEZ M.B.; FRIAS PALMA E.; GONZALEZ VINGUT A. Y GONZALEZ CONEJO J.M..

Objetivos:

Hoy en día el uso de los dispositivos móviles está en creciente y cada vez más se usan en distintos ámbitos para ayudar a los ciudadanos. Recientemente se ha comenzado a utilizarse en temas de Salud, este tipo de tecnología puede aportar grandes beneficios a los pacientes, tanto desde el punto de vista médico como de gestión en el ámbito Sanitario.

Material y Método:

Salud Responde, tiene actualmente publicada una Aplicación móvil que ofrece una amplia cartera de Salud, esta aplicación está orientada a la realización de gestiones de Cita, ofrecer información útil sanitaria, promoción de Salud y finalmente ser un canal de comunicación con el Centro de Salud Responde, donde el usuario puede realizar cualquier gestión relacionada con el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La aplicación de Salud Responde usa el sistema de Citación de Diraya para acercar al usuario la gestión de sus citas. Por otro lado ofrece una amplia información sobre diversos temas: Salud Andalucía 24h, Información SSPA, Voluntad Vital Anticipada, Garantía de Plazos y Cirugía mayor ambulatoria. Otro servicios que ofrece la aplicación es mensajería instantánea, que es utilizada para enviar mensajes de promoción salud a colectivos concretos (usuarios de un municipio, provincia, edad determinada, etc.) con el objetivo de ofrecerles consejos sanitarios o recordarles sus Citas.

Finalmente la aplicación permite tener conectado al usuario con el Centro de Salud Responde mediante un CHAT.

Resultados:

Los datos que se presenta en este trabajo están actualizados a 26 de Junio de 2015. Hay que destacar que estos datos están en continuo crecimiento.

Actualmente la aplicación de Salud Responde está instalada en casi 1 millón de dispositivos y es utilizada frecuentemente por más de 700.000 usuarios. Desde ella se han realizado más de 12.000.000 de gestiones (asignar, anular y consultar cita, consulta de información sanitaria, consulta de mensajería, chat, etc.).

La mayor parte de las gestiones son de usuarios registrados en edades hasta los 54 años, a partir de esa edad él porcentaje de uso baja.

Hay que destacar que más de 85.000 usuarios consultan información útil sanitaria que se publica periódicamente. Actualmente hay información publicada de: Salud Andalucía 24, información SSPA, Voluntad vital anticipada, garantía de plazo y Cirugía mayor ambulatoria.

Discusion:

Con el nivel de uso por parte de los usuarios y descargas realizadas, podemos concluir que este tipo de herramientas es considerado de utilidad por parte de los usuarios. Este tipo de herramientas son fundamental para tener conectado al usuario a temas de Salud: Gestión de cita, Información sanitaria, envío de consejos sanitarios y de promoción salud, etc.

C-12

Centro:

EPES

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano II

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES REANIMADOS TRAS PCR COMPARANDO USO DE CARDIOCOMPRESOR CON MASAJE MANUAL

Autores:

RODRÍGUEZ MORCILLO R.; BORJA PADILLA J.; VILLADIEGO SÁNCHEZ J.M.; FLORES RICO E.; CRUZ GARCÍA S. Y GONZÁLEZ GUZMÁN M.J..

Objetivos:

Analizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), a los dos meses de recibir el alta hospitalaria, de los pacientes reanimados tras sufrir una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria de origen no traumático (PCR_EH), comparando aquellos en los que, durante las maniobras de soporte vital avanzado (SVA), se usó el cardiocompresor mecánico Lucas frente a los que recibieron compresiones manuales

Material y Método:

Se trata de un estudio observacional prospectivo de cohortes utilizando la información recogida por los Equipos de Emergencia del 061 de Andalucía durante el período comprendido entre el 01.09.2014 y el 31.05.2015. Se incluyen mayores de 18 años que sobreviven a un episodio de PCR_EH y que conseguimos localizar y entrevistar a los dos meses del alta hospitalaria. Se han agrupado en dos grupos: los que se les aplicó el cardiocompresor mecánico Lucas durante la RCP (grupo A-RCP) y los que recibieron compresiones manuales (grupo M-RCP). Aplicamos para valorar la CVRS el Cuestionario SF-12 que evalúa ocho dimensiones de salud: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad, agrupándolas en dos constructos: físico y mental

Resultados:

Hemos atendido durante este período a 968 pacientes en PCR_EH, 747 con criterios de inicio de maniobras de SVA. El perfil del grupo M-RCP es un hombre con edad de 62 años y en el 44,50% de los casos la PCR_EH no fue presenciada. En el grupo A-RCP son también más frecuentes los hombres, de 57 años de edad y el episodio PCR_EH no presenciada en un 48,40% de las ocasiones. Se ha utilizado el cardiocompresor mecánico en 106 (14.19%). El grupo compresiones manuales muestra una supervivencia in situ del 34,32% (220 pacientes) frente al 32,08% (34 pacientes) cuando se usó del cardiocompresor. Hemos conseguimos localizar y aplicar el test de Calidad de Vida SF-12 a 62 de los pacientes que han sobrevivido a los dos meses del alta hospitalaria: 9 de la cohorte A-RCP (26,47%) y 53 de la cohorte M-RCP (24,09%). En ambos grupos, los pacientes consideran que su salud es muy buena o buena y no manifiestan encontrarse con limitaciones importantes ni en el componente físico ni en el mental del cuestionario SF-12.

Discusion:

La escasa supervivencia y las secuelas que provoca la PCR_EH la convierten en un problema sanitario de primera magnitud. Aunque utilizar cardiocompresores mecánicos durante la RCP elimina la fatiga del reanimador y consigue resultados óptimos de perfusión cerebral, la percepción de la CVRS de los pacientes, reanimados y localizados a los dos meses de recibir el alta hospitalaria, que recibieron compresiones manuales es similar a la percibida por los pacientes en los que se utilizó el cardiocompresor mecánico Lucas. Los Equipos de Emergencia 061 de Andalucía consiguen, durante RCP, una efectividad de masaje cardíaco similar en ambos grupos, en cuanto a Calidad de Vida a los dos meses de la recuperación del episodio.

C-13

Centro:

HOSPITAL ALTA RESOLUCION DE UTRERA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano II

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA : EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN MUJERES QUE ACUDEN A CONSULTA DE UNA UNIDAD DE MAMA.

Autores:

JURADO JIMENEZ R.; LOPEZ-MOSQUERA BAYON E.; GOMEZ BUJEDO L. Y PEREZ DE LA FUENTE M.J..

Objetivos:

Tres estrategias han demostrado ser eficaces en la detección temprana del cáncer de mama:

1) La exploración clínica y la detección de factores de riesgos por el médico.

2) La autoexploración mamaria de las mujeres de forma sistemática.

3) La mamografía de screnning.

De ellos, el autoexamen de mama constituye el método más sencillo, inocuo, sin costo alguno, que puede ser realizado con una periodicidad mayor,al alcance de todas las mujeres.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal en 120 mujeres, que acuden a consulta de una unidad de mama, de forma aleatoria, sin exclusión, en el periodo comprendido entre Enero- Abril / 2015.Se dió una encuesta anónima y unipersonal, con 11 cuestiones elaboradas en base a referencias bibliográficas, de modo a satisfacer los objetivos propuestos.

Resultados:

El promedio de edad en años fue 40. 10 pacientes (8,33%) no realizan la autoexploración , o bien porque no saben, o la mayoría por miedo a encontrarse algo.

El 20,8% de las pacientes se exploran una vez al mes, y un 38% sólo si les molesta.

Un 5% la realiza antes de la menstruación, cuando el pecho es más denso y existe mayor nodularidad, que puede confundir y realizar visitas innecesarias a su médico.La mitad de las mujeres, dedican al menos dos minutos a la autoexploración mamaria.

El 52% no realizan inspección de sus mamas frente a un espejo, ni tampoco el 38,3% exploran la región axilar,

Casi el 50% tienen antecedentes familiares de cáncer de mama.El 42% nunca se han hecho una mamografía, el 34% se la realiza cada año y el 17% cada dos años. El 95,83% creen que es útil realizarse la autoexploración mamaria, (4,17% no contestan), y el 93,34% confirman que le gustaría aprender a auto- explorarse, de ellas el 26,67% además le gustaría asistir a talleres de formación de autoexploración mamaria.

Discusion:

Una mujer que revisa sus mamas y se ha enseñado correctamente cómo hacerlo, sabe apreciar textura y consistencia de sus senos y fácilmente puede obsevar cambios o variaciones.

- Posiblemente en la autoexploración mamaria se detecta más patologías benignas y mayor número de biopsias con resultados de benignidad, pero se supone que otros métodos diagnósticos ayudarán a decidir la necesidad o no de realizarlas.Si una mujer desea realizarse la autoexploración mamaria, hay que enseñarla, indicándoles ventajas e inconvenientes - Los resultados señalan la necesidad de campañas de educación en salud, dirigidas al público y que se enseñen y estimulen a la mujer a hacer la autoexploración como medida de control del cáncer de mama. Es importante realizarlo mensualmente, sobretodo en mujeres de riesgo, pues la repetición sistemática favorece la sensibilidad de ese tipo de examen.

- La autoexploración mamaria no debe plantearse como método de diagnóstico precoz aislado, sino en combinación con mamografía, disminuyendo así la mortalidad en mujeres entre los 50-69 años.

C-14

Centro:

VALME

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano II

ATENCION INTEGRADA EN LAS DEMENCIAS

Autores:

CUARTERO RODRIGUEZ E..

Objetivos:

1. Incorporar las expectativas, percepciones, valores y preferencias de la persona afectada por demencia degenerativa y persona cuidadora en las decisiones a tomar durante el proceso de enfermedad, facilitando el intercambio de conocimiento entre ciudadanía y profesionales.

2. Crear un equipo de referencia interdisciplinar capaz de realizar una valoración especializada, integral e integradora del Alzheimer y otras demencias.

3. Coordinar los servicios sanitarios, sociales y asociaciones de ayuda mutua garantizando el continuum asistencial de manera que la participación de cada profesional y recurso se adapte a las necesidades cambiantes del paciente y los cuidadores en cada fase evolutiva de la enfermedad.

Material y Método:

Investigación-Acción participativa en el Área de Gestión Sur de Sevilla.

1. Garantizar espacios de escucha activa para conocer las necesidades de los afectados, asumiendo responsabilidades según el nivel de competencia de cada profesional, con consensos interdisciplinares adaptados que eviten monopolizar la enfermedad y/o duplicar esfuerzos, mejorando de forma conjunta y continua.

2. Ofrecer al paciente y su familia una respuesta temprana en acto único, conjunta y convergente a lo largo de toda la enfermedad, atendiendo a sus valores y preferencias desde el conocimiento de la enfermedad y la corresponsabilidad en su cuidado.

Resultados:

1. Elaboración de consensos de actuación conjunta que faciliten la adecuación del PAI

Demencia entre las UGC implicadas en su manejo (criterios de derivación a especializada; criterios de ingresos hospitalarios; manejo de los trastornos psicológicos y conductuales; manejo de la demencia avanzada).

2. Organización de Talleres Al Lado Alzheimer en AGS Sur de Sevilla.

3. Organización de Talleres para cuidadoras de la Escuela de Salud Pública Andaluza.

4. Reconocimiento de Buena Práctica por el Observatorio de Modelos Integrados en Salud.

Discusion:

La atención a las personas con demencia y a sus familiares constituye un área de especial intervención donde la gestión por valores, fruto de la convergencia de necesidades e intereses de todos los actores implicados, sea garante de participación y escucha activa, generación de conocimiento y corresponsabilidad en el uso de recursos para lograr los máximos resultados en salud y mejora continua.

C-15

Centro:

Complejo hospitlario Huelva

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Ciudadano II

IATD: ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA EL CA.DE PRÓSTATA: ¿QUÉ OPCIÓN PREFIERO?: 5 AÑOS DESPUÉS ¿SIGUE SIENDO VÁLIDO?

Autores:

BASQUERO GONZALEZ B.; LINARES ARMADA R.; PEREZ MARTIN M.A.; MARTIN GLEZ B.; RODRIGUEZ MARIN M. Y ALVAREZ BAYO M.A..

Objetivos:

En la revista de PSICOONCOLOGÍA. (Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 389-399) se presentó estudio de varios hospitales andaluces,indicaba que el documento era bien cogido por pacientes y profesionales.Resolvía dudas de los pacientes (95%),el lenguaje es sencillo y asequible (92%) y resume información esencial para tomar la decisión (92%),genera sentimiento de apoyo (92,82),seguridad en la decisión (86,88) y sensación de disponibilidad de información (90,51).El objetivo es una actualización del IATD y su uso 5 años después de su puesta en práctica.

Material y Método:

En el trabajo no se indicaba el nº de pacientes de muestreo por hospital.Nosotros hemos valorado la opinion de 15 pacientes, diagnosticados de cancer de prostata en 2015.

Nuestro cuestionario incluía además otros campos:

• le aporta información no dada por su médico en la consulta

• Le aumenta la sensación de autonomía (capacidad de tomar decisiones sobre su propia salud)

• Considera positivo la oportunidad de participar activamente en su proceso de salud

• Puntuación de la utilidad del IATD (del 1 a 10) y

• pregunta abierta finalmente sobre si quería dejar alguna opinión/sugerencia al respecto del IATD.

Resultados:

El cuestionario se ha realizado telefónicamente a pacientes con el diagnostico de ca. Próstata (2015). Entre los inconvenientes y riesgos previsibles destacaba la escasez de tiempo disponible en la consulta para hacer un uso adecuado del instrumento, ¿Cómo resolvimos este problema? Dándole una cita a la semana siguiente al paciente, para dejarle tiempo suficiente para leerlo (y releerlo) con tranquilidad, preguntar dudas, consultar con familiares, amigos…

Discusion:

Participación 100% de los pacientes encuestados. Alta satisfacion del IATD.

Areas de mejora observadas.Resultados se presentan pormenorizadamente en la comunicación.

C-16

Centro:

Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Servicio Andaluz de Salud.

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Ciudadano III

CIENCIATERAPIA: LA DIVULGACIÓN DIVERTIDA DE LA CIENCIA COMO PRÁCTICA INNOVADORA EN LAS UNIDADES DE PEDIATRÍA.

Autores:

LÓPEZ MARTÍN R.T.; GÓMEZ MARTÍN J.A.; APARICIO RAMOS M.R.; SOLVES ESPEJO C.R.; MORENO SALGADO J.L. Y MORENO RODRÍGUEZ M.P..

Objetivos:

Presentar el modelo de Cienciaterapia como ejemplo de práctica innovadora en el marco de los Programas de Participación Ciudadana de las unidades de Pediatría basado en la divulgación divertida de la ciencia a los menores de edad ingresados a través de la experimentación y del juego terapéutico.

Objetivar la satisfacción de los pacientes y sus familiares como medida de evaluación de las intervenciones de Cienciaterapia.

Material y Método:

Análisis descriptivo de las necesidades de intervención lúdico-educativa sobre los menores de edad ingresados.

Presentación del modelo de Cienciaterapia en el contexto de los Programas de Participación Ciudadana.

Descripción de los efectos de las intervenciones de Cienciaterapia en la psicoprofilaxis del paciente pediátrico y evaluación de su impacto sobre la calidad percibida por los pacientes y familiares.

Análisis retrospectivo y de satisfacción tras un año de desarrollo del programa de Cienciaterapia en la UGC de Pediatría del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Resultados:

El elevado grado de satisfacción referida por los usuarios y familiares tras las intervenciones de Cienciaterapia acreditan su validez en la mejora del afrontamiento del proceso de hospitalización del paciente y de su familia, manifestándose como una potente herramienta para optimizar la estancia del paciente transformando los ambientes hospitalarios en entornos más amigables y adaptados a la infancia.

Discusion:

La participación ciudadana en la vida de los centros sanitarios se ha constituido en los últimos años como un pilar fundamental por su capacidad para orientar y dirigir la gestión y la asistencia hacia la excelencia.

Cienciaterapia ha demostrado ser una herramienta muy eficaz para optimizar la adaptación de los menores al entorno hospitalario. Este elevado valor como práctica innovadora hace que su incorporación sea muy recomendable en los Programas de Participación Ciudadana de las unidades de Pediatría.

Su modelo de intervención lúdico-educativa está basado en el juego y la experimentación didáctica de la ciencia como medios para contribuir a la estimulación de las vocaciones científicas, aumentando positivamente la motivación por aprender de los menores ingresados y promoviendo, además, la creación de entornos de juego y esparcimiento novedosos e innovadores en las unidades hospitalarias de internamiento pediátrico.

Las conclusiones tras un año de evaluación de la satisfacción de los pacientes y de sus familiares nos lleva a plantear nuevas hipótesis de trabajo y a avanzar hacia el diseño de un modelo de investigación apto para la evaluación del impacto real del programa de actividades de Cienciaterapia sobre los tiempos de estancia hospitalaria y sobre el bienestar psicológico del paciente hospitalizado y su núcleo familiar.

C-17

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Ciudadano III

TABACO EN EL ENFERMO BIPOLAR: POSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

Autores:

SÁNCHEZ CABANILLAS M.J.; MONTIEL LÓPEZ F.J.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ M.D.; VALDIVIA ROMERO F.; RICO DEL VIEJO A.B. Y SARRAMEA CRESPO F

Objetivos:

Evaluar la eficacia de la Intervención Breve en los pacientes fumadores con Trastorno Bipolar.

Material y Método:

METODOLOGÍA

• Diseñamos un trabajo multicéntrico, abierto y longitudinal, en diferentes USMC de Andalucía.

• 5 meses de recogida de datos con un mes de seguimiento individual sobre una muestra de 198 pacientes.

DESARROLLO

Se realizaron tres contactos para desarrollar la Intervención Breve (consejo de salud y entrevistamotivacional):

1. Screening

2. Intervención telefónica

3. Intervención presencial

Instrumentos de evaluación:

- Variables sociodemográficas/ clínicas

- Escala de Hamilton

- Test de Fagerstrom

- Escala URICA

- Escala de Quejas Cognitivas COBRA

Resultados:

• 61,6% nunca les preguntaron por su hábito tabáquico

• 33% le recomendaron dejar de fumar en la consulta

• 74% expresaron deseos de dejar de fumar

• 9.8% de aumento en el nivel motivacional para dejar de fumar

• 22% pasan de la Fase de Contemplación a "Preparados para la Acción"

Discusion:

La Intervención Breve, de forma similar a lo descrito en la literatura sobre población general fumadora, podría ser una herramienta eficaz en el manejo del tabaquismo en el paciente con Trastorno Bipolar en nuestro entorno comunitario.

Sería necesario replicar los resultados obtenidos con esta intervención, así como seguir valorando posibles herramientas efectivas en la generación de motivación, para promover el mayor número de intentos de abandono del hábito tabáquico en esta población.

C-18

Centro:

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano III

IMPLANTACIÓN DE CONSULTA UROLÓGICA ON-LINE PARA SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA.

Autores:

GARCIA GALISTEO E.; FERNANDEZ OLIVEROS B.; DIAZ OJEDA J.; MOLINA DIAZ P.; BAENA GONZALEZ V. Y BURGOS RODRIGUEZ R..

Objetivos:

Ante la mayor demanda de consultas de pacientes de fuera de nuestra provincia nos planteamos crear con la ayuda del Servicio de Informática de nuestro Hospital una consulta urológica on-line donde se realizarían los seguimientos

de pacientes intervenidos de prostatectomía radical, controlados, sin complicaciones activas, que requieran un seguimiento sin necesidad de exploración física y que acepten el seguimiento on-line.

Material y Método:

La consulta se gestiona a través de la página de nuestro hospital. A estos pacientes se les suministra un enlace donde pueden ver un tutorial donde se explica como funciona y qué deben hacer.

Para acceder el paciente debe introducir su NUSA y su DNI. Una vez dentro el paciente debe rellenar un cuadro de texto donde explica como se encuentra y si presenta algún tipo de complicaciones o variación de su estado habitual. Debe así mismo rellenar el campo de valor analítico del PSA así como diferentes cuestionarios de calidad de vida que empleamos durante el seguimiento: IPSS, IIFE, ICIQ-sf y SF-36.

Resultados:

Desde Septiembre de 2007 se han intervenido 465 pacientes de prostatectomía radical robótica. De estos, el 35% (162 pacientes) son de fuera de la provincia de Málaga. En el último año se ha invitado a participar en el seguimiento on line a 15 pacientes, todos ellos con más de 1 año de seguimiento desde la fecha de cirugía y no presentaban complicaciones. La tasa de aceptación fue de un 100%. Ninguno de estos pacientes han requerido visita física por presentar complicaciones.

Discusion:

La principal ventaja de la consulta on line es por un lado evitar desplazamientos del paciente y sus familiares, la comodidad de poder rellenar la analítica y los cuestionarios de calidad de vida desde su domicilio, poder disponer el paciente de los resultados y visualizarlos en una gráfica con lo que puede ver la evolución de su enfermedad y complicaciones y la posibilidad de acceder a su médico en un menor tiempo y sin pedir cita.

C-19

Centro:

Area Gestion Sanitaria Norte de Cádiz

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Ciudadano III

SATISFACCION CON LA ATENCIÓN PRESTADA EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

VEGA PÉREZ A.; SÁNCHEZ BASALLOTE J.E.; NIEBLA CORSINO P.; FERNÁNDEZ GARCÍA P.J.; RODRÍGUEZ SOLANO M.R. Y LÓPEZ GUTIÉRREZ

Objetivos:

Conocer el grado de satisfacción de la ciudadanía atendida en un Servicio de Atención Ciudadana (SAC) de Atención Primaria (AP).

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal. La población objeto de estudio han sido las personas que acudieron al SAC de AP de un área rural, entre el 01 de octubre y el 15 de diciembre de 2014, para la gestión y/o tramitación de un asunto relacionado con la cartera de servicios de atención ciudadana del Sistema Sanitario. Se diseño una encuesta ad hoc con 10 preguntas con una escala de Likert, donde el 1 seria nada satisfecho y el 5 muy satisfecho. Además se recoge el motivo por el que acude al SAC, así como, las variables sexo, edad, nivel de estudios y situación laboral. La encuesta es autocumplimentada por la persona tras recibir la atención solicitada. El tamaño de la muestra se obtuvo teniendo en cuenta la población de referencia, el volumen de personas que se atienden diariamente (error del 5%, un nivel de confianza del 95% y una p=0,5). Se realizaron 180 encuestas.

Resultados:

De las 180 personas encuestadas, el 70,6% fueron mujeres, el 40,6% tenían un nivel de estudios de secundaria y el 41,1 eran personas paradas. La edad media fue de 41,5 años (15-72 años). Los motivos más frecuentes por los que acudieron al SAC de AP fueron para asuntos relacionados con las derivaciones a otros Centros (22,8%), la medicación de uso hospitalario (20,6%) y la gestión y tramitación de tarjetas sanitarias (18,3%). Sobre los 10 aspectos que se preguntan en la encuesta, se obtiene los siguientes porcentajes en la máxima puntuación (valor 5): Correcta identificación de los profesionales un 86,7%, trato respetuoso y cordial un 92,2%, lenguaje claro y sencillo un 91,1%, respuesta rápida un 88,9%, capacitación profesional un 86,75, le soluciona el trámite un 87,2%, adecuación del espacio físico y la estructura del SAC un 77,8%, respeto a la privacidad y la intimidad un 85,0%, visibilidad de la carta de derechos y deberes un 76,1% y la satisfacción con la atención recibida un 93,9%.

Discusion:

Mas de la mitad de los que acuden al SAC (59,5%) lo hacen para gestionar y/o tramitar un asunto relacionado con la gestión y tramitación relacionados con la asistencia hospitalaria (derivación a otro Centro Sanitario, medicación de uso hospitalario y consultas externas). Los encuestados muestran un alto nivel de satisfacción con el servicio recibido, no obstante, lo peor valorado es el espacio físico y la estructura del servicio que queda condicionado por la falta de espacio del Centro Sanitario donde está ubicado el SAC, así como, la visibilidad de la Carta de Derechos y Deberes que ha requerido un cambio en la ubicación de la misma de manera que sea más fácil su visión y lectura. Asimismo, destaca como mejor valorado que la atención recibida ha sido plenamente satisfactoria.

C-20

Centro:

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Ciudadano III

VISOR DE ACCESO ÚNICO A LA HISTORIA DEL PACIENTE EN LA PROVINCIA DE GRANADA

Autores:

CASADO FERNÁNDEZ E...; PEÑA YAÑEZ C...; ORTIGOSA GARCÍA J.C.; OLGOZO MORENO F... Y RUIZ DÍAZ P....

Objetivos:

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1- Normalizar y unificar los archivos de historias clínicas hospitalarias de la provincia de Granada

2- Diseñar e implantar una herramienta para el acceso a la información de la historia clínica complementaria a DAE, único para todos los profesionales de la provincia. Visor provincial de historias clínicas.

OBJETIVO GENERAL

Establecer las bases para una historia digital única complementaria a DAE unificada y normalizada para toda la provincia de Granada. Nuestra meta es conseguir un hospital sin papel para todos los centros de la provincia de Granada

Material y Método:

METODO

1- Crear los grupos de trabajo de profesionales expertos, funcionales y técnicos.

2- Análisis de situación de partida de cada centro

3- Definir y establecer necesidades, circuitos , criterios y líneas de digitalización de la documentación.

4- Definir y establecer el procedimiento de digitalización necesario a nivel provincial

5- Comunicación, Información y Formación del personal sanitario y administrativos del SDC

6- Reindexación e importación de datos y documentos previos al nuevo sistema.

7- Control de calidad y mejoras

3- Certificación y procedimiento de ajuste a la normativa legal

MATERIAL

8- Pliego de condiciones técnicas

9- Apoyo de empresa externa de Gestión Documental

10- Equipos informáticos específicos

11- Mobiliario adecuado

12- Software propio y de la empresa Y además recursos humanos pertinentes

Resultados:

1- Visor provincial único para todos los hospitales de la provincia de Granada.

2- Disponibilidad on line de la documentación clínica del paciente.

3- A fecha de hoy tenemos digitalizadas un volumen superior a: 800.000 Historias Clínicas (más de

4.500 procedentes del proyecto actual de digitalización)

Discusion:

Partimos de un centro sin papel con un archivo totalmente digitalizado y una herramienta de acceso a dicha información (visor local de historias) y cuatro centros cada uno con su archivo en papel.

Gracias a este trabajo los profesionales disponen de la documentación clínica complementaria a la información contenida en DAE, de los pacientes de la provincia de Granada en cualquier puesto de trabajo donde se necesite.

Facilitamos la continuidad asistencial y contribuimos en la seguridad y calidad en la atención al paciente.

Mejora la eficacia, eficiencia y agilidad de los circuitos de información.

Conseguimos trabajar con una historia cien por cien digital, accediendo a DAE y al visor provincial Obtenemos acceso a la información histórica de los pacientes existentes en los archivos de los centros antes de la implementación de BDU y que no disponible en DAE.

C-21

Centro:

Fundación Progreso y Salud

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano IV y Competencias Profesionales I

DIFUNDIR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD A LOS MÁS JÓVENES: LOS TALLERES INFANTILES EN TERAPIAS AVANZADAS

Autores:

LEÓN VERGARA M.R.; JIMÉNEZ OJEDA B. Y BARRAGÁN VERA I.

Objetivos:

-Transmitir nociones básicas de la ciencia a los escolares. Este objetivo pretende que los más jóvenes conozcan conceptos básicos y los asimilen desde edades tempranas, adquiriendo un conocimiento útil que les permitirá entender desde esas edades cuestiones sobre salud, investigación y ciencia y que podrán transmitir en su entorno más cercano.

- Fomentar las vocaciones científicas entre el público infantil. Estos laboratorios infantiles suponen una iniciativa que posibilita que se despierten vocaciones científicas en edades tempranas, además de que se respete el trabajo de los investigadores y su trascendencia para el bienestar de todos.

- Difundir la investigación en Salud que se lleva a cabo en Andalucía.

Material y Método:

El formato del laboratorio infantil consiste en una breve explicación teórica de conceptos básicos por parte de un investigador. Tras esta explicación, se realiza una representación escénica que pretende mostrar de manera lúdica algunos procesos y reacciones, al objeto de despertar el interés del público. Otra actividad dentro de un mismo laboratorio, en función de la edad, es la realización de dibujos y manualidades, todo ello con la finalidad de acercar al público más joven nociones de la ciencia de una manera lúdica y adaptada a las edades de dicho público.

La duración total de cada taller está estimada en 60-70 minutos, estando dirigido a un número de alumnos no superior a 50.

Resultados:

En el curso 2014-2015 se han realizado casi 40 talleres que han llegado a 17 centros públicos de educación infantil y primaria de las provinicas andaluzas de Cádiz, Huelva, Córdoba y Sevilla, llegando a 1500 alumnos.

Discusion:

Este proyecto de laboratorios infantiles pretende introducir los conceptos fundamentales en los que se basan las investigaciones y aplicaciones médicas de vanguardia. Está dirigido a alumnos de centros escolares de primaria con objeto de darles a conocer nociones básicas sobre medicina regenerativa, genética y nanomedicina, al objeto de fomentar la vocación científica y generar un espíritu de importancia del conocimiento desde edades tempranas.

El público objetivo al cual van dirigidos estos proyectos es el de los alumnos de primaria, desde 2º hasta 6º, y los medios que se utilizan para la realización de estos laboratorios infantiles son, en primer lugar, la explicación básica de profesionales apoyados por contenido audiovisual. Para hacer más atractivo el contenido, se realizan también talleres prácticos con diferentes materiales. Este formato, dinámico y activo, combina representaciones escénicas, explicaciones técnicas y actividades plásticas, pretendiendo acercar al público objetivo nociones básicas de campos como la terapia celular y la medicina regenerativa, la genética y la medicina genómica y la nanomedicina.

Como resultado de esta actividad se pretende mejorar el diálogo ciencia-tecnología-sociedad y la interacción de alumnos y profesores con pedagogos e investigadores que les darán a conocer conceptos como los ya mencionados.

C-22

Centro:

AGS Sur de Sevilla

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano IV y Competencias Profesionales I

HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO EN AGS SUR DE SEVILLA

Autores:

DEL RÍO CASTILLEJO A.; DÍAZ MARTÍNEZ A. Y ALMAGRO CANTUDO R..

Objetivos:

1.- Conocer los tiempos de demora en el transporte sanitario programado de los usuarios del AGS Sur de Sevilla

2.- Diseño e implantación del cuadro de mandos para la gestión de la calidad en el transporte sanitario en el AGS Sur de Sevilla

Material y Método:

Se ha utilizado como fuente de información las bases de datos del proveedor, orientado a la gestión de los vehículos utilizando un sistema GPS; no está orientada a la medición de la calidad de los servicios prestados .

Para adaptar estas bases de datos, desde septiembre 2014 se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

1. Grupo de trabajo para determinar Indicadores Básicos de Calidad, formado por profesionales asistenciales, de Gestión, Documentación clínica y SS. II. y Atención ciudadano.

2. Sesiones de trabajo con proveedor para identificación y análisis de su sistema de Información

3. Desde Documentación clínica y SS.II.se establecen los Procesos de Extracción, Transformación y carga de datos (ETL)identificando errores, debidos al uso de la fuente automática por GPS que utiliza el proveedor para control de sus tiempos.

4. Desde la empresa se corrigieron todas las deficiencias identificadas.

5. Reuniones entre ambas partes para consensuar:

a. los valores de campos necesarios, horas de llegadas, tipos de servicios, horas de salida, días y horas de solicitud, servicio de ida o de vuelta, códigos postales de origen y destino, etc.

b. el formato de los datos

c. la periodicidad de envío de la información.

Resultados:

En Julio de 2015 se obtiene un Cuadro de Mandos con los siguientes indicadores:

- Tiempos Altas Urgencias
  - o Tiempos de espera
  - o tiempos de trayecto por localidades
  - o Tiempos totales
- Tiempos Altas Hospitalización
  - o Tiempos de espera desde las 15h
  - o Tiempos de trayecto por localidades
  - o Tiempos totales
- Tiempos Consultas Externas, Pruebas Diagnósticas y Tratamientos, ida y vuelta
  - o Tiempos en vehículos individuales
  - o Tiempos en vehículos colectivos
  - o Tiempos de retraso de llegada a consulta
  - o Tiempo total desde domicilio a consulta
  - o Tiempo de trayecto en el transporte

Para evitar el sesgo en la información se agruparon los datos por tramos horarios, con estudio detallado de valores extremos, comparando cada trayecto con la distancia recorrida, con reuniones mensuales de seguimiento.

Discusion:

Conseguimos un doble objetivo.

Primero, conocimiento de tiempos como medida de la calidad de los servicios y de la satisfacción , así como identificación de puntos de mejora por ambas partes, como pueden ser problemas de comunicación de los GPS, problemas de de coordinación y/o errores administrativos.

Segundo, contribuye a la búsqueda de la eficiencia en el gasto total de traslados de pacientes en nuestra AGS, con tiempos reales, fundamental para la toma de decisiones en la prescripción del tipo de transporte.

Como recomendación, es pertinente valorar la oportunidad de un sistema de información corporativo de traslados de pacientes propio del SAS.

C-23

Centro:

Centro de Salud de Tomares

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano IV y Competencias Profesionales I

ESTUDIO DE ANSIEDAD EN CIRUGÍA ORAL AMBULATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

GARCÍA PALMA A.; REYES GILABERT E.; BEJARANO ÁVILA G.; REINOSA SANTIAGO A. Y LUQUE ROMERO L.G..

Objetivos:

Analizar el nivel de ansiedad pre y post quirúrgicos de los pacientes intervenidos en cirugía oral ambulatoria; valorar qué otros factores pueden influir en la ansiedad preoperatoria.

Material y Método:

Estudio descriptivo observacional prospectivo, no aleatorizado y multicéntrico de los pacientes atendidos en las consultas de Odontología de Atención Primaria del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Los pacientes incluidos en el estudio fueron los que precisaron un tratamiento de cirugía oral ambulatoria durante 6 meses de duración del estudio entre marzo y agosto de 2015.

Las variables dependientes fueron: ansiedad estado pre y posT-operatoria según la escala de ansiedad STAI-S, y variables independientes edad, sexo, experiencia previa, tipo de cirugía oral. El análisis estadístico fue descriptivo (test de chi cuadrado o Fisher en tablas de contingencias poco pobladas, t de student o la U de Mann-Whitney). Significación estadística si $p< 0,05$. Intervalos de confianza al 95%.

Resultados:

Se analizaron 45 pacientes, 57,8% mujeres. Edad media (DS) fue de 33,5 (9,6) años. El 82,25% pacientes se sometieron a una exodoncia de cordal. El dolor referido por los pacientes, medido por la escala analógica de dolor (EVA) fue de cero en 33,3% pacientes. El percentil de ansiedad rasgo más frecuente fue de 45 en 20% de los pacientes seguidos de 55 en 13,3% de los pacientes y los percentiles 65 y 70 en 11,1% pacientes en cada uno. La ansiedad prequirúrgica medida por la escala STAI-S mostró que 20% tenían un percentil 65, 17,8% un percentil 80, 15,6% un percentil de 75. La ansiedad postquirúrgica medida por la escala STAI-S mostró que 15,6% tenían un percentil 80.

El análisis de la asociación entre el decatipo de Ansiedad Prequirúrgica y el decatipo de Ansiedad Postquirúrgica mostró la existencia de una relación con significancia estadística ($p= 0,015$).

Asociación estadísticamente significativa entre el decatipo de Ansiedad Postquirúrgica y el dolor medido con la escala EVA ($p= 0,02$) y correlación Spearman = 0,498, $p= 0,0001$. La clasificación Pell-Gregory de dificultad de exodoncia de cordales inferiores se relaciona significativamente con la ansiedad prequirúrgica $p= 0,044$.

Discusion:

La intervención más frecuente realizada en la consulta de Atención Primaria de Odontología para la realización del presente estudió fue exodoncia de terceros molares inferiores. No existen diferencias en la ansiedad pre-quirúrgica ni posT-quirúrgica entre hombres y mujeres. Los niveles de ansiedad pre y postquirúrgicas fueron elevados en los pacientes sometidos a cirugía oral ambulatoria, siendo más elevada la ansiedad prequirúrgica. Nuestro estudio podrá revertir en medidas y protocolos para disminuir la ansiedad prequirúrgica y postquirúrgica en intervenciones de cirugía oral ambulatoria en atención primaria y así mejorar la calidad asistencial al paciente a nivel ambulatorio.

C-24

Centro:

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano IV y Competencias Profesionales I

TRIAJE AVANZADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE. IMPACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Autores:

HIDALGO LLONIS F.J.; ALFONSO ÁRIAS J.D.; RITA ACOSTA M.J.; MARQUEZ PASTOR F.J.; TERNERO PACHECO R. Y DOÑA ARAGÓN C..

Objetivos:

1. Conocer el Nº de pacientes que se benefician del triaje avanzado y forman parte del grupo de Enfermeria de Practicas Avanzadas en Solicitud de Pruebas a Biotecnología (EPASB) y los que no entran (solicitud de prueba desde consulta médica).

2. Conocer el tiempo medio de estancia en urgencias de los pacientes que entran en EPASB respecto a los que no entran.

3. Conocer los tiempos medios de triaje de los pacientes que entran en EPASB respecto a los que no entran.

Material y Método:

Se han cogido 2 grupos de pacientes todos ellos con solicitud de prueba de orina (sistemático o test de embarazo) y prioridad según sistema de triaje español <3:

GRUPO I: Pacientes incluidos en EPASB. (solicitud a biotecnología hecha por enfermería de triaje).

GRUPO II: Pacientes que no entran en EPASB. (solicitud a biotecnología hecha por el médico desde su consulta).

La enfermera de triaje es quien decide si cumple o no criterios de inclusión en EPASB

El periodo estudiado está comprendido entre Junio de 2013 y Junio de 2015.

Se han estudiado el nº de pacientes, los tiempos medios de triaje y los tiempos medios de estancia en urgencias (ingreso – alta) por año en cada uno de los grupos.

Resultados:

AÑO 2013: 955 PACIENTES.

GRUPO I (EPASB): 221 Pacientes. (23.14%)

GRUPO II (NO EPASB): 734 Pacientes.(76.86%)

AÑO 2014: 1290 PACIENTES.

GRUPO I (EPASB): 438 Pacientes. (33.95%)

GRUPO II (NO EPASB):852 Pacientes.(66.05%)

AÑO 2015: 689 PACIENTES.

GRUPO I (EPASB): 263 Pacientes.(38.17%)

GRUPO II (NO EPASB): 426 Pacientes (61.83%)

Tiempo medio triaje:

GRUPO I: 1 min. 44 segundos.

GRUPO II: 2 min. 03 segundos.

Tiempo medio estancia

GRUPO I: 42 minutos 41 segundos

GRUPO II: 56 minutos 54 segundos

Discusion:

1. El tiempo medio de asistencia/paciente de los pacientes del GRUPOI es menor en 14 min 13 segundos respecto al GRUPO II.

2. El tiempo medio de triaje en los pacientes del GRUPOI no solo no se amplían por el hecho de solicitar desde la consulta de triaje las pruebas a biotecnología, sino que incluso han disminuido respecto al GRUPO II.

3. Gracias a la experiencia adquirida, a las sesiones formativas periódicas y al feed-back dado a los profesionales en cuadro de mandos de enfermería, se ha incrementado la efectividad de la EPASB pudiéndose comprobar gracias al aumento del porcentaje de pacientes beneficiados por EPASB con el paso del tiempo. (pacientes incluidos en el GRUPO I).

4. Incremento de la calidad asistencial debido a :

a) Reducción de la estancia media en urgencias de los pacientes beneficiados por EPASB. (diagnóstico y tratamiento precoz).

b) Reducción de los tiempos de triaje. (diagnóstico y tratamiento precoz).

c) Incremento de la experiencia en EPASB de los profesionales de enfermería en triaje así como incremento de su formación gracias a sesiones de actualización.

C-25

Centro:

Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano IV y Competencias Profesionales I

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES SANITARIOS EN EL PROCESO DECLARACIÓN DE VVAS

Autores:

CONTRERAS FERNÁNDEZ E.; RIVAS RUIZ F.; BARÓN LÓPEZ F.J.; MÉNDEZ MARTÍNEZ C.; CANCA SÁNCHEZ J.C. Y MUÑIZ MARCOS J.M..

Objetivos:

En España no existe un cuestionario validado de forma reproducible, que haga posible medir el estado del conocimiento y las actitudes los profesionales sanitarios sobre el proceso de declaración de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA). En un proyecto conjunto entre el Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol (DSAPCS) y la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS) a partir de un panel de expertos desarrollado en años 2012-2013 se identificaron las áreas de interés en el proceso de VVA. El propósito del presente estudio es evaluar la validez y fiabilidad de dicho cuestionario.

Material y Método:

Se realizó estudio descriptivo transversal mediante cuestionario en año 2014. Los participantes fueron reclutados entre los profesionales sanitarios del DAPCS y la ASCS. El cuestionario fue administrado en línea utilizando LimeSurvey.

La propuesta de cuestionario previamente elaborada constaba de 58 ítems agrupados en: A) Conocimientos: Aspectos legales (11 ítems); Definición conceptual (7); Documentación oficial (4); Uso (6); Procedimiento de registro (13); con respuesta "No", "Si", "Dudoso". B) Actitudes:

Aplicación práctica (9); Escenarios complejos (8); con escala de acuerdo Likert con 5 categorías.

El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación Costa del Sol (Noviembre-2013). Se estudió la frecuencia de endose para todos los ítems del cuestionario para valorar el efecto techo, estableciendo en límite 80%. La validez de concepto para los ítems de bloque de Actitudes se evaluó mediante análisis factorial componentes principales (AFCP), considerando ítems con comunalidades >0,3 y saturaciones factoriales >0,5. La consistencia interna de los factores se exploró con coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados:

El cuestionario en línea fue dirigido a 1889 profesionales sanitarios, siendo respondida por el 23,6% de dicha muestra. De los 445 cuestionarios con respuestas, se valoraron 391 (87,9%) dado que completaron la mayor parte de los ítems de bloques de Conocimientos y Actitudes. De las mismas, el 76% fueron realizadas en ámbito de atención especializada, el 69,8% eran mujeres, y para una edad media de encuestado de 41,4 (DE: 7,8) años.

En la valoración del efecto techo, se eliminaron 12 ítems del bloque de Conocimientos, y ninguno en los ítems de Actitudes.

En el AFCP de los 17 ítems de actitudes, 5 no superaron el criterio comunalidades o saturaciones factoriales. Se hallaron dos componentes, el primero con 9 ítems con una varianza explicada del 40% y un alfa de Cronbach de 0,88, y un segundo componente que incluyó a 3 ítems con una varianza explicada del 12,1% y un valor de alfa de Cronbach de 0,513.

Discusion:

Se ha evaluado de forma satisfactorio la validez y fiabilidad del cuestionario en profesionales sanitarios de ámbito de primaria y especializada. Dicho cuestionario permitirá identificar el estado y las áreas de mejora en el entorno sanitario.

C-26

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Competencias Profesionales II y Espacio Social I

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS AL FINAL DE LA VIDA EN UN HOSPITAL SAS

Autores:

CABEZA DE VACA PEDROSA M.J.; RIVERA BAUTISTA J.M.; MEDINA RODRIGUEZ M.P.; MENDEZ MARTINEZ C. Y VALERO CABEZA DE VACA J.A..

Objetivos:

Conocer y comparar grado de conocimiento y actitudes de profesionales sanitarios de Medicina Interna, Neurología, Oncologia, Neumología y Cuidados Paliativos en el final de la vida en el 2015.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal del conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios, mediante un cuestionario validado, anónimo, voluntario y autocumplimentable. Datos recogidos en mayo y junio. Análisis descriptivo: variables cualitativas, mediante distribución de frecuencias (nº de casos y porcentaje) y para las cuantitativas, media y desviación estándar.

Comparación con estudios publicados mediante ANOVA.

Resultados:

A las 5 sesiones clínicas asistieron 71 profesionales, respondiendo 72%.

Edad media 43,2 años, rango 24-65, mujeres 60,8% y hombres 39,2%. El 76,5% eran médicos, el 21,5% enfermeras y el 2% psicólogo.

Variables conocimientos: el 91% de profesionales de Cuidados Paliativos no han leído el Documento de Voluntad Anticipada(DVA) y el que más en Neumología 67%. El 76% de los profesionales saben que la VA está regulada por ley en Andalucía y el promedio del grado de conocimiento de la VA es de 5,18.

Variables actitudes:96% de los profesionales no han realizado VA, 8,24 de profesionales creen conveniente que los pacientes realicen la DVA.

Consideran que la DVA es un instrumento útil para los profesionales a la hora de tomar decisiones, con una media de 8,18.

La media de los profesionales que consideran el DVA un instrumento útil para los familiares es 8,42 y la desviación estándar 1,68.

La media de los que recomendarían a sus pacientes la elaboración de una DVA fue de 8,42.

El 9.60 respetarían los deseos expresados por sus pacientes en la DVA.

La media de la respuesta de los profesionales que haría su declaración es del 7,98.

Aplicado test de ANOVA la probabilidad p tiene un valor de 0,524 que al ser mayor que 0,05 nos lleva a confirmar que no se aprecian diferencias significativas entre las respuestas dadas en los distintos Servicios.

El resultado entre las respuestas de los grupos de profesionales recogidas en los 4 artículos publicados comparados, es que la probabilidad p tiene un valor de 0,945 mayor que 0,05, con F de 0,184 inferior al valor crítico para F 2,69 y por tanto nos lleva a confirmar que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

Discusion:

Los participantes valoran con puntuaciones medias sus conocimientos y altas las actitudes; mostrando respeto en la VA, por lo que aconsejarían a sus pacientes la realización de una DVA y revelan una actitud muy positiva hacia la utilidad, utilización y respeto de las VA y muestran una gran predisposición a cumplimentar su VA.

Los profesionales de Neumología valoran más sus conocimientos y actitudes.

Concluir que no existen diferencias significativas entre nuestros resultados por Servicio y los trabajos consultados.

Se pone de manifiesto la necesidad de ampliar la formación en VA en los profesionales.

C-27

Centro:

Fundación Progreso y Salud

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Competencias Profesionales II y Espacio Social I

LÍNEA IAVANTE:10 AÑOS INNOVANDO EN LA FORMACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Autores:

LEÓN VERGARA M.R.; OLIVARES GRANADOS G.; LIÉBANA LIÉBANA L. Y MARTÍN BERRIDO M..

Objetivos:

El objetivo esencial de la Línea Iavante de la Fundación Progreso y Salud es ofrecer una formación especializada y técnica a los profesionales sanitarios que redunde en su desarrollo profesional y, consecuentemente, en la calidad de la atención sanitaria que presta a la ciudadanía.

Es también una apuesta por la innovación en la formación que pretende posicionar a Andalucía como referente en el ámbito de la formación sanitaria especializada.

Material y Método:

La línea Iavante cuenta con un centro de simulación (CMAT) en el que se recrean situaciones asistenciales a las que los profesionales sanitarios se enfrentan en su labor diaria. Para ello, CMAT cuenta con escenarios diferenciados en función del espacio físico donde se encuentra el paciente en cada fase del proceso asistencial en la que el alumno se va a entrenar. Así, los profesionales pueden adquirir o evaluar competencias específicas en un entorno urbano simulado, en un domicilio con problemas de acceso y espacio para maniobrar, en consultas en las que se recrean de forma fidedigna las consultas de cualquier hospital o centro de salud, en quirófanos equipados con tecnologías de última generación, en una sala blanca (GMP) o en una zona de cuidados críticos.

A estos escenarios, se suman innovadoras metodologías de simulación como la simulación robótica, en la que robots con patologías programadas accionan y reaccionan como seres humanos, simulación virtual, que posibilita que los alumnos entrenen técnicas invasivas para los pacientes mediante realidad virtual, simulación escénica, en la que actores preparados hacen de pacientes con determinadas sintomatologías o atravesando procesos psicológicos traumáticos en los que la buena comunicación del profesional es clave y, sobre todo, la cirugía experimental, en la que los cirujanos pueden entrenar abordajes quirúrgicos con tecnología puntera sobre modelo cadáver y modelo animal.

Resultados:

Desde 2003, año de constitución de IAVANTE, se han contabilizado más de 142.000 matrículas en los casi 7.380 cursos impartidos. En los dos últimos años, el número de matrículas de instituciones, centros y profesionales externos al sistema sanitario público ha crecido notablemente hasta cuadruplicarse, ascendiendo en estos momentos la financiación privada al 38% del total de la financiación.

El perfil de los profesionales entrenados es mayoritariamente médico, con más de un 60% de las matrículas. Asimismo, es muy destacable la gran variedad de instituciones, centros y profesionales extranjeros que han acudido al complejo granadino atraídos por el modelo de formación que en él se desarrolla. En concreto, se han formado en el centro profesionales de 40 países.

Discusion:

La formación de los profesionales de la Salud es un reto de los sistemas sanitarios en tanto en cuanto ésta repercute de manera directa en la calidad de la asistencia. En la línea Iavante se trabaja en la medición del impacto de la formación en los profesionales como herramienta de calidad de la formación.

C-28

Centro:

Fundación Progreso y Salud Línea IAVANTE

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Competencias Profesionales II y Espacio Social I

DESARROLLO DE COMPETENCIAS ESENCIALES DE CIRUGÍA EN RESIDENTES CON MÉTODOS DE SIMULACIÓN ROBÓTICA Y VIRTUAL 2014-2015

Autores:

MARTINEZ CAÑAVATE T..

Objetivos:

Analizar la experiencia y resultados del Programa de Formación en Competencias Especificas para EIR desarrollado en Andalucía en especialidades de cirugía mediante la utilización de metodologías docentes innovadoras basadas en simulación robótica y virtual 2014-2015.

Material y Método:

se evaluaron calidad, costes y beneficios en estructura, proceso y resultados del Programa de Formación EIR en cirugía. Se analizaron los sistemas de registro en cada fase de su desarrollo.

Estructura: Diseño, coste, materiales instrumental y biológico, creación de escenarios, diseño de casos, accesibilidad. Proceso: asistencia, desarrollo del aprendizaje en cada escenario de simulación (pelvitrainer, utilización de restos biológicos, animales y simuladores virtuales complejos) . Resultados: Análisis de registros de evaluación de cada objetivo-fase de aprendizaje individual(check list). cuestionarios de satisfacción del alumno y del equipo docente.

Resultados:

En el periodo enero2014-junio2015 se han formado 149 EIR en técnicas de microcirugia y 146 en técnicas de Laparoscopia de 2º y 3er año. el 98% de los alumnos matriculados finalizaron la formación, el 95%mostraron adquisición de habilidad optima o excelente en el manejo de la técnica.

Se valoró muy positivo el método basado en estaciones de menor a mayor complejidad que permite un aprendizaje progresivo de las competencias. Se muestran los resultados de las evaluaciones de cada objetivo logrado por el conjunto de alumnos.

Se analizan los costes por alumno en costes directos e indirectos, tangibles e intangibles de la formación en laparoscopia y en microcirugía. La satisfacción global de los EIR con el eventos superó en todas las ediciones el 95% y el 98% en el caso del equipo docente que ha mostrado muy satisfecho con los modelos de simulación empleado.

Discusion:

Los resultados muestran que se ha utilizado un método eficiente y de calidad para la adquisición de competencias quirúrgicas de los EIR basado en la mejor evidencia disponible e innovadora. La simulación se ha mostrado el método mas adecuado para garantizar la seguridad de pacientes y profesionales en la adquisición de competencias quirúrgicas.

El coste de implantar una formación en competencias esenciales hoy día es alto. Sin embargo es una inversión a corto, medio y largo plazo en los nuevos profesionales que forma el sistema publico, han mostrado su evidencia en la reducción de la morbi-mortalidad asociada a la cirugía, disminución de costes asistenciales, en una conjunto amplio de especialidades.

Para obtener los resultados de transferencia e impacto se ha previsto el seguimiento de la actividad de los residentes en los años posteriores a la formación mediante el análisis de su actividad quirúrgica y el informe de sus tutores.

C-29

Centro:

Sociedad de Acupuntura Médica de España

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Competencias Profesionales II y Espacio Social I

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ACUPUNTURA COMO HERRAMIENTA DE BUENA PRACTICA BIOETICA

Autores:

PRADA PEÑA M.P.; COBOS ROMANA R.C.; ESPINOSA DE LOS MONTEROS BENITEZ F.J. Y VAS RUIZ J.V..

Objetivos:

•Identificar la situación actual de la práctica del Consentimiento Informado (C.I) en acupuntura • Crear un formulario del C.I en acupuntura a nivel nacional con ítems homogéneos

•Fomentar la práctica diaria de la evaluación del C.I en la actividad sanitaria como un estándar de calidad.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal de cobertura territorial.

Se realizó una encuesta como fuente de información para conocer el estado actual del uso del C.I en los médicos acupuntores . La recogida de la encuesta se realiza por la secretaria de la Sociedad Médica de Acupuntores de España (SAME)en un periodo de 5 meses (febrero 2015-Junio 2015). Toda la información recogida en la encuesta será tratada de forma confidencial, según se marca la LOPD.

Resultados:

Los principales contenidos utilizados en la encuesta para el análisis de este estudio nos han dando los siguientes resultados:El 60% de los encuestados trabajan en un centro privado, el 38% público y el 2% concertado.El 98% de los encuestados considera que es una buena práctica diaria.

El 69% de los encuestados tienen un formato papel.

El 55% de los médicos nunca han realizado una auditoría del consentimiento informado, el 23% responde tener dudas y el 19% si han realizado alguna auditoria médica.

El 86% de los encuestados consideran importante tener un modelo de c.i homogéneo.

Discusion:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado la creciente difusión y utilización de la acupuntura en diferentes enfermedades. La acupuntura es una de las prácticas médicas más antiguas y seguras de la historia de la humanidad. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica considera al c.i como una buena práctica bioética para la ayuda de toma de decisiones al paciente facilitando la participación en los aspectos más relevantes del problema de salud y su posible tratamiento. Aunque en la práctica de acupuntura el C.I escrito constituye un reto y un salto cualitativo de absoluta novedad debido a que es una técnica de baja incidencia de efectos secundarios, la mayoría de ellos leves, pero es importante recordar que puede causar episodios adversos graves, que pueden condicionar la muerte del paciente.

En este trabajo demuestra con la encuesta realizada que hay una gran variabilidad en la necesidad de implantar un c.i en acupuntura como dudas generadas en los pacientes menores de edad o cuando el paciente carece de capacidad para prestar el consentimiento informado por sí mismo, precisa de alguien que le represente.

Se concluye de la importancia del consentimiento informado en acupuntura como una herramienta de buena práctica bioética. Se considera que el registro del consentimiento informado en la historia clínica es un estándar obligatorio de calidad, sin olvidar que el c.i prestado sin conocimiento de causa y, por ello, ineficaz. Se trataría de un consentimiento desinformado.

C-30

Centro:

Supervisora Unidad Coronaria. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Competencias Profesionales II y Espacio Social I

AYUDA HUMANITARIA, COOPERACIÓN INTERNACIONAL, VACACIONES SOLIDARIAS: "CONCIENCIA Y CALIDAD HUMANA"UN MUNDO POR DESCUBRIR

Autores:

LÓPEZ MARCO M.J.; RUIZ BAYO L.; TENA GARCIA B.; RODRIGUEZ PAÑOS T. Y HIDALGO URBANO R.J..

Objetivos:

Los tres conceptos abarcan como objetivos principales

1: Provisión de bienes y servicios básicos para garantizar la subsistencia de los afectados y aliviar sus penalidades.

2: Frenar el proceso de aumento de vulnerabilidad y de desestructuración socio económica de las familias y comunidades.

3: Preparación ante potenciales catástrofes naturales y actividades de rehabilitación a corto plazo.

4: Protección de las victimas de las guerras y otros desastres, entendida como la defensa de sus derechos humanos.

Material y Método:

Provisionar a la comunidad de abrigos para dar cobijo contra los elementos naturales, agua potable (el no consumo de la misma puede provocar la muerte), Alimentos, pues casi siempre se parte de situaciones de enfermedad y malnutrición.

Atención sanitaria: incluye la provisión de medicamentos, tratamiento médico y medidas preventivas.

Entre éstas figuran las campañas de vacunación, pero también medidas de higiene y salubridad (saneamientos, letrinas, eliminación de basuras)

Frenar el hundimiento de los ingresos y del poder adquisitivo de los más vulnerables. Para ello, los programas de comida o dinero por trabajo pueden servir como una fuente alternativa de ingresos. La provisión de ayuda en forma de alimentos, semillas, dinero, forraje, programas de empleo puede servir a ese fin.

Disuadir el éxodo de las familias para buscar ayuda en otros lugares todo el tiempo que sea posible.

Resultados:

Ha sido durante la década de los 90 cuando la acción humanitaria ha experimentado un desarrollo más vigoroso. Esto se ha debido, sobre todo, a varios cambios operados. Por un lado, el incremento de los conflictos civiles en numerosos países, que son los principales causantes de las denominadas emergencias complejas. En segundo lugar, la proliferación de operaciones de paz que han dado lugar a un incremento de los fondos concedidos por los donantes para ayuda humanitaria o de rehabilitación a los países en los que se llevan a cabo.

Además, el auge de la acción humanitaria también se ha debido a una mayor presión de los medios de comunicación, que, al cubrir en tiempo real los conflictos y desastres humanitarios, han estimulado la movilización de la opinión pública internacional, los gobiernos y las organizaciones internacionales.

Discusion:

De cara a superar algunas de las imperfecciones del sistema, caben ser destacadas dos lineas de actuación.

Una de ellas consiste en las varias iniciativas desarrolladas para elaborar una serie de principios y normas que orienten los objetivos y actuaciones que mejoren con ello su eficacia y coordinación.

La segunda consiste en la incipiente práctica de evaluar las operaciones humanitarias, sean de la índole que sean, como consecuencia del creciente volumen de fondos que absorben y de la mayor conciencia sobre su complejidad.

C-31

Centro:

Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Espacio Social II

CONVIVENCIA CON FUMADORES Y CONSOLIDACIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y CACHIMBA EN LOS ADOLESCENTES DE SEVILLA

Autores:

SÁENZ LUSSAGNET J.M.; LUQUE ROMERO L.G.; RODRÍGUEZ BENJUMEDA L.M.; CRAVIOTTO MANRIQUE I.; SALIDO DE ANDRÉS E. Y CAYUELA DOMÍNGUE

Objetivos:

Andalucía es la segunda Comunidad Autónoma con mayor prevalencia de jóvenes fumadores diarios tras la Comunidad Valenciana. La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (ETUDES) 2012/2013 que se dirige a alumnos entre 14 y 18 años refleja que el 43,8% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 35,3% en el último año y el 12,5% fuma a diario.

Objetivo: analizar la asociación entre la presencia de familiares convivientes fumadores y la consolidación del hábito tabáquico y de fumar en narguila.

Material y Método:

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal mediante cuestionario autocumplimentado. Se realizó en tres Institutos de enseñanza secundaria (IES) de la provincia de Sevilla de tres tipologías distintas (rural, periurbano, metropolitano)

Ámbito: Atención primaria

Periodo: Primavera 2014

Población: alumnos matriculados durante el curso 2013-2014 en los cursos 1º a 4º de E.S.O.(ESO), 1º y 21º de Bachillerato(BACH) y Módulos profesionales(MOD)

Variables analizadas: edad, sexo, ruralidad, presencia de convivientes fumadores, grado de consolidación del hábito tabáquico y de fumar en cachimba.

Análisis estadístico: descriptivo diferencial y regresión logística binaria mediante SSPS.v.22 y Epidat 4.1

Resultados:

502 encuestados seleccionados, cuya edad media (DS) fue de 16,2 (2,0) años. 250 (49,9%) mujeres. La experimentación (haber fumado al menos una vez) fue de un 50% par el consumo de cigarrillos y del 70% para el de narguila. Un 18% de los jóvenes consolidaron el consumo de cigarrillos (semanal+diario) y un 13% el consumo de narguila, sobre todo en 3º y 4º de ESO. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre tener familiares convivientes fumadores y consolidar el consumo de cigarrillos (OR= 1,93; IC95%= 1,14-3,27) (p=0,02). Igualmente existe una relación la consolidación del consumo de narguila con convivir con familiares fumadores (OR= 1,98; IC95%= 1,26-3,1) (p=0,004). Realizamos un modelo multivariante en el que encontramos asociación estadísticamente significativa entre el ámbito metropolitano respecto al rural así como edad y la presencia de familiares fumadores. Sin embargo, no se observan diferencias en cuanto al nivel de estudios y al sexo.

Discusion:

Hemos demostrado por vez primera en nuestro ámbito que la convivencia con fumadores y el convivir en ámbito rural favorece la consolidación del hábito de fumar cigarrilos y cachimba, siendo estas asociaciones estadísticamente significativas.

Conclusiones: -Convivir con fumadores incrementa el riesgo de consolidar el hábito de fumar cigarrillos y narguila ente los adolescentes.

-El uso de narguila se está consolidadndo en las edades cada vez más jóvenes, por lo que este hábito puede considerarse como un puente para el consumo de cigarrillos.

-No hemos encontrado asociación en cuanto al sexo del alumno, por lo que pensamos que se está homogeneizando el hábito tabáquico entre hombres y mujeres.

C-32

Centro:

UGC de Serón. AGS Norte de Almería

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Espacio Social II

LAS IDEAS DE LOS ESCOLARES SOBRE LA SALUD

Autores:

COMPANY MORALES M.; RUBIO JIMENEZ M.F.; GIL AGUILAR V. Y FONTALBA NAVAS A..

Objetivos:

El objetivo general de la investigación es conocer la influencia en la construcción del conocimiento y las ideas que los escolares poseen sobre el cuerpo.

Objetivos específicos:

- Investigar los elementos culturales y sociales por medio de los cuales llegan a los escolares los conocimientos sobre salud.

- Analizar si estas ideas sobre la salud son contextualizadas de forma diferente según género.

Material y Método:

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal y sincrónico mediante datos obtenidos de forma primaria por medio de cuestionario. Hemos seguido un diseño de investigación mixto (cuantitativo y cualitativo).

El estudio se realizó en cuatro centros educativos públicos de la provincia de Almería donde se imparte la E.S.O. La muestra es no probabilística intencionada o racional. En total han participado 384 escolares divididos en 16 clases.

El trabajo de campo se desarrollo entre el mes de Noviembre de 2013 y Enero de 2014.

Los cuestionarios han sido codificados transformando las respuestas en variables, mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0. Sobre las variables cuantitativas se realizó un análisis de estadísticos descriptivos de frecuencias, medias y desviación típica. Se realizaron tablas de contingencias por sexo y comparación de medias por medio de la prueba T o se realizo el ANOVA de un factor, según fuera pertinente. Algunas preguntas eran abiertas por la necesidad de conocer los discursos de los escolares sobre algunas cuestiones. En este caso, se realizó la categorización con el software N-Vivo versión 8.

Resultados:

La mayoría de los escolares afirman que ser sano significaba no tener enfermedades, no estar gordo y hacer ejercicio. Entre el alumnado, el 76,3% afirmó que el control del peso está relacionado con la salud.

Según los escolares sus ideas sobre la salud las obtienen mayoritariamente de su madre, su padre y su médico. La enfermera/o y el profesor/a fueron señalados como las personas menos influyentes en la obtención de sus conocimientos sobre la salud. Entre los medios de comunicación la influencia mayor proviene de la televisión.

Los niños creen que están más sanos, sentirse mejor con su cuerpo y gustarse como son en mayor medida que las niñas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p<.001$). Las niñas piensan en dejar peso con mayor frecuencia que los niños ($p< .05$).

Discusion:

Nuestro estudio pone de manifiesto que se está produciendo una normalización de las ideas sobre la salud vinculadas al control del peso corporal. La transcendencia que los escolares les dan al control del peso está influenciada por la importancia que nuestra sociedad otorga al culto del cuerpo. Las ideas que los escolares tienen sobre la salud están cimentadas en los conocimientos sobre la salud que les transmiten su entorno familiar y los medios de comunicación. Los escolares tienen una visión del cuerpo contenida dentro de un concepto mecanicista del mismo, existiendo diferencias significativas según el género.

C-33

Centro:

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Espacio Social II

UTILIDAD DE LA VIGILANCIA INTEGRAL DE SALUD EN ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

Autores:

LOPEZ HERNANDEZ M.B.; SÁNCHEZ MARTIN J.M.; DEL MORAL CAMPAÑA C.M.; MARTINEZ GARCÍA O.; BERNARDO DE PAZ A.R. Y RUIZ AZAROLA A..

Objetivos:

Los Planes de Zonas con Necesidades de Transformación Social (P-ZNTS) aspiran a mitigar el efecto que la marginalidad ejerce sobre la salud de la población. En nuestro entorno existen pocas iniciativas que faciliten el conocimiento epidemiológico de una forma practicable y sostenible. El objetivo es demostrar que instaurar un sistema de vigilancia integral de salud facilita la priorización de las estrategias sanitarias.

Material y Método:

En un Distrito Sanitario (DS) se incluyen un total de 9 ZNTS, todas ellas, salvo 1, cuenta con un Centro de Atención Primaria que facilita la obtención de información automatizada de diversas fuentes primarias.

Se han seleccionado indicadores que informan sobre la Población Atendida, la Atención Sanitaria Durante Toda La Vida (ASDTV) y la Atención a Crónicos (AC). Entre las dimensiones analizadas se encuentra la Cobertura Asistencial, la adherencia a las Normas de Calidad y los Resultados en Salud.

Para ello se ha elaborado el sofwart VIGÍA. Se utiliza la mediana como parámetro de tendencia central.

Los criterios de análisis se basan en la evolución de los indicadores en un lapso de 4 años (2011-2014) y en la comparación entre ellas y con el resto del distrito (DS). Se muestran la situación comparativa y evolutiva de las 8 ZNTS.

Resultados:

Comparación con el resto del DS: La población de ZNTS es más joven. La cobertura asistencial es mayor y la frecuentación similar. Las Coberturas de AC: HTA, Diabetes y EPOC son similares, y la de Insuficiencia Cardiaca inferior. La cobertura de vacunación frente a la Gripe en EPOC es también inferior. Los ingresos evitables por patologías crónicas en ZNTS son superiores al resto del DS, desde un 4 hasta un 98%.

La cobertura de la ASDTV alcanzada en ZTS es similar al resto del DS, incrementándose en mayor medida que en el resto del DS, en lo súltimos 4 años. La incidencia de tuberculosis es superior en ZNTS.

Existe variabilidad entre las 8 ZNTS, destacando las diferencias en coberturas asistenciales y normas de calidad.

Discusion:

Es destacable el alto nivel alcanzado en coberturas asistenciales que afectan a la ASDV, siendo mejorable la atención a crónicos, causantes de las hospitalizaciones prevenibles. Las diferencias entre ZNTS justifica la adopción de intervenciones diversificadas.

La estrategia empleada facilita información útil para emplearla en la adecuación de P_ZNTS a las necesidades de salud. Las ZNTS que carecen de un CAP específico, precisan de un sistema de georreferencia alternativo.

C-34

Centro:

Hospital de Jerez

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Espacio Social II

PROYECTO INTEGRAL COLOREANDO, UNA APUESTA DE CAMBIO CONTAGIOSA

Autores:

FERNÁNDEZ GARCÍA P.J.; NIEBLA CORSINO P. Y GABARRE GÓNZALEZ A..

Objetivos:

Los entornos, ya sea natural, social o institucional, contribuyen notablemente en la manera de percibir el individuo su realidad inmediata. Si se contextualiza en un medio sanitario cerrado, y más aún en la población pediátrica, la influencia de éste es, si cabe, de mayor calado.

Objetivos:

- General: Análisis del impacto en la población infantil y sus cuidadores al cambiar el entorno donde son atendidos.

- Específicos: Impulsar estrategias para la modificación del entorno de las consultas externas pediátricas, adaptándolas a la población infantil.

Generar debates entre los profesionales y modificar su actitud ante el cambio; y extender el cambio a otros servicios, centros sanitarios e instituciones, así como crear otros nuevos.

Material y Método:

La remodelación del las consultas externas pediátricas como oportunidad para generar un cambio significativo en el aspecto de las mismas.

Análisis cualitativo sustentado en:Revisión bibliográfica y de experiencias acumuladas (benchmarking); Grupos de discusión; Observación participante y Entrevistas informales.

Resultados:

La población infantil cuando es atendida en los centros hospitalarios es susceptible de percibir la asistencia sanitaria como una agresión hacía su integridad (física y psíquica), por lo que resulta muy probable su rechazo, mostrando una actitud negativa a cualquier abordaje diagnóstico, terapéutico o rehabilitador. Dicha actitud puede ser modificada si se acondiciona el entorno en el que tiene lugar la asistencia de acorde a su edad, creando un ambiente más relajado, entretenido e incluso divertido.

Discusion:

El pasar de entornos pediátricos tristes y aburridos, a otros de color y más acogedores, instrumentando espacios nuevos de ocio e intercambio con sus iguales, favorece una mejor actitud de los/las pacientes pediátricos y, en general, del resto de la población.

Los profesionales también perciben una mejora emocional, tanto propia como de los/las pacientes.

Se genera un "contagio" en el resto de servicios clínicos sobre la necesidad de un nuevo modelo de entornos amigables.

C-35

Centro:

Área de Gestión Sanitaria Norte Almería

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Espacio Social II

IMPACTO DE UNA INUNDACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL : ESTUDIO CASO-CONTROL

Autores:

FONTALBA NAVAS A.; GIL AGUILAR V.; SALINAS NAVARRO A.; ORTEGA CASANOVA C.; ESCABIAS MACHUCA F. Y PENA ANDREU J.M..

Objetivos:

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una enfermedad que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.

El objetivo del presente estudio es conocer la incidencia de síntomas de TEPT en la población expuesta a un evento extraordinario de lluvias torrenciales y una gran avenida en el año 2012, concretamente en la comarca del noroeste de la provincia de Almería.

Material y Método:

En primer lugar se realizó un estudio de las precipitaciones extremas con ayuda de un Sistema de Información Geográfica (SIG) para el periodo de 1935 a 2012, para caracterizar la excepcionalidad del evento y su localización.

Después se realizó un muestreo aleatorio simple sobre la población afectada y no afectada por las inundaciones. A todos los sujetos seleccionados para el estudio se les realizó un cuestionario socio-demográfico, un cuestionario de Salud General (GHQ-12) y un cuestionario para valorar experiencias traumáticas (TQ).

Resultados:

El análisis de datos pluviométricos demostró que la precipitación acontecida en 2012 fue extremadamente alta en comparación con los años anteriores. Los resultados también indican que existen fuertes relaciones entre el evento estudiado y la salud mental. Las diferencias en la aparición del TEPT están influenciadas por la exposición, siendo la cohorte expuesta las más afectada después de una avenida. Del mismo modo, las perdidas económicas están relacionadas con la aparición de más síntomas de TEPT.

Discusion:

En la evaluación del impacto de un desastre natural es necesario considerar fuentes de estrés secundario, como las pérdidas económicas, para explicar los patrones de aparición del TEPT.

C-36

Centro:

CS Cala

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Espacio Social III y Gestión Clínica I

PROYECTO COOPERATIVO-SOLIDARIO: POR UNA VIDA SANA Y BANCO DE ALIMENTOS

Autores:

PAPALEO PÉREZ R.; COLOMBO ALBIOL V.; GARCÍÍA MAESO T.; FALERO BERNAL J.M.; BORRERO SÁNCHEZ-TOSCANO M.C. Y LÓPEZ CARRASCO C..

Objetivos:

-Dar un valor añadido al Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada (PAFAE) mediante la creación de sinergias con el ámbito comunitario y concretamente en el aspecto de la cooperación ciudadana.

-Evaluar el impacto en salud de un programa cooperativo de promoción de actividad física y alimentación equilibrada.

-Analizar la eficacia de un programa solidario como elemento de motivación para promover y mantener conductas saludables.

Material y Método:

Diseño: estudio prospectivo cuasiexperimental tipo antes-después.

Ámbito: Atención Primaria de Salud. UGC de Santa Olalla del Cala en colaboración con el Ayuntamiento de Cala.

Periodo: Primer trimestre 2015

Población: Pacientes crónicos pluripatológicos atendidos en el Programa de Consejo Dietético (PCD)

Procedimiento: Sesiones individuales y grupales:

1. Participación en un taller grupal sobre alimentación saludable y actividad física (2 sesiones de 3h cada una),

2. Seguimiento en consulta individual de enfermería,

3. Participación en un programa grupal de ejercicio físico llevado a cabo por un monitor deportivo municipal,

4. Participación en el Proyecto Por un Millón de Pasos (PUMP),

5. Participación en el Proyecto Solidario Por una Razón de Peso (PURP), en el que los paciente donan al Banco de Alimentos Local (gestionado por Cáritas) un kg de comida por cada kg de peso perdido.

Variables: edad, sexo, peso perdido (kg), número de pasos, kg de comida solidaria aportados, satisfacción con el programa.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo (variables cuantitativas expresadas en media y desviación estándar y las cualitativas en número y porcentaje), análisis bivariante (test de chi cuadrado/ test de Fisher para variables cualitativas y T de Student para variables cuantitativas).

Resultados:

94 pacientes participaron en los talleres, 41 (46,1%) participaron en la primera sesión y el resto en la segunda. 89 (94,7) pacientes concluyeron el proyecto, 68 (76,4%) de mujeres, participaron en este programa. 46 (51,7%) consiguieron una perdida media de peso por paciente de 2,3 kg en tres meses. Los participantes completaron un total de 4,7 millones de pasos. En el PURP se consiguieron 150 kg de comida destinadas al Banco de Alimentos local. El 100% de los participantes respondieron que estaban satisfechos-muy satisfechos con el proyecto.

Discusion:

Esta experiencia de trabajo cooperativo con otros sectores de la comunidad abre nuevas posibilidades para crear espacios compartidos de participación ciudadana cooperativa.

Se trata de una experiencia transferible a otros ámbitos.

Un proyecto cooperativo-solidario puede ser un elemento más de motivación para promover un mayor grado de motivación en los pacientes crónicos para la incorporación y mantenimiento de conductas saludables.

Esta experiencia ha conseguido a parte de los resultados en salud una mejora de las relaciones interpersonales, una mejora de la autoestima y un empoderamiento de la población mediante los activos de salud desarrollados por cada persona durante el proyecto.

C-37

Centro:

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Espacio Social III y Gestión Clínica I

REPERCUSIÓN DE LOS RETOS DE INNOVACIÓN ABIERTA EN EL CAMPO DE LA SALUD: EL PROYECTO MSSPA

Autores:

ESCOBAR-UBREVA A.; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA J.; SANTANA-LÓPEZ V. Y RODRÍGUEZ-CONTRERAS H..

Objetivos:

La innovación abierta se plantea como una nueva estrategia de innovación bajo la que las empresas van más allá de los límites internos de su organización y donde la cooperación con profesionales externos pasa a tener un papel fundamental. En EEUU, iniciativas de este tipo han demostrado que los proyectos de innovación abierta aplicados a la propia administración brindan resultados reales, y se está convirtiendo en una forma más de contratar con la administración pública.

El objetivo de este estudio es analizar la repercusión que puede tener lanzar un reto de innovación abierta para desarrollar una aplicación móvil de salud que solucione un problema real en el ámbito de la salud y de la asistencia sanitaria.

Material y Método:

- Seleccionar una temática específica de salud dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que diera respuesta a una necesidad real dentro de este ámbito.

- Convocar un concurso en forma de hackaton de 2 días para potenciar el desarrollo colaborativo de la app.

Las propuestas presentadas se evaluarían por un jurado compuesto por miembros de la comunidad científica y tecnológica, del sector público y privado.

El proyecto ganador obtendría un premio y la posibilidad de implantar la aplicación en el marco del SSPA. El resto de participantes podrían comercializar el producto elaborado en otros ámbitos.

Resultados:

Un producto mínimo viable en forma de app para afrontar hábitos tabáquicos que podía ser implantado, una vez desarrolladas todas sus funcionalidades, como app de referencia dentro del catálogo de recursos del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA).

La app estaba dirigida a personas fumadoras, no fumadoras y ex fumadoras, diferenciando las actuaciones en función a su perfil. En cuanto a los contenidos, los programadores utilizaron información referenciada, extraída del PITA, y abordaron diversos aspectos del fenómeno: prevalencia, síntomas, coste, impacto a corto y largo plazo, adquisición de dependencia, etc.

Discusion:

La innovación abierta ayuda a las organizaciones a introducir en el mercado nuevas ideas de productos al aprovechar el potencial del trabajo colaborativo con otros agentes externos. Se trata de una estrategia innovadora, con múltiples ventajas, como la presentación de nuevas ideas y soluciones disruptivas, procedentes en muchos casos de otros sectores o ámbitos, abriendo la posibilidad de participar y competir a particulares, profesionales sanitarios, emprendedores, pymes etc., fuera del marco tradicional de contratación (en el caso de una administración pública).

Los resultados obtenidos garantizan el éxito para dar cabida a la celebración de un nuevo reto de innovación con un alcance mucho más amplio en varias fases que de respuesta a otra problemática real, en este caso vinculada al proyecto mSSPA, que persigue la creación de un ecosistema corporativo de apps de salud en Andalucía, y que ofrecerá la posibilidad de integrar la app resultante con los sistemas de información corporativos del Servicio Andaluz de Salud.

C-38

Centro:
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
Provincia:
Málaga
AreaTematica:
Espacio Social III y Gestión Clínica I

MEDIA VERSUS MEDIANA EN ESTUDIOS FÁRMACO-ECONÓMICOS DE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Autores:
GARCÍA RUIZ A.J.; GARCÍA-AGUA SOLER N.; MARTOS CRESPO F.; MONTESINOS GÁLVEZ A.C.; PÉREZ COSTILLAS L. Y JÓDAR SÁNCHEZ F..

Objetivos:

A pesar de la popularidad que tiene el ICER (incremental cosT-effectiveness ratio), el uso del mismo es muy polémico ya que las estimaciones pueden ser altamente variables o simplemente porque una interpretación correcta de este indicador no siempre es sencilla.

Centrándonos en estudios oncológicos, frecuentemente es la mediana (y no la media) el estadístico que se utiliza para estimar la eficacia de los tratamientos (mediana del tiempo de supervivencia), por lo que habría que pensar también en términos de mediana para el cálculo de los costes.

En este trabajo pretendemos mostrar la diferencia y el uso del cálculo del ICER basándonos en la mediana y media para lo cual, simularemos varios ejemplos.

Material y Método:

Para ilustrar la utilización de uno u otro estadístico en el cálculo del ICER, vamos a simular tres ejemplos para los tres tipos de distribución de la variable: el caso en el que el tiempo hasta observar el evento sea simétrico, o el caso en el que sea asimétrico teniendo en cuenta si esa asimetría es izquierda o derecha.

Resultados:

Sabiendo que la media y mediana son valores diferentes, con significados e interpretación diferente y que miden diferentes aspectos de la distribución, el ICER basado en la media y el ICER basado en la mediana, aportarían un añadido más al estudio.

Discusion:

En el escenario de tratamientos oncológicos, si utilizamos la mediana como estimador de eficacia, deberíamos utilizar la misma medida para la estimación del coste, lo que facilitaría la interpretación del indicador.

C-39

Centro:

Hospital Ntra. Sra. Valme

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Espacio Social III y Gestión Clínica I

OFTALMOLOGÍA 2.0: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES.

Autores:

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ ADRIÁN A..

Objetivos:

Necesidad de mejorar la comunicación entre la UGC de oftalmología y otras unidades, principalmente atención primaria, dado el elevado volumen de pacientes que precisan una atención interdisciplinaria así como la participación en herramientas compartidas como el plan integral de la diabetes, lo que genera dudas de forma constante que enlentencen y dificultan la actividad diaria de los profesionales.

Material y Método:

En una primera fase ya iniciada:

Presentación de la web de la UGC de oftalmología como herramienta de comunicación directa entre profesionales de atención primaria y oftalmología. El funcionamiento de esta herramienta de comunicación está basado en un sencillo formulario a través de la página de oftalmología en la web del área sanitaria. El profesional que lo desee puede rellenar el formulario y enviarlo a una de las áreas mencionadas anteriormente de una forma sencilla e intuitiva. Ésta consulta llegará al oftalmólogo responsable de dicho área que la responderá en el menor plazo posible, recibiendo una alerta en su e-mail el profesional que la realizó con un resumen de la respuesta.

Por otro lado, presentar también la web de oftalmología como herramienta que unifica todos los cursos y las nuevas aulas de formación continuada ofertadas por oftalmología al resto de profesionales interesados. Sirviendo también como plataforma para difusión e inscripción en dichos cursos y aulas.

Proyecto de segunda fase en desarrollo:

Implementar como vía habitual de consulta directa con los profesionales de la UGC de oftalmología las diversas herramientas de comunicación a través de smartphones que permitan la comunicación inmediata asociada al envío de imágenes de forma segura y confidencial.

Resultados:

El diseño de ésta herramienta web permite el análisis de las consultas realizadas a través de ella, la procedencia y los temas más habituales de las mismas, permitiendo detectar problemas de mayor frecuencia y poner en marcha nuevos cursos o herramientas para solucionarlos.

Discusion:

La patología oftálmica y su prevención suponen un importante reto en la gestión de los recursos debido a a su elevada prevalencia y al difícil manejo desde atención primaria. El médico de atención primaria debe estar familiarizado con la exploración y la patología oftalmológica habitual, si bien la propia idiosincrasia de la especialidad, con métodos de exploración muy específicos para cualquier exploración básica, hace que el manejo de éstos pacientes en atención primaria esté restringido a patologías muy generales y principalmente al screening y a la derivación a través de los flujos correctos.

Por ello, instrumentos de comunicación efectiva entre los profesionales especialistas en oftalmología y los profesionales de atención primaria pueden ayudar a canalizar la gran cantidad de pacientes que precisan de un abordaje interdisciplinario, mejorando la eficiencia en el proceso, acelerando las resolución en los casos importantes y disminuyendo el número de citas y derivaciones innecesarias.

C-40

Centro:

UGC PEDIATRIA HU REINA SOFIA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Espacio Social III y Gestión Clínica I

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE EFICIENCIA EN UNA UGC

Autores:

RUMBAO AGUIRRE J.M.; TAPIA SERRANO M.J.; LOPEZ ACOSTA A.; TORO SANTIAGO J.; CORRALES MAYORAL M.T. Y PEREZ NAVERO J.L..

Objetivos:

Presentar los criterios establecidos para el diseño de un plan de eficiencia Mostrar las medidas concretas para conseguir los objetivos del plan de eficiencia.

Establecer los indicadores de cumplimiento y resultados alcanzados.

Material y Método:

Desde la comisión de dirección y el área económica se establecen como criterios el descenso de las estancias hospitalarias y la disminución del gasto en el capítulo II y en farmacia.

Estancias: Se identifican los tres GDR con mayor porcentaje de estancias evitables. Se plantea crear una consulta de atención precoz en urgencias para seguimiento ambulatorio así como citar en consultas para disminuir ingresos.

Capítulo II: Se establecen reuniones con la subdirección del hospital para detección de desviaciones. Se especifican las peticiones de los almacenes, permitiendo la identificación del de mayor consumo

Farmacia: Junto al Servicio de Farmacia se establecen medidas de eficiencia en consideración al paciente pediátrico.

Se realiza una comunicación y concienciación de la situación del gasto a los profesionales de la UGC (incluyendo el importe)

Resultados:

Estancias: Creación de la consulta de atención precoz en urgencias y posibilitar citar directamente al especialista. Se selecciona como indicador la relación entre Ingresos hospitalarios por los diagnósticos seleccionados 2015/ Ingresos hospitalarios por los diagnósticos seleccionados 2014.

Capítulo II: Se identifica el almacén de cuidados críticos como el de mayor consumo. Se centralizan en el supervisor los pedidos, actualizando el material en stock y de tránsito. Se limita la realización de pruebas y se procede a la sustitución de material.

Farmacia: Se reformulan los medicamentos de alto impacto; se revisan las indicaciones de profilaxis con Palivizumab; se unifican los tratamientos nuevos con Somatotropina a la opción más eficiente negociada y se aplica el Acuerdo Marco; se implanta la prescripción electrónica y se aplica la política de antibióticos del Hospital.

Discusion:

Es fundamental el diseño de un plan de eficiencia realista y propio, basado en las principales desviaciones de gasto y en las opciones de mejora posibles. Se establecieron como líneas estratégicas la disminución de estancias en los GDRs que más repercutían en las estancias evitables; el descenso del consumo en material fungible y la disminución del gasto en farmacia. Es crucial la constitución de un área económica en la unidad. Como debilidad destacamos que, aunque presentamos actuaciones concretas no disponemos de informe de resultados. Como conclusiones:

Necesidad de un plan de eficiencia propio en base a los principales aspectos de mejora de la gestión.

Importancia de disponer de un área económica para monitorizar el efecto de las medidas emprendidas.

Implicación de los profesionales en la reducción del gasto y optimización de las estancias.

Utilidad del trabajo conjunto con el Servicio de Farmacia y con la subdirección para alcanzar mejores resultados.

C-41

Centro:

UGC PEDIATRÍA HU REINA SOFÍA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Gestión Clínica II

CATEGORIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES "DO NOT DO" DE LA GUÍA NICE Y RESULTADO DE SU INCLUSIÓN EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN

Autores:

RUMBAO AGUIRRE J.M.; GARCIA MARTINEZ E.; MATINEZ ABAD B.; TAPIA SERRANO M.J.; CORRALES MAYORAL M. Y PEREZ NAVERO J.L..

Objetivos:

Difundir las recomendaciones do not do (lo que no hacer)de la guía NICE entra los profesionales y realizar su adaptación local.

Clasificar según criterios de efectividad y/o eficiencia las recomendaciones NICE por parte de profesionales referentes de la UGC.

Seleccionar las recomendaciones "do not do" a incluir en los acuerdos de gestión de la UGC y mostrar los resultados de los objetivos establecidos.

Material y Método:

A través de un programa informático especialmente diseñado se presentaban todas las recomendaciones do not do de la guía NICE con implicación en Pediatría, divididas por subespecialidades. Se entregaba a cada profesional referente en dichas subespecialidades. El programa permitía clasificar cada recomendación indicando su repercusión en nuestro ámbito, el grado de acuerdo del profesional con la misma, el enlace con la guía NICE que desarrollaba la recomendación así como la posibilidad de puntuarlas de 0 a 3 en términos de efectividad y eficiencia. Tras la categorización se seleccionaban aquellas que a criterio de la comisión de dirección de la UGC se incluirían en los objetivos específicos del acuerdo de gestión, partiendo de una puntuación mínima de al menos 2 en efectividad y/o eficiencia. Se realizaba seguimiento mensual del grado de cumplimiento de dichos objetivos.

Resultados:

Del total de recomendaciones do not do (107) se seleccionaron un total de 46 con una puntuación igual o mayor de 2 en efectividad y/o eficiencia. En los objetivos específicos del acuerdo de gestión del año 2014 se incluyó una de las recomendaciones; en el año 2015 dos recomendaciones. El resultado del objetivo del año 2014 fue de 10. Para los del año 2015, si bien no tenemos resultado, las valoraciones parciales indican una calificación similar.

Discusion:

En la práctica asistencial diaria cobra igual o mayor importancia no sólo el saber qué hacer, sino también el saber lo que no hacer. Todavía hoy en día no se ha conseguido en su totalidad que el profesional sanitario conozca el valor de la guía NICE y que incluye las recomendaciones del qué no hacer. Por este motivo es fundamental implicar a los profesionales referentes de las UGCs para que revisen, adapten localmente y difundan estas recomendaciones así como que valoren en términos cuantitativos estas indicaciones para facilitar la selección de las prioritarias. Y como forma de asegurar el trabajo para el cumplimiento de dichas recomendaciones una buena estrategia desde la dirección de la UGC sería la de incluirlo en los acuerdos de gestión.

Las principales conclusiones de nuestra experiencia serían:

- Beneficio de la aplicación de las recomendaciones do not do de la guía NICE en la práctica asistencial.
- Necesidad de implicación de los profesionales referentes de la UGC para la selección de las recomendaciones a aplicar en la UGC.
- Utilidad del programa establecido para la categorización de las recomendaciones.
- Monitorización del grado de cumplimiento de las recomendaciones tras incluirlas como objetivo en el acuerdo de gestión.

C-42

Centro:

REHABILITACION Y TRAUMATOLOGIA VIRGEN DEL ROCIO

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica II

LINEAS DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR INTEGRAL DE PACIENTE CON AMPUTACION EN H. VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA

Autores:

ALCAZAR RUEDA E.; ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS C.; FERNANDEZ TORRICO J.M.; PEÑA DE LA CUEVA M.D.; PERONA MIGUEZ M. Y PEREZ LOPEZ T.

Objetivos:

Implementar medidas de mejora en la asistencia del paciente con amputación durante el período de rehabilitación.

Material y Método:

Se realizó una reunión con Servicio de Angiología y Cirugía Vascular donde se establecieron los criterios de calidad consensuados de atención al paciente con amputación de extremidad inferior.

Para una primera atención en planta, se comunican estos casos a fisioterapia antes del alta hospitalaria y se inicia tratamiento preprotésico en fase postoperatoria inmediata con un tiempo de respuesta de 48 horas máximo tras la intervención quirúrgica.

Salvo casos puntuales, el médico especialista en rehabilitación recibe al paciente en consultas externas para realizar valoración funcional, del estado general, del muñón y su idoneidad para comenzar su tratamiento en sala, acortando el tiempo de espera para esta primera consulta, ya que la derivación se realiza al alta hospitalaria y no en la primera revisión de cirugía cardiovascular.

El paciente recibe tratamiento de fisioterapia de lunes a viernes durante 1.5 horas, donde primero se realiza una fase preprotésica (que se verá acortada si se han seguido las indicaciones que se dieron cuando estaban hospitalizados) y una segunda fase protésica.

El médico rehabilitador pasa sala semanalmente integrándose en equipo con fisioterapeuta y técnico ortoprotésico, así como si es necesario, se deriva al paciente que presente úlceras tórpidas a la consulta de enfermería de la UGC donde será atendido por enfermero experto en la materia.

La última intervención añadida es el estudio en Laboratorio de Análisis de Movimiento, donde se obtienen datos con objeto de valorar intervenciones que optimicen la marcha como los ajustes en la alineación, decisión sobre componentes protésicos y valorar la distribución de cargas y equilibrio.

Resultados:

Se ha implementado un proceso estandarizado de derivación durante los años 2014 y 2015 que provee las condiciones necesarias para cumplir los indicadores de calidad de mejora en la asistencia, reducir el número de complicaciones clínicas y el tiempo de respuesta asistencial por nuestra unidad durante la fase hospitalaria y en consultas externas.

Discusion:

La amputación constituye un proceso potencialmente discapacitante que representa, a nivel mundial, un importante problema socio-sanitario que afecta de una forma esencial a todos los aspectos de las actividades de la vida diaria.

Al objeto de proponer actuaciones que nos permitan mejorar la calidad de nuestra atención de pacientes con amputación, se consensuó con el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular la protocolización de actuaciones para la mejora de la gestión de recursos y de práctica clínica. Ese diseño de colaboración supone un avance a la posibilidad de implementación de una vía clínica del paciente con amputación de extremidad inferior y por ende en

C-43

Centro:

MUTUA UNIVERSAL, TIBIDABO

Provincia:

Barcelona

AreaTematica:

Gestión Clínica II

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN PACIENTE-SANITARIO EN UNA MUTUA LABORAL

Autores:

RUSPIRA SANCHEZ S..

Objetivos:

Avanzar en el conocimiento sobre cómo mejorar la comunicación verbal con el paciente en el departamento de Gestión Inicial.

Disponer de herramientas para poder dar una mejor calidad en la comunicación.

Conseguir mayor empatía y asertividad con el paciente.

Protocolos específicos para las diferentes casuísticas.

Disminuir el desgaste emocional del sanitario.

Material y Método:

El estudio se centrará en el departamento de Gestión Inicial dentro una mutua laboral, donde un grupo de enfermeros hace el seguimiento de las bajas por contingencia común de manera telefónica.

Para compensar la limitación del lenguaje no verbal, se deben disponer de conocimientos y habilidades para ser unos buenos comunicadores lo cual facilita la resolución de obstáculos de diversa naturaleza.

Búsqueda bibliográfica y de estudios sobre los conceptos básicos de la comunicación y los efectos que estos pueden tener en la calidad asistencial de la mutua laboral y departamento de Gestión Inicial:

Encuesta de satisfacción realizada a pacientes de la mutua laboral.

Encuesta realizada a los enfermeros del departamento de Gestión Inicial

Valoración de la herramienta de mejora aplicada al departamento de Gestión Inicial, un curso de Coaching para potenciar, las aptitudes comunicativas, la cohesión de grupo y disminución del desgaste emocional

Resultados:

De los resultados de satisfacción realizada a los pacientes, encontramos que de los 9 atributos de mayor importancia y peor valorados, 5 de ellos son aspectos en los que la comunicación influye de manera directa.

En el departamento de enfermeros de gestión inicial se realizan 11.500 llamadas anuales por gestor, duración media 4.21 min. A pesar de las limitaciones en el uso del lenguaje verbal, los resultados globales del servicio realizado por el paciente son satisfactorios.

Para conocer el impacto del curso de Coaching, se analizó la relación de conductas negativas que se originan en la relación sanitario-paciente que refleja una clara tendencia a la baja.

También se analizó el impacto de curso sobre la relación entre los compañeros y los resultados reflejan una mejora importante.

Discusion:

El 57% de los motivos de insatisfacción de los pacientes son aspectos de la comunicación y sugieren la escucha al paciente y la empatía como aspecto a mejorar.

La prioridad de mejora de la mutua laboral en estudio debe ser la comunicación ya que incide positivamente en la calidad asistencial y en consecuencia en la satisfacción global hacia la mutua.

Todos los enfermeros del departamento de Gestión Inicial se ha encontrado con barreras idiomáticas en el curso de su actividad profesional, fracasando la comunicación y no habiendo sido posible la resolución del caso satisfactoriamente. Todos ellos consideran indispensable una herramienta de mejora.

C-44

Centro:

Área de Gestión Sanitaria de Osuna, Hospital de la Merced

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica II

PROGRAMA DE MEJORA SOBRE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores:

VÁZQUEZ CRUZ I.; IRALA PÉREZ F.J.; ALJAMA ALCÁNTARA M.; BERNABÉ ROJAS RAMÍREZ A.; FERRETE GORDILLO I. Y HIDALGO MOLERO E..

Objetivos:

Diseñar un programa de mejora para reducir el número de visitas de los pacientes hiperfrecuentadores a las urgencias hospitalarias.

Material y Método:

Los datos de los pacientes hiperfrecuentadores analizados en nuestro Área, entendiendo como tal, aquel que asiste en tres o más ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias en el mismo año, han sido obtenidos de un estudio previo "Medir el impacto asistencial y obtener el perfil diagnóstico del paciente hiperfrecuentador del servicio de urgencias hospitalarias".

Partimos del análisis del estudio principal, de un promedio anual de 66.331 urgencias generadas por 38.841 pacientes diferentes. Se observó que 6.055 pacientes eran hiperfrecuentadores del servicio de urgencias hospitalarias, (43,0% hombres y 57.0% mujeres) y generaban el 39.2% de las urgencias. El 91% de ellos, tenían de tres a seis episodios anuales, siendo los grupos de edades más frecuentes de 20-29 y de 30-39 años y en las poblaciones más cercanas al centro hospitalario se observaba que la tasa era muy superior al resto de poblaciones del Área, entre un 5,3 y un 8,3 por cada mil habitantes/mes.

Resultados:

Los resultados a raíz de los cuales se inicia nuestro proyecto, fueron obtenidos del módulo de urgencias hospitalarias de Diraya (Versión 4.4.5) de los años 2011 a 2014 empleando variables seleccionadas del Diccionario de Datos del CMBD de Urgencias de hospitales del Servicio Andaluz de Salud, y fueron analizadas mediante Quiterian Dynamic Data Web URG y análisis estadístico con R Versión 3.0.2.

Para valorar las posibilidades de intervención y establecer el programa de mejora sobre los pacientes hiperfrecuentadores en urgencias, y dadas las peculiaridades de nuestra Área de Gestión Sanitaria, se ha creado un grupo de trabajo de profesionales de diferentes ámbitos asistenciales.

Discusion:

Se proponen las siguientes medidas:

•Revisión y evaluación de la Historia Clínica de cada paciente.

•Entrevista y encuesta personal a usuarios.

•Información personalizada sobre acceso a recursos sanitarios disponibles.

•Hoja de recogida de información-valoración estandarizada para profesionales.

•Evaluar clínicamente a los pacientes implicados, realizando un seguimiento de los mismos desde Atención Primaria para evitar desplazamientos innecesarios al hospital.

•Mejorar y facilitar la información a los pacientes hiperfrecuentadores sobre los recursos sanitarios disponibles y ayudar en el uso razonable de los mismos.

Como responsables de la intervención estarán las Unidades de Gestión Clínica tanto de Atención Primaria como Hospitalaria implicadas, el Médico de Familia responsable de cada paciente en Atención Primaria.

Dado que esto es un proyecto y estamos en los comicios, una vez que llevemos a cabo el programa, procederemos posteriormente a la evaluación y seguimiento de las medidas adoptadas.

C-45

Centro:

HRM

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica II

LA LET COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores:

MILLÁN VÁZQUEZ F.J.; JIMÉNEZ FERNÁNDEZ M.S.; LÓPEZ GONZÁLEZ M.E. Y RIOS ORTIZ M.M..

Objetivos:

Definir bajo los parámetros de proceso, estructura y resultado las aportaciones de la LET a la mejora de la calidad asistencial.

Material y Método:

Revisión bibliográfica

Resultados:

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, pone de manifiesto que los derechos del paciente son el eje de la relación clínico-asistencial y define el marco de la relación clínica. Define ,pues , como deben realizarse los procesos asistenciales

La Ley 2/2010, 8 abril de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte:

- En el punto III conjuga autonomía, información y dignidad.Define como puede ejercer el paciente su derecho para que el producto de la relación clínica este de acuerdo con sus criterios.

- En el punto IV define:

- las obligaciones de los profesionales: Define criterios para realizar el proceso y la necesidad de que el producto esté de acuerdo con los criterios del paciente.

-de las obligaciones de las instituciones: Define como la estructura se debe orientar al proceso y como se utilizara el soporte de los cuidados paliativos.

-del trato a la familia: Define como tratar a la estructura de soporte del paciente y como orientar la estructura sanitaria a esa parte del proceso.

-de a quienes recurrir en caso de duda: Define como usar parte de la estructura de soporte en esta parte del proceso.

La Estrategia de Bioética del SSPA 2011-2014 Insiste en el registro adecuado de LET: Actividad 73.Define como mejorar el proceso asistencial y la necesidad de incluir los criterios del paciente en el proceso y en el resultado.

Discusion:

La LET es una buena práctica clínica. Tal como está regulada en Andalucía disminuye la variabilidad, sistematiza la atención y mejora la calidad percibida por el paciente al incluir sus criterios o los de sus representantes en la toma de decisiones del proceso.

El informe del programa de evaluación de LET de junio del 2015 sólo en el 31% de los procesos asistenciales estudiados susceptibles de LET en Andalucía la limitación fue aplicada, un 24% en el caso de nuestra unidad.

La LET es una herramienta no se utiliza de manera sistemática en Andalucía y que deberíamos analizar por qué no se hace para aplicar las medidas correctoras necesarias para mejorar la calidad de la asistencia del paciente en proceso de muerte.

C-46

Centro:

Complejo Hospitalario Universitario Granada

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Gestión Clínica III

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADOS (CCEC®) EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

Autores:

QUIÑOZ GALLARDO M.D.; GUTIÉRREZ MARTÍNEZ M.M.; ARANDA SALCEDO T.; MORALES ROMERO A.; TOLEDO PÁEZ M.A. Y RIVAS CAMPOS A..

Objetivos:

Presentar los resultados preliminares del proyecto de implantación de guías de buenas prácticas en cuidados, dentro del programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®), desarrollado en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada durante el año 2015.

Material y Método:

Implantación de las guías de Prevención de úlceras por presión, Lactancia Materna y Prevención del riesgo suicida de RNAO, con una metodología basada en el Marco de Conocimiento para la Acción: identificación del problema, análisis del contexto local, selección y adaptación del conocimiento, evaluación de facilitadores y barreras, implantación de estrategias, monitorización de la utilización del conocimiento, evaluación de resultados y retroalimentación.

Resultados:

Tras la difusión del proyecto y la creación de estructuras organizativas multidisciplinares de trabajo, se han realizado las siguientes actividades:

•Captación proactiva de profesionales en las unidades piloto de Medicina Interna; Neurología, Unidad de Cuidados Intensivos, Obstetricia, Paritorios y Salud Mental. Contando con un total de 118 profesionales de diferentes disciplinas.

•Desarrollo de tres ediciones del curso de capacitación de los profesionales sanitarios en metodología de la implantación y seis sesiones clínicas específicas, relacionadas con las guías.

•Elaboración de diversos materiales divulgativos de cada guía.

•Creación de un espacio CCEC® en la página web de la institución.

•Elaboración y presentación la Guía de Lactancia Materna, herramienta de trabajo para utilizar por los profesionales de hospitalización y Atención Primaria del área Materno Infantil.

•Revisión y actualización de protocolos y procedimientos relacionados con las 3 guías, para sistematizar las recomendaciones seleccionadas.

•Inclusión en el aplicativo de gestión de cuidados corporativo (DIRAYA Atención Especializada Cuidados) de planes de cuidados y escalas clinimétricas específicas.

•Elaboración del plan formativo de la institución para 2016, incluyendo un apartado específico para cada materia de las guías.

•Iniciada la monitorización de la práctica clínica relacionada con cada guía, obteniéndose los primeros resultados.

Discusion:

El proyecto de implantación de buenas prácticas está representando una mejora en términos de incorporar la evidencia a la práctica clínica diaria. Se pretende reducir la variabilidad de la práctica clínica, al incorporar las recomendaciones que muestra la evidencia estableciendo indicadores sensibles que evalúan el proceso de implantación.

Se ha comenzado el proyecto en unidades piloto, para posteriormente hacerlo extensible al resto de la institución y abarcar una masa crítica de profesionales sanitarios que apliquen las recomendaciones a su práctica habitual.

La incorporación de la evidencia supone mejoras en los resultados en salud de los pacientes, mejora de la calidad de los cuidados prestados, enriquecimiento de la práctica profesional y de trabajo en equipo.

C-47

Centro:

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica III

AJUSTE DE LA DEMANDA EN LABORATORIO BASADO EN ANÁLISIS DE UTILIDAD Y CONSUMO. EFECTOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:

GARCÍA GARMENDIA J.L.; SALAS HERRERO E.; VARELA RUIZ F.; MONTILLA LÓPEZ M.C.; PALMA AGUILAR J.L. Y BELTRÁN RODRÍGUEZ M..

Objetivos:

La petición electrónica de pruebas de laboratorio y la utilización de perfiles en el marco de una medicina compleja y con elevada dependencia de las pruebas complementarias, genera un elevado consumo de recursos. El objetivo del estudio es describir un modelo de análisis de consumo y utilidad de pruebas de laboratorio con ajuste de determinaciones y su impacto en un Servicio de Urgencias.

Material y Método:

Análisis secuencial mediante ABC de consumo de Unidades Relativas de Valor (URV) de determinaciones de laboratorio. Se seleccionó un grupo de 25 en las que a priori se entendía que había un margen de mejora en su utilización. Se valoró y puntuó de 1 a 5 (siendo 1 el máximo y 5 lo mínimo) en cada determinación la Capacidad diagnóstica, la Orientación terapéutica, la utilidad como Determinante de Gravedad, la Frecuencia de uso y la proporción de resultados normales. Con la multiplicación de estos 5 valores se construyó un indicador conjunto, y se definió un punto de corte <100 (óptimo), 100-200 (a considerar) y > 200 (precisa cambios). De las 25 determinaciones analizadas, 15 fueron consideradas como óptimas, 8 a valorar y 2 como susceptibles de cambio (calcio total y proteínas totales que se eliminaron del Perfil Abdominal). Además, se analizó la pertinencia de diversas determinaciones como los tiempos de coagulación en los paciente anticoagulados, la Antigenuria a Legionella en pacientes con Antigenuria positiva a Neumococo, o la repetición del Nº de Dibucaína (determinado genéticamente). Se generaron cambios en los perfiles y se realizaron recomendaciones de

uso en diversas determinaciones (Troponina, Polactina, Ntpro-PNB y Procalcitonina).

Resultados:

Se compararon los datos del primer trimestre de 2015 frente a 2014. En este periodo se atendieron un 4% más de Urgencias, con un 4,9% más de Urgencias médicas. El nº de determinaciones se redujo en un 1% y el nº de determinaciones/100 Urgencias atendidas disminuyó en un 5,3%. La tasa de URV/urgencias atendidas se redujo en un 2,1%. La mayor parte de las reducciones en URV en los parámetros intervenidos fueron debidas a las proteínas totales, el calcio total, Troponina y Prolactina, así como los tiempos de coagulación.

Discusion:

Una metodología basada en análisis del consumo y utilidad con la participación de los profesionales asistenciales es eficaz y bien aceptada en la adecuación del uso de los recursos de laboratorio. La adherencia a los cambios de práctica asistencial en áreas de Urgencias precisan de un alto nivel de coordinación y consenso.

C-49

Centro:

Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica III

FACTORES ASOCIADOS A LA PROBABILIDAD DE ESTAR CURSANDO UN REINGRESO POR ICTUS EN ESPAÑA, PERIODO 2008-2012

Autores:

GARCÍA TORRECILLAS J.M.; SERRANO CASTRO P.J.; ATAZ LÓPEZ P.; MORENO MILLÁN E.; GARCÍA TORRECILLAS M.B. Y GALVÁN ESPINOSA J..

Objetivos:

PRINCIPAL: Detectar factores asociados a la probabilidad de estar cursando un reingreso por ictus isquémico (GRD 14) que han sufrido una hospitalización por el mismo motivo en los 30 días previos.

ESPECÍFICO: Evaluar las características clínico-epidemiológicas de las hospitalizaciones por ictus en España en el periodo (1998-2012).

Material y Método:

Muestra: Todos los episodios de hospitalización en España bajo el GRD 14,periodo 2008-2012.

Fuente:CMBD del MSCPS. Variables principales: edad, sexo, estancia, tipos de ingreso-alta, reingreso, número de diagnósticos-procedimiento, comorbilidades cardiovasculares y neurológicas, localización topográfica ictal.

Análisis: Descripción de variables cuantitativas (medias y desviación típica), cualitativas (porcentajes e IC al 95%). Estudio bivariante: T de Student y Chi2 siendo el reingreso la variable dependiente. Análisis de regresión logística binaria para variables asociadas a mortalidad intrahospitalaria con evaluación de la calibración del modelo (AUC-

área bajo la curva-).

Resultados:

Analizamos 186.245 episodios de hospitalización por ictus durante el periodo 2008-2012. La edad media fue de 73.92(DS 12.54) años, presentaron una estancia de 7.54(DS 4.54) días. Al alta presentaron 6.91(DS 2.95) diagnósticos y 3.27(DS 2.45) procedimientos al alta. Del total de la muestra se encontraban en situación de reingreso el 4.8%. La mortalidad fue significativamente superior en el grupo de reingreso (13.8% vs 6.5%, Ji2 692.384, p<0.001).

Los principales factores asociados a estar cursando reingreso en el análisis multivariante fueron el ingreso programado (OR 2.37, IC95%: 2.16-2.61), EPOC (OR 1.29, IC95%:1.20-1.39), cardiopatía isquémica (OR 1.44, IC95%: 1.33-1.57), insuficiencia renal (OR 1.19, IC95%: 1.10-1.29), anemia (OR 1.49, IC95%: 1.38-1.61), fibrilación auricular (OR 1.35, IC95%:1.29-1.42), insuficiencia cardiaca (OR 1.27, IC95%: 1.18-1.36), estenosis carotídea (OR 1.19, IC95%: 1.09-1.32), epilepsía (OR 1.23, IC95%: 1.09-1.39) y mortalidad (OR 1.96, IC 95%: 1.83-2.09). La capacidad predictiva del modelo fue relativamente baja (AUC 0.679, IC95%: 0.673-0.684).

Discusion:

El reingreso hospitalario a 30 días del alta por el mismo motivo de ingreso inicial, ha sido y es considerado un indicador de calidad asistencial prioritario. Detectar factores asociados a mayor probabilidad de cursarlo permite obtener un mapeado de las características, factores de riesgo y comorbilidades de los pacientes más susceptibles al mismo y, por tanto, capacita para adoptar medidas eficientes para la prevención de los mismos.

En nuestro caso se ha obtenido un modelo logístico con moderada-baja capacidad discriminativa, pero que ha permitido el ajuste por las variables confusoras que habitualmente distorsionan los datos del CMBD. Dicho modelo, más explicativo que predictivo, podría implementarse en las estrategias de gestión de estos pacientes, repercutiendo en mejoras en la calidad de su atención al tiempo que en la optimización de recursos hospitalarios.

C-50

Centro:

HUVV Y HRM DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica III

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA GESTION DE CAMAS

Autores:

TEJEDOR VALCARCEL P.; RIOS PEREZ A.; BUJALANCE OTEROS M.; GONZALEZ ESCOBAR A.; HIJANO CUETO C. Y CARREÑO SANCHEZ R..

Objetivos:

- Establecer un modelo de gestion de camas en un hospital de tercer nivel que permita priorizar los ingresos en el turno de mañana en las Unidades de Hospitalizacion

- Minimizar la generacion del menor numero posible de pacientes ectopicos (fuera de su Unidad), manteniendo el equilibrio entre pacientes urgentes y programados

Material y Método:

Con la creacion de comisiones de Hospitalizacion multidisciplinares se revisa la situacion del hospital y se aplican medidas preventivas en los casos de alta frecuentacion, implementandose protocolos de actuacion en cada una de las unidades, revisando areas de mejora de comunicacion entre unidades o interniveles (PRIMARIA)

La implementacion de un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) que implica a todos los profesionales del hospital, desde el personal medico y de enfermeria, como personal subalterno, unidad de trabajo social, servicio de atencion al usuario y servicio de hosteleria (cocina y limpieza)

El seguimiento de todas estas actuaciones encaminadas a gestionar mejor el recurso cama y la disponibilidad de todo el personal para mejorar han hecho posible que la aplicacion de esta nueva metodologia de trabajo en las Unidades suponga un valor añadido a la gestion del hospital en terminos de calidad y satisfaccion

Resultados:

Desde la creacion de las comisiones de hospitalizacion y la implementacion de los PNT se han observado una eficiente gestion de camas, no siendo necesaria ni la disminucion de la actividad quirurgica como la urgente, garantizando en todo momento los ingresos de los pacientes desde la Unidad de urgencias antes de las 24 horas, todo ello manteniendo la continuidad de los cuidados con estandares de calidad y seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales.

Discusion:

En el ambito hospitalario la calidad de los servicios se ve influenciada por las habilidades tecnicas y de gestion del equipo humano del hospital.

La actividad de un hospital se mide por indicadores como nº de ingresos, camas presupuestadas en comparacion con las camas ocupadas, estancias hospitalarias promedioas, reingresos, etc, aparte de otros indicadores subjetivos como la satisfaccion de los pacientes, nivel de aceptacion de los usuarios basados en criterios de validez, estadisticas segun diagnosticos (GDR), que se utilizan fundamentalmente como instrumentos de gestion hospitalaria permitiendo identificar la actividad, fijar objetivos y monitorizar la actividad global.

El nº de camas es un recurso de gran valor en la gestion hospitalaria, por ello es necesario tomar medidas de manera conjunta para optimizar la disponibilidad de estas, con herramientas que permita monitorizar todas las actividades que se realizan en el hospital y que precisen de una cama de hospitalizacion, ajuntandose siempre a criterios de calidad y seguridad.

C-51

Centro:
HUVirgen del Rocío, Macarena, Distrito Sur, Sevilla, Aljarafe/Norte
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Gestión Clínica IV

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE REHABILITACIÓN INTERCENTRO/ INTERNIVELES

Autores:
ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS C.; PEREZ LOPEZ T.; BARRERA CHACON J.M.; GRANADOS MATUTE A.E.; RODRIGUEZ PIÑERO DURAN M. Y EXPÓSITO TI

Objetivos:
El objetivo de este trabajo es presentar desde el año 2006/2015 una atención innovadora que desarrolla la trazabilidad de buenas prácticas clínicas en todos los procesos de rehabilitación desde la AH a la AP y Domicilio, un Modelo de Gobernanza que va del Nodo a la RED y un Acuerdo de Gestión.
Material y Método:
1. Estrategias de disminución de la variabilidad no deseable en la práctica clínica en diferentes hospitales y distritos según complejidad
•Flujos de pacientes entre 41 camas en 2 hospitales, puntos de urgencias hospitalarias, 19 CCEE en 4 hospitales, 25 Unidades Periféricas en centros de Salud, 30 salas en distritos,
•Tareas de 350 +/- personas en 5 perfiles profesionales sanitarios con movilidad reglada y voluntaria.
•+ de 300 alumnos de medicina, enfermería y fisioterapia
2. Reordenación de cartera de servicio según Planes y Procesos Asistenciales.
3. 267 Objetivos, Cumplimiento de Pactos de Consumo
4. Desarrollo Profesional con insistencia en el Plan de Comunicación interno/externo a través de líderes nodales, Seguridad y de Participación ciudadana
5. Formación Continuada explicita sobre Gestión del Conocimiento y Aprendizaje Corporativo
Resultados:
El acuerdo de gestión con 267 objetivos. Cumplimiento en el tramo de 90% entre 2006-2011(UGC Nodal) y desde 2011-2015 en el tramo del 80% (UGC Intercentro/ interniveles).
Discusion:
Discusión (DAFO)
Debilidades
Dispersión puestos de trabajo, dificultad de comunicación
Disminución de recursos humanos
Coordinación de 5 perfiles profesionales universitarios
Amenazas
Secuestro de recursos humanos por otras UGCs según Planes y Procesos
Demanda descontrolada de aparato locomotor
Mucho personal al 75% con excesiva rotación de eventuales Fortalezas
Masa crítica de personas incorporadas a metodología de trabajo de gestión clínica
Participación de todos los nodos en los talleres de la UGC
Oportunidades
Presencia en pregrado y posgrado
Investigación/innovación en proyectos Nacionales/Internacionales
Participación activa en diferentes Planes y Procesos
Conclusiones (CAME
Corregir las debilidades
Implementar el plan de comunicación Interno y externo entre nodos
Plan de recuperación de RRHH
Afrontar las amenazas
Plan de información a los responsables para evitar en lo posible "secuestros" de recursos humanos por otras UGCs
Mantener las fortalezas
Formación Pregrado, Posgrado y Formación Continuada 6 reuniones anuales en plenario representativo
Fluidas relaciones entre líderes de NODOS
Explotar las oportunidades
Aumentar el número de doctores y proyectos investigación/innovación
Participación activa en diferentes Planes y Procesos
Diferentes líderes para implementar un modelo de Gobernanza en RED

C-52

Centro:

HU VIRGEN MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica IV

OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE STOCKS DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE DISTRIBUCIÓN DE CORREO.

Autores:

AVILA ALVAREZ J.R.; MERINO BOHORQUEZ V.; ROLDAN MORALES J.C.; ARAUJO RODRIGUEZ F.; QUINTERO GARCIA P. Y CAMPOS DAVILA E..

Objetivos:

Describir la implantación de un circuito de trabajo que optimiza la gestión de medicamentos con baja rotación de stocks mediante una lista de distribución de e-mail en diversas Unidades de Gestión Clínica (UGCs) de Farmacia del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y cuantificar el ahorro generado por evitar caducidades de medicamentos.

Material y Método:

Se elaboró una lista de distribución de correo con los e-mail corporativos de los farmacéuticos responsables del Área de Gestión y Adquisición de diferentes UGCs de Farmacia de hospitales del SAS.

Se incluyeron 19 UGCs de Farmacia de 18 hospitales y 1 de Atención Primaria (5 regionales, 6 de especialidades y 7 comarcales). A través de la lista de distribución se comunica la existencia en stocks de medicamentos con bajo consumo y próximos a caducar, con el fin de que puedan ser consumidos en otras áreas sanitarias. Se registraron y valoraron, a precio de adquisición, los prestamos realizados en el periodo comprendido de Agosto-2014 a Septiembre 2015.

Resultados:

El nº de préstamos de medicación realizados fueron 42. En estos préstamos han intervenido 13 UGCs (68,42% de las UGCs participantes). El 100% de los préstamos correspondieron a medicamentos que habían dejado de consumirse y que con toda probabilidad caducarían. El importe de los medicamentos gestionados fue de 146.063 €, siendo el 45,82% de todos los préstamos medicamentos oncológicos y representando este grupo el 66.90 % (97.714 €) del importe total de medicamentos gestionados. El 33,3% de los préstamos fueron de carácter provincial y el 66.6 % fueron interprovinciales. El 52% de los préstamos se realiza entre únicamente 3 hospitales cuyo importe ascendió a 54.286 € (37,16%).

Discusion:

- La metodología descrita representa una forma muy sencilla, rápida y eficiente de optimización en la gestión de medicamentos.

- Con los recursos disponibles se consigue implementar un sistema de distribución que optimiza la gestión de medicamentos próximos a caducar.

- Se hace necesario la participación de la totalidad de hospitales públicos de Andalucía para maximizar aún más el ahorro ya que el 52 % de los préstamos se realizaron entre 3 hospitales.

C-53

Centro:

CONSEJERÍA SALUD

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica IV

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS POR PERSONAS MAYORES DE 65 Y MÁS AÑOS

Autores:

GARCIA MEGIDO G.; RAMOS LEÓN J.M.; GARCIA REYES D.; LEGAZ DOMENCH I.; GOICOCHEA SALAZAR J.A. Y JIMENEZ ROMERO M.R..

Objetivos:

El incremento de la población de 65 y más años en Andalucía, (15% en 2012, estimado del 18% en 2022 y del 24% en 2035), aconseja trabajar en la adecuación estructural y de funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales, para dar una respuesta adecuada a una demanda sanitaria que aumenta por el mayor riesgo de enfermedades crónicas asociadas con la edad.

El objetivo del estudio ha sido analizar la utilización por las personas de 65 y más años de los servicios asistenciales hospitalarios, a partir de las altas registradas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA), para obtener un perfil de la morbilidad atendida, la utilización y el proceso de atención hospitalaria global de utilidad en la reorientación de los servicios asistenciales.

Material y Método:

Estudio descriptivo de las altas producidas en 15 hospitales andaluces, adscritos a las Agencias Sanitarias, a partir de la selección en el CMBDA de variables demográficas, altas y estancias hospitalarias, diagnósticos principales y secundarios y los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados.

La unidad de análisis ha sido el Número de Altas en personas de 65 y más años en las áreas de Hospitalización y de Hospital de Día Quirúrgico.

Los diagnósticos y procedimientos se codificaron siguiendo la Clasificación Internacional Enfermedades 9ª rev, Modificación Clínica (CIE-9-MC), 8ª edición. El análisis y la tabulación de los datos se ha realizado mediante la versión 27.0 de AP- GRDs. Para el análisis estadístico y la elaboración de indicadores se ha utilizado el Programa Alterian.

En el análisis de costes se han utilizado los pesos GRD y el Coste Unitario del punto GRD de hospitalización de cada hospital.

Resultados:

Tasas de frecuentación, de reingresos, de complicaciones asociadas con la atención médica (CRAM) y de mortalidad; las principales causas de ingreso médico y quirúrgico, los procedimientos más frecuentes en Cirugía Mayor Ambulatoria; las causas de ingreso en las estancias más prolongadas, de la mortalidad y de los reingresos. Coste Medio de las altas. Ratios de frecuentación, de tasas de reingresos, de Coste Medio de las altas en pacientes mayores y menores de 65 años.

Discusion:

Las tasas de reingresos hospitalarios, de CRAM y de éxitus requieren un análisis pormenorizado para valorar la calidad de la atención sanitaria.

Las causas más frecuentes de hospitalización corresponden a enfermedades crónicas y/o de larga evolución (Neumonías. ICC. EPOC), por lo que cabe el análisis de la adecuación de este recurso, determinando los ingresos potencialmente evitables, la reducción de estancias si se dispusiera de un recurso de transición hospital-domicilio, los factores sociales que impiden la ambulatorización de procedimientos susceptibles.

Conocer las debilidades y fortalezas de la atención que se presta a los pacientes con 65 y más años de edad, permite establecer nuevos modelos organizativos y acercarnos más a la atención integral del ciudadano, conjuntamente con atención primaria.

C-54

Centro:

Hospital de poniente

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica IV

ASPECTOS ÉTICOS ANTE LA PERSONA CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES

Autores:

GARCIA HITA S.O.; LOPEZ MEDINA A.N.; ARTERO LOPEZ C.O.; CRISTOBAL CAÑADAS C.A.; GARCIA PEREZ A.N. Y FERNANDEZ PARDO N.I..

Objetivos:

Analizar conflictos éticos en el paciente renal, hacer una reflexión conjunta sobre la práctica diaria; bajo 2 circunstancias:

* Por un lado,el cambio en la relación médico/enfermero/ enfermo, que desemboca en la autonomía moral del paciente.

* La asunción del concepto de que las decisiones en el ámbito sanitario no sólo tienen carácter técnico; también ético.

Redactar borrador para elaboración futura de protocolo sobre entrada/exclusión/retirada que Pueda ayudarnos en la toma de decisiones.

Objetivos Secundarios:

Saber si el paciente se considera bien informado sobre su estado de salud.

Conocer la implantación de procesos de planificación de cuidados AL finAL de la vida e información sobre voluntades anticipadas.

Conocer que información recibió el paciente antes de iniciar el Tratamiento Renal y posibilidad de elección y si desea tener más Autonomía en las decisiones referidas a su tratamiento.

Material y Método:

Formar un subgrupo de miembros del Comité de Ética Asistencial,para revisión bibliográfica y profundizar en aspectos técnicos.

El borrador presentarlo, discutirlo con la Unidad de Nefrología.

El protocolo estará compuesto por 2 bloques:

-Consideraciones técnicas; se nombraran distintos tratamientos substitutivos y posibles contraindicaciones que pueden existir.

-Consideraciones éticas;abordara problemas éticos relevantes:

*elección de la técnica dialítica

*Inicio/exclusión/retirada del tratamiento substitutivo renal

*El rechazo del tratamiento substitutivo

·Pacientes incapaces.

Resultados:

El contenido de este protocolo no supone una ruptura de la práctica asistencial,posibilita reflexión sobre la practica diaria,se redactara con el objetivo de tomar decisiones adecuadas que permitan a los profesionales atender mejor a los pacientes.Otras perspectivas se abren frente a nosotros,con la colaboración en y con comites de Etica.La información al paciente debe ser amplía,la opción de tratamiento conservador también se debe ofrecer de forma clara;debemos introducir eldocumento de voluntades anticipadas,ya que no forman parte de la información que recibe el paciente.

Discusion:

Entre los avances científicos,se encuentra la prolongación de la vida del paciente renal mediante técnicas de diálisis o trasplante.

Es necesario plantear el porqué de la importancia de la bioética en este campo tan particular.

Cuando se indica programa de diálisis a un paciente, realmente qué estamos haciendo ¿prolongar la vida o prolongar una agonía?.

Las diferentes técnicas de tratamiento son vitales para el paciente,no iniciarlas o retirarlas conlleva a la muerte del paciente por lo que es importante tener en cuenta, no hablamos siempre de un paciente terminal,paciente crítico…donde estas cuestiones éticas están más claras.

Esta situación hace que se presenten situaciones conflictivas: Discrepancias entre profesionales pacientes/familiares sobre la necesidad o no de iniciar tratamiento,o sobre la retirada del tratamiento,situaciones que conllevan una gran carga emocional.

C-55

Centro:

Los Boliches

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica IV

EXISTEN OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN SANITARIA.

Autores:

ARIZA GONZALEZ M.M.; RUIZ ARAGÓN R.; PEÑA MARTÍN P.; PRIEGO DOMINGUEZ M.C.; CARRIÓN RAMOS R. Y TORRES MORENO S..

Objetivos:

El objetivo es demostrar que debido al desarrollo de las nuevas tecnologias, la forma en la que se realiza la asistencia en Atención Primaria (AP), debe cambiar.

Aliviando así carga asistencial y perdida de tiempo por parte de los pacientes y profesionales.

Material y Método:

En nuestro estudio, 7 Médicos EBAP, perteneciente a la U.G.C. Los Boliches desde el día 23 al 27 de Marzo de 2015, se realizó un estudio observacional durante el desarrollo de las consultas por el que de 658 pacientes atendidos, se registraba si para resolver el problema consultado hubiese sido necesario la presencia del paciente o por el contrario no hubiese sido necesaria su presencia. Tan sólo con la ayuda de herramientas como el Teléfono y un correo electrónico, para resolver el motivo de su consulta y un archico en la UAC para recoger documentos por parte del paciente. Las herramientas de consulta que nos han servido son la via telefónica o @mail, y el Médico con la receta XXI, MPA, Buzones, ITL, podría generar documentos que podrían recoger los pacientes en la UAC.

Resultados:

En nuestro medio, el 38.75% de las consultas podrian ser resueltas por medios no presenciales.

658 pacientes atendidos, de ellos 255 no hubiesen necesitado de la presencia física de los mismos.

En otros paises las consultas telefónicas sólo representan el 12%.

Discusion:

Han pasado los años y con la llegada de tecnologias, unas antiguas como el teléfono en 1876 (Antonio Meucci) y otras más recientes como Internet, @mail, twiter, facebook, la población en su mayoria maneja toda esta tecnología a diario, así como los profesionales sanitarios.

La atención sanitaria en AP, a lo largo de los años no ha cambiado, el paciente independientemente del motivo de consulta, pide una cita presencial con su Médico, donde se resuelve el motivo de consulta. Pero ya existen otros modelos, que con ayuda de las herramientas descritas, han aumentado el número de contactos no presenciales con el paciente.

En UK ya existen experiencias de triage telefónico previo a la consulta, lo que permite resolver el 12% de las consultas a través del teléfono sin la presencia del paciente.

Debemos adaptarnos a los nuevos tiempos, y dado al desarrollo de Diraya, MPA, ITL, Buzones, queremos demostrar que en un mayor % que en anteriores estudios, nuestro sistema puede ser más resolutivo de forma no presencial, sin disminuir la calidad asistencial.

Los tiempos cambian, tenemos que adaptarnos a las nuevas necesidades y exigencias, Andalucia siempre ha sido pionera en la aplicación de nuevas tecnologias, hay que cambiar la forma en la que nos relacionamos entre pacientes-profesionales.

Nuestros resultados son más optimistas.

Existen experiencias en otros paises que demuestran que es posible, que hay que dar la oportunidad a los profesionales de gestionar su cupo, que tenemos herramienas que nos ponen en ventaja para poder hacerlo, y que este será el comienzo de lo que será el futuro de la asistencia sanitaria.

C-56

Centro:

Área Sanitaria Norte de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica V

ABORDAJE DEL USO DEL MEDICAMENTO EN UN ÁREA SANITARIA: HABLEMOS EL MISMO Autores:

GUTIÉRREZ SEQUERA J.L.; NAVARRO GALLEGO M.I.; TORRES VERDÚ B.; PADILLA MARÍN V.; BUJALANCE HOYOS J. Y POZO MUÑOZ F..

Objetivos:

Objetivo principal: medir la brecha existente entre el posicionamiento de la organización y el de los profesionales, en torno al concepto "uso adecuado del medicamento" (UAM) en todas sus dimensiones.

Objetivos específicos:

1.Intensificar el discurso clínico, sin olvidar los indicadores relativos a la eficiencia

2.Planificar sesiones clínicas de farmacia tanto generales como por grupos terapéuticos, tomando como referencia los resultados del cuestionario y los resultados de los indicadores de farmacia de tipo clínico.

3.Realizar reuniones de trabajo sobre medicamento tanto individuales como en pequeños grupos.

4.Generar más herramientas de apoyo a la decisión clínica basada en la mejor evidencia disponible.

Material y Método:

Se realiza una primera exploración entre un grupo de responsables de unidad de gestión para conocer las variables que podían estar influyendo en un alejamiento por parte de los profesionales en relación al UAM (en base a los resultados en farmacia). Se extraen tres conclusiones que se resumen en:

1.- El discurso de la organización es meramente economicista

2.- Los indicadores de farmacia conducen a una prescripción impositiva y no desde el convencimiento

3.- El concepto de UAM de la organización y el de los profesionales difiere en gran medida.

En una segunda fase se elabora un cuestionario anónimo con 42 cuestiones a valorar de 1 a 10 por todos los profesionales prescriptores del Área Sanitaria, que mide el posicionamiento respecto a 4 aspectos basados en los principios de la OMS y adaptadas a la realidad del sistema sanitario público de Andalucía.

1.Efectividad

2.Seguridad

3.Eficiencia

4.Las líneas y estrategias que ha seguido la organización (a nivel corporativo y a nivel local en el Área)

EL cuestionario se presenta en las diferentes Unidades de Gestión en sesión clínica

Resultados:

Inicio: 15 septiembre 2015

Respuestas actualmente: 68

Grado de acuerdo dimensiones de efectividad, seguridad y eficiencia: superior a 8.8 en todas las

cuestiones.

Acuerdo con estrategias corporativas: entre 7 y 5.02, salvo en utilidad de listados para potenciales

problemas de prescripción, que puntúa con 8.2

Acuerdo con estrategias locales: entre 8.77 y 5.45

Se detallarán en la comunicación

Discusion:

Se considera fundamental detectar cuáles son los aspectos relacionados con el UAM en los organización y profesionales tenemos más puntos discrepantes, así como aquellos en los que existe más consenso, a fin de identificar en qué áreas debemos establecer más escenarios de trabajo conjunto y dónde tenemos que intensificar más la puesta en común de los fundamentos estratégicos en el ámbito del medicamento Entendemos que la organización no debe dar por hecho que los profesionales han interiorizado los conceptos que inspiran las estrategias en UAM. Captado el mensaje, se entendió que no podemos trabajar juntos en proporcionar a nuestra población una relación con el medicamento efectiva, segura y eficiente si no intentamos encontrar discursos paralelos en torno a este tema.

C-57

Centro:

H.U Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Gestión Clínica V

PROTOCOLIZACIÓN DE VERSIÓN CEFALICA EXTERNA COMO MANIOBRA PARA DISMINUIR LA TASA DE CESAREA EN NUESTRO CENTRO

Autores:

MELERO JIMÉNEZ V.; FAJARDO EXPÓSITO M.A.; BUGATTO GONZÁLEZ F.; BROULLÓN MOLANES R. Y TORREJÓN CARDOSO R..

Objetivos:

Protocolización de la maniobra de versión cefálica externa (VCE) en la presentación podálica en gestantes a término. Evaluar la tasa de aceptación y la tasa de cesarea por presentación podalica

Material y Método:

La población a estudio la conformaron gestantes con feto único en presentación podálica sin contraindicación para ser sometidas a versión cefálica externa, desde Mayo del 2013 a Mayo del 2014.

Resultados:

En nuestro hospital, durante el primer año de implantación de la VCE, se ha ofertado la maniobra a 40 gestantes en la semana 32 de gestación.

Persistencia podálica ocurrió en 19 de ellas, el feto se encontraba en presentación podálica en el momento de la revisión a las 35 semanas. A todas ellas se les ofertó la realización de VCE, 8 de ellas rechazaron la maniobra, optando por cesárea electiva.

A las 13 gestantes que aceptaron la realización de la maniobra y firmaron el consentimiento informado, se las citó en la semana 37 de gestación para la realización de la técnica según el protocolo de nuestra unidad.

El porcentaje global de éxito fue de 53.8%

Si diferenciamos entre primíparas (69%) el éxito fue de 28.6%, frente a multíparas (31 %) con tasa de éxito del 71.4% (Gráfica 3). La tasa de reversión espontánea fue de 7%.

En cuanto a la relación entre éxito y localización placentaria en el 71.4 % de las versiones exitosas la placenta era posterior o lateral, frente al 28.6 % de localización anterior.

Se describió un caso de bradicardia fetal de escasa duración que se recuperó espontáneamente, por lo que los RCTG fueron todos con patrón tranquilizador.

Tuvimos un alto porcentaje de rechazo por parte de las pacientes candidatas a realizar la técnica (38%), en la mayoría de los casos por miedo o desconocimiento de la misma.

Discusion:

La VCE es una maniobra segura, de fácil realización, de escaso coste que es eficaz en la disminución de la tasa de cesáreas.

El aprendizaje de la técnica es sencillo y su curva de aprendizaje no conlleva grandes riesgos, siendo los beneficios demostrables a corto plazo.

La aceptación de la técnica es irregular, tanto por parte del personal médico como de enfermería, estas reticencias podrían corregirse mediante la difusión de aprendizaje de la técnica a mayor número de profesionales.

C-58

Centro:

Centro de Salud Cuevas del Almanzora

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica V

VALIDACIÓN DE HERRAMIENTAS CLINIMÉTRICAS: ADAPTACIÓN DEL FIBROMYALGIA PARTICIPATION QUESTIONNAIRE EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

Autores:

GIL AGUILAR V.; ALARCON MONTENEGRO C.; FONTALBA NAVAS A.; GOMEZ CALVENTE M.; DE VOS MARTIN C. Y MEDINA PORQUERES I..

Objetivos:

Son escasos los instrumentos de alta calidad disponibles para evaluar la participación social y funcional de los pacientes afectados de fibromialgia.

El objetivo es describir el proceso de traducción y adaptación cultural del Fibromyalgia.

Participation Questionnaire (FPQ) al castellano y su validación para asegurar la equivalencia con la versión original.

El cuestionario se traducirá siguiendo la metodología FACIT y se testará en pacientes del Área Sanitaria Norte de Almería.

Material y Método:

Esta metodología comprende varios pasos: doble traducción, reconciliación entre ambas versiones, retro-traducción, revisión de todas las versiones y desarrollo de la versión pre-final para el pre-test. Finalizado el pre-test, se desarrollará la versión final del cuestionario, que se someterá a un proceso de validación estudiando sus propiedades psicométricas. La fiabilidad se estudiará mediante la consistencia interna y el tesT-retest, a través del alfa de Cronbach y coeficiente de correlación de Pearson, respectivamente.

Se analizarán también distintos tipos de validez, como la validez externa, de constructo y convergente con coeficientes de correlación, la validez de contenido mediante una evaluación empírica y la validez discriminante con un análisis DIF (Differential Item Functioning).

Además se evaluará la presencia de los efectos techo y suelo. Todo el proceso ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Almería.

Resultados:

El proceso de traducción, adaptación cultural y validación se considera necesario en casos de aplicación de un cuestionario a una población diferente, con distinto idioma y en distinto país.

En el control de calidad se realiza una comparación entre la retrotraducción y la versión original.

Este proceso tiene dos objetivos, primero, evaluar la equivalencia entre la versión original y su traducción en castellano por medio de la retrotraducción; y, segundo, permitir la armonización entre las dos lenguas al comparar las retrotraducciones, así como garantizar la coherencia entre ellas.

El pre-test se llevará a cabo en una población de 30 a 40 individuos, con unas características claras y previamente definidas y lo más parecida posible a la población en la que se testó el cuestionario original.

Tras el pre-test se evalúan los datos obtenidos, realizándose, si fueran necesarios, cambios en el cuestionario con el fin de lograr la máxima equivalencia entre ambas versiones. De esto derivará la versión final, que será validada mediante el estudio de sus propiedades psicométricas, otorgándole unos valores determinados de validez y fiabilidad.

Discusion:

La validación del FPQ a diferentes idiomas arrojará una nueva herramienta para la evaluación de pacientes con fibromialgia a los profesionales sanitarios, lo que posibilitará su mejor evaluación y tratamiento en base a las limitaciones que presenten, así como la posibilidad de comparación con otros países y su uso generalizado en la comunidad científica.

C-59

Centro:

Distrito Sanitario Poniente de Almería

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica V

PERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL Y SU RELACIÓN CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE ROQUETAS DE MAR

Autores:

MONCADA DÍAZ R.; GRANADOS SERRANO M.T.; FERNÁNDEZ LÓPEZ M.; GARCÍA HERNÁNDEZ A.N.; HENARES MONTIEL J. Y GONZÁLEZ RAMÍREZ A.R..

Objetivos:

Examinar la percepción del peso corporal de los escolares y su relación con medidas antropométricas.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo sobre 1.394 escolares de 5º y 6º (10-12 años) de Educación Primaria (51.2% niños y 48.8% niñas) en el año escolar 2014-2015, con un muestreo intencional que constituye el 80.4% del total de escolarizados en el municipio de Roquetas de Mar (Almería), participando los 17 centros de educación primaria públicos con los que cuenta el municipio.

La recogida de datos se realizó, con la colaboración del Equipo de Orientación Educativa de la Delegación Provincial de Educación, entre noviembre de 2014 y abril de 2015. Se confeccionó un cuestionario recogiendo las variables: colegio, curso, sexo, edad, nacionalidad, fecha de nacimiento y medidas antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal). Se le preguntó al alumnado la autopercepción de su peso corporal y a las familias la percepción del peso de sus hijos/as. El peso se estimó con balanza de baño electrónica con una precisión de ± 100 gr. previamente calibradas. Los escolares fueron pesados sin calzado y con ropa deportiva. La altura se estimó mediante tallímetros portátiles con la precisión de ± 1 mm, con lo escolares en bipedestación, sin calzado y en condiciones estandarizadas. A partir del IMC, y tomando como referencia los puntos de corte según los estándares de crecimiento y criterios de la O.M.S. de 2007, se estableció, según el parámetro, los alumnos con delgadez, normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad intensa.

Resultados:

El 45.6% de los escolares poseen exceso de peso, distribuido de la siguiente forma: 26.7% sobrepeso, 17.6% obesidad y 1.4% obesidad intensa. Los niños poseen un 8.4% más de exceso de peso que las niñas (49.7% y 41.3% respectivamente) ($p<0.007$), dándose la obesidad intensa solo en niños ($p<0.0001$).

En cuanto a la autopercepción del peso corporal de los alumnos hemos constatado que, entre el alumnado con sobrepeso u obesidad, solo el 20.3% se ve con un peso por encima del normal para su edad. En cuanto a la percepción de los padres sobre sus hijos encontramos que, entre el alumnado con sobrepeso u obesidad, solo el 11.9% de las familias lo ven con un peso por encima del normal para su edad. Sin diferencias significativas según sexo o nacionalidad.

Discusion:

Solo 2 de cada 10 alumnos identifica su exceso de peso, y 1 de cada 10 progenitores identifica el exceso de peso de su hijo/a. Poseer sobrepeso u obesidad se ve como normal, si no se identifica, ni por parte de los niños/as ni por parte de las familias, la situación de exceso de peso (factor de riesgo) difícilmente se podrá iniciar una modificación de hábitos de vida saludables que contribuyan a minimizar el impacto en la salud. Sería conveniente, a través de las estrategias y programas de prevención y promoción de la salud, aumentar el grado de percepción sobre el exceso de peso en los ámbitos donde confluyen las familias, especialmente en los entornos sanitario y educativos.

C-60

Centro:

Hospital Regional y Virgen de la Victoria de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica V

UNIDAD DE GESTIÓN DE CUIDADOS…¿EN SERIO?

Autores:

TORRES PEREZ L.F.; CABELLO DOMINGUEZ M.; TRILLO LOPEZ P.; SALINAS PEREZ V. Y RODRIGUEZ NIETO A..

Objetivos:

Implementar una Unidad de Gestión de Cuidados

Objetivo específicos

Generar líneas estratégicas de acción para el desarrollo de la Estrategia de Cuidados del centro siguiendo las directrices del Plan integral de cuidados de Andalucía (PiCUIDA)

Dar soporte al equipo de gestores de cuidados para el desarrollo de la Estrategia de cuidados en los Acuerdos de Gestión Clínica(AGC) y Contrato Programa(CP).

Analizar la puesta en marcha del Diraya de Atención Hospitalaria (DAH) Impulsar la Estrategia de Seguridad del Paciente.

Material y Método:

Se desarrolló un plan funcional definiendo el marco estratégico, las líneas operativas de trabajo y los integrantes de la unidad. Creación de un cronograma de desarrollo anual. Establecimiento de una asesoría permanente con accesibilidad plena a través del teléfono, correo electrónico corporativo y reuniones periódicas. Explotación de registros de cuidados del DAH. Seguimiento de la plataforma del Observatorio de Seguridad del Paciente de cada unidad. Monitorización de los objetivos de cuidados vinculados a AGC y CP.

Resultados:

Presentación del Plan Funcional de la Unidad de Gestión de Cuidados y sus miembros al equipo completo de gestión de la Dirección de Enfermería. Las líneas estratégicas de desarrollo son Monitorización registros de Cuidados, Seguimiento objetivos de cuidados AGC 2015 / CP 2015, elaboración cuadro de mandos de cuidados, visibilización de los cuidados de cuidados. Se han mantenido al menos una reunión con cada referente de cuidados y se han desarrollado dos sesiones con la Dirección. Cuadro de mandos semestral con el análisis de registros DAH diferenciado por nivel de implantación en los diferentes centros, siendo esta implementación total en los hospitales. El cumplimiento de indicadores cuantitativos, Valoración, Planes de Cuidados e informes de alta se han mantenido por encima del 75%, desde el inicio y de manera permanente. Se han desarrollado más de 120 planes de cuidados estandarizados y se han incluidos más de 100 cuestionarios y herramientas de valoración y seguimiento. En lo referente a seguridad se ha mantenido un incremento en la notificación de eventos adversos superior al 20% anual desde 2013. Desde este año se mantienen activas dos líneas de formación: Gestión de Incidentes e Implementación de Prácticas Seguras.

Discusion:

La UGCC es un elemento dinamizador en la trasformación del centro y en su adaptación al nuevo marco institucional y de explotación de datos

Un modelo basado en la interacción con profesionales y gestores de cuidado, con referentes clínicos expertos en documentación y con los responsables de implantación del DAH a nivel de los SSII del centro es una herramienta muy valiosa que no solo tiene un valor relacionado con la implantación y consolidación de nuevas herramientas, sino que puede constituirse en el eje vertebrador de un proyecto de desarrollo donde el área de conocimiento de los cuidados, por definición trasversal e implicada con los objetivos de la organización, deber tener un rol determinante.

C-61

Centro:

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica VI y Gestión por Procesos I

ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CANCER DE MAMA EN REGIMEN DE CMA

Autores:

RIBEIRO GONZÁLEZ M.; JIMENEZ MAZURE C.; GONZALEZ MENDEZ E.; SALMERON MOCHON M.; ESPEJO MARTINEZ A.B. Y SANTOYO SANTOYO J..

Objetivos:

Tras la incorporación de nuevos protocolos de tratamiento en el cáncer de mama, se plantea como punto de mejora la realización de cirugía del cáncer de mama en régimen de CMA para determinados procedimientos en los que podemos estandarizar la técnica y los tiempos quirúrgicos.

El objetivo del trabajo es analizar procedimientos quirúrgicos de la cirugía del cáncer de mama en régimen de CMA, en la Unidad Funcional de Patología Mamaria de nuestro hospital, criterios de inclusión y resultados en términos de indicadores clínicos de calidad.

Material y Método:

Se analizan las pacientes intervenidas por cáncer de mama en nuestra Unidad a las que se les realizó como procedimiento quirúrgico tumorectomía o tumorectomía con BSGC en régimen de CMA (unidad CMA integrada tipo I) durante el periodo comprendido desde junio de 2013 a Agosto de 2015. Los criterios de inclusión fueron la clasificación ASA (incluimos I y II), no existencia de patología sistémica asociada, aspectos psicológicos, sociales y del entorno del paciente favorables. La edad avanzada no ha sido criterio de exclusión, ni la anticoagulación en los últimos meses del estudio. Hemos analizado indicadores clínicos específicos como reintervenciones el mismo día de la cirugía, pacientes de CMA que requieren ingreso a su llegada, ingresos no esperados y tasa de reingresos.

Asimismo hemos medido el índice de sustitución de estos procedimientos en régimen de CMA.

Resultados:

Durante este periodo se han intervenido 767 pacientes en la Unidad, de ellas 466 con diagnóstico de cáncer de mama. En 281 pacientes (60%) el procedimiento realizado fue tumorectomía o tumorectomía con BSGC. Se intervinieron en régimen de CMA 194 pacientes (69%) ; 22 con el procedimiento tumorectomía y 172 con el procedimiento tumorectomía + BSGC. La edad media de las pacientes fue de 57 años (26-83) y cuatro de ellas estaban anticoaguladas. En la mayoría de las pacientes con ingreso hospitalario (78) este fue por ASA>II y motivos relacionados con aspectos sociales y de entorno del paciente. No ha habido reintervenciones ni reingresos, 2 pacientes (1%) al re-evaluarlos a su llegada precisaban ingreso y 6 requirieron ingreso no esperado por precisar drenaje en axila o mama (3%). El índice de sustitución en el procedimiento tumorectomía +BSGC ha sido del 61% durante el periodo analizado, con índices del 48, 61 y 64% en los años 2013, 2014 y 2015 respectivamente.

Discusion:

La cirugía en régimen de CMA en determinados procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del cáncer de mama (en concreto la tumorectomía con BSGC) es segura y tiene buena aceptación por parte de la paciente, siempre que se apliquen criterios de selección adecuados, con un índice desustitución del procedimiento en aumento debido a los buenos resultados obtenidos. La realización de este procedimiento en régimen de CMA esta poco o nada extendido y creemos que debería de realizarse en centros que atiendan esta patología.

C-62

Centro:

Universitario Virgen Macarena

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica VI y Gestión por Procesos I

ELABORACION DE UN PROTOCOLO PROVINCIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN CON EL CONSENSO DE ONCÓLOGOS Y FARMACEÚTICOS

Autores:

VICENTE BAZ D.A.; SANTOS RAMOS B.E.; BERNABE CARO R.E.; ALGUACIL HERRERO M.D.; CORRAL JAIME J.E. Y MIGUEZ SANCHEZ C.A..

Objetivos:

Revisar la mejor evidencia disponible por lo profesionales implicados en el tratamiento del cáncer de pulmón y elaborar por consenso un protocolo. Aumentar la equidad en el tratamiento de los pacientes con cáncer de pulmón en la provincia de Sevilla. Asegurar la igualdad en el acceso a fármacos de alto impacto. Racionalizar el empleo de los recursos farmacoterapeúticos en los centros sanitarios. Implantar el uso de alternativas terapeúticas equivalentes.

Material y Método:

En cada uno de las unidades de oncología se seleccionó a los oncólogos de referencia en el tratamiento de la patología y al farmaceútico de cada centro responsable de la unidad de día. Los oncólogos elaboraron un protocolo de tratamiento, aportando la mejor evidencia disponible. El protocolo fue revisado por los farmacéuticos y se identificaron los puntos de consenso y controversia. Realización de una primera reunión presencial para discutir los puntos de controversia y poder aportar en una segunda reunión la evidencia para esos puntos. Tras la segunda reunión elaboración por consenso y unanimidad de un protocolo.

Resultados:

Disponibilidad de un protocolo idéntico en los tres centros de la provincia de Sevilla para el tratamiento del cáncer de pulmón. Se identificaron también alternativas terapeúticas equivalentes.

Discusion:

El trabajo conjunto de oncólogos y farmacéuticos en la revisión de la mejor evidencia disponible para el tratamiento de una patología tan compleja como el cáncer de pulmón ha permitido elaborar un protocolo de tratamiento implantado en los tres centros de la provincia de Sevilla.

C-63

Centro:

Hospital Regional

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica VI y Gestión por Procesos I

RESULTADOS LA UNIDAD DE ATENCIÓN COMPARTIDA: APARATO DIGESTIVO-ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

LÓPEZ ORTEGA S.; MANTECA GONZÁLEZ R.; BACA OSORIO A.; LÓPEZ CANO H.; HERRERA GARCÍA B. Y BUJALANCE HOYOS J..

Objetivos:

La elevada prevalencia de las enfermedades digestivas, en muchos casos crónicas, supone un alto porcentaje de derivaciones desde atención primaria. Como consecuencia, cada vez resulta más difícil cumplir los decretos de garantía de plazo de las primeras visitas y adecuar los tiempos de espera para las revisiones de estos pacientes. El objetivo de este proyecto es describir la implantación de una serie de actividades específicas de colaboración con las que pretendemos mejorar la comunicación entre la especialidad de primaria y aparato digestivo 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). El médico digestivo acude un día al mes a cada uno de los centros donde atiende a una agenda de primeras visitas previamente cribadas el mes anterior. Para ello los médicos de primaria comentan los casos personalmente con el digestivo siendo entonces los casos seleccionados citados para el mes siguiente o bien, se indican medidas terapéuticas o determinaciones analíticas antes de decidir la evaluación en consulta. Se utilizan protocolos diagnóstico-terapéuticos creados para tal fin y de manera consensuada con los médicos de primaria, para la derivación de las patologías digestivas mas habituales, citándose sólo aquellos casos que cumplen dichos protocolos. Además, el digestivo cuenta con la ventaja de poder realizar una ecografía portátil en el mismo momento de la consulta si así lo precisa el paciente, agilizando la orientación diagnóstica y evitando en muchos casos la necesidad de una nueva consulta de revisión.

Resultados:

El proyecto comienza a gestarse en junio de 2014, ha ido perfilándose a lo largo de este tiempo:

realizándose sesiones clínicas conjuntas, elaborando los mencionados protocolos de derivación,…

poniéndose en marcha de manera definitiva en enero de 2015. Se ha objetivado una reducción en el número de derivaciones y una mejora en la calidad de las mismas, de manera que el paciente es evaluado por el digestivo una vez agotadas las posibilidades diagnostico-terapéuticas que se disponen en primaria. Se observa una reducción en el número de derivaciones en los centros seleccionados comparativamente al 2014: 480 (año 2014) vs 19 (primer semestre año 2015), 518 vs 158, 494 vs 149, 644 vs 216.

Discusion:

Resulta lógico pensar que una adecuada comunicación entre los diferentes médicos que atienden a un mismo enfermo conllevará una mejora en la calidad asistencial y una mejor optimización de los recursos. Se observa una disminución en el numero de derivaciones y una mejora en la calidad de las mismas. En una segunda fase del proyecto esperamos incorporar otros centros.

C-64

Centro:

CUIDADOS CRITICOS, HRUM

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica VI y Gestión por Procesos I

IMPLANTACIÓN DE TRIPTICO INFORMATIVO A PACIENTES CON SCA EN LA UCI DEL HOSPITAL *******

Autores:

ROMERO TROYANO M.M.; SANCHEZ GALLARDO A.L.; SANCHEZ GALLARDO A.N.; VIDAL PULIDO M.; TORRES CAMPOS M. Y CABRERA GODOY F..

Objetivos:

-Que haya un estándar de calidad de atención al paciente y no se actúe por improvisación.

-Recomendaciones unificadas y concordantes por parte de todo el personal sanitario que atiende al paciente.

-Adherencia a guías de práctica clínica y planes de cuidados de enfermería.

*En cuanto al trato e información que se proporciona al paciente y familia:

-Que pueda consultar sus dudas con el personal sanitario que les atiende.

-Que se les explique a qué es debido el dolor torácico y si es grave.

-Información medica durante todo el proceso, desde el inicio hasta la resolución final del mismo.

-Información de todas las pruebas y tratamientos que se le prescriban

-La información se proporcionará de forma adecuada: inteligible para el paciente y la familia, con trato amable y correcto y en un entorno apropiado.

-Que se les permita aportar la información que consideren importante.

-Que el paciente y familiares conozcan a la enfermera referente que les atiende durante el turno, a la que puedan consultar sobre su proceso y hacer partícipe de sus necesidades. Humanizando así el cuidado y aportando visibilidad de carácter profesional a la figura que les acompaña.

Material y Método:

a través de la intervenciones NIC de enfermería pertinente en ése punto de la asistencia al enfermo:

5270- Apoyo emocional

4041- Cuidados Cardiacos Agudos

7310- Cuidados en el Ingreso

5602- Enseñanza: Proceso de Enfermedad

4050- Prevención Cardiaca

5380- Potenciación de la Seguridad

y la herramienta facilitadora creada. Tríptico de información a pacientes con SCA

Resultados:

Tras la implantación de la mejora en el PAI, se evaluará la experiencia con el procedimiento a través de reunión del comité científico de la UGC y el grupo de trabajo de enfermería creado para ello (incluso podría darse un estudio evaluativo a través de entrevistas-cuestionario a los profesionales de la unidad).

Discusion:

Tras la evaluación de la implantación se pretende promover una reflexión dentro de la unidad de gestión para adaptar el procedimiento a la población diana.

El equipo cree que la herramienta acerca al profesional al paciente, y disminuye el impacto del ingreso, humanizando la atención y aumentando la calidad de la misma.

C-65

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica VI y Gestión por Procesos I

ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS EN PACIENTE FIBRINOLIZADO Y SUS RESULTADOS

Autores:

ALBALÁ GUTIÉRREZ C.; PRIETO JIMÉNEZ S.; RUIZ MERINO L. Y RUIZ BAYO L..

Objetivos:

El CODIGO ICTUS es un procedimiento de actuación prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, de posible naturaleza isquémica, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato al hospital.

El objetivo de nuestro trabajo es mostrar el circuito de activación del código ictus en pacientes fibrinolizados en nuestra unidad y los resultados obtenidos de las fibrinolisis realizadas en nuestra unidad de ictus a estos pacientes.

Nuestra prioridad es conseguir que el paciente sea estabilizado y trasladado en el menor tiempo posible a la unidad **Material y Método:**

Estudio descriptivo observacional de los pacientes fibrinolizados en nuestra unidad de ictus en el período comprendido desde el año 2011 al año 2014.

Descripción de los distintos eslabones que componen el circuito de nuestra unidad de ictus:

-Activación código ictus<6h.

- Criterios de inclusión para fibrinolisis: (ictus isquémico < 4.30 minutos.), (TC craneal o RM compatibles con ictus isquémicos).

- Criterios de exclusión.

Resultados:

De un total de 159 pacientes fibrinolizados entre 2011 y 2014, el 62,8% obtuvo mejoría de su sintomatología. El 6,2%, curación total. El 23,2% empeoramiento o igual estado y el 7,5%, éxitus.

Discusion:

Tras este estudio, llegamos a la conclusión de que el tratamiento fibrinolítico ocasiona una mejoría evidente en los pacientes a los que se les administra. Por lo que es fundamental la consideración del ictus como una emergencia médica, el reconocimiento precoz del mismo, los cuidados específicos en la atención del ictus manteniéndolo en una situación clínica adecuada que haga posible el tratamiento más idóneo a su llegada al hospital, la priorización en el traslado y la coordinación con el resto de los eslabones de la cadena asistencial.

C-66

Centro:

EPES

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos II

IMPACTO DEL PROCESO ASISTENCIAL PCR EN LOS DCCU DE ANDALUCÍA EN 2014

Autores:

RODRÍGUEZ MORCILLO R.; BORJA PADILLA J.; VILLADIEGO SÁNCHEZ J.M.; FLORES RICO E.; CRUZ GARCÍA S. Y GONZÁLEZ GUZMÁN M.J..

Objetivos:

Analizar el impacto de la Parada Cardiorrespiratoria (PCR) en los Equipos Asistenciales 061_Andalucía (EE) durante el año 2014

Identificar el género y edad de los pacientes, lugar donde ocurre el episodio, si se inician maniobras de soporte vital básico (SVB) por primeros intervinientes y distribución por provincias.

Estudiar la resolución de la demanda asistencial (supervivencia in situ).

Material y Método:

Estudio transversal observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: asistencias realizadas por los EE en pacientes mayores de 18 años, incluidos en el proceso PCR en el año 2014.

Fuente de datos: el sistema informático de gestión de urgencias y emergencias SIEPES y la aplicación de Evaluación de la Historia Clínica. Se analizan las siguientes variables: Género y edad del paciente. Distribución por provincias y resolución de la asistencia (supervivencia in situ)

Resultados:

Durante el 2014 los EE han atendido un total de 49.959 demandas asistenciales, 1.191 están incluidas en el proceso asistencial PCR (2.38%). Un 69.16 % eran varones de 61 años de edad y un 30.84 % mujeres de 63 años. En más del 87% la causa de PCR fue no traumática. Hasta el 78% ocurrieron en el domicilio del paciente y sólo en el 12% se han realizado maniobras SVB por los primeros intervinientes. En un 9.41 % de los casos el equipo responsable de la asistencia no encuentra criterios para iniciar maniobras de soporte vital avanzado (Código de Resolución 31) bien por evidenciar signos de muerte biológica, bien por presentar lesiones incompatibles con la vida o decisión de no reanimar (terminales, registro de voluntades anticipadas, etc.). De los pacientes en los que se iniciaron maniobras avanzadas un 32.13 % resultaron exitosas con traslado de los pacientes al hospital de referencia (Código de Resolución 35). Distribución por provincias: Córdoba: 6.22%. Almería: 6.5%. Huelva: 7.23%. Jaén: 8.74%. Granada: 8.82%. Cádiz: 12.61%. Málaga: 24.8%. Sevilla: 24.9%.

Discusion:

La PCR es un problema sanitario de primera magnitud por la escasa supervivencia y las secuelas que provoca, por lo que requiere una asistencia sea rápida, eficaz e integral. La activación temprana del sistema de emergencias e inicio precoz de maniobras de SVB por primeros intervinientes que consigan una oxigenación de emergencia hasta la llegada de los equipos de soporte vital avanzado y los cuidados posT-resucitación constituyen los pilares de la cadena de supervivencia. Es más frecuente en los varones. Ocurre sobre todo en los domicilios y aún es escaso el porcentaje que reciben maniobras de soporte previo a la llegada del EE: sigue siendo imprescindible la difusión y enseñanza de pautas de actuación entre los primeros intervinientes. La distribución por provincias señala a Sevilla y Málaga como las provincias con más porcentaje de episodios de paradas cardiacas.

La supervivencia conseguida por los EE in situ es del 32.13%.

C-67

Centro:

HOSPITAL DE RIOTINTO

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Gestión por Procesos II

ANALIZAR CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS:PROPUESTAS MEJORA DE CALIDAD

Autores:

MERINO MARIO M.; CORONADO VAZQUEZ V.; DURAN CORTES I. Y IBAÑEZ CAMACHO C..

Objetivos:

Analizar las características de pacientes con enfermedades crónicas complejas ingresados en un hospital comarcal con el objetivo de establecer medidas para mejorar la calidad de su atención.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal.

111 pacientes con enfermedades crónicas complejas, seleccionados por muestreo consecutivo, ingresados durante 2013 en el Servicio de Medicina Interna.

Como variables se consideraron: Sexo, edad, polimedicación (toma 5 o más fármacos diarios durante 6 meses), cumplimiento terapéutico (Test Batalla), dependencia (Barthel), apoyo social (Gijón), estancia media

Resultados:

Había un 56,8% de varones, edad media de 78,7 años (DS: 8,5). El 36,9% (IC95%: 28-47) sufría deterioro cognitivo, y el 93,7% (IC95%: 87,4-97,4) eran dependientes. Un 91,7% (IC95%: 84,7-96,1) tenían problemas o riesgos sociales. El 89% (IC95%: 81,5-94) eran polimedicados, consumían una media de 9,1 fármacos (DS: 3,1), con un 85,9% (IC95%: 74,9-93,3) de incumplimiento terapéutico. La estancia media fue de 11,4 días (DS: 5,9). Existe una correlación positiva entre días de ingreso y polimedicación (r= 0,25 p=0,009). En pacientes dependientes la media de ingreso es 1,3 días más que en los independientes (p=0,56). Un 24,4% de pacientes dependientes no tenían apoyo social (p= 0,54).

Discusion:

Los pacientes con enfermedades crónicas complejas ingresados en un hospital comarcal son en su mayoría dependientes y con problemas o en riesgo social. Existe una elevada proporción de polimedicación e incumplimiento terapéutico. La mejora de la calidad en su atención incluye la conciliación en la medicación, las actuaciones encaminadas a facilitar la adherencia terapéutica y favorecer las redes de apoyo social al alta hospitalaria.

C-68

Centro:

Distrito Sevilla

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos II

INNOVANDO EN HERRAMIENTAS DEL PAI RIESGO VASCULAR

Autores:

RAMOS CALERO J.E.; GAMERO DE LUNA E.J.; REQUENA ALBIÑANA M.; REDONDO FERNÁNDEZ C.; ÁLVAREZ PÉREZ E. Y PAJARES DE QUIRÓS I..

Objetivos:

Desarrollar un herramienta de ayuda para la toma de decisiones en riesgo vascular (RV) que diera respuesta a las necesidades manifestadas por los profesionales y la Organización: que la información se recogiera de manera sistematizada, que fuera recuperable y que fuera útil para la toma de decisiones.

Material y Método:

En el Plan de Implantación del PAIRV del Distrito Sevilla se había detectado como una debilidad la carencia de una herramienta de ayuda para el manejo del RV y toma de decisiones dentro de la Historia de Salud Digital (HSD). Se decidió la construcción de un formulario web incluido dentro del botón variable de Diraya. Se constituyó un equipo multidisciplinar para el desarrollo y validación de la herramienta, siguiendo los siguientes pasos:

1. Identificación de las necesidades y del Conjunto Mínimo Básico de Datos
2. Desarrollo de la Herramienta informática
3. Creación de un foro multidisciplinar de discusión en entorno Moodle
4. Creación de un grupo de validación
5. Validación de la Herramienta Fase I
6. Implantación. Inclusión de los responsables de proceso de los centros
7. Supervisión y validación Fase II

Resultados:

Se creó un formulario web, que permitió la recogida sistematizada de variables clínicas a modo de listado de comprobación, trasladable a la calculadora SCORE , junto con sus modificadores y a la HSD recogiéndose el nivel de prevención, la categorización del nivel de riesgo y la codificación CIE_9.

Proporciona, de manera individualizada, información de los objetivos a conseguir, alertas de situaciones especiales de seguridad, recomendaciones de manejo y ayuda al profesional para la toma de decisiones.

Además permite guardar un histórico de información en la HSD y ser utilizada como herramienta docente para el paciente. La información está disponible de manera individualizada por paciente, o agrupada por profesionales, centros o distritos.

Discusion:

La elaboración de herramientas de ayuda en entorno de la HSD, tal como la desarrollada, facilita la implantación del proceso, permite normalizar procedimientos lo que disminuyen la variabilidad de la práctica clínica, facilita la toma de decisiones y mejora aspectos de la seguridad del paciente, además de proporcionar importante información para la Gestión.

C-69

Centro:

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE UTRERA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos II

CONOCIENDO MI DIABETES, APRENDO A CUIDARME.

Autores:

TORRES GÓMEZ A...; ROMÁN SANTOS J...; TACÓN REINA F...; RUBIO GUTIÉRREZ G...; GARCÍA TORO R... Y RUIZ SIERRA M....

Objetivos:

Valorar si nuestro programa educativo en diabetes mellitus (DM) mediante sesiones grupales contribuye a mejorar el conocimiento sobre autocuidados en los pacientes diabéticos.

Material y Método:

En el Hospital de Utrera realizamos sesiones educativas grupales de dos horas al mes a pacientes con DM. Tras 5 años realizándolas nos planteamos si este tipo de intervención mejora el conocimiento de los pacientes respecto a su autocuidado.

Para ello hemos llevado a cabo un estudio descriptivo retrospectivo a todos los pacientes que han acudido en los últimos tres años a las sesiones de educación diabetológica.

Estos pacientes son captados en las consultas médicas y se derivan por debut, descompensación o cambio de tratamiento. Para medir nuestros resultados a todos los pacientes se les realiza antes de comenzar la sesión un cuestionario para valorar los conocimientos previos y otro al finalizar la sesión.

Resultados:

De los 251 pacientes estudiados el 45.9% son hombres frente al 54.1% mujeres.

- El 13.11% de los pacientes tienen DM tipo I y el 86.89% tipo II.

- El 85.25% de los pacientes tienen antecedentes familiares de diabetes.

- EL 77% presenta una o más complicaciones derivadas de un control deficiente de la glucemia prolongado; sólo un 23% no presentaban ninguna.

- De los pacientes que no son captados en la consulta de Medicina Interna únicamente el 4% acuden a recibir educación diabetológica.

- Solo el 23% de los pacientes contestaba correctamente a las preguntas del cuestionario previo inicial.

- Del total de pacientes educados un 75% mejoraba la puntuación obtenida en el cuestionario posT-intervención.

Discusion:

La educación diabetológica grupal es una estrategia educativa de fomento del autocuidado, en la que enfermería supone un pilar esencial.

En la mayoría de los pacientes que acuden a estas sesiones, tras comparar los resultados en ambos cuestionarios, se objetiva una mejora en sus conocimientos respecto a la enfermedad, por lo que esta estrategia se considera válida para este objetivo.

Con este resultado nos planteamos si este aumento de conocimientos se traduce después en una mejora de su autocuidado suficiente para aumentar el control de su enfermedad y por tanto los resultados en salud de la intervención, por lo que se determina la necesidad de establecer un feed-back con Atención Primaria que nos permita conocer la evolución en el tiempo.

Así mismo consideramos de interés medir la satisfacción de estos pacientes con las sesiones por lo que planteamos para las siguientes ediciones la realización de una encuesta.

C-70

Centro:

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos II

SÍNTOMAS DE EPOC EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA (2007-2012)

Autores:

SÁENZ LUSSAGNET J.M.; LUQUE ROMERO L.G. Y MORENO ÁLVAREZ P.J..

Objetivos:

Analizar la asociación entre las características socio-demográficas, clínicas y de consumo de tabaco con los síntomas asociados a la EPOC y abandono del tabaco.

Material y Método:

Diseño: estudio observacional retrospectivo mediante auditorías de historias clínicas. Ámbito:

Atención Primaria (AP). Distrito sanitario Sevilla Norte. UGC San José de la Rinconada.

Periodo: mayo 2007 a octubre de 2012.

Población: 696 pacientes atendidos en la consulta de Intervención Tabáquica en AP (CIT).

Variables analizadas: edad, sexo, peso, presencia de convivientes fumadores, síntomas respiratorios y generales, años de consumo, cooximetría basal, número de cigarrillos, grado adictivo, intentos de abandono, motivos de recaída, número de meses de abstinencia previos, conductas de salud, dependencia (test Richmond) y motivación (test Fagerström).

Análisis estadístico: descriptivo, bivariado y regresión logística binaria mediante SSPS.v.22 y Epidat 4.1.

Resultados:

696 pacientes, 397 (57%) hombres. Edad media (DS)43,4 (10,6)años. Del total, 134 (19.3%) tenían los 4 síntomas de EPOC [el más frecuente la disnea 404 (58%) y el menos la expectoración 303 (43,5%)].

La edad media de inicio fue de 16 (3,7) años. El periodo medio de fumador fue de 27,3 (11,4) años.

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la aparición de síntomas EPOC y edad (p=0,012), periodo de fumador (p=0,0001), nº de cigarrillos diarios (p=0,003). Hemos encontrado una correlación entre nº de cigarrillos, número de años fumando y el nº de síntomas respiratorios y generales asociados (p=0,001). Existe una asociación entre sexo hombre y recaída por presión grupal (p=0,0001), por celebraciones (p=0,005) y falsa confianza de control (p=0,004); en el caso de la mujer recaen por malestar emocional (p=0,0001) y ansiedad (p=0,015). La cooximetría basal se asocia al número de cigarrillos/día(p=0,0001). Los hombres tienen una mayor motivación para dejar de fumar (p=0.007). La motivación se asoció de manera significativa a la presencia de disnea (p=0,008). Los

hombres tenían mayor nivel de dependencia(p= 0,004). Encontramos una asociación entre dependencia y tos (p=0,0001) y sibilancias (p=0,0001).

Discusion:

-La CIT es un lugar adecuado para la detección precoz de caso de EPOC no diagnosticada. -El 19,3% de los pacientes atendidos tienen simultáneamente los cuatro síntomas de sospecha de EPOC (disnea, tos, sibilancias y expectoración, en orden de prevalencia).

-Estos síntomas se relacionan de manera significativa con el periodo de fumador, el número de cigarrillos, con la edad.

-El grado de motivación para la cesación tabáquica se relaciona de manera significativa con la disnea, la tos y las sibilancias.

-Los motivos de recaída están diferenciados en cuanto al sexo: en el hombre se relacionan con la presión grupal, las celebraciones y la falsa confianza y en la mujer con malestar emocional y ansiedad.

C-71

Centro:

Hospital de Valme

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos III

COMISION QUIRÚRGICA. ENTORNO PROFESIONAL PARA LA GESTIÓN EFECTIVA DE LOS RECURSOS Y LA MEJORA ASISTENCIAL

Autores:

DEL NOZAL NALDA M.; ECHEVARRÍA MORENO M.; CABALLERO FERNANDEZ V.; SOLANELLAS SOLER J.; GONZALEZ PACHECO C. Y RUIZ DE CASTRO LEIV

Objetivos:

La gestión de la actividad quirúrgica requiere de la participación activa de los profesionales que integran el bloque quirúrgico con una visión multidisciplinar. La Comisión Quirúrgica, realiza un seguimiento de la gestión quirúrgica a través de la información semanal aportada por los sistemas de información. Profesionales de esta Comisión, participan tambien en la Comisión de Calidad del Bloque Quirúrgico uno de cuyos objetivos es trabajar en la definición de un cuadro de mando. El objetivo del estudio es presentar la sistemática de trabajo de la Comisión así como los resultados del seguimiento de los indicadores propuestos.

Material y Método:

La Comisión de Calidad del Bloque Quirúrgico se reune mensualmente. Se han definido los indicadores a medir, la metodología de medida y su evaluación mensual en el contexto del grupo y a los vocales de la Comisión Quirúrgica formada por todos los Directores de las Unidades de Gestión Clínica Quirúrgica, los supervisores de enfermería del bloque quirúrgico y el personal administrativo resposanble de la gestión de Lista de Espera Quirúrgica.

Resultados:

El cuadro de mando contempla los siguientes indicadores: -Número de intervenciones por especialdiad.

-Número de intervenciones por sesión y por especialidad; -Pocentaje mensual de suspensiones qurúrgicas y análisis de sus causas; -Prolongaciones de las intervenciones quirúrgicas programdas;

-Control mensual de bioseguridad ambiental. También se ha elaborado una encuesta de satisfacción para pacientes en el Bloque Quirúrgico que está en fase de implantación.

Por último esta comisión contempla también entre sus objetivos la promoción de la notificación de eventos adversos y su análisis y la revisión continua de las instalaciones para la identificación de puntos de mejora orientados a garantizar la confortabilidad de usuarios y profesionales.

Discusion:

La disponibilidad del cuadro de mando, así como la información semanal puesta a disposición de la Comisión Quirúrgica, contribuye a identificar las areas de mejora ya que facilita una información cuantitativa y cualitativa, con indicadores de rendimiento que nos permitan identificar nichos de ineficiencia. También la evaluación de la satisfacción de los usuarios nos permitirá avanzar en garantizar las expectativas de los ususarios con la asistencia presntada.

C-72

Centro:

Hospital de Valme

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos III

PROCESO QUIRÚRGICA. IMPLEMENTADO UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Autores:

DEL NOZAL NALDA M.; GALAN SÁNCHEZ I.; LOPEZ MORALEDA I.; LUCENA DE LUCENA B.V.; GÓMEZ MUÑIZ M.P. Y GALISTEO DOMÍNGUEZ R..

Objetivos:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una asistencia sanitaria de calidad debe "asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". El objetivo de este trabajo es describir el proceso de implementación de una encuesta de satisfacción para el paciente quirúrgico.

Material y Método:

Utilizando como base otros modelos de encuestas y teniendo en cuenta cada una de las fases por la que pasa un paciente quirúrgico se realizó el primer borrador de la encuesta por parte de los vocales de la Comisión de calidad del Bloque Quirúrgico. Este borrador se presentó en la Comisión Quirúrgica constituida por los Directores de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) quirúrgicas, así como los supervisores de enfermería del bloque quirúrgico, con el objeto de recabar propuestas de mejora. Una vez incorporada las mejoras, se determinó el contenido definitivo de la encuesta.

Posteriormente la encuesta se pilotó en las UGC de Traumatología (COT) y Cirugía General (CG). Durante esta fase el objetivo era identificar problemas de comprensibilidad de las preguntas así como cualquier otro aspecto a mejorar en su diseño.

Resultados:

Durante la prueba piloto se recogieron un total de 83 encuestas (41 de COT y 42 de CG). El contenido de la encuesta se ha estructurado en 4 bloques: datos epidemiológicos; valoración de la satisfacción en consultas externas; durante la hospitalización, antes de la intervención quirúrgica; durante el periodo intraquirófano y en la hospitalización potoperatoria. Se han contemplado como aspectos a evaluar, el trato, la información recibida; la personalización de la asistencia, etc. Un aspecto de interés especial que se ha contemplado en las encuestas es la valoración de la percepción del dolor y de la eficacia del tratamiento prescrito, así como la percepción del grado de seguridad de los pacientes durante su proceso quirúrgicos.

Utilizando los ítems con menores porcentajes de respuesta, esta prueba piloto nos ha permitido identificar, problemas de comprensión en el diseño de la encuesta, así como otros factores que consideramos que mejoran el contenido de la misma. Se han incorporado estos cambios de redacción, así como una valoración global de la satisfacción en cada una de las fases.

Discusion:

Actualmente estamos en el proceso de implantación en las UGC quirúrgicas con el objeto de valorar los resultados y establecer los planes de mejora globales en la asistencia del paciente quirúrgico y los específicos para cada UGC.

Consideramos que la metodología utilizada nos ha permitido establecer el consenso en el contenido de la encuesta y pensamos que con su implantación, dispondremos de una herramienta que nos permita identificar mejoras orientadas a satisfacer las necesidades de los pacientes quirúrgicos.

C-73

Centro:

CS Alcalá del Río

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos III

CONSULTA DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿HERRAMIENTA DE ARMONIZACIÓN EFICAZ DEL PROCESO O SUBESPECIALIZACIÓN?

Autores:

SALIDO DE ANDRÉS E.; LUQUE ROMERO L.G.; VILLENA MACHUCA M.L.; DELGADO DELGADO M. Y ONTANILLA LÓPEZ A..

Objetivos:

Analizar las características de los pacientes atendidos en una consulta del dolor en Atención Primaria (CDAP).

Determinar la capacidad de resolución de casos en la CDAP.

Material y Método:

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo mediante auditoría de historias clínicas.

Ámbito: Atención Primaria. UGC Alcalá del Río (Sevilla)

Periodo: 01/06/2014-30/06/2015

Población: Todos los pacientes derivados por los Médicos de Familia de la UGC a la CDAP.

Variables: sociodemográficas: edad, sexo; clínicas: motivo de consulta, uso de opioides, antidepresivos (ADP) o anticonvulsivantes (AEP), derivaciones a especializada y seguimiento.

Resultados:

Se analizaron 71 pacientes, 63 (88,7%) mujeres. Edad media (DS) 63,9 (13,2) años sin diferencias estadísticamente significativas (NSE) entre ambos sexos (p= 0,263). 48 (67,6%) acudieron por osteoartritis, 12 por fibromialgia, 6 (8,5%) por dolor muscular, 4 (5,6%) por dolor neuropático y otros 4 por patología de columna. El número de visitas medio (DS) fue de 2,6 (1,4)NSE entre ambos sexos (p= 0,327). En 44 (65,7%) se usaron opioides (OPI) (NSE entre sexos ni por edad), 25 (37,3%) antidepresivos(ADP) (en pacientes más jóvenes), 5 (7,5%) anticonvulsivantes (AEP) -más frecuente en mujeres (p= 0,04)-. El 88,9% de las mujeres precisaron seguimiento frente al 37,5% de los hombres (p=0.003). Los pacientes en seguimiento son más jóvenes (p= 0,04).

Discusion:

-La consulta del dolor en Atención Primaria es de gran utilizad como elemento de homogenización del abordaje de este síntoma.

- La osteoartritis y la fibromialgia son lo dos motivos más frecuentes de consulta, siendo la primera más frecuente en personas de edad más avanzada (p= 0.001) y de predominio en mujeres (NSE). El uso de ADP es más frecuente en pacientes jóvenes (p= 0,005) siendo significativa. Su uso es más frecuente en mujeres pero NSE.

-El 42,3 % de los pacientes fueron derivados sin diferencias de edad ni sexo. El 83,1% continuaron en seguimiento, la mayoría mujeres (94,9%), de 62,5 (13,5) años de edad media (DS).

C-74

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Gestión por Procesos III

UN SALTO DE CALIDAD A TRAVÉS DE LA UNIDAD DE ICTUS

Autores:

DELGADO MORENO S.; RUBIO BARRANCO M.A.; MOYA MOLINA M.A.; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ M.; PEREIRO HERNÁNDEZ R. Y FORJA PAJARES F..

Objetivos:

- Mejorar la calidad de la asistencia a pacientes con eventos cerebrovasculares - Conocer el número de pacientes atendidos en la Unidad y el número de tratamientos específicos realizados tras un año de actividad

- Determinar la evolución de los pacientes atendidos en la Unidad

Material y Método:

Partiendo de los datos de pacientes afectos de ictus que son atendidos en el Hospital, y la mortalidad asociada a esta patología, la Dirección del Centro junto a la de la Unidad de Neurología, decide la puesta en funcionamiento de la Unidad de Ictus.

Se elabora un protocolo de acogida y tratamiento de pacientes, y se decide su funcionamiento interno. Los datos asistenciales tanto de actividad como evolución, son recogidos para seguimiento y evaluación de resultados.

Resultados:

La Unidad consta de 4 camas, dotadas de monitorización continua de electrocardiografía, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, y control de la tensión arterial según protocolo específico.

Se realiza prevención permanente de escaras, solicitud de realización de rehabilitación desde el ingreso, y todas las medidas necesarias según las características y circunstancias específicas de cada paciente.

Se registran las constantes del paciente, recibe asistencia específica y vigilancia por enfermería especializada de manera continuada.
Las visitas están restringidas a un horario similar a la Unidad de Cuidados Intensivos, al ser pacientes que precisan controles cuidadosos, tranquilidad y silencio para su correcta evolución y recuperación. Cada cama cuenta con un sillón de descanso para un único acompañante con función de cuidador.

El trabajo lo realizan neurólogos e internistas de manera coordinada con el equipo de radiólogos intervencionistas y neurocirujanos.
Además, se cuenta con la colaboración de otros profesionales, como rehabilitadores, cardiólogos, intensivistas o cirujanos vasculares.

Desde su puesta en funcionamiento en noviembre de 2014, la actividad registrada es de 166 ingresos, 67 activaciones de Código Ictus, 14 fibrinolisis intravenosas y 1 fibrinolisis arterial. De los tratamientos realizados, hay respuesta en un 53% (un 40% es eficaz con excelente evolución de pacientes y un 13% supone una mejoría parcial), mientras que en 46% resulta ineficaz.

Discusion:

En nuestra comunidad, el ictus es la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en el hombre, con una incidencia de 100 a 275 casos /100.000 habitantes-año (alrededor de 21.000 nuevos casos de ictus cada año, en Andalucía).

La asistencia de los pacientes en Unidades de Ictus es una medida que aumenta la calidad de la atención prestada, demostrando su efectividad en cuanto a un aumento de la supervivencia, mayor recuperación funcional y mayor número de pacientes independientes, así como una menor estancia hospitalaria. La repercusión positiva por tanto afecta no sólo a pacientes, sino a los profesionales y al propio Sistema Sanitario.

C-75

Centro:

IMIBIC - HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA - UCO

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Gestión por Procesos III

SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN EL INSTITUTO MAIMÓNIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC).

Autores:

MUÑOZ VILLANUEVA M.C.; MIÑARRO DEL MORAL R.M.; ESCABIAS PAREJO M.L.; BERENGUER GARCIA M.J.; GUZMAN DE DAMAS J.M. Y TEJEDOR FERNÁ

Objetivos:

Describir el Sistema de Calidad implantado en el IMIBIC, y su desarrollo en los últimos 5 años.

Material y Método:

El IMIBIC es una institución compleja que alberga más de 450 profesionales, integrados en 37 grupos de investigación y 12 unidades de soporte técnico y de gestión.

Para la acreditación por el Instituto de Salud Carlos III se elaboró un Plan de Calidad inicial que ha ido evolucionando hacia un Sistema integral de Calidad. En 2010 se constituyó la Comisión de Calidad, multidisciplinar y con representación de sus dos instituciones integrantes: Hospital Universitario Reina Sofía y Universidad de Córdoba. Se definió la cartera de servicios, el mapa de procesos y la política de calidad que debía regir su actividad en años sucesivos estableciéndose objetivos específicos de calidad en torno a las líneas estratégicas marcadas por el Consejo Rector, con énfasis en la evaluación y mejora continuas.

Resultados:

Tras 5 años de recorrido, se cuenta con el Mapa de Procesos, se han elaborado más de 50 procedimientos (básicamente en áreas de Soporte y Gestión) y se han redactado más de 40 instrucciones técnicas.

Anualmente se ha realizado el Seguimiento del Plan de Calidad (a) y en el Cuadro de Mandos se han ido monitorizando las Evaluaciones de la Calidad de la Investigación (b) y de la Calidad de los servicios prestados (c). En este último año, los principales resultados son:

a) La mayoría de los objetivos propuestos en el Plan de Calidad se consiguieron en el 100%.

b) En relación al 2010, la producción científica se ha incrementado un 49% respecto al nº de publicaciones y un 38% en términos de Factor de Impacto. La captación de fondos para proyectos de investigación se incrementó casi un 80%. La mayoría de los Grupos de Investigación superaron la evaluación científica externa.

c) El 79% de los profesionales encuestados se muestran globalmente satisfechos/muy satisfechos con los servicios recibidos, siendo este % superior para algunas unidades (92% para Gestión de Proyectos, 90% para Metodología y Bioestadística, 87% para Innovación y Transferencia, 82% para Biobanco).

Como áreas de mejora abordadas en este tiempo destacan el desarrollo de un Plan para la Promoción de la Investigación en Atención Primaria, diversas actuaciones tras los Análisis de causas de rechazo de proyectos de investigación y la Mejora en la visibilidad del IMIBIC mediante una adecuada filiación de la producción científica.

Discusion:

El Plan de Calidad ha cohesionado distintas unidades del IMIBIC y el análisis de procesos junto a la procedimentación realizada ha conseguido mejorar los tiempos de respuesta. Las evaluaciones anuales han permitido detectar áreas de mejora que han sido posteriormente abordadas.

Se ha mejorado en producción científica, captación de fondos y en el nivel de visibilidad del IMIBIC (tanto en el ámbito científico como en los medios de comunicación).

El grado de satisfacción de los profesionales es alto, aunque faltaría abordar la evaluación de la satisfacción de otros usuarios del IMIBIC.

C-76

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Gestión por Procesos IV y Seguridad del Paciente I

SENSIBILIZAR MEDIANTE EL ARTE SOBRE LOS BENEFICIOSDEL ABANDONO DEL TABACO.

Autores:

RUBIO BARRANCO A.; DELGADO MORENO S.; MONROY MORCILLO A.; SÁNCHEZ SIERRA M.; ZARZUELA RAMÍREZ M. Y CANTIZANO GARCÍA P..

Objetivos:

• Sensibilizar a la población general sobre los beneficios del abandono del tabaco mediante una exposición fotográfica Interactiva.

• Concienciar e involucrar a funcionarios, docentes y estudiantes sobre la promoción de la salud y la importancia de prevenir el consumo de tabaco.

• Estimular la incorporación de aptitudes que permitan afrontar la dependencia al tabaco.

Material y Método:

Realizar una selección de fotos con imágenes que represente la naturaleza, el mar, los deportes, la juventud, la fruta, en definitiva imágenes que evoquen salud.

Colocamos la exposición durante una semana en tres lugares distintos: La primera en el hall de entrada del Hospital Universitario Puerta del Mar desde el 31 de mayo hasta el 6 de junio de 2014. La segunda en el hall de entrada del Hospital Universitario de Puerto Real desde el 16 de junio hasta el 23 de junio de 2014. Y la tercera desde el 30 de mayo hasta el 6 de junio de 2015, en el Centro Integral de la Mujer del Ayuntamiento de Cádiz desde el 29 de mayo al 12 de junio

Resultados:

Por la entrada del Hospital Universitario Puerta del Mar pasan una media de 350.000 usuarios diarios, que multiplicado por 7 días serían 2.450.000 semanales.

Por la entrada del Hospital Universitario de Puerto Real pasan una media de 190.000 usuarios diarios, lo que supone un total de 1.330.000 semanales.

En el Centro Integral de la Mujer se desarrollan talleres mañana y tarde, y la media de personas son 650 diariamente por 12 días que se expuso en este centro suponen 7.800 personas.

Por tanto, se estima que un total de 459.358.974 contemplaron la exposición.

Discusion:

Siendo el tabaquismo el mayor factor de riesgo evitable de las principales causas de muerte en nuestro país (cáncer de pulmón y enfermedades cardio y cerebro vasculares), así como un importante problema de Salud Pública, requiere el desarrollo de acciones de Promoción y Prevención. Pretendemos que las imágenes impacten en aquellas personas consumidoras de tabaco para que tomen conciencia de los perjuicios que éste acarrea y los beneficio que deja de recibir, recibiendo apoyo a aquellos que desean dejar de fumar.

Este proyecto de sensibilización contra el tabaquismo en los Hospitales y en Servicios del Ayuntamiento, fomentan una cultura de Prevención y Promoción de la Salud, estimulando a su vez a los profesionales para la realización de actividades de capacitación técnica que favorezcan la promoción de salud y la prevención del tabaquismo.

C-77

Centro:

HAR Utrera

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos IV y Seguridad del Paciente I

PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON SAOS

Autores:

ROMÁN SANTOS J...; TORRES GÓMEZ A...; TACÓN REINA F...; GARCÍA TORO R...; RUBIO GUTIERREZ G... Y RUIZ SIERRA M....

Objetivos:

Determinar el proceso enfermero para el seguimiento de pacientes en terapia respiratoria domiciliaria con CPAP, basado en un modelo de gestión de enfermedades crónicas y atención integrada centrada en las personas.

Material y Método:

En la consulta de Enfermería de Seguimiento de SAOS se implementan una serie de intervenciones encaminadas a potenciar el cumplimiento terapéutico y los resultados en salud. Para conseguir una adecuada adherencia se insiste en reforzar la educación del paciente con medidas higienico-dietéticas y sanitarias que ayudan a mejorar el manejo de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. Para ello se realiza una valoración focalizada del paciente que nos permita identificar determinados aspectos biopsicosociales, reducir efectos secundarios y posibles complicaciones derivados de un manejo inefectivo de la terapia que impiden la correcta adherencia al tratamiento, y valorar la continuidad de la prescripción de la terapia respiratoria y la calidad del servicio prestado por la empresa suministradora.

Tras tres años de recorrido, a finales del año 2014 nos planteamos la realización de un estudio descriptivo que nos ayude a valorar determinados aspectos de la calidad de las intervenciones de enfermería realizadas a estos pacientes en base a indicadores de resultados definidos. Para ello seleccionamos una muestra de 287 pacientes a los que se les ha auditado en la historia de salud si tienen realizada valoración de enfermería, cumplimiento terapéutico, ratio/horas de uso, presencia de complicaciones y actividades dirigidas a su resolución, y la derivación a Neumología mediante Interconsulta.

Resultados:

De los datos del estudio se extrae que un 90% de los pacientes son cumplidores en el uso correcto de la terapia respiratoria, puesto que el uso diario del dispositivo es superior a 4 horas. Del seguimiento de las medidas higiénico dietéticas, el porcentaje baja a un 20%.

Un 47,3% de los pacientes presentan complicaciones leves, las cuales se resolvieron en la misma consulta tras la intervención de enfermería.

Únicamente un 5,6% de los pacientes presentaron complicaciones graves que precisaron la derivación a Neumología mediante Interconsulta para valoración y revisión de tratamiento.

Al 100% de los pacientes se le realizó valoración focalizada de Enfermería, de la que se extrajeron fundamentalmente datos relativos a las necesidades de respiración, alimentación, movilidad y seguridad.

Discusion:

La incorporación de enfermería incrementa la calidad de la atención al paciente portador de CPAP. Esta mejora se debe en gran parte a la importancia del papel de la enfermera en su educación sanitaria, que ha potenciado los resultados en salud, favoreciendo la adaptación al dispositivo y la adherencia al tratamiento.

La alta resolución por parte de Enfermería y la escasa derivación a Neumología permite demostrar la eficiencia de esta consulta.

Nos planteamos la necesidad de realizar una encuesta de satisfacción al paciente para valorar la calidad del servicio.

C-78

Centro:
Universidad de Alcalá
Provincia:
Madrid
AreaTematica:
Gestión por Procesos IV y Seguridad del Paciente I

DETECCIÓN DE HIPERCAPNIA ARTERIAL A PARTIR DE MUESTRAS DE SANGRE VENOSA EN PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE EPOC.

Autores:
JACOBO SÁNCHEZ M..

Objetivos:
El manejo clínico de los pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC requiere la monitorización de hipercapnia a partir de la realización de gasometrías arteriales. La sustitución de la gasometría arterial por la gasometría venosa podría suponer ventajas para el paciente y los profesionales de enfermería, repercutiendo positivamente en los resultados de salud, promoviendo la seguridad clínica y reduciendo la iatrogenia.

Material y Método:
Se realizó una revisión bibliográfica de 15 estudios observacionales, 2 artículos de revisión, 2 revisiones sistemáticas, 1 meta-análisis y 1 guía de práctica clínica, cuyas líneas de investigación analizaron la posibilidad de reemplazar la determinación de gases arteriales por gases venosos, analizando bajo qué circunstancias y parámetros podrían los datos extraídos de una muestra de sangre venosa sustituir a los parámetros clínicos derivados de una extracción de sangre arterial. Las herramientas estadísticas empleadas han sido principalmente coeficientes de correlación y el método Bland-Altman sobre las variables: pCO2,pH,HCO3-.

Resultados:
La correlación y concordancia venosa-arterial de pCO2 no es aceptable para afirmar que dichos valores son intercambiables entre sí. Sin embargo, cifras mayores de 45 mmHg de pCO2 en sangre venosa son capaces de detectar valores de hipercapnia arterial (sensibilidad 100%), constituyendo un posible screening para detectar hipercapnia arterial en pacientes diagnosticados de reagudización de EPOC. Los valores de pH y HCO3- en sangre venosa tienen una correlación y concordancia adecuadas como para poder ser utilizados como sustitutos de valores de sangre arterial en determinadas situaciones clínicas.

Discusion:
La implementación en la práctica clínica de la gasometría venosa como método de cribado de hipercapnia arterial en el manejo de pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC, así como sustituta de la gasometría arterial en determinadas situaciones clínicas es un planteamiento viable según la evidencia científica, que contribuiría a mejorar la calidad en la atención sanitaria, así como en los cuidados prestados al paciente.

C-79

Centro:

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos IV y Seguridad del Paciente I

COMPARANDO LA INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UCI CON LOS RESULTADOS PUBLICADOS EN BASES REFERENCIALES MASIVAS

Autores:

GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I.; BERMÚDEZ SÁNCHEZ L.; ALONSO ARAUJO I.; FERRETE PÉREZ R.; NAVARRO NAVARRO M.C. Y MARTÍN CASTAÑO C..

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 y comparar los resultados obtenidos con la incidencia a nivel internacional de las úlceras por presión en las poblaciones más vulnerables a la luz de los estudios publicados.

Material y Método:

El estudio se ha llevado a cabo en dos fases.

La primera, de valoración del riesgo de aparición de UPP mediante la escala de Braden y recogida diaria de las UPP generadas en nuestra unidad. Se desarrolló a lo largo del año 2012.

Como criterios de exclusión: pacientes menores de edad y pacientes que ya presentaban UPP en el momento de su ingreso.

La variable principal ha sido la aparición de UPP durante el ingreso en estadios del I al IV y en cualquier localización corporal.

Como otras variables se han considerado las variables sociodemográficas edad y sexo, así como lalocalización de la UPP.

En una segunda fase se llevó a cabo una revisión bibliográfica con búsquedas en guías de práctica clínica y en diferentes bases de datos tanto de lengua hispana (ENFISPO, DIALNET y LILACS) como de lengua inglesa (PUBMED, CINAHL y SCOPUS). Como criterios de inclusión hemos considerado: fecha de publicación dentro de los últimos cinco años, artículos publicados en los idiomas español, inglés y portugués y elaborados por la disciplina enfermera.

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.

Se han seleccionado 36 artículos originales para comparar nuestros resultados con otros publicados.

Discusion:

La incidencia de UPP a nivel internacional en el entorno de las UCI oscila entre un 0,98% y un 59,5%. Estamos entre las UCI que presentan incidencias más bajas pero nuestros resultados serían mejorables.

En cuanto a la distribución por sexos, un 78% de los pacientes que desarrollaron UPP eran varones.

En la literatura revisada no aparecen diferencias entre sexos.

En cuanto a los estadíos de estas UPP, las de tipo I y II son las más frecuentes en todos los países, obteniéndose cifras más reducidas en los estadíos tres y cuatro. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en nuestra UCI. Sin embargo, en nuestra unidad los estadíos I son más frecuentes y en el resto de unidades mayoritariamente la mayor frecuencia es de UPP en estadío II.

En nuestra unidad a localización sacra es la más frecuente seguida de los talones. En todos los estudios revisados, la localización sacra es la más frecuente. La segunda localización en frecuencia es algo más variable.

A la luz de esta revisión a nivel internacional la escala más usada en todos los entornos clínicos para la valoración del riesgo de desarrollo de úlceras por presión es la Escala Braden.

C-80

Centro:

Hospital Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión por Procesos IV y Seguridad del Paciente I

MEJORA DE LA CALIDAD Y DE LA INOCUIDAD DE LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA.

Autores:

CARACUEL GARCÍA A.M.; ROQUE NAVARRETE R.; VERA GALLEGO D.; ESPINAR DOMÍNGUEZ F.; PÉREZ ORTIZ S. Y OLVEIRA FUSTER G..

Objetivos:

- Corregir y prevenir las desviaciones respecto a los requisitos del sistema de gestión de calidad del Servicio de Hostelería contribuyendo al mantenimiento de la Inocuidad Alimentaria y aumentando la satisfacción de los pacientes con la temperatura de los alimentos consumidos.

Material y Método:

-Fase 1 (2006-2010): Evaluación de un sistema que permitiera mejorar la temperatura de los platos elaborados una vez efectuado el emplatado, y posterior evaluación de la satisfacción percibida por los usuarios, así como una cuantificación de la ingesta.

-Fase 2 (2009-2014): Mejora en la temperatura de servicio y características organolépticas del pan, aprovechando la tecnología existente de la fase 1, y en desayunos y meriendas, mediante la instalación de hornos para terminar horneado justo antes del servicio.

-Fase 3 (2012-2014): Mejora en la temperatura de servicio, en las características sensoriales y en la inocuidad alimentaria de los platos de almuerzos y cenas, mediante la introducción de una termoselladora automática y vajilla de un solo uso, apta para uso alimentario.

Resultados:

- Aumento de 10-12 grados temperatura media de los platos, dependiendo del tipo de alimento.

- La calificación de la temperatura percibida por los pacientes fue significativamente mejor en los pacientes con el nuevo sistema implantado.

- Los pacientes con el nuevo sistema comieron "todo" en un porcentaje, significativamente superior, que los pacientes con el sistema convencional.

- La satisfacción de los pacientes con las características organolépticas de la comida aumentó tanto por el pan recién horneado como por la presentación de los platos en envases de un solo uso y termosellados.

Discusion:

-Se confirma la importancia de la temperatura de los alimentos y se pone de manifiesto que su mejora, a través del sistema de carros de retermalización, es una medida útil para incrementar la cantidad ingerida y la satisfacción, de los pacientes ingresados, con la dieta hospitalaria.

-Se consigue corregir y prevenir desviaciones de nuestro sistema de gestión de calidad, se cumple con la legislación comunitaria en los límites de temperatura de servicio de los alimentos, y asegura la inocuidad de los alimentos que se ponen a disposición de los pacientes.

C-81

Centro:

Hospital Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

SEGURIDAD DEL PACIENTE ALÉRGICO A ALIMENTOS: INFORMACIÓN EN LOS ALIMENTOS NO ENVASADOS.

Autores:

CARACUEL GARCÍA A.M.; ROQUE NAVARRETE R.; ESPINAR DOMÍNGUEZ F.; VERA GALLEGO D.; SEPÚLVEDA CAPACETE F. Y OLVEIRA FUSTER G..

Objetivos:

-Desarrollar herramientas para que la información alimentaria (nutricional y de alérgenos) llegue al paciente, consiguiendo un nivel de protección de la salud elevado.

-Proporcionar una base para que el paciente tome decisiones con conocimiento de causa, y utilice los alimentos de forma segura.

-Garantizar al paciente que la información sobre alérgenos alimentarios es veraz y que los alimentos puestos a su disposición son seguros.

Material y Método:

- Depuración de las base de datos de fichas técnicas de platos: ingredientes primarios, secundarios, y gramaje.

- Detección y marcado de los ingredientes que más frecuentemente son causa de reacciones alérgicas.

- Elaboración de fichas composicionales, incluyendo además de las que refiere el Reglamento (valor energético, grasas, grasas saturadas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal), otros valores que se consideran imprescindibles en alimentación hospitalaria (saturadas, monoinsaturadas, poliinsaturadas, potasio y fósforo).

- Desarrollo de aplicación web creada con las tecnologías HTML5 y CSS3 adaptable a todo tipo de dispositivos móviles para facilitar su navegación. La aplicación cuenta con un gestor interno que facilita la entrada de información a la base de datos y modificar los elementos que va a contener la parte pública de ésta.

- Formación y capacitación del personal:

o Impartición de un programa de formación sobre alérgenos alimentarios, a 603 manipuladores de alimentos del hospital (193 en 2011, 45 en 2012, 38 en 2013, 189 en 2014 y 138 en 2015), con información general sobre el peligro de las alergias alimentarias, y capacitación específica para cada puesto de trabajo en relación con la seguridad del paciente.

Resultados:

- Aplicación web con una parte privada, que es un gestor interno de la base datos para realizar consultas o modificaciones de los grupos de alérgenos, ingredientes, ingredientes compuestos, y datos nutricionales, siendo su finalidad la de facilitar la creación y codificación de la información que ha de llevar la aplicación. La parte pública, son una serie de páginas con la información que decidimos mostrar, de forma que realice todos los cálculos de los ingredientes, nutrientes y platos, así como que muestre los alérgenos correspondientes a cada consulta.

- El acceso a la aplicación se realiza mediante enlace a la página web del hospital o mediante código QR.

Discusion:

- Se ha mejorado la información nutricional y sobre alérgenos alimentarios dada a los pacientes, y se garantiza que los alimentos puestos a su disposición son seguros.

- Existe una gran dificultad en conseguir que los proveedores suministren materias primas libres de un alérgeno concreto y, aún más, que esté bien identificado en el etiquetado, por lo que la solicitud de información al proveedor sobre la presencia intencionada o fortuita de sustancias alergénicas en las materias primas se considera indispensable.

- Esta herramienta es exportable a otros hospitales y establecimientos de restauración social.

C-82

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

ERRORES PREANALITICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE A: EVOLUCIÓN Y COMPARACIÓN ENTRE DOS LABORATORIOS.

Autores:

ROMERO RUIZ A.; GOMEZ SALGADO J.; CASTILLA CAPETILLO A.; GOMEZ FERNANDEZ J.A.; COBOS DIAZ A. Y VAZQUEZ RICO I..

Objetivos:

Comparar los datos sobre errores preanalíticos en muestras procedentes de atención primaria (AP) proporcionados por dos laboratorios de similares características.

Material y Método:

Se evaluó la incidencia de errores preanalíticos (EP) en muestras procedentes de Atención Primaria (AP) procesadas en el laboratorio del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (LAB1) y Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, LAB2).

Análisis descriptivo de los datos. Comparación entre laboratorios con la prueba z para comparación de proporciones.

Resultados:

En 2013 el porcentaje total EP fue superior en LAB1 que en LAB2 (3.5% vs. 2.8%, respectivamente; $p<0.05$). Los errores más frecuentes fueron Muestra Hemolizada (MH) samples (6.6% vs. 0.6%, respectivamente; $p<0.05$; muestras sanguíneas) y Falta Muestra (FM) (1.2% vs. 4.3%, respectivamente; $p<0.05$; muestras de orina).

Discusion:

Aunque se ha detectado una diferencia significativa estadísticamente entre algunos tipos de error y el porcentaje total entre ambos centros, siendo en ambos casos cifras superiores a lo recomendado.

Otros estudios de nuestro grupo indican que no todas las fuentes de error son iguales en los dos centros. Los datos muestran la necesidad de emprender acciones específicas de mejora, algunas ya en desarrollo.

. Estudio financiado por el FIS (PI 12/1099 y Fondos FEDER)

C-83

Centro:

Hospital Regional de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

LA TRAQUEOSTOMÍA PRECOZ EN UCI ES UNA TÉCNICA SEGURA Y DISMINUYE ESTANCIA, VENTILACIÓN MECÁNICA E INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Autores:

CURIEL BALSERA E.; RIVERA ROMERO R.L. Y TORRES CAMPOS M..

Objetivos:

Evaluar si la traqueostomia precoz (en la primera semana de ingreso), se muestra mas efectiva que la traqueostomia tardía, en cuanto a infección nosocomial, tiempo de ventilación mecánica y estancia hospitalaria.

Material y Método:

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Málaga a los que se les realizó una traqueostomía como herramienta para la retirada de ventilación mecánica, durante el año 2012. Se clasificaron en dos grupos, precoz y tardía, en base a si la traqueostomia se realizó en la primera semana de ingreso o posteriormente.

Se han analizado variables clínico epidemiológicas entre ambos grupos y si la precocidad tenia influencia en el desarrollo de NAVM, como de la mortalidad a los 28 días.

Las variables cualitativas se expresan como numero y porcentaje, mientras que las cuantitativas se expresan como media y desviación estándar. Para la comparación entre variables se utilizó test de Chi cuadrado o T-student según necesidad. Para el análisis estratificado se utilizó regresión logística binaria. Se ha utilizado un error alfa máximo del 5%.

Resultados:

Se han analizado 134 pacientes a los que se les realizó traqueostomia en el año 2012. El 50% (67 pacientes) se hizo en los primeros 7 días. No hubo diferencias significativas en cuanto a características clínico epidemiológicas de ambos grupos.

En 11 pacientes (16,4%) del grupo precoz y en 12 pacientes (17,9%) del grupo tardío, se detectó alguna complicación durante la realización de la traqueostomía. (p=0,99)

La duración de la ventilación mecánica, la estancia en UCI y los días de sedación continua fueron significativamente menores en el grupo de pacientes en los que se realizó traqueostomía precoz. (p=0,0001)

Un 13,4% de pacientes con traqueo precoz y un 29,9% del grupo tardío, desarrolló una NAVM (p=0,02), con una incidencia de 10,8 neumonias por cada 1000 dias de VM y 13 neumonias por cada 1000 días de VM, respectivamente.

La mortalidad en el día 28 fue del 26,9% (18) en el grupo precoz y de un 25,4% (17) en el grupo tardío, sin diferencias significativas (p=0,84).

En el análisis estratificado por gravedad al ingreso medido por APACHE II y motivo de ingreso en UCI, la traqueostomia precoz fue un protector de desarrollo de NAVM (OR 0,38 IC95% 0,15-0,94) p=0,036, aunque no así de mortalidad (OR 1,22 IC95% 0,54-2,73) p=0,64.

Discusion:

La traqueostomía precoz realizada en los primeros 7 dias de ingreso en UCI reduce la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica así como los días de sedación continua, los días de ventilación mecánica y la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

C-84

Centro:

Distrito Sanitario Córdoba_Guadalquivir

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

INTERVENCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN ENFRMERA COLABORATIVA DE DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA _GUADALQUIVIR

Autores:

DE CRISTINO ESPINAR M.S.; OLAYA CARO I.; CAMACHO BUENOSVINOS A.; CABEDO OLAYA I. Y ROMERO SÁNCHEZ M.T..

Objetivos:

La Prescripción Enfermera Colaborativa tiene una gran importancia desde el punto de vista de la Seguridad del Paciente. Según Estudio APEAS la mayoría de eventos adversos en Atención Primaria (48,24%) están relacionados con la prescripción.

Objetivos:

1. Identificar áreas de intervención en las capacidades de las enfermeras para mejorar la prescripción colaborativa.

2. Diseñar un plan de intervención sobre las áreas definidas.

Material y Método:

Para el 1º objetivo fue una entrevista cerrada cara a cara entre Coordinadores de Enfermería de cada UGC durante la Evaluación del Desempeño Profesional (EDP). Se recogen 10 ítems que por categorías incluyen aspectos relacionados con actitud y conocimientos en Prescripción Colaborativa y Competencia (Prescripción Básica). El instrumento de recogida de datos fue cuestionario cerrado.

Criterios inclusión: enfermera de DS12 sujeta a EDP.

Criterios exclusión: Incapacidad Laboral Transitoria durante estudio, negativa a contestar,

profesional eventual no sujeta a EDP, coordinadores de cuidados, enfermeras de dispositivos Urgencias, Salud Mental y Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.

Previsiones de no respuesta: Ausencia en el momento de la entrevista.

Estrategia Recaptación: Reunión tras incorporación.

Para el 2º objetivo: constitución de dos grupos de trabajo (uno por distrito) que identificarán acciones para mejorar las áreas identificadas como deficitarias.

Resultados:

En DS1 han participado 152 enfermeras y en DS2, 87.

Conocimiento: DS1 relacionado con Prescripción Enfermera (preguntas 2, 4,6 y 7) un 27,89% y 25,33% de DS2.

Actitud: Hay diferencia de dato de las medias de respuestas óptimas en categoría actitud, entre los dos distritos, DS2, 65,83% frente a DS1, 47,04% (preguntas 1, 8, 9,5). La media de los distritos (DS12) es 52,96%.

Competencia: DS2, 88,89% DS1 80,26% (pregunta 3), media DS12 81,26%.

Discusion:

“Conocimiento”: cabe pensar en la fractura del abordaje por parte de la Consejería de la totalidad del Decreto de Prescripción Enfermera como origen. Es prioritario una campaña institucional de difusión ya que la evidencia sugiere que la confusión los roles de la enfermera en prescripción colaborativa puede tener consecuencias negativas para la satisfacción enfermera.

“Actitud”: en DS1, evidencia que no se ha logrado la excelencia a la hora de ir asumiendo funciones y por ende una falta de confianza por parte de las enfermeras en reconocer sus competencias profesionales.

“Competencia”: refleja la orientación que recibieron en su momento por parte de la Consejería de Salud, asumen esta competencia y la ausencia de tensiones intra-interprofesionales.

C-85

Centro:

REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

CONTROL DE INFECCIONES POR PARTE DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE CRÍTICOS.

Autores:

SEL ESCALANTE M.C.; LUNA GALVEÑO S. Y GARCIA CAÑEDO F.J..

Objetivos:

A día de hoy, las infecciones adquiridas dentro del recinto hospitalario tienen aun, una alta repercusión en las unidades de cuidados críticos, dando lugar a los problemas más importantes de salud. Del mismo modo, están relacionadas con una alta morbi-mortalidad, y a un aumento en la estancia media de los pacientes y el coste hospitalario.

Por parte de enfermería reducir la morbi-mortalidad relacionada con las infecciones por bacterias en nuestra unidad y las tasa de infecciones nosocomiales.

Aplicar los programas de control de infecciones, como Bacteriemia Zero, Neumonía Zero.

Material y Método:

Asesorándonos por el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial, se realizó una descripción de la etiología de los principales infecciones adquiridas dentro del recinto hospitalario, como son infección urinaria asociada a sondaje uretral y neumonía asociada a ventilación mecánica.

Se realizó una revisión del impacto de las infecciones nosocomiales así como se llevó a cabo una descripción de medidas y programas de control de infecciones en la unidad de críticos, tales como Bacteriemia Zero y Neumonía Zero.

La población de estudio fueron los pacientes ingresados en nuestra unidad de críticos del Hospital General Universitario de Málaga, durante el periodo del 20 de Febrero de 2014 hasta el 20 de Noviembre 2014.

Incluimos sólo los pacientes ingresados en nuestra unidad durante más de 48 horas. Todos tuvieron seguimiento hasta su alta de UCI o hasta un máximo de 50 días.

Resultados:

Estudiamos 140 pacientes con estancias superiores a 48 horas y mayores o iguales a 65 años un total de 95 pacientes (66.6% respecto al total de los pacientes estudiados) .

Se descubrió que la Incidencia Acumulada Global fue menor que en 2013 (5,22% frente al 14,29%).Igualmente, la Incidencia Acumulada y la Densidad de Incidencia asociada al uso de Catéteres Venosos Centrales han disminuido en relación con el año anterior.

Se mantienen estables tanto la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica como la I.T.U asociada a catéter vesical.

Discusion:

Las infecciones asociadas a dispositivos dan frecuentemente errores en la atención al paciente crítico.

Las infecciones adquiridas dentro del recinto hospitalario implican un impacto en términos de mortalidad y costes hospitalarios, como es el caso de la ventilación mecánica.

Por medio de este trabajo anhelamos que los profesionales de enfermería dominen estos programas de prevención de infecciones insertados, pues es posible disminuir las tasas de bacteriemia relacionadas con catéteres, mediante una participación multidisciplinar.

C-86

Centro:

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

TELECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN URGENCIAS

Autores:

GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I.; SOSA CAYERO L.I.; VIÑA PÉREZ J.A.; NAVARRO NAVARRO M.C.; SÁNCHEZ BALLESTEROS L. Y MARTÍN CASTAÑO C..

Objetivos:

Objetivo principal

Asegurar la continuidad de cuidados al paciente con criterios de fragilidad y/o vulnerabilidad mediante la implementación del plan de telecontinuidad asistencial de pacientes dados de alta desde el área de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivo secundario

Analizar las características sociodemográficas de la población incluida en el plan de telecontinuidad, los centros de salud de referencia, los diagnósticos al alta, problemas de salud, situaciones de riesgo, medicaciones de riesgo y dispositivos al alta en el período comprendido entre el 3 de Marzo de 2014 y el 30 de Junio de 2015.

Material y Método:

Estudio con diseño descriptivo, longitudinal y prospectivo. El período de seguimiento ha sido desde el 3 de Marzo de 2014 hasta el 30 de Junio de 2015.

Los sujetos de estudio han sido los pacientes dados de alta del área de Urgencias todos los días del año y que cumplían los criterios de inclusión.

Plan de actuación: La prioridad fundamental era la información del objetivo que se nos planteaba y la formación en el manejo de la aplicación de Telecontinuidad a todos los enfermeros del servicio.

También consideramos la necesidad de contar con elementos de soporte que con un desarrollo ad hoc nos facilitaría la puesta en marcha del proyecto. Se desarrolla igualmente base de datos en formato Excel para la recogida y manejo de datos.

El diseño de la base de datos propia del servicio tiene como finalidad conocer las características sociodemográficas de la población incluida en el plan de telecontinuidad, los centros de salud de referencia, los diagnósticos al alta, problemas de salud, situaciones de riesgo, medicaciones de riesgo y dispositivos al alta.

Resultados:

Un 1,86% de los pacientes dados de alta desde el área de observación se incorporaron al plan de telecontinuidad. Su edad promedio ha sido de 78,10 años.

La insuficiencia cardíaca, diabetes y enfermedad respiratoria son los problemas de salud más prevalentes en los informes de telecontinuidad emitidos.

La intolerancia a la actividad y el riesgo de caídas son los diagnósticos enfermeros más frecuentemente activados en los informes de telecontinuidad.

Las medicaciones habituales más frecuentes en estos pacientes son los hipotensores y los diuréticos.

Un 9,84% de los pacientes eran portadores de dispositivos en el momento de su alta.

Discusion:

1. Un total de 264 pacientes se incluyeron en el plan de telecontinuidad asistencial de Urgencias en el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

2. El soporte familiar tan potente con el que convivimos en nuestra Comunidad Autónoma hace que el número de usuarios que precisan del servicio de telecontinuidad sea inferior al inicialmente previsto.

3. Tenemos que insistir en la cumplimentación del informe en su totalidad por parte de los profesionales, pues no es infrecuente que algún que otro campo quede sin cumplimentación.

C-87

Centro:

HOSPITAL DE BAZA

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

APLICACIÓN PARA SMARTPHONE "ACTUALIDAD DE MEDICAMENTOS"

Autores:

LUQUE MARTINEZ F.L.; SANCHEZ LOPEZ J.D. Y LÓPEZ GIJÓN V.L..

Objetivos:

o Elaborar una aplicación que de información al facultativo sobre las últimas novedades de medicamentos, y alertas medicamentosas.

o Facilitar la labor de estudio y prescripción de medicamentos.

Material y Método:

Se ha utilizado la plataforma ApP-Yet, que permite a cualquier persona poder crear una aplicación profesional de Android para smartphone y tablet, sin conocimiento de programación. Nuestra aplicación que actúa como un lector RSS (Really Simple Sindication) de noticias sobre las alertas de seguridad de medicamentos que aparecen en la FDA (Food and Drug Administration), sobre nuevos medicamentos de la EMA (European Medicines Agency), manuales, alertas y boletines de medicamentos de la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), y boletines, informes y fihas técnicas de nuevos fármacos del CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos).

Resultados:

La Aplicación se activo en Google Play a principios de junio de este año, y se está difundiendo entre el colectivo medico del AGS nordeste de Granada, a través de mailing y a través de la página web del area (http://www.hbaza.sas.junta-andalucia.es/hosp/apps/index.html). Se esta va ha medir el numero de descargas en Play a lo largo de un año.

Discusion:

La aplicación es una buena herramienta para que el personal médico tenga una información veraz, sólida y científica sobre medicamentos relacionada con la aspectos de seguridad, eficacia y novedades farmacológicas de manera ágil y rápida, ayudando en su labor prescriptora y en la mejora de la seguridad del paciente relacionada con el uso de fármacos.

C-88

Centro:

HUV.MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

INNOVANDO… PROYECTO CREACCION DE UNA UNIDAD DE TRAQUEOTOMIA

Autores:

TENA GARCIA B.; SANCHEZ GÓMEZ S.; ACOSTA MOSQUERA M.E.; PANTION MISA A.; CASTRO VELIILA C. Y CARCAMO BAENA J..

Objetivos:

Pretende canalizar la atención de todos los pacientes traqueotomizados, tanto ambulatorios como hospitalizados. Aumentaría la eficiencia en la gestión de la hospitalización al ofrecer proactivamente una atención de calidad por parte de profesionales de enfermería y facultativos dotados de competencias de conocimientos y habilidades adecuadas que superara las actuales reticencias y problemas organizativos de profesionales/plantas de hospitalización. Permitiría un seguimiento individualizado de los pacientes traqueotomizados independientemente de su Unidad asignada por su patología de base y facilitaría su continuidad asistencial más allá del hospital.

Material y Método:

El Plan de Actuación contempla:

•Implicación de la Dirección Médica y de Enfermería en la creación/desarrollo de la Unidad de Traqueotomía y en la dotación de un recurso enfermero específico para la atención diaria de todos los pacientes traqueotomizados hospitalizados,independientemente de la Unidad en la que se encuentren,imputado a los recursos humanos de la UGC-Otorrinolaringología.

•Implicación de la Dirección de la UGC-Otorrinolaringología en la organización de los espacios, los profesionales,los flujos de pacientes.

•Dotación de recursos:fotóforo portátil para la atención de pacientes hospitalizados fuera de la Planta de Otorrinolaringología;maletín para trasporte de cánulas y dispositivos de traqueotomía;tableta digital para registro de información de los pacientes traqueotomizados.

Resultados:

•Presentación del Proyecto a la Dirección:febrero 2015.

•Aprobación por la Dirección:abril 2015.

•Formación de los profesionales seleccionados:mayo 2015.

•Difusión de la Unidad en el hospital(Intranet,Sesiones en Unidades y en las Plantas,cartelería) y en el área hospitalaria.Difusión en medios de comunicación:mayo y junio 2015.

•Dotación de los recursos materiales necesarios(fotóforo,maletín,tableta digital):mayo 2015.

•Organización de flujos de pacientes en la UGC-Otorrinolaringología:mayo 2015.

Se verificó que la enfermera registraba todos los pacientes traqueotomizados atendidos (100%) y que todos los pacientes traqueotomizados en la UCI habían sido comunicados a la Unidad de Traqueotomía (100%).

Discusion:

Se evidenció que todos los familiares y cuidadores habían sido instruidos personalizadamente. Había un número indeterminado de pacientes ectópicos de las Unidades de Medicina Interna y Neurología que no habían sido referidos a la Unidad de Traqueotomía. La causa: pacientes ingresados en plantas diferentes de las habituales ,cuyo personal de enfermería en los turnos de tarde y de noche no había sido informado de la existencia de la Unidad de Traqueotomía ni de la forma de acceder a ella. .

Áreas de mejora: reforzar la información, otorrinolaringólogo de continuidad asistencial atenderá a los pacientes los fines de semana/ festivos, La enfermera de la Unidad de Traqueotomía identificará las necesidades de formación.

C-89

Centro:

H. Universitario Reina Sofía. FEA UCI

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

NEUMONÍA ZERO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:UN PROYECTO NOVEDOSO O COTIDIANO?

Autores:

LEÓN LÓPEZ R...; BERNAL TORRES C... Y BAUTISTA RODRÍGUEZ D....

Objetivos:

El objetivo es la disminución de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica(NAVM) progresando en la calidad de cuidados y seguridad del paciente; con un Proyecto Integral de Cuidados de Enfermería, además de intervenciones clínicas y organizativas,basadas en evidencias científicas y/o empíricas, que aúnen la labor asistencial y el desarrollo del Proyecto NEUMONÍA Zero.

Material y Método:

.Adhesión de la UCI al Proyecto NEUMONÍA Zero

.Nombrar responsables -médico y enfermería- encargados de la puesta en marcha, desarrollo y cumplimiento de este.

.Elaboración de un "Manual de intervenciones y actuaciones para la disminución de la NAVM", revisando protocolos de la Unidad y bibliografía existente sobre el tema.

Resultados:

.La implantación del Proyecto NEUMONÍA Zero, resalta la importancia y la repercusión en la seguridad del paciente,que los profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos desempeña. Llegando a ser con su actividad diaria,una pieza clave en la realización del mismo.

.Concienciar a equipos multidisciplinares,en la búsqueda de mejoras a los problemas relacionados con la práctica asistencial; reforzando la comunicación entre ellos.

.La realización del "Manual de intervenciones para la NAVM" ha supuesto una gran ayuda para el cumplimiento del Proyecto.

Discusion:

.Disminución de las tasas de NAVM en nuestra UCI.

.Consideramos fundamental, adecuar el Proyecto a la particularidad de cada UCI.

.La seguridad del paciente está más consolidada con este Proyecto integral´

.Es prioritario la identificación de problemas o aspectos mejorables,tanto a nivel de procesos organizativos como asistenciales.

C-90

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE TRASTUZUMAB Autores:

MUÑOZ LUCERO M.T.; MARTÍNEZ BAUTISTA M.J.; ORTEGA MEJÍAS J.; LEDESMA FIGUEROBA A.; CANO ARES F. Y ARENAS VILLALOBOS A..

Objetivos:

Evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con trastuzumab administrado por vía subcutánea.

Material y Método:

Trastuzumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado recombinante contra el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2+) que recientemente se ha comercializado con una nueva formulación subcutánea, por lo que actualmente puede administrarse por vía intravenosa (IV) o subcutánea (SC).

Estudio transversal en el período comprendido entre 1/03/215 y el 25/09/2015 en el que incluyeron pacientes con cáncer de mama HER2+ a las que se les prescribió trastuzumab 600 mg, administrándolo por vía SC durante 5 minutos. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario EORTC-QLQ-030 modificado, que se contestó de forma anónima. La encuesta constaba de 13 preguntas cerradas, con 4 opciones de respuesta disponibles (no, un poco, bastante, muchísimo) y 2 preguntas de valoración de estado de salud y calidad de vida sobre una escala del 1 al 7. La encuesta se entregó a las pacientes tras la administración de al menos 3 dosis de trastuzumab SC.

Resultados:

En el período del estudio se contestaron 22 encuestas de pacientes diferentes. 15 pacientes no presentaron impedimento para realizar sus actividades cotidianas, mientras que 10 manifestaron no tener dificultad para actividades de mayor esfuerzo. 10 pacientes tenían dificultad para pasear (6 un poco y 4 bastante). En 14 pacientes el tratamiento no influyó en su vida familiar y en 17 tampoco influyó en su vida social. 10 pacientes contestaron no tener dificultad para dormir. En la zona de punción no se presentaron en la mayoría de los pacientes ni dolor ni escozor, sin embargo 11 pacientes contestaron haber tenido un poco de dolores musculares y de articulaciones 7 pacientes bastante y 1 paciente muchísimo dolor. En cuanto a emesis el tratamiento fue bien tolerado, solo 6 pacientes notificaron nauseas y 4 paciente vómitos.

De forma general, 18 de los 22 pacientes consideraron que su estado de salud y su calidad de vida desde que iniciaron el tratamiento con trastuzumab SC era bueno, con una puntuación entre 5 y 7.

Discusion:

Muchas de las terapias dirigidas que se utilizan en el tratamiento del cáncer por vía IV están siendo investigadas para su utilización por otras vías de administración más cómodas para el paciente. El desarrollo de nuevas formulaciones farmacéuticas que se adapten mejor a las necesidades de los pacientes puede contribuir a aumentar su calidad de vida.

Aunque desconocemos en nuestro estudio la calidad de vida de las pacientes con la administración IV de trastuzumab, en general la administración SC ha sido bien tolerada, valorando las pacientes positivamente la calidad de vida percibida y el estado de salud. Las encuestas de calidad de vida nos permiten realizar una atención eficiente que mejore la satisfacción de las necesidades de las personas.

C-91

Centro:

Hospital Nuestra Señora de la Merced

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA EN LA FASE PRE ANALÍTICA.

Autores:

MEDINA PÉREZ M.J.; NAVARRO ALBA L.; REPULLO SÁNCHEZ S.; NAVARRO ALBA A. Y DÍAZ CRUZ P..

Objetivos:

Objetivo principal:

Conocer el grado de cumplimiento de los criterios de calidad en las extracciones sanguíneas en el Área de Gestión Sanitaria de Osuna.

Objetivos secundarios:

Conocer el número de incidencias en la fase pre analítica por cada centro de AP y unidad de hospitalización.

Valorar las incidencias más frecuentes en la fase pre analítica por cada centro de AP y unidad de hospitalización.

Comparar el número de incidencias según el material de punción utilizado.

Conocer el tipo de incidencias según las distintas zonas de extracción del Área Sanitaria de Osuna.

Relacionar cada incidencia con los criterios de calidad llevados a cabo en esa zona de extracción.

Material y Método:

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal que se ha desarrollado durante los meses de marzo a mayo de 2015. Se observaron las extracciones sanguíneas llevadas a cabo en aquellos centros de salud que cuentan con extracciones a diario y en las unidades de hospitalización de medicina interna,traumatología y cirugía, unidad de extracciones de consultas externas y anestesia, así como las extracciones llevadas a cabo en las consultas de enfermería de urgencias del AGS de Osuna. Se determinó un volumen muestral de 30 observaciones por unidad de extracción. Se estudió el cumplimiento de los criterios de calidad por parte del personalde enfermería y las incidencias acaecidas.

Resultados:

Se han observado 360 extracciones de las cuales 210 se realizaron en los centros de salud y 150 en unidades de hospitalización, se produjeron un total de 4 incidencias, 2 provenientes de cada sitio. El 75% de las incidencias correspondió a muestra coagulada, el 25% restante fue muestra no recibida.

Discusion:

Sin establecer una relación directa, podemos decir que en las unidades donde se produjeron las incidencias de muestra coagulada, no se suelen cumplir los criterios de calidad para sistemas de extracción ni homogenización de la muestra.

-El número de incidencias encontradas en la fase pre analítica fueron cuatro.

-La incidencia más frecuente que se observó en cada centro de salud fueron muestra coagulada y muestra no recibida, mientras que en el servicio de medicina interna del hospital las dos incidencias fueron muestra coagulada.

-En las tres incidencias notificadas como muestra coagulada se usó un sistema de extracción convencional de aguja y jeringa.

C-92

Centro:

San Juan de Dios del Aljarafe

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

METODOLOGÍA CAUSA-RAÍZ COMO HERRAMIENTA BÁSICA DE DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

MORENO RAMOS M.D.; GARCÍA SÁNCHEZ M.A. Y ORTIZ FLORES A..

Objetivos:

Análisis sistemático, regular y minucioso de eventos adversos acaecidos en nuestro servicio así como de sus potenciales causas, utilizando la metodología causa-raíz, con el propósito de aprender de ellos para eliminarlos o reducir su probabilidad ó impacto en el futuro. Esta herramienta identifica factores que contribuyeron a riesgos ocurridos y eventos adversos, investiga retrospectivamente qué, cómo, por qué ocurrió en busca de la causa – raíz y orienta los resultados obtenidos para reducir el nivel de riesgo de los procesos que integran el servicio de la organización.

Material y Método:

Se estudiaron dos eventos adversos ocurridos en nuestro servicio y se analizaron siguiendo la metodología causa –raíz por un equipo multidisciplinar (radiólogo, enfermero, TSID, administrativa, auxiliar de transporte)

Uno se trató de una reacción adversa al contraste yodado y el otro a un error en la identificación de un paciente previo a la realización de una exploración radiológica

Resultados:

En el primer caso, la técnica requería la administración de yodo intra-articular y no se tomó en consideración que el paciente era alérgico a algunos medicamentos ya que en el protocolo establecido hasta la fecha para esta exploración no se incluía este ítem. La posibilidad de reacción alérgica tras la administración de contraste por vía endovenosa está ampliamente corroborada por la evidencia científica no así por vía intra-articular, no existiendo casos referenciados en la bibliografía. Por este motivo, en el protocolo de las técnicas en las que se administra yodo por vía endovenosa, hay que cumplimentar de modo obligatorio si el paciente es alérgico a alguna sustancia ya que la existencia de algún tipo de alergia aumenta la posibilidad de desarrollar reacciones a otros compuestos. El análisis realizado fue clave para incluir este ítem en dicho protocolo.

En el segundo caso, hubo varios fallos en cadena. En primer lugar hubo un error de los sistemas informáticos HIS y RIS que no se sincronizaron y no actualizaron el mapa de camas. Posteriormente, no se llevó a cabo por el personal la comprobación de la identidad del paciente antes de la exploración. La aplicación de esta metodología permitió la detección de errores y la instauración posterior de las acciones correctivas necesarias para la prevención del suceso en el futuro.

La dinámica de trabajo se vio favorecida por la implicación de varios estamentos que creó un ambiente propicio con sentimiento de pertenencia a un grupo motivado por la necesidad de resolver los problemas que se planteaban, con el fin de ofrecer un mejor servicio y más seguro al paciente.

Discusion:

Consideramos la metodología causa-raíz una herramienta útil y valiosa en el estudio de eventos adversos. Permite controlar o reforzar adecuadamente los procesos y factores en los cuales la posibilidad humana de errar (factibilidad) puede tener lugar y además favorece el trabajo en equipo.

C-93

Centro:

HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VIII

CALIDAD DE LOS REGISTROS PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN CUIDADO HOSPITALARIO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Autores:

SALINAS PEREZ V.; TRILLO LOPEZ P.; CABELLO DOMINGUEZ M.; RODRIGUEZ NIETO A. Y TORRES PEREZ L.F..

Objetivos:

INTRODUCCION

Las úlceras por presión (UPP) deberían ser resueltas en el tiempo de ingreso, pero si persiste al alta, un registro informático con indicadores epidemiológicos de calidad 1 y orientado a la continuidad asistencial y coordinación interniveles, es una potente herramienta de comunicación y gestión 2 en seguridad del paciente 3, reduce complicaciones 4 y recursos económicos invertidos 5.

OBJETIVOS

Evaluar nivel de calidad de registros de enfermeras ante pacientes con UPP y alta hospitalaria.

Específicos

Describir datos del registro de altas de hospitalización (CMBD) ante episodio de UPP en pacientes de alta hospitalaria y analizar indicadores epidemiológicos de calidad en Informe de Cuidados al Alta (ICA) para la correcta comunicación internivel.

Material y Método:

Estudio descriptivo, evaluativo y transversal. Muestra de registros de pacientes del total de altas de hospitalización del CMBD de enero-junio 2015 y ante episodio de UPP. La unidad de estudio es el código de diagnóstico de UPP con marcador Present on Admisión (POA) incluyendo POA-S y POA-N y el registro en ICA de pacientes con UPP en Diraya de atención hospitalaria (DAH) buscando estándares de calidad de UPP6: Registro de la lesión, Registro de evolución y Registro de tratamiento. Análisis estadístico descriptivo. Estudio aprobado por el Comité de Ética de Investigación Provincial de Málaga

Resultados:

De 192 registros de pacientes según CMBD de UPP de enero-junio 2015, menos 3 registros por no uso del DAH y 44 registros de alta por exitus, se configuró una muestra final de 147 registros de pacientes: 113 con POA-S (Prevalencia de registro de UPP en 58,85%) y 83 con POA-N (Incidencia del periodo de registro de UPP en 43,23%). El 70,07% presentan ICA al alta, sólo un 12,25% tienen 3 estándares de calidad en ICA, y 46,04% son registros de pacientes sin estándares. El registro de la lesión aparece en un 40,14%, y hay presencia del estándar de tratamiento, pero sólo un 17,69% presenta 2º estándar sobre fecha y evolución final de la UPP en ICA.

Discusion:

Los resultados del CMBD de UPP son una muestra significativa de pacientes sensibles al registro profesional, con pacientes sin ICA al alta tras estancia hospitalaria y casi la mitad de registros de pacientes no presentan ningún estándar de calidad en ICA. La no evolución de las UPP previamente al registro de ICA puede ser obstáculo en la transferencia correcta de información entreniveles, e incluso aún es bajo el registro en DAH de las UPP. La prospectiva del estudio es mejorar los registros de los profesionales sanitarios y el conocimiento de la herramienta DAH, valorando incluso otros estándares de calidad en los ICA al alta, como criterios de resultados NOC o la presencia de dolor en beneficio del cuidado y transferencia de información internivel en el paciente con UPP.

C-94

Centro:

Hospital General Reina Sofía

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

MEDICIÓN DE LA PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN LA UGC DE CIR. CARDIOVASCULAR HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Autores:

RECIO RUFIAN M...; CONEJERO JURADO M.T.; LÓPEZ ROMERO R...; TEJEDOR FERNÁNDEZ M...; BERENGUER GARCÍA M.J. Y MIÑARRO DEL MOR

Objetivos:

Objetivo general:

- Estimar la prevalencia y la naturaleza de los eventos adversos de los pacientes ingresados en la UGC de Cirugía Cardiovascular.

Objetivos específicos:

- Identificar los tipos de EA que aparecen durante la asistencia a los pacientes hospitalizados en la UGC de Cirugía Cardiovascular.

- Estimar la prevalencia de EA en la UGC del estudio.

Material y Método:

Para la evaluación y análisis de historias de la UGC de CCV, se ha formado un equipo de trabajo del propio Servicio, compuesto por: dos FEA de Cirugía Cardiovascular, dos DUE de Cirugía Cardiovascular, dos FEA del Servicio de Calidad y Documentación Clínica y un DUE del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Este equipo de trabajo ha definido un catálogo "propio de la Unidad de Cirugía Cardiovascular" de eventos adversos, que se han ido identificando a lo largo de la evaluación y análisis de las historias clínicas.

Es por esta circunstancia, que la evaluación y análisis de las historias están hechas por profesionales de la propia Unidad, que aumenta sensiblemente el porcentaje en la detección de eventos adversos en cirugía cardiovascular, no encontrando en este momento referencias bibliográficas de estudios de la especialidad de Cirugía Cardiovascular que nos puedan indicar si el resultado es alto o bajo

Alcance del proyecto: Pacientes atendidos en régimen de hospitalización en la UGC de Cirugía Cardiovascular en el periodo de estudio.

Resultados:

Las evaluaciones se hicieron en el periodo comprendido entre el 12/05/2014 hasta08/05/2015, con el equipo evaluador entrenado, multidisciplinar y perteneciente a la UGC de CCV.

Se analizaron un total de de 90 historias de pacientes ingresados y dados de alta en la UGC de CCV en dicho periodo. Las historias revisadas eran tanto en formato papel como formato digital o ambas juntas. Este análisis supuso la revisión de un total de 425 estancias y en las que se detectaron 158 eventos adversos.

Los Efectos adversos por 1000 pacientes-día de estancia (c/b * 1000) fueron de: 371,8 y el número de Efectos adversos por paciente (c/a) fue de 1,9.

De todo este análisis se desprende que los pacientes ingresados que han sufrido efectos adversos (Número de pacientes que han sufrido uno o más efectos adversos / número de pacientes ingresados x 100). Han sido un total de: 54,4 %. De ellos, el 98,1% (155 casos) fueron eventos adversos tipificados como leves (tipo E y F).

Discusion:

En vista a los resultados obtenidos se ha podido estimar la prevalencia y la naturaleza de un gran número de eventos adversos de los pacientes ingresados en la UGC de Cirugía Cardiovascular, identificar los tipos de EA que aparecen durante la asistencia a los pacientes hospitalizados .

C-95

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA CORDOBA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

RECOMENDACIONES AL ALTA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Autores:

MARISCAL MAESTRE T...; CARMONA BARRANCO M.J.; FERNANDEZ CARBONELL M...; FERNANDEZ CARBONELL A...; ÁVILA ROMÁN A... Y MUÑOZ CA

Objetivos:

Mejorar la adherencia al tratamiento y evitar ingresos en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular extracorpórea mediante la ejecución de talleres formativos de educación sanitaria precirugia y la elaboración de una guía de práctica clínica (GPC) sobre las recomendaciones al alta en el postoperatorio.

Material y Método:

Los pasos seguidos son los siguientes:

-Constitución del grupo elaborador de la guía, integrado por profesionales de atención especializada (médicos y enfermería de CCV).

– Formulación de preguntas siguiendo el formato PICO: paciente, intervención, comparación y resultado.

- Revisión bibliográfica de otras GPC.

En una primera fase se ha llevado a cabo una búsqueda de otras GPC y posteriormente se ha incluido en la muestra casos de cirugía programados para intervención con el objetivo de iniciar talleres de educación sanitaria precirugía y poder detectar a posteriori la necesidad de intervenciones para la mejora en el manejo de medicación, cuidados de herida, signos y síntoma de alarma…

Se pretende analizar reingresos y complicaciones de dichos pacientes mediante una análisis comparativo del método a priori basado en educación intrahospitalaria de corta duración, seguimiento telefónico posterior al alta y información aportada por especialista en revisión cardiaca a la semana, frente a talleres de educación sanitaria en grupos de pacientes que serán sometidos a cirugía, junto a la adquisición de GPC, seguimiento posterior vía telefónica y presencial.

Resultados:

La GPC contiene información para pacientes y herramientas de consulta rápida con el fin de que sean disponibles en la página Web y en el centro de referencia sanitario.

Las estrategias de difusión comprenden:

– Presentación oficial de la guía por parte de las autoridades sanitarias.

– Distribución de la guía de pacientes y difusión en las páginas Web de salud.

Esta GPC y las intervenciones educativas precirugia pueden ser útiles para dar respuesta a las cuestiones planteadas en la asistencia tanto del paciente que va a ser sometido o ya ha sido intervenido de cirugía.

Aun no se pueden arrojar resultados sobre el impacto de la GPC y los talleres de educación sanitaria en relación con los reingresos y complicaciones de estos pacientes, siendo el proyecto de reciente iniciativa y comienzo.

Discusion:

Los talleres precirugía y una GPC sobre las recomendaciones al alta tienen la virtud de beneficiar tanto a profesionales de la salud como a pacientes. Al personal sanitario porque les orienta en el manejo óptimo de esta situación y en la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles, y a los pacientes porque se benefician de una atención homogénea y de calidad y se les hace participes de su continuidad asistencial y de la responsabilidad de su autocuidado en su postoperatorio tardío.

C-96

Centro:
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
Provincia:
Córdoba
AreaTematica:
Seguridad del Paciente V

PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTANDARIZADOS PARA LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

Autores:
RIVERA ESPINAR F..

Objetivos:

Evitar eventos adversos (EA) asociados a la medicación inmunosupresora que reciben los pacientes trasplantados durante el postoperatorio inmediato en el área de Trasplantes de UCI

Material y Método:

Dentro del Programa de Seguridad del Paciente que se está desarrollando en la UGC M. Intensiva, se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar específico del área de trasplantes, encargado de mejorar la seguridad de estos pacientes. El grupo elaboró un catálogo de posiblesfallos causas y EA mediante el método AMFE, obteniendo el Índice de Prioridad de Riesgo (IPR). Los fallos identificados con mayor puntuación de IPR fueron aquellos relacionados con el uso de la inmunosupresión. Las acciones preventivas determinadas por el grupo se basaban en la elaboración de procedimientos (POEs) que estandarizaran el manejo del tratamiento inmunosupresor

Resultados:

Se estableció un cronograma de trabajo y designación de responsables. A lo largo de 4 meses de sesiones, con puestas en común, revisión y aprobación por integrantes del grupo, se han elaborado los siguientes POEs: 1º)Prescripción y administración correcta del tratamiento inmunosupresor, que incluye: características básicas de los diferentes tipos de inmunosupresores, guía de presentaciones farmacológicas disponibles en el hospital; horario, dosis y vías de administración recomendadas, listado de verificación de administración. 2º)Almacenaje y dispensación adecuados, que incluye: listado de medicación y cantidad mínima necesaria que debe de estar disponible en stock, sistema de control de caducidades y reposición del stock, listado de verificación de revisión del stokage.

3º)Monitorización de los niveles plasmáticos, que incluye: hora y vía de extracción, sistema para el traslado de muestras al laboratorio. Una vez validados por la Comisión de Seguridad de UCI, se desarrolló un Programa de Comunicación para su difusión que consistía en: puesta a disposición de la responsable de Documentación de UCI para su incorporación al sistema de archivo informático, sesiones formativas acreditadas, elaboración y colocación de un tríptico recordatorio en el área de Trasplantes, inclusión de los aspectos clave en el Plan de Acogida de la UGC.

Discusion:

El método AMFE ha permitido identificar errores de variabilidad individual en el manejo de fármacos inmunosupresores, así como cuales son los procedimientos necesarios para evitarlos. La metodología empleada permitió alcanzar el objetivo inmediato de elaborar y aplicar los POEs. Falta por evaluar la efectividad de estos procedimientos en la mejora de la seguridad del paciente en el área de trasplantes.

C-97

Centro:

Distrito Sevilla

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

RAMOS CALERO J.E.; PALMA MORGADO D.; FERNANDEZ URRUSUNO R.; CAMACHO DOMÍNGUEZ J.C.; PAJARES DE QUIRÓS I. Y VELAZQUEZ SALAS A..

Objetivos:

Conocer el impacto de una intervención en la conciliación de la medicación en Atención Primaria.

Material y Método:

Estudio transversal en pacientes con alta hospitalaria reciente, en un Distrito de Atención Primaria. El periodo evaluado fue de marzo–septiembre 2015.

La intervención consintió en el envío semanal del listado de pacientes con informe de alta hospitalaria reciente (excluyendo obstetricia), a los titulares de la clave médica, para realizar la conciliación de la medicación.

La fuente de información principal utilizada fue la historia clínica digital ("botón variable").

Para realizar la conciliación, la Unidad de Farmacia del Distrito, realizó un cuestionario que se incorporó en la Historia de Salud. Este cuestionario recoge información del área hospitalaria de procedencia, especialidad médica que realiza el alta y las siguientes cuestiones:

contraindicaciones, interacciones, duplicidades y si se modifica la prescripción. Cada cuestión tiene una respuesta dicotómica, dejando un apartado de observaciones donde el profesional detalla la intervención

El departamento de Sistemas de Información mantiene un cuadro de mando que retroalimenta a los profesionales.

Resultados:

Se han realizado 7546 registros, 286 en los dos meses antes de que se retroalimentara a las unidades con el informe de alta (140/mes) y 7267 en los meses posteriores (1575/mes). El número de altas conciliables fueron 10.564 (6083 de HV Rocío y 4481 del HV Macarena) lo que supone el 68,8% de altas conciliadas.

En la revisión se encontró una prevalencia de contraindicaciones de 3.31%, un 5.34% de duplicidades y un 2.29% de interacciones (8.81% de informes de alta con incidencias en la prescripción). En la revisión al alta se añadieron 4241 prescripciones, se modificaron 981 y se retiraron 1206 fármacos de la Hª de salud del paciente (Receta XXI).

Por especialidades, en términos absolutos, las que registraron mayor número de incidencias fueron Medicina Interna (20%), Cardiología (12%), Cirugía Ortopédica y Traumatología (12%), Psiquiatría (12%), Cirugía General (7%), Ap Digestivo (6%), Neurología (5%), Neumología (4%), Urología (3%). Las especialidades que tuvieron una prevalencia mayor de incidencias y que estuvieron por encima de la media fueron Psiquiatría (24,76%), Angiología y Cirugía Vascular (14,00%), Cardiología (12,77%), Neurología (12,66%), Neumología (12,04%), Cirugía Cardiovascular (11,27%), Medicina Interna (10,27%), Hematología y Hemoterapia (10,24%).

La revisión sistemática de posibles incidencias mediante la retroalimentación del informe de alta mejoró el porcentaje de altas conciliadas (χ^2 $p<0.001$ Dif de Riesgo 61.86% (60.68%-63.04%)).

Discusion:

Existe un importante escalón entre los diferentes niveles asistencial que genera inseguridad para el paciente en cuanto a eventos adversos asociados a la medicación. Conciliar la medicación de manera sistemática favorece la prevención de eventos adversos potencialmente evitables.

C-98

Centro:

Complejo hospitalario Huelva

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

ESTRATEGIA DE MEJORA PARA LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN PACIENTES

Autores:

BASQUERO GLEZ B.; ESTAIRE GUTIERREZ J.; LINARES ARMADA R.; RODRIGUEZ MARIN M.; MARTIN GLEZ B. Y PILO LOPEZ M.C..

Objetivos:

Diseño de metodología de trabajo para la prevención de riesgo de error de medicación.

Conciliación de medicación al ingreso en pacientes de riesgo (>65ª+polimedicados+medicación riesgo).

Prescripción segura de medicación, facilitar continuidad al alta.

Material y Método:

Conjuntamente con el servicio de Farmacia Hospitalaria, se ha diseñado este procedimiento para mejorar la conciliación de la medicación de los pacientes al ingreso y al alta hospitalaria en pacientes susceptibles que cumplen los 3 siguientes criterios:

• >65a,

• polimedicados (>6 medicamentos)

• incluyen algún medicamentos de riesgo (establecido según criterio del ISMP)

Desde el servicio de Farmacia Hospitalaria se ha diseñado una hoja para cumplimentación por parte del paciente (preferiblemente) o familiar autorizado (cuidador@ principal) o en su defecto por DUE/facultativo, en el momento de su ingreso en planta, para facilitar la conciliación domiciliaria del tto crónico del paciente con la medicación prescrita durante su ingreso así como facilitar el tto al alta.

Encuadrada en la entrevista clínica realizada en la práctica diaria con los pacientes y/o familiares, indicando la importancia que los profesionales debemos conceder a las habilidades de comunicación dentro de la seguridad del paciente, en este caso la seguridad en el uso del medicamento. El cuestionario se inicia con la identificación inequívoca del paciente, Información que se recoge en la HªCl. de ingreso "el listado de medicación que el paciente toma en domicilio

incluida dosis, frecuencia y vía de administración. En 2º tiempo esta información se contrasta con la medicación activa prescrita que consta en DAE (historia clínica informatizada) y 3º se procede a la prescripción informatizada.

Resultados:

(Muestreo piloto) Principales errores (preliminares) observados: En nuestra primera valoración lo más frecuente que ocurre es que no se suspende medicación previa anticoagulante (pacientes con hematuria) o no se tiene en cuenta la cifra de creatinina en el ajuste de dosis de ciertos medicamentos. L@s participantes se sienten satisfech@s de iniciar esta experiencia, perciben que les aporta mayor seguridad y confianza durante su ingreso, tienen la sensación de sentirse útiles para el sistema sanitario y son más conscientes del autocuidado y la automedicación responsable.

Discusion:

Prevenir errores de medicación. Facilitar la conciliación al ingreso, adherencia al tto y la continuidad del mismo al alta. Facilitar la sinergia con Farmacia hospitalaria nos hace a todos más efectivos.

C-99

Centro:

UGC PEDIATRÍA HU REINA SOFÍA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

DISEÑO Y DESPLIEGUE DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL INFANTIL

Autores:

RUMBAO AGUIRRE J.M.; TAPIA SERRANO M.J.; BERENGUER GARCIA M.J.; MIÑARO DEL MORAL R.; PEREZ NAVERO J.L. Y TEJEDOR FERNANDEZ M..

Objetivos:

Presentar el proceso de diseño y despliegue de un plan de seguridad del paciente (PSP) para un entorno complejo como es un hospital infantil.

Material y Método:

Tras designar como coordinadores del plan a un médico y a una enfermera se definieron los procesos fundamentales de la UGC: Urgencias, Consultas Externas, Hospitalización, Neonatología y Cuidados Intensivos pediátricos. Para cada proceso se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar (celador, auxiliar de enfermería, residente de pediatría, enfermero, pediatra) coordinado por un profesional (médico o enfermero), implicando inicialmente un total de 40 profesionales. Se aplicó como método el AMFE con el apoyo del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

Resultados:

Se desarrollaron los cinco PSP correspondientes a los procesos definidos. El conjunto de los planes constituye el PSP global de la UGC. En cada uno de los grupos se elaboró el catálogo de fallos, causas y eventos adversos y se recabaron las propuestas de medidas preventivas. Se realizó la priorización de los fallos en función de su frecuencia, gravedad y criticidad y se llevó a cabo una selección inicial de acciones preventivas a abordar en una primera fase. Tras detectar aspectos comunes entre los grupos de trabajo se decidió la formación de grupos transversales que actúen de forma global sobre: medicamento, dolor, accesos venosos, infecciones y RCP. Se constituyó la comisión de seguridad de la UGC formada por los coordinadores generales y los de cada plan. Se presentaron los planes y su proceso de elaboración a todos los profesionales de la UGC (380) en reunión plenaria contando con la presencia de la dirección gerencia del centro.

Discusion:

El trabajo en torno a la seguridad del paciente constituye una buena práctica fundamental. Y la elaboración del PSP es la piedra angular que posibilita el trabajo presente y futuro. Para que sea útil y realista debe de ser elaborado por los propios profesionales, viéndose todos reflejados y utilizando una metodología validada siendo conveniente que sea presentado de manera oficial al resto de profesionales. Es de gran utilidad la selección de las medidas correctoras. El establecimiento de grupos transversales ante problemáticas comunes de los grupos evita duplicidad de trabajo y aúna esfuerzos. Así mismo, la constitución de una comisión de seguridad afianza la estructura y dinamiza el proceso. Como conclusiones, cabe destacar:

Se elaboró el PSP empleando una metodología validada y que refleja la realidad de la UGC.

Es importante contar con un equipo multidisciplinar que valore de manera integral todos los aspectos del plan.

Es útil la selección de medidas correctoras como punto de partida para el trabajo posterior a la configuración del plan.

Es necesario comunicar el PSP de manera oficial al resto de profesionales y contar con el respaldo de la dirección hospitalaria.

Resulta eficiente establecer grupos de trabajo transversales y contar con una comisión de seguridad en la UGC.

C-100

Centro:

REHABILITACION Y TRAUMATOLOGIA VIRGEN DEL ROCIO

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

APORTACIONES DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS DE MOVIMIENTO EN EL PACIENTE CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR

Autores:

ALCAZAR RUEDA E.; FERNANDEZ TORRICO J.M.; PEÑA DE LA CUEVA M.D.; PERONA MIGUEZ M.; JANEIRO RODRIGUES L.M. Y ECHEVARRIA RUIZ DE BARGAS C.

Objetivos:

Conocer la utilidad clínica del uso del laboratorio de análisis de movimiento en pacientes con amputación de miembro inferior, orientada a la mejora de la seguridad del paciente.

Material y Método:

Se han evaluado 30 pacientes amputados de miembro inferior desde octubre de 2013 hasta septiembre de 2015. Las evaluaciones se han llevado a cabo durante el período en el que asisten a sala de Fisioterapia en la unidad de Ortoprótesis o derivados desde consultas externas cuando acuden a revisión.

Nuestro laboratorio 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 para realizar estudios 3D. 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, donde realizamos los estudios posturográficos, incrustada en medio del pasillo de marcha de 4 metros de longitud y un electromiógrafo de superficie de 8 canales.

Resultados:

Como principales resultados caben destacar la obtención de datos donde podemos valorar intervenciones específicas para optimizar la marcha como los ajustes en la alineación, decidir sobre la elección de componentes protésicos, monitorizar el progreso de rehabilitación y valorar la distribución de cargas y el equilibrio.

Discusion:

Esta herramienta tiene una gran fortaleza intrínseca y su valor agregado son las evaluaciones objetivas y cuantitativas que desarrolla y el diagnóstico final que señala las posibles causas generadoras de las alteraciones en la marcha.

Una de las ventajas de esta herramienta es la reducción del tiempo que emplean los expertos en hacer modificaciones en las prótesis para llegar al ajuste correcto.

La valoración de la distribución de cargas es un punto de referencia importante ya que ayuda a tomar las medidas oportunas para preservar miembro sano, prestando especial atención al pie diabético y el equilibrio, aspecto fundamental en la prevención de caídas como medida de seguridad del paciente.

Actualmente tenemos esta puerta abierta para futuros proyectos en el área de evaluación del paciente amputado con el fin de desarrollar nuevos conocimientos aplicables en este campo.

C-101

Centro:

H.U.R.S. CORDOBA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

seguridad del Paciente VI

FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE LA UGC DE PEDIATRÍA

Autores:

TAPIA SERRANO M.J..

Objetivos:

- Estimar la frecuencia y la naturaleza de los eventos adversos (EA) de los pacientes ingresados en la UGC de Pediatría.
- Identificar los tipos de EA que aparecen durante la asistencia a los pacientes hospitalizados en la UGC de Pediatría.

Material y Método:

Análisis semi-estructurado de las historias clínicas (HHCC) de los pacientes atendidos en la UGC en el periodo de Noviembre 2014-Abril 2015. Criterios de inclusión: Pacientes atendidos en régimen de hospitalización en la UGC de Pediatría en el periodo de estudio. Se excluyen exploraciones complementarias y atención ambulatoria.

Se revisan las HHCC de pacientes dados de alta en la semana anterior al día de la evaluación. El día de la revisión se decide al azar, y se realiza con una periodicidad mensual.

La evaluación la realiza un equipo formado por un pediatra y dos enfermeras de la unidad, asesorados por dos profesionales del Servicio de Calidad y Documentación Clínica y con conocimientos en Seguridad del Paciente. En cada sesión se revisan las HHCC (en formato papel y digital) y se registran los eventos encontrados. Cada enfermera revisa un caso y, si existen dudas, consensúan entre las dos y si no hay acuerdo el médico decide la inclusión o no como EA.

En la ficha de recogida de datos se contemplan las siguientes variables: sexo, edad, nº de HC, fechas de ingreso y alta, tipo de EA, turno en el que se produce el EA, gravedad y descripción breve del EA. A partir de estas variables se calcula el nº de estancias analizados y diversos indicadores de frecuencia de EAs.

Resultados:

En el periodo de estudio se han realizado 7 cortes de revisión de HHCC en los que se han analizado 76 episodios que suponen 432 estancias. La distribución de casos por sexo es muy similar (51.3% de varones y 48.7% de niñas) y la edad media se sitúa en torno a los cuatro años. Se identificaron un total de 58 EAs que se concentraban en 30 episodios, lo que representa que el 39.5% de pacientes presentaron al menos un EA durante su ingreso y que, de cada mil días de estancia, aparece un EA en 134 de ellos. En relación con el tipo de EA, los más frecuentes fueron: dolor (tras procedimiento 12.1% de los EAs y dolor no quirúrgico 8.6%), extravasaciones (10.3%) y vómitos (6.9%). Sólo uno de los EAs fue considerado grave.

Discusion:

La frecuencia de EAs en la unidad es consistente con la encontrada en la bibliografía pediátrica de metodología similar (36.7% de episodios en Kirkendall et al, 2012) si bien la gravedad es menor en nuestro contexto (98.3% de EAs de categoría E: Daño temporal al paciente que requiere intervención clínica, frente al 76% de la bibliografía). Ha sido posible conocer la frecuencia y tipología de EAs, a un coste aceptable, mediante revisiones de HC sistemáticas y regulares en el tiempo. Como consecuencia de este estudio se han realizado diversas actuaciones en la unidad orientadas a reducir los EAs detectados.

C-102

Centro:

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

seguridad del Paciente VI

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE RUIDO AMBIENTAL EN UNA UCI DE NIVEL II

Autores:

LARA DOMÍNGUEZ P.; DE LA TORRE PRADOS M.V. Y GONZÁLEZ ORIHUELA D..

Objetivos:

Conocer la percepción que los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico de Málaga,tienen sobre el ruido en la unidad.

Analizar si el ruido ambiental que se genera en la UCI del Hospital Clínico de Málaga es excesivo.

Realizar evaluación acústica a través de un sonómetro para conocer los decibelios producidos en los diferentes turnos de trabajo.

Identificar diferentes tipos de intervenciones para reducir el ruido ambiental producido en la unidad.

Material y Método:

Estudio prospectivo de intervención cualitativa a nivel individualizado y medioambiental, realizado sobre 130 pacientes ingresados en UCI,con Glasgow 15 y 48h de ingreso.Se utilizaron cuestionarios de calidad asistencial validados para conocer la percepción de los pacientes sobre las condiciones de la unidad, incluyendo el ruido ambiental.Se evaluó acústicamente la UCI a través de sonómetro clase I muy preciso y se identificaron intervenciones que pudieran reducir el ruido como uso de tapones,disminución de alarmas,cierre de puertas,carteles,etc. Tras intervenciones, se volvieron a pasar encuestas y a realizar mediciones.Los datos se trataron mediante software del sonómetro y paquete informático SPSS.

Resultados:

El 75,8% de los pacientes,consideran las condiciones de la unidad excelentes en relación a iluminación, temperatura,limpieza,etc.Antes de las intervenciones, el 65% consideraba existencia de más ruido del necesario frente al 35% que opinó que no.Tras intervenciones, disminuye la percepción de ruido de los pacientes,con un 56,8% que opina la existencia de más ruido frente al 43,2% que refiere que no.De los pacientes que percibieron la existencia de más ruido,la noche es considerada como el momento del día más ruidoso. Las fuentes de ruido detectadas como más molestas,fueron las conversaciones de los profesionales, el tono elevado de voz y las alarmas.Las mediciones, mostraron que se sobrepasan los límites recomendados por la OMS de 40dB durante el día y 35dB de noche. No obstante,las segundas mediciones realizadas tras intervenciones fueron más bajas, manteniendo niveles medios de 60dB,por lo que éstas resultan ser eficaces.

Discusion:

Las personas que se encuentran en un hospital,son más susceptibles de sufrir sus efectos por su condición de enfermedad,por lo que es necesario un control exhaustivo del ruido para evitar complicaciones. Resulta complicado conseguir llegar a los niveles de que propone la OMS,ya que no sólo depende del cambio de rutinas de trabajo, sino que influye también la maquinaria de la unidad.De las mediciones realizadas en el 2013 y las del 2015, se concluye que se han disminuido casi a la mitad los niveles de ruido existentes en la unidad, ya que los resultados muestran una diferencia de unos 3 dB,lo que en acústica significa que los niveles sonoros percibidos son la mitad.Las intervenciones puestas en práctica han resultado ser útiles para disminuir los niveles de ruido,pero se precisa de mayor implicación del equipo multidisciplinar de UCI para continuar atenuando los niveles existentes.

C-103

Centro:

Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

seguridad del Paciente VI

¿TENEMOS CONOCIMIENTOS SUFICIENTES DE ULCERAS POR PRESION EN LOS NIÑOS?. ESTADO ACTUAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autores:

MULA DOMÍNGUEZ M.J..

Objetivos:

- Determinar el grado de formación sobre la detección del riesgo, prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP)de las enfermeras y los técnicos de cuidados enfermeros de una unidad de pediatría y neonatología en un hospital de tercer nivel.

- Analizar la opinión de estos profesionales sobre la implantación y desarrollo de protocolos de prevención y tratamiento de las UPP.

Material y Método:

Estudio descriptivo observacional transversal. La población de estudio son 145 profesionales de Enfermería. Se selecciona una muestra representativa de 106 profesionales. Se utiliza un cuestionario realizado a partir de las recomendaciones de prevención y tratamiento de UPP contenidas en los documentos publicados por el Grupo nacional sobre estudio y asesoramiento en ulceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP) y diferentes Guías de práctica clínica. En ella se analizan

variables como: edad, años de experiencia, última formación recibida, conocimientos sobre prevención y tratamiento de la UPP, escalas de valoración pediátricas y variables relacionadas con la mejora sobre la formación en UPP.

Resultados:

Actualmente se está realizando el estudio estadístico de los datos obtenidos tras realizar la encuesta a los profesionales.

Discusion:

Se ha determinado la actualización en UPP y el desarrollo de protocolos de actuación que unifiquen conocimientos y actuaciones de todos los profesionales de Enfermería.

C-104

Centro:

H.U. Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

seguridad del Paciente VI

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: RIESGOS E INTERACCIONES DE LA UTILIZACIÓN DE PLANTAS MEDICINALES

Autores:

ROMERO HERNÁNDEZ I.; BULO CONCELLÓN R.; SALGUERO OLID A.; SUÁREZ CARRASCOSA F.J.; HUERTAS FERNÁNDEZ M.J. Y MARTÍNEZ BA

Objetivos:

Análisis y difusión de los posibles riesgos asociados al consumo de plantas medicinales de uso extendido.

Material y Método:

Se escogieron una serie de plantas medicinales de uso habitual y se realizó una revisión bibliográfica sobre los riesgos asociados a su uso y posibles interacciones con otros medicamentos.

Las bases de datos revisadas fueron: "About herbs, botanical and other products" del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, "MedFacts Natural Products" de la web www.drugs.com, "Hierbas y suplementos" disponible en MedlinePlus, así como fichas técnicas de medicamentos a base de plantas registrados en la Agencia Española del Medicamento.

Resultados:

Se revisaron 18 plantas medicinales de uso común: ajo, cohosh negro, arándanos, curcumina, equinácea, ginkgo, ginseng, graviola, hierba de San Juan, jengibre, matricaria, onagra, soja, palma enana americana, té verde, valeriana, uña de gato y yohimbina. Como reacciones adversas más frecuentes encontramos: trastornos gastrointestinales 61% (11), hemorragias 50% (9), por lo que en muchos casos se recomienda suspender un tiempo determinado previo a una intervención quirúrgica, y cefalea 33% (6). Como interacciones más frecuentes con otros medicamentos encontramos: anticoagulantes orales 56% (10), con sustratos del CYP 3A4 56% (10), antihipertensivos 28% (5) y ansiolíticos/antidepresivos 28% (5). También es importante mencionar por su importancia que el 22% (4) presentaban interacciones con algún citostático o inmunosupresor, por lo que se puede poner en riesgo tanto la eficacia, como la seguridad del tratamiento farmacológico.

Se elaboró cartel informativo que se distribuyó por las dependencias del hospital para los usuarios y se difundió a todos los profesionales con motivo de la campaña "11 meses 11 causas" en el mes de abril dedicado al uso seguro de los medicamentos.

Discusion:

Existe la falsa percepción de que los productos a base de plantas son inocuos e incluso ventajosos por su carácter "natural", pero natural no es sinónimo de seguro. Los estudios de eficacia al respecto son limitados, sin embargo se han descrito numerosos efectos adversos. Además, es frecuente el consumo de plantas medicinales en combinación con medicamentos, existiendo interacciones de relevancia clínica entre ambos. Por lo tanto, es importante que en la historia farmacoterapéutica se recoja si un paciente toma algún suplemento a base de plantas naturales, así como insistir a la población que antes de usar un producto natural consulte al médico o farmacéutico. Las campañas informativas destinadas a profesionales y usuarios pueden mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

C-105

Centro:

H.U. Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

seguridad del Paciente VI

MEJORA DE SEGURIDAD Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS CON LA CENTRALIZACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE ROMIPLOSTIM EN UGC FARMACIA

Autores:

ROMERO HERNÁNDEZ I.; SUÁREZ CARRASCOSA F.J.; BLANCO SÁNCHEZ G.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ M.; MANZANO MARTÍN M.V. Y MARTÍNEZ BAUT

Objetivos:

Describir el impacto a nivel de seguridad y coste obtenido a través de la agrupación de pacientes y la centralización de la preparación de romiplostim en la cabina de flujo laminar de la UGC de Farmacia.

Material y Método:

La presentación comercial de romiplostim se encuentra sobredosificada de forma que tras la reconstitución con su disolvente se consigue una concentración final de 500 mcg/ml. Tras una reacción adversa al tratamiento con romiplostim en una paciente con una dosis prescrita de 250 mcg en la que se observó trombocitosis por una probable sobredosificación (un vial completo de romiplostim 250 mcg/0.5 ml puede contener hasta 360 mcg), se decidió centralizar la preparación de

este medicamento en la Unidad de Mezclas Intravenosas de la UGC de Farmacia. Al observar que se podía desechar una cantidad importante del vial en función de la dosis prescrita, se decidió junto a los médicos prescriptores, citar a los pacientes para que acudiesen el mismo día de la semana a administrarse el tratamiento y así poder optimizar el uso de los viales.

Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo sobre las preparaciones de romiplostim desde enero hasta septiembre de 2015que se han elaborado en esta unidad. Se ha revisado la base de datos en la que registramos las dosis de romiplostim que se administran a los distintos pacientes junto con el número de viales que corresponderían a la dosis de 250 mcg/vial, y el número de viales que utilizábamos realmente. El ahorro se calculó mediante la diferencia entre el coste real del consumo de romiplostim y el coste teórico que se hubiera generado en el caso de dispensar los viales para su preparación directamente en hospital de día, asumiendo que el vial se desecha tras su utilización.

Resultados:

Durante el periodo de estudio han estado en tratamiento con romiplostim seis pacientes diferentes (con un mínimo de dos y un máximo de cinco pacientes en el mismo día) y se elaboraron 92 preparaciones en total, con dosis que han ido desde 60 hasta 800 mcg. Si no se hubieran implantado estas medidas, se habrían utilizado 164 viales, mientras que con la centralización de su preparación en Farmacia, se han utilizado 122. Esto supone un ahorro de 22.738 € en el periodo de estudio.

Durante este tiempo, no se ha observado ningún episodio de trombocitosis en los pacientes en tratamiento.

Discusion:

La centralización de la preparación de un medicamento supone la estandarización del método de trabajo, consiguiendo una mejora en la seguridad y un menor coste derivado del aprovechamiento de viales. En este caso, el ahorro obtenido con la centralización de la preparación en Farmacia de todas las dosis de romiplostim, junto con la agrupación de los pacientes para la administración en el mismo día, supone un valor añadido a la seguridad que aporta la validación de la prescripción y la supervisión de la elaboración por parte del farmacéutico.

C-106

Centro:

Hospital Universitario Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VII

EFECTIVIDAD DE UN PAQUETES DE MEDIDAS DE CONTROL DE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UNA UCI

Autores:

BENDICHO LÓPEZ M.J.; LÓPEZ RUIZ N.; FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ C.; SIERRA CAMERINO R. Y GARCÍA PALACIOS M.V..

Objetivos:

Valorar el impacto de un paquete (bundle) de medidas de control de infección, destinadas a erradicar un brote de Acinetobacter baumannii multirresistente (ABMR), ocurrido en una UCI compleja.

Material y Método:

Ámbito: UCI polivalente de 23 camas que atiende pacientes adultos con casuística compleja, perteneciente a un Hospital Universitario de referencia (750 camas) funcionando desde 1977. El diseño arquitectónico de esta UCI es antiguo y dificulta las barreras de control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). El brote de IRAS por ABMR fue detectado en la UCI el día 27.02.2015.

Ante la importancia del brote, el día 05.03.2015 la Dirección del Centro constituyó un Grupo de Mejora formado por facultativos y enfermeros de la Dirección Médica y de Enfermería, Medicina Preventiva, Microbiología y UCI.

Tras una lectura crítica de la evidencia científica se implementó un bundle de intervención epidemiológica que incluía las siguientes 5 medidas:

1) Formación del personal sanitario sobre IRAS con programas específicos (Higiene de manos, proyectos Zero).

2) Precauciones de contacto que incluyeron: agrupamiento por cohortes de casos dada la imposibilidad de aislamientos individuales, uso de pijamas desechables para todo el personal, material sanitario individual desechable, personal sanitario específico, limitación de los traslados de pacientes, secciones de la UCI con puertas cerradas y circuito señalizado.

3) Medidas ambientales, incluyendo: limpieza y desinfección protocolizadas de equipos próximos y de superficies del perímetro de la cama o habitación (dos veces al día y exhaustiva al alta de cada paciente), desecho selectivo y señalizado de los residuos orgánicos y monitorización periódica de limpieza ambiental.

4) Descontaminación cutánea (higiene diaria de los pacientes con clorhexidina 4%) y descontaminación digestiva selectiva (en los pacientes con ventilación mecánica (VM)).

5) Vigilancia activa de casos (IRAS y colonizados) y registro de tasas de IRAS

Resultados:

En el brote se observaron 12 casos de IRAS (8 varones, entre 19-82 años de edad, todos con factores de riego, 8 neumonías asociadas a VM, 3 bacteriemias, 2 infecciones quirúrgicas y una infección del tracto urinario) y 24 de colonización. La estancia media en la UCI de los casos fue de 22 días. La tasa de ataque fue 2,3% (número de casos / ingresos UCI en el periodo del brote) El mecanismo de trasmisión predominante fue atribuido a trasmisión cruzada. Se consiguió erradicar el brote a los 4 meses de la implantación del bundle de control (fecha de cierre 09.07.2015).

Discusion:

Nuestra experiencia demuestra que una intervención epidemiológica fundamentada y organizada, apoyada en un esforzado trabajo de equipo multidisciplinar, puede superar barreras que reconocidamente dificultan un adecuado control de IRAS en una UCI compleja y obsoleta.

C-107

Centro:

HOSPITAL REINA SOFIA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VII

MEDICION DE LA PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA UGC DE CIRUGIA PEDIATRICA. PRIMEROS RESULTADOS

Autores:

RUIZ PALOMINO A.; PAREDES ESTEBAN R.M.; GUERRERO PEÑA G.; BERENGUER GARCIA M.J.; TEJEDOR FERNANDEZ M. Y GARRIDO PEREZ J.I..

Objetivos:

Medir la aparición de efectos adversos (EAs) en la planta de hospitalización de nuestra UGC, mediante una herramienta que pueda permitir, con un coste aceptable, establecer la prevalencia y la naturaleza de los EAs. La finalidad última es hacer un seguimiento y mejorar la efectividad del Plan de Seguridad del Paciente, elaborado previamente en nuestra Unidad.

Material y Método:

Realizamos un estudio prospectivo y descriptivo mediante el análisis de historias clínicas. Periodo estudiado: año 2014. Alcance del proyecto: los pacientes atendidos en régimen de hospitalización en nuestra UGC en el periodo de estudio.

Con periodicidad mensual, se realizan 12 autoauditorías de historias clínicas correspondientes a los pacientes dados de alta en la semana anterior al día de la evaluación (fecha elegida de forma aleatoria). El grupo auditor, compuesto por un cirujano pediátrico senior, dos enfermeras de planta más un médico y una enfermera del Servicio de Calidad.

El método empleado para la medición de EAs es una modificación del Global Trigger Tool del Institute for Healthcare Improvement. Utilizamos los indicadores recomendados por la misma: Número EAs/1000 pacientes/día, EAs por pacientes ingresados y pacientes ingresados que han sufrido un EA. Las variables recogidas son: identificador del caso, fecha de ingreso y alta en la unidad, turno en el que se produce el EA, gravedad (según la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention), adecuación de la información clínica, repercusión en la estancia y escala de causalidad.

Resultados:

Revisamos 95 historias que corresponden a 406 días de estancia. 31 pacientes (32,6 %) sufrieron uno o más EAs, con mayor frecuencia en el turno de tarde. Total EAs: 43 que corresponde a 1,38 EAs por paciente. El número EAs/1000 pacientes/día: 105,9. Los 3 EAs más frecuentes fueron: vómitos, prurito y dolor. 28 EAs de gravedad leve y 3 moderada. Ningún EA fue grave o crítico y el 100% estaban relacionados con la asistencia clínica. En 3 pacientes se prolongó la estancia hospitalaria.

Discusion:

La determinación de la frecuencia de aparición de EAs mediante revisiones regulares de historias clínicas, es un método que permite obtener información de forma sencilla y conocer con exactitud los tipos de EAs, lo que permite orientar la aplicación de medidas correctoras. Este método tiene como limitación principal la posible falta de recogida EAs graves así como de eventos centinelas que pueden ocurrir en el periodo entre evaluaciones. La realización de revisiones, por los propios profesionales de la unidad, expertos y conocedores de los casos, no sólo garantiza una información cualitativamente más depurada sino que, favorece la implicación de los profesionales en el abordaje de medidas preventivas.

C-108

Centro:

HOSPITAL REINA SOFIA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VII

ELABORACION DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO

Autores:

GUERRERO PEÑA G.; PAREDES ESTEBAN R.M.; RUIZ PALOMINO A.; BERENGUER GARCIA M.J.; TEJEDOR FERNANDEZ M. Y GARRIDO PEREZ J.I..

Objetivos:

Elaboración de un Plan de Seguridad del paciente en el proceso de Apendicitis Aguda en el niño para detectar los posibles eventos adversos (EAS) durante todo el proceso y adoptar medidas correctoras que minimicen el riesgo de daño durante la atención a nuestros pacientes pediátricos quirúrgicos.

Material y Método:

Revisión bibliográfica, constitución de un grupo de trabajo compuesto por profesionales sanitarios de la UGC de Cirugía pediátrica y del Servicio Calidad y Documentación Clínica de nuestro Hospital.

Realización de 4 sesiones de trabajo de 2 horas de duración cada una. Durante las mismas, el grupo de trabajo identificó mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) los posibles eventos adversos, fallos y causas en el proceso de apendicitis en el paciente pediátrico.

Construcción del mapa de riesgos del proceso de apendicitis. Ponderación de los eventos adversos, asignándoseles peso según su frecuencia, gravedad y detectabilidad. Cálculo del Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) para cada evento adverso y determinación de la criticidad. Elaboración del plan de acciones preventivas y /o correctoras agrupadas y clasificadas en lotes homogéneos. Designación de responsables de cada lote para la ejecución efectiva del plan.

Resultados:

En el proceso de apendicitis en el niño en nuestra UGC hemos detectado 40 EAs producidos por 50 fallos y 52 causas. El número de acciones preventivas y correctoras 178. Se planificó la aplicación efectiva del programa, actualmente en ejecución.

Discusion:

La elaboración de Planes de Seguridad para cualquier proceso asistencial es una herramienta válida que permite identificar los posibles EAs, adoptar las medidas correctoras y obtener mejores resultados en salud.

La metodología empleada ha permitido disponer de una información clave para la mejora de la Seguridad del Paciente y elaboración de un plan de acciones preventivas y/o correctoras. Dichas medidas son aplicables en la práctica, ya que su diseño ha sido efectuado mediante propuestas y acuerdos de los profesionales que participan directamente en el proceso de asistencia a los niños con esta patología quirúrgica. Una de las limitaciones del método empleado para alcanzar estas recomendaciones es que la relación de efectos adversos obtenida no es exhaustiva. Lógicamente, en la práctica aparecerán otros EAs que el grupo de profesionales no pudo identificar durante la realización del trabajo y que se añadirán al catálogo inicial. El ejercicio de elaboración del plan ha permitido reforzar la cultura de seguridad del paciente y la formación de un número considerable de profesionales de la UGC.

C-109

Centro:

HOSPITAL VGEN DEL ROCÍO

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VII

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA ESCOLIOSIS JUVENIL IDIOPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores:

BERNAL MARQUEZ M.; PEREZ MOREIRA R. Y CUEVAS GONZALEZ C..

Objetivos:

Exponer el abordaje terapeútico del caso clínico de una paciente de 11 años de edad con diagnóstico de escoliosis juvenil idopática, profundizando en una patología de gran prevalencia.

Demostrar la efectividad de tratamientos de fisioterapia específicos para la curva escoliótica frente a tratamientos generales.

Material y Método:

Se trata de un estudio descriptivo que compara los resultados obtenidos en una misma paciente aplicando 2 tratamientos de fisioterapia diferentes en una paciente de 11 años de edad con patología de escoliosis juvenil idiopática.

La paciente realizó un primer tratamiento de fisioterapia en un centro hospitalario, sin éxito y a contnuación acudió a realizar un segundo tratamiento más específico para la misma patología a otro centro.

Se realiza una valoración inicial y final a nivel postural y funcional, se mide curva escoliótica en Rx y se registra aparición de dolor, hábitos posturales y estilo de vida en cada uno de los tratamientos.

El tratamiento de fisioterapia consiste en estiramientos y ejercicios específicos , educación para la salud, normas de higiene postural, ergonomía y reeducación postural. Duración 6 meses.

Resultados:

- Radiología: tratamiento general, correción de la curva 0º tratamiento específico, correción 8º

- Valoración muscular: presencia de contracturas ocasionalmente durante primer tratamiento y ausencia durante el segundo.

- dolor: aparición ocasional en primer tratamiento , ausencia en segundo.

- Hábitos saludables: desconocimiento en el primer tratamiento y conocimiento y práctica durante el segundo.

Discusion:

Con la elaboración de este trabajo se demuestra el beneficio obtenido por el paciente de escoliosis juvenil idiopática con tratamientos de fisioterapia específicos para la curva frente a otros generales.

Por otro lado, comentar que esta patología debe ser tratada durante los años de crecimiento, una vez pasados éstos la curva queda establecida con las posibles secuelas vitalicias que pueda conllevar.

C-110

Centro:

Servicio de Urgencias Hospital Quirón Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VII

ECOGRAFÍA PULMONAR: ESTRATEGIA POBLACIONAL SEGURA Y EFECTIVA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Autores:

MARTÍNEZ BUENDÍA C.; MARTÍNEZ LÓPEZ J.F.; LUQUE HERNÁNDEZ M.J.; RAMÍREZ PLAZA S.P.; LEIVA ARANDA I. Y MORENO FERRER O..

Objetivos:

OBJETIVO PRIMARIO:

Determinar la validez de la ecografía pulmonar en el correcto diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) comparada con la radiografía.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

-Analizar la concordancia entre hallazgos encontrados entre ambas técnicas, respecto de la detección o no de neumonía.

-Evaluar si el período de tiempo de evolución de los síntomas se asocia, a la presencia o ausencia de concordancia entre las dos técnicas.

Material y Método:

Muestra:Se calculará para una diferencia del 25 % de sensibilidad entre ultrasonidos y radiografía.Potencia del 90 %. Riesgo alfa del 5%.Valores $p < 0.05$ estadísticamente significativos. Intervalo de confianza al 95%.

Pacientes ≥ 18 años que cumplen al menos 3 criterios de inclusión: Fiebre 38ºC, tos, expectoración, dolor pleurítico, disnea o taquipnea, signos auscultatorios compatibles con neumonía.

Criterios de exclusión: Inmunodeprimidos, <18 años, embarazadas,pacientes institucionalizados o con cáncer.

Nivel de entrenamiento del eco-operador:Nivel avanzado en ecografía pulmonar acreditado por WINFOCUS (World Interactive Network Focused On Critical Ultrasound).

Se entregará consentimiento informado a cada paciente.

Estudio prospectivo de concordancia. Todos los pacientes con sospecha de neumonía en triaje, serán incluidos de forma consecutiva. Si cumplen los criterios de inclusión serán evaluados primero por ultrasonidos y, a continuación por radiografía;siendo eco-operador y observador de la radiografía ciegos entre sí.

Un facultativo diferente, ajeno a los dos primeros, realizará la anamnesis y auscultación del paciente, solicitará analítica y recibirá los informes de las interpretaciones de ambas técnicas.

Este facultativo etiquetará al paciente, en función de los exámenes y pruebas mencionadas, con "Diagnóstico al alta de NAC"; nuestro estándar de referencia para la validez de la ecografía pulmonar.

Resultados:

- Considerando el "diagnóstico al alta de neumonía" como referencia estándar, la validez de la ecografía pulmonar se calculará con: sensibilidad, especificidad y valor predictivo con el sistema estadístico SPSS v.20. La sensibilidad esperada es del 94.6 % frente a un 77% de la radiografía.

- La concordancia global entre ambas técnicas se calculará con el coeficiente Kappa para: "NAC" Y "NO NAC", con un intervalo de confianza del 95%.

- Para la concordancia entre patrones infecciosos (alveolar, intersticial y alveolo-intersticial) de ambas técnicas, se considerará el coeficiente Kappa.

- Se evaluará si existe asociación entre la concordancia de patrones y el período de evolución de los síntomas con el test de Chi-cuadrado.

Discusion:

La confrontación entre evidencia científica sobre validez ecográfica pulmonar y, las actuales guías de manejo de la neumonía del adulto, gesta nuestra motivación por este proyecto. Pretendemos iluminar la sobresaliente efectividad que tiene esta técnica de naturaleza bondadosa, en el diagnóstico de neumonía del adulto de la mano de un operador bien adiestrado.

C-111

Centro:
HOSPITAL VGEN DEL ROCIO
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Seguridad del Paciente VIII

INCIDENCIA DE SEROMAS. SUCESO ADVERSO TRAS LA CIRUGÍA DE MASTECTOMIA CON LINFADENECTOMIA AXILAR.

Autores:
BERNAL MARQUEZ M.; CUEVAS GONZALEZ C. Y PÉREZ MOREIRA R..

Objetivos:
EL objetivo principal será relacionar los cuidados que se dan a las 24h de intervención con el uso del drenaje postquirúrgicos,presumiendo que sería donde podría estar la causa del desarrollo de seromas.

Material y Método:
Se estudiaron 50 pacientes intervenidas en el último año de cáncer de mama con linfadenectomía axilar, parcial o total.

En todas se colocó drenaje.

Se dieron recomendaciones sobre cuidados del drenaje.

Se anotó el número de días que permanece con dicho drenaje en el postoperatorio inmediato.

Se compara posteriormente a los 15 días, al mes, los 3,6 meses y al año sí desarrollan seromas, cuando y si han precisado punciones evacuatorias.

También se han dado normas de cuidados postulares, cuidados cicatriz, capacitación del hombro pautando ejercicios primeros días de intervención y normas de higiene, prevención de linfedema.

Se registraron los siguientes datos: edad,duración del drenaje, técnica quirúrgica, número de ganglios axilares extirpados, desarrollo de seromas, si precisaron punciones evacuatorias, número de punciones, si han realizado ejercicios para la capacitación de hombro.

Resultados:
Los días que han tenido el drenaje no parece tener diferencias significativas.

Sí parece ser positivo para quien observó un cuidado cauteloso del drenaje e inició de forma precoz la fisioterapia para capacitar el miembro superior.

El drenaje se ha mantenido de entre 3 a 8 días siendo la media de 5,75.

10 mujeres desarrollaron seromas en el postoperatorio y precisaron punciones evacuatorias de 2 a 4 sesiones. No se observan infecciones.

En 7 pacientes se tuvo que retirar precozmente el drenaje por desprenderse de forma accidental y desarrollaron seromas que sí precisaron intervención mediante punciones.

El factor movilización precoz del hombro(fisioterapia precoz)podría ser beneficioso al actuar como bomba de drenaje movilizando y trasvasando linfa.No es significativo.

Observamos también que la fisioterapia precoz, aunque se dio a todas, un 20% no movilizó el brazo por miedo, dolor etc. aunque no ha tenido gran incidencia en la aparición de los seromas pues aparecieron en igual medida que en las pacientes que si movilizaron el brazo.

En algunos casos se utilizaron vendajes compresivos axilares y así colapsar los espacios anatómicos que acumulaban líquido aunque esta medida no fue efectiva. Se actuó en 2 casos, no fue una medida eficaz, aumento el seroma y posteriormente se reabsorbió por lo que no es relevante.

Discusion:
Se observa que la resolución de los seromas postquirúrgicos se resuelven en el primer mes sin punción y es la generalidad como para cualquier herida en partes blandas.

Se hace notar que la mayor parte de las pacientes previa información, adiestramiento adecuado y seguimiento posterior presentan menor incidencia de seromas.

Por otro lado, comentar que las punciones repetitivas parecen favorecer la formación de seromas que perduran en el tiempo y difícil solución.

C-112

Centro:

H. Virgen del Rocio

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VIII

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA CON KINESIOTAPING DEL HOMBRO DOLOROSO HEMIPLEJICO POST ICTUS, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

PÉREZ MOREIRA R.; BERNAL MÁRQUEZ M.; CUEVAS GONZÁLEZ C. Y FÉRNANDEZ DONOSO A..

Objetivos:

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos y al cerebro.

El hombro doloroso hemipléjico (HDH) es una complicación muy frecuente tras un ictus. La causa no está definida del todo, pero un buen manejo del paciente puede reducir la aparición del hombro doloroso, así como la intensidad del mismo, pudiendo mejorar el pronóstico funcional. Las principales limitaciones que produce el HDH es el dolor y la restricción articular.

Presentación del caso clínico de un paciente de 53 que tras sufrir un ictus isquémico izquierdo, desarrolló un hombro doloroso cuyo objetivo es: Describir el tratamiento fisioterapéutico utilizado y concluir con las mejoras obtenidas y la repercusión que ha tenido en su vida esta patología.

Estamos ante el estudio de un solo sujeto, seleccionado al azar de un grupo de investigación de pacientes con hombro doloroso, cuyo objetivo es la reducción del dolor y aumento del rango articular.

Material y Método:

Al paciente se le aplican dos tratamientos, cinesioterapia y kinesiotaping, para valorar la evolución del dolor y el rango de movilidad.

Este caso clínico se desarrolla entre marzo y junio de 2015.

Los materiales utilizados son goniómetro de dos brazos, vendas neuromusculares, así como escalas de medición como la Visual Analógica (EVA) para el dolor, Daniels para valorar la fuerza durante el movimiento, Indice de Barthel que mide la independencia funcional.

Se realiza una valoración del paciente en el mes de marzo al inicio del tratamiento y posteriormente a la finalización del mismo.

Resultados:

En los resultados podemos concluir que el tratamiento de cinesiterapia combinada con kinesiotaping en este caso clínico, produce mejoras tanto en la reducción de forma gradual del dolor al movimiento como en el aumento del rango de movilidad el cual era directamente proporcional al alivio del dolor.

Discusion:

En los artículos revisados para este caso, sobre el uso de kinesitaping en pacientes que ha sufrido ACV, nombran la mejora de la propiocepción, de la funcionalidad, del rango del movimiento, pero no hacen referencia al alivio del dolor.

El paciente motivo del estudio manifestó mejoría total del dolor, notando un gran alivio desde las primeras semanas de tratamiento.

Sobre el uso y eficacia del vendaje neuromuscular existen estudios, aunque pocos de ellos son aplicados a pacientes neurológicos, en concreto pacientes que sufren HDH.

C-113

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VIII

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS GUIAS SAFER PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS TIC SANITARIAS

Autores:

JIMBER DEL RÍO M.; TEJEDOR FERNÁNDEZ M.; CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ J.M.; DELGADO OSUNA J.A. Y RUIZ GARCÍA A..

Objetivos:

Analizando las causas de eventos adversos en seguridad del paciente hay un % relacionado con el diseño y utilización de las TIC. La ONC, ha desarrollado una metodología para evaluar las TIC sanitarias desde la perspectiva de la seguridad del paciente denominada "guías SAFER". Hemos probado su utilidad en el entorno real del S.I. de urgencias, evaluando su dificultad y su utilidad como herramienta para mejorar las TIC en la reducción de riesgos de seguridad del paciente.

Material y Método:

Cada guía consta de unas "prácticas recomendadas", que se pueden evaluar cómo, aplicada en su totalidad, parcialmente implementada, o no se aplica en absoluto.

Las 9 guías están organizadas son: Prácticas de Alta Prioridad, Responsabilidades Organizacionales, Planes de Contingencias, Configuración del Sistema, Interfaces entre Sistemas, Identificación del Paciente, Petición Electrónica con Soporte a la Decisión, Resultados y Seguimiento de Pruebas , Comunicación Clínica.

Para nuestro objetivo hemos contado con 1 médico de urgencias, 1 experto en calidad y seguridad del paciente y 1informático experto en seguridad de la información. Hemos probado las seis primeras guías.

Las guías constan de 158 prácticas compuestas por 548 criterios de evaluación.

Hemos evaluado 94 prácticas del total de 158 (59,5%), analizando 363 criterios de los 548 propuestos (66,2%)

Resultados:

Para evaluar las 94 prácticas hemos empleado 18 horas y hemos alcanzado los siguientes resultados:

– el 9,5% de las prácticas estaban totalmente implementadas (15 prácticas)

– el 32,3% de las prácticas estaban parcialmente implementadas (51 prácticas)

– el 17,7% de las prácticas no estaban implementadas en absoluto (28 prácticas)

– En el 45,7% de las prácticas se ha considerado necesario recurrir a otros expertos para evaluar correctamente la práctica (43 prácticas)

– La práctica que más dudas ha planteado ha sido la de Interfaces Sistema-Sistema, 16 de 18 prácticas plantearon dudas.

– Las prácticas que menos dudas han planteado han sido Responsabilidades Organizacionales (3 prácticas de 21) e Identificación del paciente, con 3 prácticas de 14.

Discusion:

Ya que en el 47,7% de la prácticas se consideró necesaria la ayuda de otros expertos, los datos obtenidos no son relevantes.

Aunque solo se ha evaluado el 59% de las prácticas, hemos comprobado que las guías ayudan proporcionando una sistemática para evaluar los S.I. sanitarios. Las Guías identifican con facilidad aspectos mejorables en las TIC que contribuyen a mejorar la seguridad del paciente, encontrando 51 prácticas relacionadas con la seguridad del paciente y las TIC mejorables y 28 inexistentes, teniendo en cuenta que no se han evaluado las 64 prácticas restantes (el 33% de total).

Aunque no es necesario emplear mucho tiempo, si es necesaria la participación de un equipo multidisciplinar integrado por expertos en diversas áreas (Informáticos, interoperabilidad, archivos, documentación clínica, admisión, ingenieros, Análisis Clínicos, Farmacéuticos.

C-114

Centro:

Hospital Universitario Reina Sofía. Enfermera UCi y Tx adultos

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

VALIDACIÓN DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE EL CHEKLIST.

Autores:

BERNAL TORRES C...; FERRER HIGUERAS M.J.; PINEDA ZAMORANO R... Y AMOR DÍAZ I....

Objetivos:

El objetivo ha sido elaborar una sencilla herramienta, el cheklist, para mejorar la seguridad y la calidad de nuestra atención al paciente en UCI.

Mediante el análisis de las recomendaciones y conclusiones llevadas a cabo por parte de los diferentes organismos,se han examinado los procesos, técnicas y/o actividades de la práctica diaria asistencial,en las que mayor porcentaje de incidentes podían suceder.

Material y Método:

Se elaboró un cheklist que consta de dos secciones bien definidas:

1.LIMPIEZA Y SUMINISTRO DE MATERIAL(preparación del BOX al alta y previa al ingreso del paciente)

2.INGRESO DEL PACIENTE EN UCI (comprobación del suministro de material)

Resultados:

Teniendo en cuenta que la frecuencia de los efectos adversos en los diferentes estudios oscila entre un 4% y un 16%,y que alrededor del 40% de los efectos adversos son evitables,no se le concede al problema,la importancia que realmente tiene.

La seguridad del paciente es el conjunto de actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

La realización de este listado de verificación en la actividad diaria asistencial, ha aportado un cambio radical en la visualización de la atención al usuario en nuestra UCI

Discusion:

Entre los muchos logros del Plan de Seguridad Integral de BACTERIEMIA Zero y de NEUMONÍA Zero, destacan los relacionados con la cultura de la Seguridad de nuestras UCIs, con la formación de profesionales y con la difusión de iniciativas para mejorar la seguridad y la calidad de nuestra atención al paciente.

La incorporación de un cheklist al ingreso del paciente en UCI,aumenta la seguridad en la atención y la calidad en sus cuidados,disminuyendo por tanto,la incidencia de errores y eventos adversos no deseados tanto entre el personal experimentado cómo en el de nueva incorporación a la Unidad.

C-115

Centro:
UGC Urología - Hospital Civil - HUR de Málaga
Provincia:
Málaga
AreaTematica:
Seguridad del Paciente VIII

EL EXTRACTO DE ARÁNDANO ROJO AMERICANO COMO COADYUVANTE A LA PROFILAXIS DE ITU TRAS LA COLOCACIÓN DE CATÉTER URETERAL DJ

Autores:
SEQUEIRA GARCÍA DEL MORAL J.; SPIRU BARNOIU O.; GARCÍA GALISTEO E. Y SÁNCHEZ MARTÍNEZ N.M..

Objetivos:
La infección del tracto urinario (ITU) representa una de las complicaciones más frecuentes tras los procedimientos realizados sobre la vía urinaria, sobre todo si se requiere la colocación de un catéter. El tratamiento con arándano rojo se ha relacionado con una disminución del riesgo de ITU de repetición, pero hasta ahora no se ha realizado ningún estudio que valore si este efecto preventivo se produce en pacientes portadores de un catéter ureteral, que representa el objetico de este estudio.

Material y Método:
En un ensayo prospectivo y aleatorizado, se comparó la tasa de ITU en 31 pacientes portadores de catéter doble J y tratamiento profiláctico con extracto de arándano rojo americano 120mg como adyuvante al tratamiento profiláctico habitual, con la tasa de ITU de 31 pacientes portadores de catéter doble J que solo recibieron el tratamiento profiláctico habitual. La presencia de una ITU se diagnosticó con un cultivo de orina positivo en cualquier momento desde la colocación del catéter hasta su retirada.

Resultados:
Hemos encontrado un 26% de urocultivos positivos antes de la retirada del catéter ureteral. El tiempo de permanencia del catéter fue mayor en aquellos pacientes con ITU, 35.9 días respecto 28.5 (p=0.03), y el grupo tratado con arándano mostró un porcentaje de ITU menor que aquellos que no recibieron arándano, 12.9% y 38.7% respectivamente (p=0.04). En el modelo logístico del efecto del tratamiento con arándano ajustado por aquellas variables que tuvieron relación con nuestra respuesta observamos como el efecto del arándano reduce en 5 veces el riesgo de padecer una ITU comparado con aquellos pacientes que no recibieron arándano.

Discusion:
Podemos concluir que el extracto de arándano rojo americano 120 mg tiene un efecto adyuvante en la prevención de la ITU en pacientes portadores de catéter doble J.

C-116

Centro:

Hospital Virgen del Rocio

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IX

EPIDEMIOLOGÍA DEL PACIENTE GRAN QUEMADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.

Autores:

MARTÍN CASTAÑO C.; GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I.; MORENO DUARTE R.; ALONSO ARAUJO .I.; NAVARRO NAVARRO C. Y URBAN CARMONA M.R..

Objetivos:

Objetivo general: Determinar la incidencia de pacientes quemados atendidos en un hospital de tercer nivel diferenciando los pacientes atendidos ambulatoriamente, los que precisan ingreso en la Unidad de Quemados y los que se hacen subsidiarios de ingreso en Cuidados Intensivos(UCI).

Objetivo específico: Describir el perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan tanto en la unidad de quemados, adscrita a cirugía plástica, como en la UCI de adultos de un hospital de referencia.

Material y Método:

Diseño y ámbito: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de los pacientes ingresados en una Unidad de Quemados y en UCI de un hospital de nivel III, entre Enero de 2014 y Diciembre de 2014.

Población: Pacientes quemados mayores de 14 años atendidos en nuestro hospital, diferenciando los pacientes que son ambulatorios, los que ingresan en la Unidad de Quemados y los que se hacen subsidiarios de ingreso en UCI.

Principales variables de interés: Estudiamos variables socio demográficas (edad y sexo) y otras necesarias para establecer el perfil epidemiológico (procedencia, mecanismo lesional, agente causante de las quemaduras, superficie corporal quemada, grado de las quemaduras, días de estancia en la unidad y mortalidad).

Resultados:

Resultados: La unidad de quemados atendió 1003 urgencias de pacientes por quemaduras durante el año 2014.901 fueron tratados de forma ambulatoria, 64 pacientes precisaron ingreso en la Unidad de Quemados. De ellos, un 32,81% fueron mujeres. Su edad media fue de 48,7 años.

La superficie corporal media quemada fue del 15,74%. El agente etiológico más frecuente fue la llama, en un 65,62% de los casos. La escaldadura aconteció en un 20,3% de los casos y la quemadura eléctrica en el 9,4%. La mortalidad fue del 4,6%.

En UCI ingresaron 18 pacientes, de ellos un 77,7% fueron hombres. La edad media fue de 45,16 años.

La superficie corporal media quemada fue del 36,6%. En el 77,7% de los casos la quemadura fue de 2º grado profundo y 3º grado. El 22,2% de los pacientes presentaron inhalación por humo. El agente etiológico más frecuente fue la llama, en un 66,66% de los casos. La quemadura eléctrica aconteció en un en 22,2% de los casos, y el humo y la deflagración en 5,5%.

La causa de las quemaduras fue el accidente laboral en un 33,3% de los casos, el doméstico en un 33,3%, el intento de autolisis en el 22% y los accidentes de tráfico en un 5,5%.

La estancia media en la UCI fue de 16 días y la mortalidad fue del 22,2%. Si atendemos a la procedencia un 33,3% de los pacientes son de Sevilla, un 22.22% de Granada, un 11,11% de Canarias y de Córdoba y 5,5% de Jaén, Málaga, Cádiz y Almería.

Discusion:

Conclusiones: Los pacientes con quemaduras que ingresan en la unidad de quemados y UCI son mayoritariamente hombres en edad laboral.

La llama y la quemadura eléctrica son los agentes causantes más comunes. Hay también un alto índice de autolesiones.

La mortalidad de estos pacientes en la UCI esta por encima de la mortalidad media.

C-117

Centro:

Hospital Universitario Puerta Del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IX

SEGURIDAD CON EL BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB: NUESTRA EXPERIENCIA

Autores:

BLANCO SÁNCHEZ G.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ M.; GALLEGO MUÑOZ C.; SUÁREZ CARRASCOSA F.J.; FERNÁNDEZ ANGUITA M.J. Y MANZANO MARTÍN M.V..

Objetivos:

Remicade®, medicamento biológico de referencia cuyo principio activo es Infliximab, es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-TNFα indicado en enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y psoriasis. Con la caducidad de la patente, entra en el mercado Infliximab biosimilar (medicamento biológico similar al de referencia).

El objetivo del estudio es evaluar la seguridad de Infliximab biosimilar, así como comparar su coste tratamiento con el medicamento de referencia.

Material y Método:

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, desde mayo 2015 hasta septiembre 2015. Se realizó una búsqueda de todos los pacientes en tratamiento con el biosimilar de Infliximab a través de las actas de la Comisión Asesora Local para el Uso Racional de Medicamentos Biológicos. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, tratamientos biológicos previos, dosis y número de administraciones. Para ello se revisó la historia clínica electrónica en Diraya®. Se revisaron todas las entrevistas clínicas para valorar la existencia de reacciones adversas tanto en el momento de la administración como después de la misma. Los datos de coste se obtuvieron del programa de gestión APD Athos®.

Resultados:

10 pacientes recibieron tratamiento con Infliximab biosimilar en el período de estudio, un 30 % mujeres. La edad media fue de 46,3 (±11) años. Un 20 % (2) estaba a cargo del servicio de Reumatología, con diagnóstico de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica. Un 10 % (1) estaba a cargo de Dermatología, con psoriasis, mientras que el 70 % (7) restante dependía del servicio de Digestivo, todos ellos con enfermedad de Crohn excepto uno con colitis ulcerosa. Ninguno de los 10 pacientes había recibido tratamiento biológico previo. De los 10 pacientes, todos habían recibido las dosis de inducción (semanas 0, 2 y 6), y un 20 % (2) también una primera dosis de mantenimiento. Un 20 % (2) requirieron dosis de 200 mg cada administración, un 50 % (5) de 300 mg, un 10 % (1) requirió 400 mg y un 20 % (2) 500 mg. El coste tratamiento en el período de estudio con Infliximab biosimilar fue 31.855,2 €. El coste tratamiento con el medicamento de referencia hubiera sido 40.240,7 € (+8.385,5 €). No se han notificado reacciones infusionales ni de hipersensibilidad tardía. No se ha suspendido ningún tratamiento hasta el momento por reacciones adversas.

Discusion:

La utilización de fármacos biosimilares se presenta como una estrategia eficiente en el manejo de enfermedades autoinmunes, facilitando la incorporación de otros fármacos innovadores. La perfusión de Infliximab biosimilar en nuestros pacientes no ha supuesto ningún problema de seguridad hasta el momento, con un menor coste tratamiento que el medicamento de referencia.

C-118

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IX

IMPACTO DE LA APP LISTEO+ SOBRE LA REDUCCIÓN DE CANCELACIONES QUIRÚRGICAS Y LA SEGURIDAD. UN PROTOCOLO DE ESTUDIO

Autores:

HERRERA USAGRE M.; SANTANA LÓPEZ V. Y PÉREZ PÉREZ P..

Objetivos:

El objetivo principal de este proyecto es evaluar la eficacia y usabilidad de la aplicación Listeo+ en la reducción del número de cancelaciones quirúrgicas.

Objetivos específicos

1. Identificar las causas más frecuentes asociadas al no cumplimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes, que tienen como resultado una cancelación quirúrgica.

2. Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes respecto al uso de la aplicación Listeo+.

3. Analizar el nivel de utilidad percibida de los profesionales sanitarios respecto a la implantación de la aplicación Listeo+.

4. Analizar el impacto económico de la intervención (análisis de costes).

5. Elaborar un indicador de "Calidad de la preparación prequirúrgica" de los pacientes, utilizando para ello el nivel de cumplimiento del Listado de Verificación Pre-Quirúrgica (LVSPQ).

Material y Método:

Diseño: Prueba de Control Aleatorizada (RCT) con grupos de control (a los que se les pasará el LVSPQ en papel) y el grupo de intervención (a los que se les proveerá de la app Listeo+

La app será pilotada con pacientes de cuatro tipo de intervenciones quirúrgicas diferentes (Otorrinolaringología -

ORL-, Traumatología, Oftalmología y Cirugía General) de dos hospitales, Hospital Riotinto y H.A.R. de Utrera. Asimismo, será necesario analizar el nivel de aceptación y satisfacción en el uso de esta nueva herramienta, así como su impacto económico.

Además, dos grupos de discusión, pacientes y profesionales, serán llevados a cabo para explorar los facilitadores, barreras y posibles mejoras de la aplicación.

Resultados:

Este proyecto ha sido financiado con expediente PI-0447-2014, en la convocatoria de ayudas de la Fundación Pública Progreso y Salud para la financiación de proyectos de investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía para el año 2014.

Discusion:

El mantenimiento de sistemas sanitarios de alta calidad y económicamente sostenibles son algunos de los objetivos fundamentales del primero de los retos sociales prioritarios definidos por el programa Horizonte 2020 de la Unión Europea. La definición del presente proyecto también se encuentra plenamente alineada con el primero de los retos establecidos en el Programa Estatal de Investigación Orientada a los Retos de la Sociedad: Retos en salud, cambio demográfico y bienestar, así como con una de las líneas de investigación prioritarias de la presente convocatoria: La seguridad del paciente.

Es por este, y otros motivos, por los que creemos que la viabilidad de la aplicación tendrá importantes impactos sobre la seguridad, la eficiencia, la calidad y la satisfacción de los pacientes y profesionales.

C-119

Centro:

Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IX

LAS 7 PRIORIDADES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LAS UNIDADES DE GESTIÓN Autores:

PÉREZ PÉREZ P. Y SANTANA LÓPEZ V..

Objetivos:

Identificar las prioridades en seguridad del paciente de las unidades de gestión clínica (UGC) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Material y Método:

Estudio descriptivo. Fecha de corte: octubre 2015. Sujetos de estudio: total de UGC del SSPA.

Instrumento: Herramienta virtual que incluye 57 criterios de evaluación que se corresponden con las acciones de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA dirigidas exclusivamente a las UGC.

Esta herramienta permite evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios, adjuntar evidencias que justifiquen el trabajo desarrollado, plantear acciones de mejora, compartir recursos con el resto de UGC y seleccionar los criterios que consideran más prioritarios para trabajar.

Resultados:

1025 UGC dadas de alta en la herramienta. El 66% ha mostrado su grado de cumplimiento en la totalidad de los 46 criterios cualitativos, el 75,7% cumple total o parcialmente más del 50% de estos y el 36,9% ha seleccionado al menos un criterio prioritario (n=378). Entre los criterios que consideran más prioritarios se encuentran los relacionados con la notificación y gestión de los incidentes de seguridad, el análisis de los incidentes, la implementación de estrategias de mejora de la higiene de las manos, el registro en historia clínica de las transiciones con conciliación realizada, la implantación de protocolos de identificación de pacientes, los relacionados con la realización de la conciliación de la medicación y revisión de polimedicados y la estandarización de la comunicación en los traspasos.

Discusion:

La seguridad del paciente se considera una prioridad para las organizaciones sanitarias en todos sus niveles: macro, meso, micro (UGC) y nanogestión (profesionales). Por ello, es conveniente seguir avanzando en el desarrollo de herramientas de gestión de la seguridad que permitan a las propias unidades, y a sus profesionales, establecer planes y objetivos adaptados a su nivel de progreso y que faciliten a las organizaciones el seguimiento de las líneas de seguridad teniendo en cuenta la variabilidad, peculiaridad y situación de partida de las propias unidades.

Con respecto a las prioridades identificadas, lejos de la reticencia que crea la notificación de incidentes, las UGC cada vez están más confiadas en que la utilización de la notificación, análisis y gestión de los riesgos son instrumentos de gran utilidad para establecer mejoras. Por otro lado, las UGC coinciden con las principales organizaciones sanitarias en que la conciliación de la medicación, la revisión de polimedicados y los problemas que se suscitan en las transiciones tienen que ser abordados de forma urgente. Por último, otras prácticas afianzadas como la identificación de pacientes o la higiene de las manos necesitan seguir promoviéndose dentro de las unidades bien para adecuarla a nuevas situaciones (inmigrantes, neonatos, urgencias), para verificar su cumplimiento o para garantizar su sostenibilidad mediante mejoras en los sistemas de información y uso de nuevas tecnologías.

C-120

Centro:

Grupo de investigación en segundas y terceras víctimas. Universidad Miguel Hernández (Elche)

Provincia:

Alicante

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IX

DESARROLLO DE UN CURSO ONLINE PARA SENSIBILIZAR A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

Autores:

CARRILLO MURCIA I.; PÉREZ PÉREZ P.; FERRÚS ESTOPÀ L.; TORIJANO CASALENGUA M.L.; SILVESTRE BUSTO M.C. Y MIRA SOLVES J.J..

Objetivos:

Diseñar una intervención online para sensibilizar a médicos y enfermeros del impacto que los eventos adversos (EA) tienen también entre los profesionales. En este sitio web se describe el fenómeno de las segundas y terceras víctimas y se presentan herramientas para afrontar de forma efectiva las consecuencias de los EA.

Material y Método:

Se realizaron dos estudios mediante encuestas online a directivos, coordinadores de seguridad y profesionales sanitarios con actividad asistencial con el objetivo de conocer qué acciones se están llevando a cabo en materia de seguridad del paciente en centros sanitarios españoles y para determinar el impacto de los EA en los profesionales. A partir de los resultados obtenidos en estos dos trabajos, la revisión de la literatura científica y reuniones con expertos nacionales e internacionales, se diseñaron y elaboraron el índice de contenidos del programa y los diversos materiales de información y entrenamiento (textos, vídeos de situaciones problema, cuestionarios, preguntas para discriminar nivel de aprendizaje, etc.).

Resultados:

El programa se divide en: (1) módulo informativo y (2) módulo de intervención demostrativa. El primero está dedicado a la descripción detallada del fenómeno de las segundas y terceras víctimas.

El segundo incluye: una guía de actuaciones recomendadas para informar al paciente tras un EA y para ofrecer una primera ayuda a las segundas víctimas. Incluye vídeos en los que un equipo de actores representan diferentes situaciones en las que se ejemplifica qué debe hacerse y qué no hacer en una selección de situaciones tipo. Se han utilizado diferentes formatos para la presentación la información, entre ellos, vídeos de texto con voz en off, vídeos con representaciones de actores, app e imágenes. Por último, en este sitio web puede consultarse una guía con recomendaciones sobre cómo actuar para evitar la pérdida de prestigio de la institución sanitaria (tercera víctima) que suele acontecer cuando ocurren EA graves.

La plataforma está diseñada de forma que antes y después de cada módulo el internauta ha de responder a una serie de preguntas tipo test con las que se pretende evaluar el grado de conocimientos adquiridos gracias a esta plataforma. La fecha de lanzamiento del programa está prevista para noviembre de 2015 y el acceso, mediante registro, está disponible en la siguiente dirección web: http://www.segundasvictimas.es/acceso.php tras haber comprobado mediante revisión por parte de 23 participantes la coherencia y claridad de los materiales informativos y para el entrenamiento. Los resultados de la implantación del programa se publicarán a finales de 2016.

Discusion:

Este proyecto y este sitio web es el primero que aborda esta problemática de las segundas y terceras víctimas de los EA en español y en España. El sitio web está listo para su difusión en redes sociales y a través de los servicios de salud autonómicos y sociedades científicas y colegios profesionales.

C-121

Centro:

Hospital Regional y Virgen de la Victoria de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente X

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Autores:

TRILLO LOPEZ P.; RODRIGUEZ NIETO A.; TORRES PEREZ L.F.; SALINAS PEREZ V. Y CABELLO DOMINGUEZ M..

Objetivos:

La Estrategia de Identificación de pacientes (EIP) en el hospital es un elemento crucial para una asistencia sanitaria excelente. Pese a su trascendencia, tas 2 años de desarrollo de una estrategia integral de IP en un hospital regional, no se puede afirmar que la estrategia esté totalmente implantada. Desde la Dirección del centro se ha planteado un análisis en busca de los elementos necesario para alcanzar el éxito. Analizar la situación actual de la implantación de la EIP.

Identificar los puntos críticos para reorientar la Estrategia.

Material y Método:

Desde la Unidad de Gestión de Cuidados se analizaron los incidentes notificados en el Observatorio de Seguridad del Paciente relacionados con el proceso de identificación de pacientes (IP), y los informes de los Análisis Causa Raíz (ACR) relacionados con eventos de IP en el centro. Utilizando la metodología DAFO se realizó un análisis de situación, en virtud de los siguientes ejes: Formación, Recursos, Personas, Actividades, Riesgos y Organización. Los ejes se ponderaron en función de su influencia en el logro y su posicionamiento actual. Esta matriz permite agrupar los datos en 4 campos estratégicos: Defensivo, Ofensivo, de Supervivencia y de Reorientación.

Resultados:

Se analizaron 184 incidentes relacionados con el proceso de IP y 3 informes de ACR de eventos graves de IP.

Los resultados obtenidos en el DAFO nos ubican en una posición ofensiva, donde la institución debe optar por una estrategia de crecimiento, ya que las fortalezas son conocidas por los profesionales y la organización, entre las fortalezas se señala que existe un procedimiento especifico y actualizado que define con precisión las responsabilidades de cada profesional, otra fortaleza es la existencia de una línea formativa continua en IP y el establecimiento de objetivos individuales de los profesionales de las unidades.

Las debilidades encontradas son una implicación dispar entre los diferentes colectivos, la gran variabilidad en los ámbitos de aplicación, la dispersión de los centros y escaso rendimiento del material adquirido.

Discusion:

El análisis de las notificaciones de incidentes permite señalar áreas de intervención preferente, incluso en una actividad tan básica e imprescindible como la IP.

La matriz DAFO ponderada es una herramienta que permite identificar la posición estratégica de la organización, facilitando la toma de decisiones a la hora de reimpulsar la implantación de elementos tan cruciales apara una asistencia sanitaria de calidad como es la EIP.

La posición en que nos ubicamos es un buen punto de partida, que debe llevar a los responsables de la organización –Directivos y referentes de UGC- a continuar y reforzar el impulso en la implementación de la IP, siendo la implicación de todos los profesionales un espacio preferente.

C-122

Centro:

HU Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente X

IRAS WARS: LA HIGIENE DE MANOS BAJO UNA PERSPECTIVA DIFERENTE.

Autores:

GARCÍA PALACIOS M.V.; BARRANCO BOADA M.I.; LÓPEZ RUIZ N.; SÁNCHEZ SIERRA M.J.; GUERRA ÁLVAREZ J.C. Y LÓPEZ FERNÁNDEZ F.J..

Objetivos:

- crear un material didáctico innovador, ilustrativo y ameno, sobre la importancia de la higiene de manos en la infección nosocomial.
- implicar y motivar al personal sanitario hospitalario en la elaboración de dicho proyecto.

Material y Método:

Cámara acuática no profesional, tutorial básico de Movie maker, ilusión y compromiso. Idea, dirección y montaje: Servicio de M Preventiva. Reparto: Trabajadores de un hospital de especialidades. Grabaciones realizadas en el periodo 15 septiembre-15 de octubre de 2015. Todas las escenas han sido grabadas bajo autorización y en zonas quirúrgicas sin uso en ese momento. Se respeta la confidencialidad de los pacientes.

Resultados:

Tras años de funcionamiento del procedimiento de higiene de manos hospitalario, impartición de cursos-talleres, observación de cumplimiento-estructura y obtención del distintivo "Centro Mentor en Manos Seguras" por la ACSA; este año la higiene de manos se une al proyecto "11 meses, 11 causas" con la elaboración de un video musical, protagonizado por personal del hospital.

Con una duración de 12 minutos, trata el problema de los microorganismos multirresistentes en el ámbito hospitalario y resume la fácil transmisión de los mismos en un brote nosocomial, cuando se pierden las oportunidades para realizar la higiene de manos. En una segunda parte, la higiene de manos aparece como la herramienta básica para su control, recordando los cinco momentos recomendados por la OMS para realizarla durante la atención hospitalaria. Un tercer acto agradece a todos la participación en la lucha contra la infección. Con el nombre de IRAS WARS (IRAS: Infección Relacionada con la Atención Sanitaria) ha sido ambientado en StarWars para hacerlo más atractivo e impactante, combinando la trama principal con una coreografía de los trabajadores realizando la técnica. El proyecto ha tenido una gran acogida entre el personal.

Discusion:

El personal sanitario necesita frecuentes recordatorios en el lugar de trabajo sobre la importancia de la higiene de manos en la prevención de la transmisión cruzada de la infección. Se ha comprobado que los periodos formativos suelen ir acompañados de un incremento en la adhesión, descendiendo posteriormente de nuevo con el tiempo. No obstante, es un tema poco novedoso a la hora de captar la atención de los profesionales; y a menudo las doctrinas más ortodoxas que combinan formación y comunicación de resultados de adhesión únicamente, pueden ocasionar incluso rechazo en los trabajadores al sentirse continuamente observados y evaluados. Por ello, creemos necesario trabajar en la renovación de las técnicas de captación del personal, mediante estrategias multimodales.

Nuestra iniciativa este año se ha centrado en personal-trainners en situaciones especiales y siembra de improntas dactilares pre y posthigiene de manos. Finalmente la elaboración de este vídeo se propone como un coaching diferente: tiene una misión recordatoria y motivacional, que reconoce el esfuerzo diario y deja un mensaje positivo y optimista.

C-123

Centro:
HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ
Provincia:
Cádiz
AreaTematica:
Seguridad del Paciente X

CONTROL Y DESCRIPCION DE UN BROTE INFECCIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTES A CARBAPENEM EN UNA UNIDAD HEMATOLOGIA

Autores:
MADRIGAL TOSCANO M.D.; SALDAÑA MORENO R.; SANCHEZ CALVO J.M.; PEREZ CORTES S.; BAJO ARENAS J. Y GARZON LOPEZ S..

Objetivos:
Describir los rasgos clínico-epidemiológicos de un brote de infección por KP-KPC y las medidas de control en una unidad de Hematología

Material y Método:
Descripción de la epidemiologia del brote observado desde Marzo 2014 hasta Septiembre 2014 a partir de un caso importado. Definiciones: Colonización=Aislamiento de KP-KPC en un exudado rectal (ER) de vigilancia, Infección =Aislamiento en muestra clínica con síntomas atribuibles.

La detección de enzimas carbapenemasas se realizó por el servicio de microbiología mediante test de Hodge y difusión en discos, confirmado posteriormente mediante PCR y secuenciación. Determinación de clonalidad con electroforesis de campo pulsado (PFGE). En casos de infección se estudia la mortalidad. Control del brote mediante medidas emanadas de un grupo de trabajo multidisciplinar.

Resultados:
Se identificaron 11 pacientes colonizados y 5 infectados. Las infecciones fueron en forma de bacteriemias, shock séptico, ITU e infección de partes blandas. Las cepas fueron positivas para KPC-3 y en el análisis PFGE fueron idénticas a las del HU "Reina Sofia", de donde procedía el caso índice. Los pacientes fueron tratados con altas dosis de meronem combinado con Gentamicina +/- Fosfomicina +/-

Tigecilina y en 2 casos de resistencia con Ceftazidima/Avibactam. La tasa de mortalidad relacionada con la infección fue del 40% (2/5).
La descolonización intestinal mediante gentamicina oral y/o capsulas de estreptomicina /neomicina se realizó en 10 pacientes (1 falleció de shock séptico antes de poder iniciarlo) y fue efectiva en 5 de ellos (50%); la media de ciclos de tratamiento erradicador fue 2 (1-4). La incidencia de infección y colonización se redujo a lo largo del periodo de actuación del grupo multidisciplinar. Entre las medidas de control se incluían: cultivos de vigilancia semanal con hisopo rectal, descontaminación intestinal selectiva en los portadores intestinales, asignación exclusiva de los pacientes infectados/colonizados al mismo personal sanitario (no asignándoles otros pacientes), material de cuidado también exclusivo (pulsioximetro, etc); señalización del aislamiento (puerta de la habitación, historia clínica, informes de alta o traslado), higiene de manos con solución de base alcohólica, uso de los equipos de protección personal, limitación del trasporte del paciente a lo imprescindible, si precisó alguna prueba se citó en el último lugar del turno.

Discusion:
1. La combinación de epidemiología clásica y molecular nos ha permitido conocer la diseminación del clon causante y la trasmisión intercentros. Es necesario identificar precozmente a los pacientes con riesgo de trasmisión, especialmente aquellos con entradas frecuentes al sistema sanitario.

2. La mortalidad atribuible a la infección por KP-KPC fue del 40%.

3. El control del "brote" de forma eficaz y en sólo 6 meses se debió a las medidas especiales de actuación de un grupo multidisciplinar interhospitalario (aislamiento, higiene de manos, hisopos rectales).

C-124

Centro:

HOSPITAL DEL SAS DE JERZ

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente X

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS

Autores:

SALDAÑA MORENO R.; MADRIGAL TOSCANO M.D.; GAVIRA R R. Y GARZON LOPEZ S..

Objetivos:

Cuantificar y analizar los errores relacionados con la quimioterapia.

Material y Método:

Estudio descriptivo y retrospectivo durante los años 2011-2013 en pacientes hematológicos.

Se analizaron todos los errores registrados mediante la hoja de notificación voluntaria disponible en nuestro centro. Para la clasificación de los errores se utilizó la terminología de errores del grupo Ruiz Jarabo (Categoría A errores potenciales, Categoría B-D errores sin daño, Categoría E-H errores con daño, Categoría I errores mortales).

Resultados:

La tasa media de errores hospitalarios detectados fue de 7,6 errores/1000 mezclas de citostáticos preparados en el año 2011 frente a 6,7 y 6,8/1000 en el 2012 y 2013 respectivamente. Las tasas de errores más altas fueron en Hospital de Día Pediátrico lugar donde no está implantada la prescripción electrónica, seguido de la Planta de Hematología y del Hospital de Día de adulto (Se adjunta tabla).

El mayor número de errores fue notificado por los farmacéuticos aunque enfermeros, médicos y técnicos también lo hicieron en el año 2013, por la cultura de seguridad que se está instaurando en nuestro hospital.

Los principales medicamentos implicados en estos errores fueron ciclofosfamida y busulfan (planta), rituximab (H.de dia) y metotrexato (H.de día pediátrico).

En cuanto a la categoría de gravedad clínica del error, el 88% se clasificaron como Categoría B, el 7,5% Categoría C, el 4,5% Categoría D en 2011. En el año 2012 los datos fueron parecidos, con la salvedad de uno categoría E (3%) que implicó intervención, en este caso concreto, ingreso de la paciente para observación del daño. Los datos del 2013 son reproducibles.

Aunque se originaron errores en todas las etapas del proceso de la cadena terapéutica el error de prescripción fue el más común en los 3 años y los de administración y dispensación los menos notificados, quizás por la mayor dificultad para su detección. No obstante en el 2013 observamos un aumento importante en la etapa de preparación lo que nos obligará a tomar nuevas medidas de control de seguridad en el servicio de Farmacia.

Los tipos de errores más frecuentes fueron: dosis incorrecta, esquema incorrecto, duración del tratamiento incorrecto y medicamento erróneo sumando éstos el 60-80%, en menor medida se detectaron omisión de dosis o medicamento, duplicidad de tratamiento, frecuencia de administración errónea, medicamento deteriorado o paciente equivocado.

Discusion:

La tasa de errores disminuyó el año 2012 gracias a las medidas implantadas (prescripción electrónica, check-list, hoja de notificación). En 2013 se detectaron más errores en hematología posiblemente debido al aumento de notificaciones de nuestros profesionales (más formados y concienciados). La mayoría de los errores fueron clase B, por lo que no alcanzaron al paciente.

C-125

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente X

SISTEMAS DE GESTIÓN DE INCIDENTES DE NUEVA GENERACIÓN

Autores:

SANTANA LÓPEZ V.; PÉREZ PÉREZ P.; PACHECO MERA M.; FERRERO ALVAREZ-REMENTERÍA J.; RODRIGUEZ CONTRERAS H. Y VÁZQUEZ VÁZQUEZ M..

Objetivos:

Diseñar de una app para profesionales sanitarios que agilice el proceso de notificación de incidentes de seguridad, y refuerze los mecanismos de retroalimentación sobre las notificaciones realizadas, y las áreas de mejora puestas en marcha.

Material y Método:

Avizor es la una app, sincronizada con el sistema de gestión de incidentes del Observatorio para la Seguridad del Paciente, que facilita a los profesionales la comunicación de incidentes de seguridad o riesgos, de forma más rápida, más sencilla, pudiendo realizarse a tiempo real y en el punto de atención.

Se han simplificado los formularios habituales, se ha añadido la posibilidad de incorporar imágenes y se facilita la introducción de texto por dictado de voz, permitiendo comunicar un incidente de seguridad en cuestión de segundos.

La selección del centro o unidad sobre la que se quiere notificar se puede hacer por geolocalización.

Para los incidentes relacionados con la medicación (la categoría más frecuente), es posible escanear el código de barras del medicamento, cargándose automáticamente toma la información (principio activo, dosis, vía…), ya que la app se sincroniza a diario con la base de datos de medicamentos de la AEMPS.

Los diferentes avisos y el seguimiento de las mejoras se realizan igualmente a través del móvil.

La app está accesible de manera gratuita para iOS y Android en los markets AppleStore y GooglePlay

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/index.html

Resultados:

En estos primeros meses de funcionamiento, de mayo a octubre, se han notificado ya 72 incidentes por esta vía, el 4,5% aproximadamente del total de incidentes notificados

La app acumula 435 descargas hasta la fecha.

Discusion:

Hasta el momento, los sistemas de notificación han mostrado una capacidad limitada de generar cambios, y parecen estar de espaldas a las TICs en nuestro entorno.

Se suelen configurar como largos formularios WEB, que están aparte, fuera de la historia clínica electrónica, lejos de la riqueza que proporcionan hoy las redes sociales, y de las posibilidades actuales de comunicación instantánea.

Sobre tecnología móvil, es posible transformar los actuales sistemas de notificación de incidentes, más allá de la mera recolección de eventos, en instrumentos sociales, y de aprendizaje participativo, volcados en compartir las mejoras a tiempo real, en el punto y momento de la atención.

C-126

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente XI

EL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores:

TEJEDOR FERNÁNDEZ M.; BERENGUER GARCÍA M.J.; MIÑARRO DEL MORAL R.; GIMBERT DEL RIO M.; FERRER HIGUERAS M.J. Y RUMBAO AGUIRRE J.

Objetivos:

Describir el sistema actual de seguridad del paciente de un hospital de tercer nivel.

Material y Método:

Tomando como puntos de partida la Comisión Central de Seguridad del Paciente (constituida en 2008) y el Servicio de Calidad, se detallan las líneas de trabajo relativas a la Seguridad del paciente que se llevan a cabo en un hospital de tercer nivel (líneas transversales, líneas específicas y otras ligadas al modelo de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Se describen las etapas realizadas para el despliegue de cada una de ellas: a) Asignación de responsables, b) Elección del método adecuado para cada una de las líneas (Análisis Modal de Fallos y Efectos, grupo de expertos, auditorias de historias clínicas y otros), c) Diseño de los planes y programas respectivos, d) Aplicación efectiva (contemplando los aspectos de evaluación y rediseño).

Resultados:

Desde la Comisión Central de Calidad y Seguridad del Paciente se mantienen 11 líneas de trabajo (correspondientes a planes de seguridad transversales). Desde el Servicio de Calidad se ha dado soporte al diseño de 68 Planes de seguridad del paciente (26 correspondientes a Unidades de Gestión Clínica y 42 a Procesos Asistenciales). En relación a las actividades vinculadas a la ACSA: se ha realizado la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente y de Centros contra el dolor en 40 UGC. Se han obtenido los Distintivos de Manos Seguras y de Seguridad quirúrgica. Cabe destacar que 303 profesionales han sido dados de alta para la realización del itinerario formativo en Seguridad del Paciente desde la U. de Calidad y en torno a 338 profesionales han asistido a una serie de talleres formativos acreditados de ámbito local. Como aspectos más novedosos hay que señalar que se está llevando a cabo la Medición de la incidencia de los eventos adversos en 5 UGC, mediante un método propio diseñado "ad hoc", así como el Análisis de causa-raíz de eventos centinelas. También se ha iniciado el abordaje de la seguridad del paciente en relación con la utilización de los registros electrónicos habiéndose realizado la evaluación mediante las Guías SAFER (Safety Assurance Factors for Electronic Health Records Resilience) en dos UGC.

Discusion:

Aunque el sistema de seguridad del paciente de un hospital de tercer nivel es de una elevada complejidad, puede planificarse, diseñarse, aplicarse y evaluarse para mejorarlo continuadamente.

Un sistema de este tipo exige de la participación activa de cientos de profesionales, por lo que es necesaria la implicación de la Dirección así como la motivación y la coordinación de numerosos grupos. Ésta última es una herramienta difícil de manejar, pero imprescindible para alcanzar el éxito.

C-127

Centro:

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Seguridad del Paciente XI

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIO ÚNICO DE LA PROVINCIA DE GRANADA

Autores:

MUÑOZ SANCHEZ C.; GUTIERREZ CUADRA P.; TORRES BUSTOS A.; MORENO AGUILAR R.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ J.M. Y ALFONSO MENDEZ L..

Objetivos:

Mostrar cómo se ha definido el proyecto de implantación de un solo Sistema de Información de Laboratorio (SIL) en 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) Situación de partida de cada uno de los SIL de los hospitales de la provincia mediante reuniones con los responsables de los laboratorios y del Servicio de Tecnologías de Información para inventariar las casas comerciales existentes en cada laboratorio y ver las diferentes formas de solicitud de pruebas de laboratorio en cada hospital (si es petición electrónica o manual).

2) En la puesta en marcha del nuevo SIL provincial se realizaron las siguientes tareas: Reuniones técnicas con el proveedor de laboratorio entrante y responsables de laboratorio para definir la configuración de servidores de base de datos, servidores de aplicaciones, infraestructura de red, definición de cartera de servicios, migración de peticiones existentes, pruebas de mensajería, definición los flujos de extracción de muestras y de la implantación del módulo de Petición Analítica de Diraya.

3) Utilización del estándar de mensajería HL7 V2.5 (Healh Level 7) y a través del Motor de Integración ENSEMBLE, corporativo del SAS, según la normativa de la Oficina de Interoperabilidad del Servicio Andaluz de Salud para la obtención del informe de resultados de laboratorio tanto en Atención Primaria como Especializada.

Para tener un control de trazabilidad de la petición están se definieron mensajes según los estados de la petición electrónica: Peticion en espera de asignación de laboratorio, Pendiente de extracción, En trasporte, Petición Pendiente de resultados, Petición recibiendo resultados, Pendiente de leer, Pendiente de informar al usuario, Usuario informado.

Para facilitar las labores de administración y mantenimiento correctivo se utilizó el modulo de gestion de la plataforma SIL-Modulo de Petición Analitica y modulo de gestion SIL del laboratorio.

Además, dos niveles de codificaron de las pruebas tanto para el clinico (CLC) como para los laboratorios (GNC, reglas de codificaron IUPAC-IFCC.

Resultados:

- Integración con el NÚMERO ÚNICO DE HISTORIA DE SALUD DE ANDALUCIA permitiendo ver los resultados de peticiones electrónicas en cualquier centro asistencial de Granada(Historia Única de Salud del Ciudadano).

- TRAZABILIDAD de la petición : El flujo de petición garantiza la trazabilidad total del proceso analítico (fases preanalitica, analtica y postanalitica)

- Control de COSTES: Codificacion estandar de pruebas de laboratorio, según Base de datos GNC (reglas de codificaron IUPAC-IFCC) para datos estadisticos.

Discusion:

Es una medida efectiva, eficiente para la seguridad del paciente, mejora de la efectividad diagnóstica o terapéutica y sostenible al medio ambiente.

C-128

Centro:

LINEA IAVANTE.SEDE GRANADA. FUNDACION PROGRESO Y SALUD.CONSEJERIA SALUD

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Seguridad del Paciente XI

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACIÓN AVANZADA EN TÉCNICAS ENDOVASCULARES EN DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN FACULTATIVOS ESPECIALISTA

Autores:

ALARCON MARTÍNEZ L..

Objetivos:

Analizar la experiencia del Programa de Formación en Técnicas endovasculares de embolización y de punción y navegación mediante el entrenamiento en modelo animal.

Material y Método:

Talleres prácticos que contemplan la formación en el manejo y características específicas del material y protocolos de actuación en salas de terapias endovascular. En los Quirófanos experimentales, se trabaja sobre las habilidades necesarias para un correcto manejo de las guías, catéteres, arcos de rayos, ecógrafo vascular, punción arterial y venosa y todo el abordaje endovascular sobre modelo animal. Evaluación de cada competencias individual(check list).

Cuestionarios de satisfacción del alumno y del equipo docente

Resultados:

Formación de 96 profesionales procedentes de las 17 Comunidades Autónomas en cateterización supraselectiva, en utilización de coils, anclaje embolización indirectas y trans-stent, plugs vasculares, agente embolizante líquido en difinitiva plantenado soluciones de las incidencias que se pueden encontrar en la práctica diaria pero minimizando el riesgo por el uso de biorractivos.

Adquisición de habilidad óptima o excelente en el manejo de la técnica.

Se valoró muy positivo el método basado en estaciones de menor a mayor complejidad que permite un aprendizaje progresivo de las competencias. Además del uso de simuladores virtuales de navegación endovascular antes del abordaje sobre el modelo animal, que permiten el asentamiento de la técnica y la adquisición de competencias en beneficio de la seguridad del paciente.

Discusion:

Los resultados muestran que se ha utilizado un método eficiente y de calidad para la adquisición de competencias quirúrgicas , basado en la mejor evidencia disponible e innovadora. La simulación se ha mostrado el método mas adecuado para garantizar la seguridad de pacientes y profesionales en la adquisición de competencias quirúrgicas así como la utilización del modelo animal que asegura el éxito en la puesta en práctica posterior sobre el paciente.

C-129

Centro:

UGC Lucano

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente XI

ANALISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROCESO DE ALTA DEL HOSPITAL A ATENCION PRIMARIA.

Autores:

TEJEDOR. BENÍTEZ A.; MÉNDEZ SERRANO B.; BENÍTEZ ORDÓÑEZ M.D.; MARTÍNEZ REPISO E.; BERENGUER GARCÍA M.J. Y SÁNCHEZ GARCÍA E

Objetivos:

La presencia de eventos adversos es inherente a la atención sanitaria, y en nuestras organizaciones, con procesos asistenciales de alta complejidad, se incrementa la dificultad para la identificación de los riesgos y, sobre todo, de las actuaciones para minimizarlos. Un proceso complejo y que se acompaña con frecuencia de incidentes de seguridad del paciente es el proceso de alta desde el hospital a atención primaria.

Los profesionales sanitarios necesitan instrumentos fáciles de emplear, que sirvan para, de una manera visual y atrayente, reconocer aquellos aspectos a tener en cuenta para minimizar el riesgo. Hay ya larga experiencia en otros ámbitos de la utilidad del empleo de mapas de procesos y en el caso de la Seguridad del Paciente la incorporación de los mapas de riesgo están demostrando ser un instrumento válido de ayuda. Por eso en este trabajo nos proponemos:

Diseñar un mapa de riesgos en el proceso de alta del hospital a atención primaria.

Material y Método:

Grupo de Mejora, constituido por profesionales del hospital y de atención primaria:

Una Médico especialista en Cirugía General

Dos Médicos especialistas en Medicina Interna

Una Medico de Familia

Dos Enfermeras Gestoras de Casos de Atención Primaria y de Hospital

Dos Supervisoras de Cirugía y Neurología

Una Enfermera de Familia Directora de UGC,

Una Enfermera Profesora de la Universidad de Ipswich (Inglaterra)

Una Trabajadora Social de Hospital

El Servicio de Calidad del Hospital Reina Sofía aporto el asesoramiento metodológico y apoyo logístico. Se procedió a:

Revisión bibliográfica.

Diseño del mapa de actividades del "Proceso de Alta"

Mediante el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) se identificaron los fallos, las causas y efectos adversos

Diseño del mapa de riesgos con la incorporación al mapa del proceso de efectos adversos.

Se elaboró el plan de acciones de mejora para la disminución del riesgo.

Resultados:

1. Se dispone de un mapa de riesgo del proceso de alta del hospital en el que aparecen tanto los fallos y sus causas que pueden provocar los posibles efectos adversos

2. A partir del mapa se pudo elaborar un plan de acciones preventivas para la disminucion del riesgo que incluye:

- Actuaciones transversales: recomendaciones de instituciones sanitarias como la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y la Consejería de Salud de Andalucía (Estrategia de Seguridad del Paciente) o la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

- Acciones de mejoras, específicas para el proceso de alta, como por ejemplo:

Check List y Cierre del Proceso de Alta desde atención Primaria.

Discusion:

La identificación de los riesgos es una prioridad a la hora de abordar una estrategia de Seguridad del Paciente y el mapa de riesgo es una herramienta sencilla que ayuda a poner una especial atención en aquellas etapas que son puntos críticos de riesgo.

C-130

Centro:
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Provincia:
Almería
AreaTematica:
Gestión Clínica III

HISTORIA ÚNICA DE REGISTRO E INFORMACIÓN EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:
LOPEZ LIRIA R...; VEGA RAMIREZ F...; ORTIZ JIMENEZ F...; SALIDO CAMPOS M.A.; FERNANDEZ MIRANDA E... Y PADILLA GONGORA D..

Objetivos:

Diseño y evaluación de la efectividad de una hoja de registro e información (HRI) única en atención domiciliaria (AD) para el paciente crónico o pluripatológico (PP).

Material y Método:

En una primera fase se realizará el diseño e implantación de una HRI única para el PP. En la segunda fase del proyecto se llevará a cabo un estudio cuasiexperimental con grupo control, para la evaluación de su efectividad.

La población de referencia serán todos los pacientes tratados en los Equipos Móviles de Rehabilitación- Fisioterapia y atendidos por las Enfermeras gestoras de Casos, dependientes del CH Torrecádenas y AP en la provincia de Almería; así como sus cuidadores.

Resultados:

Para cada historia se elabora un protocolo estructurado de recogida de datos, con pruebas y cuestionarios consensuados. Variables:

Datos del Paciente: sexo, fecha de nacimiento, localidad, cuidador principal

a) Parte exploratoria.

- Motivo de consulta, diagnóstico.

- Antecedentes Personales; Examen Físico.

- Examen radiográfico o Pruebas complementarias.

- nº de ingresos en el hospital durante el periodo de estudio (número), duración de la estancia.

- Ayudas técnicas y aparatos que precisa.

b) Pruebas de valoración funcional: Examen morfoestático; Examen del dolor; Examen cutáneo y palpación; Examen articular goniométrico; Examen muscular; Examen neurológico; Examen respiratorio; Examen resistencia cardiaca.

c) Pruebas de evaluación de discapacidad: Actividades de la Vida Diaria (AVD)básicas; AVD Instrumentales; Riesgo de caídas, Apoyo Social.

d) Plan terapéutico: Objetivos, horario y frecuencia, duración y cantidad.

e) Técnicas terapéuticas como: movilización pasiva o activa; Fisioterapia respiratoria; Ejercicio aeróbico general; Termoterapia; Crioterapia; Hidroterapia; Fortalecimiento muscular; Relajación; Terapia Manual; Inmovilizaciones y/o Posturas osteoarticulares; Electroterapia; Actividades de Educación para la salud; Ejercicios domiciliarios.

f) Medidas de la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

g) Resultado Final del proceso: recuperación y alta; ingreso hospitalario; éxitus.

h) Grado de satisfacción del usuario con el servicio (SATISFAD).

Discusion:

En la actualidad la fisioterapia domiciliaria y el modelo de gestión de casos comprenden dos entidades complejas con unas patologías propias, técnicas y gestión peculiar en AD que requieren un estudio específico, necesario y en profundidad. Para el desarrollo adecuado de su cartera de servicios se necesitan elementos de apoyo desde el nivel de la macro, meso y microgestión. Es decir, articular planes para ofrecer una adecuada continuidad entre los niveles de atención primaria y especializada, el establecimiento de normas de monitorización, sistemas de recogida de información y notificación adecuados y consensuados, integrar la perspectiva funcional de la salud para una utilización más eficiente de los profesionales de AP y una atención coordinada.

COMUNICACIONES ORALES TEMÁTICAS

T-1

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

DESARROLLO COMPETENCIAL DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS.

Autores:

SALGUERO CABALGANTE R.; ROJAS DE MORA-FIGUEROA A.; JULIÁN CARRIÓN J.; CARRASCOSA SALMORAL M.P.; MARTÍN GARCÍA S.M. Y TURIÑO GALLEGO J.M.

Objetivos:

Identificar áreas de mejora en la atención prestada por las enfermeras acreditadas en base al desarrollo competencial puesto de manifiesto durante sus procesos de acreditación.

Material y Método:

Diseño: Estudio descriptivo transversal cuantitativo retrospectivo.

Población: 4318 enfermeras que han acreditado sus competencias desde septiembre de 2006 hasta junio de 2015.

Procesos de acreditación incluidos: Enfermero/a de Atención Familiar y Comunitaria, Salud Mental, Hospitalización y Cuidados Especiales, Emergencias y Urgencias Extrahospitalarias, Cuidados Infantiles, Bloque Quirúrgico, Atención Ambulatoria, Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos, Trabajo, Gestión de Casos y Matrona.

Los datos han sido explotados a partir de una herramienta on-line tipo e-portfolio que soporta los citados procesos de acreditación.

Resultados:

Se han identificado 17 competencias comunes a los 11 manuales dirigidos a los diferentes ámbitos de actuación enfermera.

Las competencias y evidencias de buenas prácticas presentes con mayor frecuencia en el desempeño de las enfermeras han sido las siguientes:

- "Comunicación y entrevista clínica". La evidencia relacionada con el conocimiento sobre manejo de habilidades de comunicación muestra en este grupo un porcentaje de cumplimiento del 72.8%.

- "Adecuada utilización de los recursos disponibles". Destaca el porcentaje de cumplimiento de la evidencia relacionada con el conocimiento de los profesionales sobre la forma de optimizar los recursos ambientales y contribuir a la adecuada gestión de residuos.

- "Educación para la Salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención". Las evidencias que mayor porcentaje de aportación presentan son las relacionadas con la realización de recomendaciones preventivas (97.4%) y con la valoración de hábitos tóxicos (96.6%). El conocimiento sobre los pasos a seguir para una correcta higiene de manos, es demostrada por el 88.2%.

Las competencias puestas de manifiesto por menos del 20% de las enfermeras y que, por tanto, presentan mayor potencial de desarrollo son "Metodología de calidad" y "Capacidad docente".

Propuestas de mejora identificadas:

- Promover una actitud proactiva entre los profesionales dirigida a identificar, analizar y desarrollar oportunidades de mejora de la propia práctica profesional, de tal manera que se produzca una mejora continua de la calidad asistencial en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- Promover el desarrollo de actividades docentes por parte de las enfermeras, de manera que se potencie su capacidad para transferir el conocimiento y las habilidades que adquieren a través de la formación continuada y de su propia experiencia.

Discusion:

El análisis de las competencias que están presentes en el desempeño profesional ofrece la oportunidad de identificar necesidades formativas y áreas de mejora, y contribuye a hacer posible una práctica de mayor calidad, promoviendo el desarrollo profesional y mejorando la atención sanitaria.

T-2

Centro:

Distritos Sanitarios Condado Campiña y Huelva Costa

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS QUE HAN DIFICULTADO LA ACREDITACIÓN DE UGC POR LA ACSA EN UN DISTRITO SANITARIO DE AP

Autores:

MESA GALLARDO M.I. Y BOTELLO DÍAZ B..

Objetivos:

Objetivo general:

Identificar elementos que han dificultado los procesos de acreditación por la ACSA.

Objetivo específico:

Recoger la opinión de informadores clave sobre elementos que en su experiencia han dificultado la acreditación por la ACSA.

Priorizar los elementos identificados en función de su importancia como elementos que han dificultado la acreditación.

Material y Método:

Metodología: Técnica Delphi adaptada de Jones, modificada. Reunión presencial con 5 informantes clave y cuestionario Google Docs a otros 5 informantes clave. se les realiza pregunta: "Desde vuestra experiencia en la acreditación de centros ¿Cuáles creéis que son los aspectos que han dificultado la acreditación de vuestra UGC?". Debían plantear ideas durante 10 min, tanto en reunión presencial como los que cumplimentaron cuestionario google docs. Posteriormente los priorizaron:

Para ello debían puntuar los factores de 7 a 9 puntos, si era muy relevante; de 4 a 6 puntos si tenía relevancia intermedia, y de 1 a 3 si era poco o nada relevante. Los resultados de la reunión presencial y los obtenidos a través de un cuestionario enviado por email fueron analizados.

Resultados:

Se obtuvieron 30 factores, que fueron ordenados según la Mediana y el Rango Intercuartílico. 11 de ellos eran factores de prioridad alta y 19 de prioridad media. El factor que mayor puntuación obtuvo fue el clima laboral, seguido de la falta de tiempo, falta de participación de los miembros de la Unidad, falta de conocimiento de la metodología de calidad, falta de estímulo o de reconocimiento, la falta de incentivos de cualquier tipo. También se incluye entre los de prioridad alta problemas relacionados con la estructura organizativa, instalaciones, equipamiento y dotación de personal de las UGC. Entre los priorizados con prioridad media, se incluían algunos relacionados con la ACSA: Desconexión entre la realidad de la asistencia sanitaria actual y lo que se pide en manual de acreditación, numero de estándares elevado. Muchas veces innecesarios. Dándole demasiada importancia a la investigación. Herramientas de ayuda con ejemplos anticuados. Aplicación poco intuitiva y de difícil manejo.

Discusion:

Se han identificado los factores que han dificultado la acreditación y el factor que mayor puntuación obtiene es el Clima Laboral. Los profesionales viven la acreditación como un esfuerzo, no se implican todo lo que pueden debido posiblemente al clima laboral y por vivirlo como algo ajeno, por falta de cultura de calidad, por dificultades para sacar tiempo y porque no se sienten recompensados. Sería recomendable mejorar la formación en calidad y en manejo de la aplicación previo al inicio de acreditación. La opinión de los profesionales en la elaboración de estrategias de calidad es necesaria y futuros estudios deberían conocer sus dificultades y cuáles serían las soluciones plateadas por ellos. Se recomienda replantear el reconocimiento hacia los profesionales, que fuese más personal y que sintiesen que el esfuerzo ha servido para algo.

T-3

Centro:

Instituto de Investigación Biomedica de Málaga (IBIMA)

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA

Autores:

ROMERO CUEVAS M.

Objetivos:

El objetivo principal de este trabajo es presentar las distintas etapas del proceso de acreditación de un Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) y la forma de abordaje de las mismas.

El programa de IIS del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) tiene como finalidad potenciar a los hospitales como centros de investigación dotándolos de los instrumentos necesarios para resolver las preguntas que surgen en la relación del profesional sanitario con el paciente y la población.

Material y Método:

La acreditación se describe en Real decreto 339/2044, que para su inicio requiere cumplimiento de 5 estándares necesarios en los últimos 5 años: nº de investigadores, proyectos, publicaciones, investigadores en formación y personal asistencial investigador.

El proceso contempla una primera fase de autoevaluación y una segunda de evaluación externa según la Guía de Evaluación de IIS con 139 criterios (59 imprescindibles y 80 recomendables) estructurados en 3 bloques:

1.- Estructura y fines del Instituto de Investigación Sanitaria y sistema de gestión de la I+D+I.

2.- Estructura, equipos científicos, personal de apoyo, equipamientos científicos y recursos y formación en I+D.

3.- Medición, análisis, mejora, protección y difusión de la actividad investigadora.

La acreditación se abordó en las siguientes líneas:

1. Cumplimiento de los 5estándres de necesario cumplimiento teniendo en cuenta la actividad y producción científica de los grupos de investigación.

2. Conformación de estructura organizativa enfocada a una gestión eficiente de los recursos y a la realización de una actividad de I+D+I de excelencia.

3. Creación de sistema documental para dar respuesta a todos los criterios. El diseño fue realizado desde el plano institucional hasta la base registral.

Resultados:

La etapa preparatoria final data de julio de 2013 con reunión del Consejo Rector del Instituto en el que se aprueba la composición de grupos y fase de revisión y recopilación de la documentación.

La acreditación se inicia con solicitud oficial (diciembre de 2013), visita de la Comisión Técnica de Acreditación del ISCIII (abril 2014), solicitud de auditoría externa (agosto 2014) y auditoría externa (noviembre 2014). Los criterios imprescindibles se cumplieron en un 100% (2 excelentes, 39 acreditables y 18 mejorables), los recomendables se cumplieron el 79% (35 acreditables y 29 mejorables) y se calificaron 17 como no conformes.

Los auditores emiten informe al ISCIII, que realizó propuesta positiva (diciembre de 2014) para obtener acreditación el 15 de enero de 2015.

Discusion:

El proceso de acreditación ha permitido marcar un antes y un después en la trayectoria de la I+D+I de excelencia en el área de influencia del Instituto, constituyendo un espacio de investigación Biomédica multidisciplinar, integrado por Hospitales y Universidad, que contribuye a fundamentar científicamente los programas y políticas del Sistema Nacional de Salud, potenciando preferentemente la investigación traslacional.

T-4

Centro:

Hospital de Antequera. Area Sanitaria Norte de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

"COMO ACREDITAR TODAS LAS UNIDADES DE UN AREA SANTIARIA Y NO FRACASAR EN EL INTENTO…"

Autores:

CÓRDOBA GARRIDO L.; GUTIERREZ SEQUERA J.L.; POZO MUÑOZ F.; TORRES VERDÚ B.; NAVARRO GALLEGO I. Y CÓRDOBA GARRIDO M..

Objetivos:

Facilitar conocimientos y herramientas para organizar de forma práctica el proceso de autoevaluación según el manual de estandares para la acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) capacitando a los profesionales para que generen estrategias para iniciar, desarrollar y finalizar el proceso de forma eficiente.

Material y Método:

La gestion del proceso de acreditacion de unidades de gestion clinica a traves unidades de apoyo que promuevan la calidad asistencial permite diseñar y aplicar estrategias efectivas implementando procedimientos y actuaciones que promuevan la sensibilizacion e implicacion de profesionales y pacientes de forma simultanea en todas las unidades.

El plan opertativo para la acreditacion de unidades consta de varias fases:

1.Elaboración del Manual de ayuda para la acreditacion de unidades de la Unidad de Calidad 2.Constitución de la Comision de acreditacion 3.Plan de comunicación interno y externo 4.Creacion de los grupos de trabajo en las unidades 5.Checklist analisis de situación inicial 6.Establecer los objetivos de cada unidad (motivacion principal, recursos humanos y de tiempo)

7.Cronograma autoevaluación:analisis y cumplimentacion de estandares e implementación de mejoras,programacion auditorias,gestion documental

8.Puesta en marcha de herramientas de apoyo metodologico:asesores expertos, intranet,pagina web,blogs corporativos y de unidades, trabajo en edicion asincrona(carpetas compartidas, google drive,sesiones programadas online,whatsApp…)

9.Simulacro visita evaluacion externa.

Resultados:

Este modelo de gestion organizativa ha permitido al Area obtiener la certificacion de todas sus Unidades de Gestión Clinica por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia,con un total de 17 unidades certificadas: 16 con nivel avanzado y la unidad de Laboratorio Clinico con nivel óptimo, convirtiéndose en la primera Area Sanitaria en conseguirlo a nivel andaluz Fortalezas:El Hospital de Antequera inicio el proceso de acreditacion a nivel andaluz con su certificacion como centro Hospitalario con nivel avanzado en 2003, lo que nos ha permitido implementar estrategias generales de forma simultánea Debilidades:existen servicios en los que su certicacion nos ha exigido la adherencia a otros modelos como el Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2004 y en el Servicio de Alimentación ISO 9001: 2008 por AENOR Oportunidades de mejora con areas de intervención:adaptacion de los estandares del manual a servicios de apoyo o de soporte de reciente creación.

Discusion:

El plan operativo permite establecer una estrategia reglada para la organización interna del proceso de certificacion facilitando,mediante asesores expertos y herramientas de apoyo,los recursos necesarios para afrontar de manera agil,sencilla y eficiente el proceso.

Principales limitaciones: bajo liderazgo del proceso en algunas direcciones de unidad, potenciar las estrategias de comunicación interna y aumentar la formacion de profesionales y ciudadanos

T-5

Centro:

Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

CALIDAD DE VIDA TRAS CIRUGÍA CARDIACA EN LA COMUNIDAD ANDALUZA

Autores:

CURIEL BALSERA E.; RIVERA ROMERO R.L.; TORRES CAMPOS M.; BENITEZ PAREJO J.; REINA TORAL A. Y HINOJOSA PEREZ R..

Objetivos:

Evaluar la calidad de vida mediante cuestionario SF-36 tras cirugía cardiaca mayor en la comunidad autónoma de Andalucía.

Material y Método:

Estudio multicéntrico de todos los 11 hospitales pertenecientes al registro ARIAM de cirugía cardiaca de Andalucía entre Enero 2010 y Febrero 2011. Se han analizado todos los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca mayor y tras un periodo de seguimiento, se les ha efectuado un cuestionario de calidad de vida SF-36.

Se han analizado variables clinicas, epidemiologicas y de resultado. Se han utilizado test de Chi cuadrado y T-

student para el analisis univariante y regresion logistica binaria para el analisis multivariante.

Resultados:

La edad media fueron 63,73 años (DE 12,69) y el 61,2% fueron hombres. El peso medio fue 76,6 kg (DE 14,21) y el IMC de 28,4 (DE 4,7). Un 20,4% de la población tenía mas de 75 años en el momento de la cirugía.

La historia cardiaca previa de estos pacientes estaba ausente en 205 pacientes (4,6%), es decir el evento que motivó la cirugía cardiaca se consideró primera manifestación cardiaca en este porcentaje de pacientes operados.

El 90,5% era la primera vez que se sometían a una intervención quirúrgica cardiaca, habiéndose intervenido al menos una vez el resto. Hasta 30 pacientes (0,7%) habían sido intervenidos al menos dos veces previamente.

El tipo de intervención mayoritario fue valvular, con o sin revascularización asociada (68,1%), seguido de revascularización coronaria aislada (21,4%), patología de aorta torácica (5,1%) y otras cirugías (congénitas, complicaciones post infarto, pericardiectomias…) en 5,4%.

Se ha entrevistado a 1382 pacientes durante el seguimiento medio de 1291 dias + 166 (3,5 años) y se les aplicó el cuestionario SF-36.

En el análisis comparativo encontramos peor QOL en mujeres que en hombres p=0,0001 y correlacion negativa entre edad y calidad de vida (p=0,0001). Las mujeres de nuestra serie tenían una edad significativamente mayor que la de los hombres (p=0,0001)

No encontramos diferencias en cuanto al tipo de cirugía en cuanto a los resultados de QOL. (Valvular 62,4 + 19,9. CABG 62,9 + 19,33. Aorta 60,1 + 19,04)., ni en cuanto a la duración de la cirugía o de la circulación extracorpórea.

Si encontramos relación entre el estado funcional antes de la cirugía medido por NYHA con la QOL después del periodo de seguimiento.

Los escores pronósticos mostraron relación inversa con la QOL pero con una baja correlacion (Coef Pearson -0,22 a -0,28 según EuroSCORE y SAPS 3 respectivamente).

Discusion:

El 71,5% de los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca mayor no presenta limitación de la actividad o es mínima, tras mas de 3 años de seguimiento.

La calidad de vida percibida disminuye conforme aumenta la edad o la empeora la situación funcional de los pacientes.

T-6

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Ciudadano II y Competencias Profesionales I

CÓDIGOS QR EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PACIENTES Y PROFESIONALES PEDIÁTRICOS

Autores:

TORO SANTIAGO J.; MARTINEZ CERVELLO A.R.; DURAN LUENGO A.; LOPEZ LOPEZ J. Y LABRADOR BEJAR M.C..

Objetivos:

Desarrollar una plataforma accesible mediante códigos QR que permita mediante terminales móviles acceder a los padres y a los propios niños, a información de salud útil, rigurosa y relevante y al profesional sanitario, a contenidos que sirvan de soporte al aprendizaje, formación continuada y la toma de decisiones en el punto de atención al paciente.

Material y Método:

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar para la selección del material multimedia con evidencia científica recomendado por Sociedades Científicas, publicaciones, etc. El material diseñado se orientó hacia patologías prevalentes y de mayor relevancia en el Centro, y que requieren mayor información para los padres.

Se elaboró material informativo multimedia para los procesos que se originan en brotes o estacionales. Las modalidades de presentación de códigos QR han sido diversas, así como contenidos educativos para formar en su uso a los usuarios.

Resultados:

Desarrollo de un portal de salud con contenidos educativos destinados a padres y niños con más de 5000 visitas en los últimos 4 meses.

Edición de un marca-páginas con códigos QR entregado a los padres en Urgencias Pediátricas.

Inserción de los códigos QR en el tríptico informativo que los padres reciben en el ingreso y alta.

Estos códigos dirigen al usuario a información validada sobre: Fiebre, alimentación, problemas respiratorios, digestivos, vacunas, accidentes infantiles, bronquiolitis, uso de cámaras inhalatorias, cuidados respiratorios, cuidados de la traqueostomía, gastrostomía, catéteres, etc.

Realización de videotutoriales sobre el montaje, manejo y resolución de incidencias de equipos electromédicos: respiradores, equipos de diálisis, dispositivos de ventilación no invasiva, dispensadores de óxido nítrico… Estos equipos llevan adherido un Código QR a través del que accede al vídeo, realizado por los profesionales expertos en su manejo.

Elaboración por profesionales expertos de video-procedimientos enfermeros específicos de la Unidad, accesibles mediante código QR: fijadores externos, retirada de drenajes torácicos, curas del soporte ventricular Berlin Heart…

Discusion:

Conclusiones: La prescripción de links o aplicaciones basadas en información con evidencia científica puede ser un complemento esencial en la información y educación sanitaria a los padres.

El acceso a contenido multimedia sobre procedimientos enfermeros y montaje de equipos electromédicos mediante códigos QR tiene indudables beneficios: su inmediatez, el acceso en el punto de atención al paciente, la constante actualización de contenidos, su eficacia y bajo coste y podría repercutir positivamente en la seguridad del paciente.

Discusión: Es necesario la evaluación del impacto del uso de los códigos QR y la información que contienen tanto en la población de padres como en la de profesionales mediante el uso de herramientas como grupos focales o encuestas.

T-7

Centro:

Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano II y Competencias Profesionales I

LA OPINIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: SU EXPERIENCIA COMO PASO PREVIO A IMPLANTAR UN PLAN DE VISITAS.

Autores:

SIANES BLANCO A.

Objetivos:

Conocer la opinión de los pacientes sobre el efecto que provoca el actual plan de visitas a lo largo de su estancia en las variables comodidad, confort, intimidad y seguridad para tenerlas en cuenta a la hora del diseño de un Plan de visitas adpatado a sus necesidades.

Material y Método:

La opinión de profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Valme sobre la necesidad de regular y ordenar las visitas a pacientes ingresados, induce a conocer si también coincide con la de los pacientes ingresados. Por ello se antoja como fundamental y como paso previo a implantar un Plan de visitas, contar con la opinión de éstos.

Mayo 2015: Se confecciona un cuestionario de carácter anónimo y sencillo con 6 items: una pregunta previa general (opinión general sobre el actual plan de visitas), 4 preguntas sobre ruido, intimidad, seguridad y confort, 1 sobre el número óptimo de personas que deben estar acompañando a un paciente y por último un campo de texto libre de opinión.

Las primeras 5 preguntas con respuestas dicotómicas (una expresa la satisfacción y la otra la insatisfacción), la última con diferentes opciones de respuesta (nº de personas: 1-2, 3-4, 5-6, sin control)

Participan 9 Unidades de Gestión Clínica para pasar el cuestionario durante el mes de abril y mayo de 2015, entre sus pacientes hospitalizados, esperando obtener unos 100 cuestionarios por lo que cada Unidad debe pasar 10 cuestionarios aproximadamente. Cada Unidad, una vez recogidos, los hará llegar a la Unidad de Atención a la Ciudadanía, quién se encargará de su análisis global.

Resultados:

Se recogen 120 cuestionarios. A nivel general los resultados en % de insatisfacción son:

- Situación actual régimen de visitas: 41,20%
- Ruido: 70%
- Intimidad: 59%
- Seguridad/Infecciones: 81%
- Confort: 87%
- Grado general de insatisfacción: 68%
- Nª óptimo de acompañantes:

o 1-2 personas: 89%

o 3-4 personas: 11%

o Resto de opciones (> 4 personas: 0%)

Las Unidades con mayor grado de insatisfacción son Ginecología y Enf. Infecciosas (89 y 72%) y las de menor insatisfacción son Cirugía y Digestivo (57%).

Discusion:

Espacio compartido: sin entrar a valorar la significancia estadística, los resultados refuerzan la necesidad detectada; siendo coincidentes entre los 3 agentes (profesionales, responsables y pacientes), potenciando la idea de establecer un Plan que regule y ordene las visitas hospitalarias.

Consulta/colaboración Ciudadana: tal y como se indica en el Plan de Participación del Área, la ciudadanía ha participado con su opinion en el diseño y desarrollo de la organización.

La mayor insatisfacción está en Confort/comodidad, mientras que destaca la opinión negativa generalizada del efecto que puede tener en su salud (infecciones).

Casi el 90% de los participantes han seleccionado el nº óptimo de acompañantes en 1-2 personas. Se decide iniciar el Plan habilitando únicamente a 2 personas por paciente (ante la duda de si ampliar a 3 como en otros Centros), a tenor de lo expresado por los pacientes.

T-8

Centro:

AGS NORTE DE MÁLAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II y Competencias Profesionales I

MEJORA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANA COMO ELEMENTO MEDIADOR A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN.

Autores:

BUJALANCE HOYOS J.E.; JIMENEZ LUQUE E.S.; MONTERO ALBA T.E.; GONZALEZ PORTILLO S.U.; RUIZ BRAVO I.M. Y MEDINA LINARES M.C..

Objetivos:

El objetivo fundamental que nos planteamos ha sido potenciar las Unidades de Atención a la Ciudadanía (UAC), como un elemento mediador entre la ciudadanía y los profesionales sanitarios.

Consideramos que las UACs deben preocuparse y dar respuesta a de los problemas de la ciudadanía cuando acuden a solicitar ayuda o reclamación, sobre cualquier aspecto de la organización sanitaria, a veces algo compleja.

Los objetivos específicos son:

• Mejorar la comunicación con la ciudadanía de una manera más fluida y accesible.

• Normalizar el procedimiento de trabajo de las UAC, facilitando herramientas a los pacientes que faciliten la comunicación efectiva, bien como sugerencias o como intermediación de conflictos.

• Normalizar el circuito de agradecimientos que realicen la ciudadanía a los profesionales de nuestro centro, y difundirlos como herramienta de motivación.

Material y Método:

Mantuvimos en marzo de 2015, reuniones con los responsables de las UAC de nuestra Área, para presentar la idea e implicarlos en el proyecto.

Se trabajaron en diferentes aspectos de la comunicación como elemento vertebrador para la gestión de pacientes que acuden a reclamar a la UAC o solicitar ayuda.

Se desarrolló un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) donde se implantaron todos los resultados de las reuniones.

Se diseñaron tres documentos para mejorar la comunicación con la ciudadanía: Hoja de Agradecimientos, Hoja de Resolución de Problemas y Hoja de Sugerencias.

En ningún caso se prohíbe el derecho que tienen los ciudadanos a realizar una reclamación formal, y así queda especificado en el PNT.

El Plan se incluye como Buena Práctica de Participación Ciudadana en el Contrato Programa.

Resultados:

Todo el Plan se implanta en Mayo de 2015 y desde esa fecha los resultados obtenidos han sido:

- Resolución de Problemas: 53 casos, con una demora media de respuesta de 1,39 días.

- Hoja de Agradecimiento: 7.

- Hoja de sugerencias: 1.

La implicación personal y motivadora de la administrativa responsable de la UAC ha sido fundamental para poder llevar a cabo este proyecto.

Discusion:

La ciudadanía debe ser el centro del sistema, y cuando acuden a solicitar ayuda a una UAC, esta atención no puede convertirse en el mero hecho de entregar un documento para reclamar. Se debe establecer una relación profesional-paciente desplegando todas las herramientas de comunicación disponibles para atender la demanda del ciudadano. Es lo que hemos realizado en este proyecto.

Ahora disponemos de un libro donde se plasmen los agradecimientos a nuestros profesionales a través de un documento normalizado y de acuerdo con la LOPD, para poder publicar dichos datos en la intranet del Área, como elemento motivador a los profesionales.

Se realiza un atención más personalizada quedando por escrito la solicitud del paciente y dando una respuesta rápida y eficaz a los problemas de los ciudadanos.

Por ultimo destacar que este proyecto no hubiera sido posible sin la implicación, y el buen hacer, de la administrativa de la UAC del AGS Norte de Málaga.

T-9

Centro:

Hospital Universitario Reina Sofía

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Ciudadano II y Competencias Profesionales I

CONSULTORÍA DE HERIDAS CRÓNICAS Y AGUDAS

Autores:

PÉREZ SANTOS L.

Objetivos:

Objetivo general:

Mejorar la salud y calidad en los cuidados a pacientes con heridas crónicas y agudas.

Objetivos específicos :

Reducir la variabilidad en la práctica clínica.

Potenciar la prevención.

Gestión de recursos disponibles.

Desarrollo de un plan de formación integral.

Material y Método:

Proporciona apoyo al personal sanitario de las Unidades que demanden asesoramiento ante el cuidado de heridas en paciente adulto o niño

Cubrirá a pacientes con úlceras por presión (UPP), ulceras vasculares (UV), úlceras neoplásicas (UN), pérdidas cutáneas (PC), heridas quirúrgicas (HQ), quemaduras (Q) y enfermedades raras (Otras)

La metodología de trabajo se basa:

1Asistencia a pie de cama :valoración general ,local y tratamiento

2Gestión de recursos materiales: adecuar los recursos materiales a cada Unidad

3Plan de formación: tanto a formadores como a profesionales

4 Teleconsulta : envio de imágenes de heridas

La consultoría está formada por un enfermero que da cobertura sanitaria en el día Cuenta con un equipo consultor y un equipo de apoyo

Resultados:

Los datos corresponden al periodo que va desde 12-3-2015 hasta 25-9-15

El número de pacientes fué de 182,de los cuales el mayor número de casos son de UPP con 65 , 24 UV, 8 UN, 38 PC, 29 HQ, 12 Q y 7 Otras.

La distribución por centros dentro del Complejo fué mayor en el Hospital General con 93 casos, seguido por Hospital Provincial con 66 y 23 en el Hospital Materno Infantil.

El número de visitas realizadas fue 548 ,el mayor número corresponden a PC con 171 , 152 UPP, 56 UV, 88 HQ, 25 Q y 24 en Otras

En cuanto al tratamiento local de la herida ,se realizó desbridamiento en 45 pacientes frente a 137 casos que fué manejo terapéutico local

El número de teleconsultas fué de 62, de las cuales 25 corresponden a manejo interdisciplinar entre Unidades de Gestión Clínica, 15 consultas corresponden a asesoramiento para Unidades de Hospitalización. Se ha dado cobertura a Atención Primaria con 21 casos, atendiendo cuatro consultas de otros hospitales.

Referente a la gestión de recursos materiales ,se ha revisado apósitos y pomadas en 8 UGC del Hospital Provincial,16 UGC del Hospital General y 6 UGC del Hospital Materno Infantil

Discusion:

Pese a las limitaciones en cuanto a tamaño muestral y duración del estudio ,estos resultados nos puede dar una idea de las líneas a seguir.

Las heridas predominantes son UPP, habrá que promover actividades que favorezcan el cambio en el plano preventivo, terapéutico y registro.

Mayor número de visitas a pacientes con heridas agudas que crónicas, justificado por la incertidumbre en su manejo.

Porcentaje elevado de desbridamientos, habrá que proporcionar conocimientos y habilidades para ello.

Buena aceptación de la teleconsulta. Es una herramienta innovadora útil para la mejora de los cuidados prestados.

En cuanto a la gestión de recursos materiales ,se ha revisado los productos en cada Unidad, adecuándolo a las heridas prevalentes y eliminando excesos / defectos de material.

T-10

Centro:

Area Gestion Sanitaria Norte de Cádiz

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Ciudadano II y Competencias Profesionales I

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA ACERCA DE LAS VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS

Autores:

SÁNCHEZ BASALLOTE J.E.; VEGA PÉREZ A.; NIEBLA CORSINO P.; ALZA ROMERO D.; RUIZ SÁNCHEZ M.J. Y GARCÍA VALENZUELA M.C..

Objetivos:

Conocer los conocimientos y actitudes de los profesionales de Atención Primaria (AP) respecto a las Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal. Población estudio: Profesionales sanitarios y no sanitarios de 5 UGC de AP de ámbito rural de un Area Gestión Sanitaria que acudieron a las sesiones informativas sobre VVA realizadas en Junio 2015. Instrumento de medida: Cuestionario basado en el diseñado y publicado por Simón-Lorda et al y adaptado por García González. Cuestionario anónimo y autocumplimentado al inicio de cada sesión y se registra la edad, el sexo y la profesión, así como, los conocimientos y las actitudes sobre las VVA. Se utilizaron escalas de medida dicotómicas y de tipo Likert con valores de 0 (puntuación más negativa) a 10 (puntuación más positiva). Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables (cualitativas mediante su distribución de frecuencias y cuantitativas mediante la media)

Resultados:

Se obtuvieron 77 cuestionarios válidos. La media de edad de los profesionales es 49.4 años. 71.4% mujeres. El 31.2% médicos, 42.9% diplomados enfermería, 3.9% trabajadores sociales, 14.3 profesionales Atención ciudadana y 7.8% eran de otras categorías. 3 profesionales tenían hecha declaración de VVA. 87.0% conocían que las VVA están reguladas por ley en Andalucía y 45.5% manifestó haber leído el documento VVA. Autopuntuaron su nivel de conocimientos sobre las VVA con una media de 5.2. Respecto a las actitudes hacia las VVA, la puntuación media de los que creían conveniente planificar y realizar la declaración de VVA fue de 8.1 y la media de la puntuación como un instrumento útil tanto para los profesionales como para los familiares fue de 8,4 y de 8,5. La media de la puntuación de los que manifestaron que recomendarían a sus pacientes la elaboración de VVA fue de 8.2 y que respetaría los deseos expresados por sus pacientes en la VVA fue de 9.1. Sobre si haría la declaración de VA en un futuro, la media fue de 8.5.

Discusion:

El cuestionario fue cumplimentado exclusivamente por profesionales AP que acudieron a las sesiones informativas. La AP tiene un importante papel en el proceso de asesoramiento y ayuda a la realización de la VVA, de ahí la importancia del conocimiento que estos profesionales deban tener.

La formación es indispensable para favorecer la integración de las VVA en su actividad profesional, por lo que es necesario incluir estrategias formativas en VVA. Se puede concluir que los conocimientos sobre las VVA de los profesionales de AP son mejorables. Autopuntúan sus conocimientos con un 5,2, siendo los resultados similares a los de otros autores. Aunque la actitud de los profesionales hacia la utilidad de las VVA es positiva, solo el 3,9% tiene hecha la declaración de VVA y la intención de realizarla en un futuro próximo es alta (media de 8,5). Una parte importante de profesionales no conocen el documento de VVA. La actitud hacia la utilización del documento por pacientes y familiares es positiva.

T-11

Centro:

AGS NORTE DE MÁLAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Espacio Social I y Gestión Clínica I

MANEJO DE SITUACIONES DE CRISIS DE REPUTACIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES, ¡QUE NO CUNDA EL PÁNICO!

Autores:

NAVARRO GALLEGO M.I.; GUTIERREZ SEQUERA J.L.; TORRES VERDU B.A.; MOYANO JIMENEZ O.L.; BUJALANCE HOYOS J.E. Y POZO MUÑOZ F.R..

Objetivos:

Una situación de crisis que afecta a la reputación de un centro sanitario, recibida a través de alguna canal de comunicación, genera una situación de ansiedad entre el equipo de gestión a la hora de planificar las decisiones a tomar. En nuestra a Área de Gestión hemos realizado un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para que todo el equipo directivo, así como la unidad de comunicación tengamos los mismos criterios de actuación.

El objetivo del trabajo es por tanto realizar un PNT que defina las acciones a realizar para la gestión de una situación de crisis provocada tras la recepción de una comunicación de índole negativa o potencialmente negativa, sobre cualquier tema relacionado con el área sanitaria que afecte a su imagen corporativa, a través de cualquier medio de comunicación: interna o externa.

Material y Método:

Para realizar el PNT, que se expondrá en el congreso, primero constituimos un grupo de trabajo con diferentes profesionales expertos en gestión y comunicación. Mantuvimos diferentes reuniones hasta definir "una crisis" y establecer los criterios que nos permitieran clasificar las situaciones de crisis de reputación de forma estandarizada.

El siguiente paso fue definir las acciones a realizar dependiendo de la clasificación anterior.

Una vez realizado el PNT, realizamos un estudio piloto con situaciones ficticias propuestas por compañeros que permitió concretarlo aun más.

Por último, se aprobó y ya lo hemos utilizado en los casos reales como herramienta que nos orienta y nos guía para realizar un abordaje normalizado de este tipo de situaciones de crisis.

Resultados:

Lo que se ha conseguido es disponer de un plan de actuación en caso de crisis de reputación que afecte al centro sanitario. En primer lugar quedaron definidas las situaciones como externas o internas, y después se clasificaron las situaciones por gravedad (leve, grave o muy grave) y por magnitud (restringido, ampliado y generalizado). Posteriormente se han definido cada una de las acciones que hay que realizar para cada una de las posibilidades, por ejemplo: situación grave y ampliado, dando lugar a 9 posibilidades (3x3) para interna y externa.

Se ha validado este PNT en las 4 crisis de reputación que hemos tenido desde que se aprobó, y en todas ha sido refrendado y se ha seguido su algoritmo de decisión.

Discusion:

Las situaciones de crisis de reputación que afectan a los centros sanitarios, especialmente a los públicos, generan mucha incertidumbre entre los componentes del equipo de gestión, a la hora de tomar una decisión y planificar las acciones. Incluso puede ocurrir que el director gerente no se encuentre disponible, y con esta herramienta hemos conseguido establecer el camino a seguir del manejo de estas situaciones de una forma homogénea, lo que sin duda disminuye la ansiedad de los directivos al disponer de unas actuaciones definidas y normalizadas.

T-12

Centro:

Distrito Sanitario Poniente de Almeria

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Espacio Social I y Gestión Clínica I

TRABAJO EN RED EN CONTEXTOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN EL PONIENTE ALMERIENSE

Autores:

BARAZA CANO M.P.; CAZORLA LOPEZ P.A.; PIQUERAS ROMERO N.M.; ARROYO BUSTINZA M.B.; LHASBELLAOUI , F. Y CHOUNI . B..

Objetivos:

Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y las Organizaciones no gubernamentales (ONG) para disminuir las desigualdades en salud en población inmigrante excluida mediante el trabajo en red.

Material y Método:

En la zona del Poniente almeriense existen núcleos de población inmigrante, mayoritariamente de origen marroquí en situación administrativa irregular, diseminados entre invernaderos, que viven en situaciones de precariedad socioeconómica y ambiental. En los últimos años y como consecuencia de la crisis económica se han incorporado a esos núcleos donde habitualmente vivían hombres, mujeres y menores. Su acceso es dificultoso para los servicios sanitarios, una gran parte de ellos se encuentra vallado, ya que se ubican en terrenos de propiedad privada. Así mismo la distancia y la falta de transporte dificultan el acceso a los centros sanitarios. A estos núcleos acceden las ONG Almería Acoge, Cruz Roja y Médicos del Mundo para realizar soporte social de primeras necesidades, apoyo juridico y gestión de trámites sanitarios. Con el fin de conocer mejor su situación y establecer un sistema de coordinación entre el sistema sanitario y las ONG en 2014 se creó un grupo de mejora integrado por miembros de las ONG, Distrito sanitario (Servicio de Atención a la Ciudadanía y Unidad de salud Pública) y UGC donde están ubicados los núcleos. Este grupo ha desarrollado una metodología de trabajo que facilita el conocimiento de las necesidades en salud tanto individuales como colectivas, así como las estrategias de intervención y seguimiento.

Resultados:

1) Firma de Acuerdos de Colaboración entre el Distrito y las ONG

2) Elaboración de base de datos sociosanitarios de los distintos núcleos: diseño de ficha de recogida de datos: demográficos, vivienda, problemas de salud crónicos e infecciosos, ambientales.

Actualmente existen datos de 14 asentamientos con un total de 1086 personas.

4) Establecimiento de espacios de coordinación: reuniones semestrales presenciales y creación de una plataforma virtual de comunicación que permite la actualización de los datos, la consulta sobre problemas concretos, la formación conjunta y la comunicación de situaciones de alerta. Facilita el reparto de bienes de primera necesidad de forma más equitativa al evitar solapamientos entre organizaciones asi como la coordinacion para la atención sanitaria, la prevencion y la promoción.

Discusion:

Experiencias en España y en otros países en el abordaje de personas excluidas incorporan al tejido asociativo y al voluntariado en la prestación de cuidados. Nuestra experiencia se enmarca en ese planteamiento para conseguir reducir desigualdades en salud en contextos de exclusión social, donde creemos que indispensable trabajar con otras entidades. Para ello es necesario establecer mecanismos de cooperación que permitan identificar necesidades y establecer medidas de mejora para disminuir riesgos individuales y colectivos.

T-13

Centro:

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Espacio Social I y Gestión Clínica I

ESTRATEGIA PARA LA CONVERGENCIA DE ESTRUCTURAS DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN EN HOSPITALES UNIVERSITARIOS

Autores:

RUIZ EXTREMERA A.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA M.M.; AGUILERA BERMÚDEZ J. Y GÓMEZ LLORENTE M.A..

Objetivos:

La nueva estructura de la Consejería de Salud establece un modelo de convergencia y unificación de hospitales universitarios, con el objeto de convertir la sanidad pública en un referente de excelencia. La problemática actual de los grupos de investigación se refleja claramente en esta estructura, donde debido al alto número de investigadores y proyectos gestionados se enfrenta a problemas de dispersión de los miembros, de estructuras de investigación y de información.

Hospitales con producción científica similar han desarrollado estructuras de apoyo a la I+D+i muy distintas y a su vez complementarias que bien planificadas pueden permitir la creación de una estructura potente de apoyo a la I+D+i. El objetivo fue diseñar una estructura y sistema de información integrado para la gestión de las actividades de innovación e investigación en hospitales universitarios

Material y Método:

El estudio se enmarca en una provincia andaluza. El centro1 dispone de una Unidad de apoyo a la I+D+i acreditada por AENOR y desarrollada en torno a la creación de una infraestructura de apoyo documental (Banco de ideas, carpeta de proyectos, asesoramiento científico y registro de la producción y transferencia). También cuenta con un animalario y área de cirugía experimental. El centro2 tiene la Unidad de Apoyo a la I+D+i enfocada a la creación y mantenimiento de un laboratorio de investigación donde está reunida la infraestructura y grandes equipos, trabajando los investigadores clínicos y básicos con personal Técnico de Apoyo al servicio de los investigadores.

Ambos centros disponen de infraestructura de apoyo a los Ensayos Clínicos y Estudios Observacionales, el centro1 permite la realización de ensayos en fase I y el centro2 da apoyo a los ensayos en Fase II y III por lo que la unificación del sistema es complementaria

Resultados:

Se han desarrollado cinco áreas funcionales para dar soporte a esta nueva estructura: 1.Unidad técnico-experimental o laboratorio; 2.Animalario; 3.Unidad de Cirugía Experimental; 4.Unidad de Apoyo a la Investigación e Infraestructura documental; 5.Unidad Central de Apoyo a la Investigación Clínica. Se ha creado un banco de ideas asociado a las líneas de investigación, desarrollando y actualizando los protocolos de trabajo normalizados, determinando los recursos humanos y materiales que existen en los hospitales dedicados a investigación, realizando un seguimiento de la investigación en todas sus facetas y diseñando una plataforma web que da cobertura a la información generada.

Discusion:

La estructura de investigación creada cubre las necesidades de los investigadores de ambos centros y supone un significativo avance en el control de las actividades de investigación, desarrollo e innovación, sobre todo en el ámbito institucional.Esta estructura cuenta además con el valor añadido del trabajo en línea lo que permite no sólo facilitar la incorporación de investigadores con mayor facilidad, sino también reducir los costes de adquisición de la misma.

T-14

Centro:

Centro de Salud de Tomares

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Espacio Social I y Gestión Clínica I

ESTUDIO PILOTO DE LOS DESÓRDENES TEMPOROMANDIBULARES ATENDIDOS POR ODONTOLOGÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA VÍA TELEMEDICINA.

Autores:

GARCÍA PALMA A.; BEJARANO ÁVILA G.; REYES GILABERT E.; REINOSA SANTIAGO A. Y LUQUE ROMERO L.G..

Objetivos:

Conocer los signos y síntomas más prevalentes de los desórdenes temporomandibulares (DT) así como la frecuencia de bruxismo y otros factores predisponentes orales y las posibles asociaciones entre ambos; estudiar el grado de concordancia diagnóstica entre odontólogos de Atención Primaria (AP) y Cirugía Maxilofacial (CMF) y conocer protocolos clínicos de tratamiento propuestos.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por DT en odontología de las 9 Zonas Básicas de Salud de AP del Distrito y derivados al programa de telemedicina entre AP y CMF del Hospital desde 2008 a 2015. Las variables fueron demográficas (edad, sexo) y clínicas (dolor, chasquido, parafunciones, etc.)

El análisis estadístico fue descriptivo y bivariado (test de chi cuadrado, t de student e índice de concordancia kappa). Significación estadística si $p< 0,05$. Intervalos de confianza al 95%.

Resultados:

537 casos, 82,9% mujeres. Edad media 37,13 + 13,51 años (de 15 a 65).

Por orden de frecuencia los síntomas fueron: dolor 82,4% y chasquido 58,7%; signos: dolor a la palpación de la articulación 77,3% y de la musculatura masticatoria 62,4% y factores predisponentes: factores oclusales 44,1%, bruxismo 40,1% y onicofagia y/o comedor de chicles 34%. El bruxismo estaba asociado al signo dolor muscular ($p=0,0001$) y los factores oclusales con el síntoma de chasquido ($p=0,005$).

Los odontólogos diagnosticaron 39,1% Síndromes de Desorden Temporomandibular (SDTM), 36,6% Síndromes de Dolor-Disfunción Miofascial (SDMF) y 10,6% Mixtos. Los diagnósticos realizados por CMF: 48,8% Mixtos, 27,6% SDTM y 23,6% SDMF. Analizando sólo los SDTM y SDMF 36,5%, obtuvimos un índice de concordancia diagnóstica débil (Kappa 0,26) aunque una asociación significativa ($p= 0,0001$).

Los diagnósticos definitivos se agruparon en: patología sin artrosis (PSA) 85,5% y con artrosis (PCA) 14,5%.

El protocolo clínico conservador (PC_Cons) fue propuesto en 96,1%, resueltos en CMF 1,8%, sin tratamiento 2,2% y recaídas 3,9%.

Los PC_Cons se asociaron a las PSA ($p= 0,002$). Las PCA recibieron en su mayoría tratamiento hospitalario ($p= 0,002$).

Discusion:

Los DT fueron más prevalentes en las mujeres de edad media coincidente con otros estudios porque la mujer exterioriza más los síntomas y solicita consulta.

El dolor fue el motivo principal de consulta. Bruxismo y factores oclusales fueron más prevalentes y se asociaron con signos y síntomas de DT pudiendo estar relacionados con el estrés, ansiedad, etc. que se suelen observar en mujeres de edad media y se tendrán en cuenta en el futuro.

La concordancia diagnóstica de los DT entre odontólogos y CMF fue pobre. La implementación de un programa formativo para la homogenización de los criterios diagnósticos puede mejorar la calidad diagnóstica de esta patología. Los DT más frecuentes fueron de tipo muscular y/o articular sin artrosis que se resolvieron en odontología de AP con tratamientos conservadores sin necesidad de acudir a CMF.

T-15

Centro:

Centro de Salud de San José

Provincia:

Jaén

AreaTematica:

Espacio Social I y Gestión Clínica I

ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO VASCULAR (RV) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

Autores:

CASTILLO CASTILLO R.; RODRÍGUEZ TOQUERO J.; CARDONA LEMA D.; DEVERS MARTÍNEZ F. Y CHUECO OVIEDO L..

Objetivos:

Conocer la implantación de la prevención RV individual en nuestra población mediante estimación cuantitativa del RV, con test de SCORE para países de bajo riesgo.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal multicéntrico, en cuatro Unidades de Gestión Clínica de una ZBS, con una población general de 72.209 habitantes, una población diana de 33.440 personas (varones mayores de 40 y mujeres mayores de 50 años). Estimación riesgo con test de score para poblaciones de bajo riesgo con moduladores (Herramienta automatizada y coordinada con DIRAYA, creada por profesionales del Área). Periodo de estudio desde abril de 2013 hasta diciembre de 2014.

Resultados:

Se aplica score a 5.961 personas (17,8% población diana). La media de edad es de 62,48 años. El 90,9% en prevención primaria y 9,1% en prevención secundaria (4,8 % Cardiopatía Isquémica, 3,5 % Enfermedad Cerebrovascular y 0,8 % Arteriopatía Periférica).

La estratificación del RV en prevención primaria es: SCORE <1: 31,1%, de 1 a <5: 46,9%, de 5 a <10: 13,2% y >=10: 8,8%. El 78 % de la población estratificada es de bajo moderado RV y el 22 % es de alto o muy alto RV.

La prevalencia de factores de riesgo vascular (FRV) es: tienen HTA 53,1%, diabéticos 30,1%, dislipemia 49,7%, antecedentes de dislipemia familiar arterogénica 2,7%, el filtrado glomerular es <60 ml/min en el 4,6%, fumadores el 17,5%, antecedentes familiares de coronariopatía precoz en el 5,2%.

Tienen dos FRV: HTA y dislipemia el 26,8%, HTA y DM el 18,4%, DM tipo 2 y dislipemia 12,6 %, dislipemia y fumador 9,3 %, HTA y fumador 6.9 %, DM tipo 2 y fumador 4,4 %; con 3 FRV: HTA, DM y dislipemia el 9,8%, HTA, DM y fumador 2,55% y con 4 FRV: HTA, DM, dislipemia y fumador el 1,4%.

La prevalencia según la edad de los cuatro FRV mayores es: HTA y DM tipo 2 aumentan con la edad de forma lineal. El hábito tabáquico disminuye. La dislipemia presenta un perfil de curva ascendente hasta los 65 años, y descendente a partir de esta edad.

La tensión arterial sistólica se encuentra ≤140 mm Hg en prevención secundaria en el 93,5% y en prevención primaria el 92,8%.

Discusion:

En 21 meses hemos estratificado el RV en el 17,8 % de nuestra población diana. Hay que seguir haciendo esfuerzos para mejorar cobertura.

El control de la TAS, tanto en prevención primaria como secundaria, está por encima del 90 %.

La prevalencia de los FRV es algo mayor que en otros estudios por haberse seleccionado la población por mayor riesgo vascular. La asociación de factores de RV en una misma persona es muy común.

El score automatizado favorece la implementación por los profesionales y nos ayuda a mejorar y priorizar nuestra actuación en el paciente de alto y muy alto RV.

T-16

Centro:

Distrito Sanitario Poniente de Almería

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica II y Gestión por Procesos I

ÉXITO DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LAS COBERTURAS VACUNALES EN LA INFANCIA:GESTIÓN Y TICS PARA CONECTAR PROFESIONALES.

Autores:

RUIZ LUPION M.B.; VALLEJO GODOY S.; CASTILLO CARREÑO J.; BARAZA CANO M.P.; TOME DELGADO E. Y PARRALO PADILLA M.M..

Objetivos:

Mejorar las coberturas vacunales dentro del Programa de Vacunación de Andalucía, en niños de 0 a 4 años, en todas las Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario Poniente de Almería con especial énfasis a aquellas con poblaciones más vulnerables, durante el año 2014.

Material y Método:

Durante el año 2014, tras registrar bajas coberturas vacunales en la infancia en 2012 y 2013, se decide poner en marcha una estrategia para aumentarlas bajo el marco del contrato programa del distrito, aprovechando tanto la creación de la Unidad de Salud Pública como la posibilidad de conectar a distintos profesionales con las herramientas de los acuerdos de gestión y con las tecnologías de la comunicación, a partir de un programa informático para el seguimiento de los niños

mal vacunados. Así, durante el año 2014: 1)Se desarrolló un protocolo conjunto por parte de enfermería, epidemiología y atención a la ciudadanía para unificar las actuaciones sanitarias y administrativas en relación a los niños mal vacunados 2) Se planificaron reuniones de trabajo con todos los profesionales implicados en la estrategia para el análisis del proceso y seguimiento de las coberturas vacunales 3) Formación sobre la situación de las enfermedades vacunables y funcionamiento del modulo DIRAYA vacunas 4) Desarrollo de una aplicación informática para compartir información y para la gestión de las acciones realizadas sobre los niños mal vacunados.

Resultados:

Las coberturas vacunales registradas durante el año 2014 en vacunación infantil (vacunación completa y segunda dosis de triple vírica) han sido las más altas desde el año 2012 en el Poniente de Almería, pasando del 86.3%,del año 2012, al 97.2% en el 2014 en vacunación completa, y del 92.2% al 97.4% en segunda dosis de triple vírica. Por otro lado, también el Distrito Poniente, alcanza en 2014, las mayores coberturas de la provincia de Almería y sus coberturas son superiores tambien al promedio de Andalucía.

Discusion:

La gestión clínica nos permite conectar a distintos perfiles profesionales para el abordaje integral de diferentes problemas de salud, en este caso la mejora de las coberturas vacunales. Estas estrategias de coordinación encuentran en las tecnologías de la información un aliado fundamental.

El éxito de los resultados de las coberturas vacunales obtenidas en el año 2014, consolida un modelo de trabajo coordinado entre diferentes profesionales tanto asistenciales como de administración y gestión y de Salud Pública que ven recompensado su esfuerzo y contribuyen a la mejora de la calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

T-17

Centro:

AGS NORTE DE MÁLAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica II y Gestión por Procesos I

PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN LAS CONSULTAS HOSPITALARIAS

Autores:

TORRES VERDU B.A.; NAVARRO GALLEGO M.I.; GUTIERREZ SEQUERA J.O.; BUJALANCE HOYOS J.E.; NUÑEZ MONTENEGRO A.N. Y POZO MUÑOZ F.R..

Objetivos:

Los objetivos propuestos han sido:

1. Mejorar la atención sanitaria a la ciudadanía en el área de consulta al incrementar la información, y mejorar la gestión de la demanda asistencial.

2. Descentralizar la gestión de la demanda en consultas externas, pruebas diagnósticas y funcionales para que sea coordinada en el seno de la Unidad de Gestión Clínica, potenciando los aspectos clínicos de la organización de la demanda, sobre los meramente administrativos.

3. Mejorar la coordinación de las citas con las pruebas diagnosticas, funcionales y radiológicas en el AGS Norte de Málaga.

4. Mejorar la información asistencial y administrativa a la ciudadanía.

Material y Método:

Se diseñó un plan de trabajo a través de reuniones del equipo de dirección asistencial con los responsables de las UGCs, supervisora de consultas y responsable de atención a la ciudadanía (cita previa), para diseñar cambios organizativos en la gestión de la demanda en el que se priorizarán los objetivos propuestos. En las reuniones definieron líneas estratégicas y actuaciones concretas de mejora.

Se estableció un cronograma de reuniones y de implantación.

Resultados:

Las actuaciones acordadas e implementadas (entre otras):

* Desde AP: citación desde el CS, potenciación de consultorías AP-AH y acto único y planificación anual de agendas.

* Citación de revisiones, interconsultas y pruebas diagnósticas desde la propia UGC: se priorizarán los criterios clínicos a los administrativos, permitiendo que todos los pacientes obtengan su citas de revisiones e internconsultas a otros especialistas desde la misma consulta.
Se realiza un algoritmo en caso de no encontrar cita en otras unidad para la fecha requerida, estableciendo el dialogo clínico entre los responsables de las UGC.

* Desarrollo de Agendas virtuales y elaboración de informes.

EstE plan ya se ha implantado en 6 UGCs en los que el Plan ha sido un éxito, al contar con la total colaboración de los profesionales sanitarios.

En octubre y noviembre se implantará en el resto de UGCs del AGS Norte de Málaga.

Discusion:

La gestión de la demanda en el área de consulta es un elemento clave para la organización. Con este Plan de mejora hemos pretendido que se prioricen los aspectos clínicos en la gestión de las citas sobre los puramente administrativos. Los profesionales sanitarios en las consultas ahora conocen la demora de las interconsultas y PPDD de cada UGC, y pueden decidir clínicamente sobre la fecha de la interconsulta de la otra UGC. Esto supone una diferencia importante ya que anteriormente se

derivaban estas solicitudes al servicio de cita previa y los profesionales desconocían su fecha de cita en la otra Unidad.

Esta organización supone una mejora en la calidad de la atención prestada.

Lógicamente para la ciudadanía supone unos grandes beneficios ya que el paciente saldrá desde la propia consulta con toda la información de sus citas y pruebas diagnosticas y estas han sido valoradas según la clínica por los mismos profesionales referentes del paciente.

T-18

Centro:

AGS NORTE DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica II y Gestión por Procesos I

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL ASNM. HACIA LA SIMETRÍA DE INFORMACIÓN

Autores:

NAVARRO GALLEGO M.I.; FRAGOSO LUENGO B.; GARCIA CISNEROS R.; TORRES VERDU B.; BUJALANCE HOYOS J. Y POZO MUÑOZ F..

Objetivos:

Diseñar proyectos que contribuyan a que el conocimiento que se genera y consume en el AGS NORTE DE MÁLAGA fluya de forma simétrica y homogénea y esté disponible para todas las personas de la organización.

Material y Método:

A partir de diversos grupos de trabajo con profesionales del ASNM y una revisión de la literatura se identifican 3 grandes escenarios de conocimiento y se establecen los correspondientes objetivos en cada uno de ellos y los proyectos que los acompañan:

- ESCENARIO 1. CONOCIMIENTO CIENTÍFICO TÉCNICO: Objetivo: Poner a disposición de los profesionales el mejor conocimiento para la toma de decisiones clínicas y el desarrollo profesional.

- ESCENARIO 2. CORPORATIVO: Objetivo: Poner a disposición de los profesionales el mejor conocimiento sobre la identidad corporativa, quiénes somos, de dónde venimos y a dónde vamos.

- ESCENARIO 3. HUMANO: Objetivo: Poner a disposición de los profesionales el mejor conocimiento sobre la vivencia de las personas en su interacción con el ASNM.

Resultados:

Como resultado de la exploración se ponen en marcha los siguientes Proyectos:

- ESCENARIO 1: CONOCIMIENTO CIENTÍFICO-TÉCNICO: 1.1 DOCENCIA: "EIR FRIENDLY"; 1.2 FORMACIÓN: "OPEN 24"; 1.3 ACCESO A LA EVIDENCIA "ASNM BIBLIOLAB"

-ESCENARIO 2: CONOCIMIENTO CORPORATIVO: 2.1 ¿Qué hacemos y cómo lo hacemos? "PROYECTO ASNM_CLOUD"; 2.2 ¿Qué hay en la cocina? "BLOGOSFERA CORPORTIVA"; 2.3 Resultados corporativos: "S2GC (Sistema 2.0 de apoyo a la gestión clínica)

-ESCENARIO 3: CONOCIMIENTO HUMANO: 3.1 Exploración de la experiencia de los profesionales del ASNM; 3.2 Exploración de la experiencia de los pacientes.

Discusion:

Mejorar la manera en la que circula la información dentro de una organización sanitaria integrada resulta una prioridad estratégica de primer nivel, siendo de especial importancia integrarlo en la gestión del conocimiento que entendemos debe extenderse más allá de la actividad formativa e investigadora. La base de la gestión clínica es trasladar la capacidad de tomar decisiones en cuanto al uso eficiente de los recursos a los clínicos, y trabajar en presencia del mejor conocimiento disponible, tanto científico como corporativo resulta esencial para que esa toma de decisiones sea efectiva. Es por ello que nos hemos planteado incorporar a la concepción clásica de gestión del conocimiento el que emana de la realidad corporativa y el que debe incorporarse y compartirse a partir de explorar las experiencias, vivencias y significados que aportan las personas que como profesionales y como usuarios interaccionan con nuestro centro.

T-19

Centro:

APES HOSPITAL DE PONIENTE (EL EJIDO)

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica II y Gestión por Procesos I

EVALUACIÓN DE LA INTERCONSULTA COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE FARMACIA Y OFTALMOLOGÍA.

Autores:

URDA ROMACHO J.; AVILA CABRERA F.; GIMENO JORDÁ M.J.; FERNÁNDEZ MARTÍN J.M.; MARTOS ROSA A. Y GONZALEZ VAQUERO D..

Objetivos:

En nuestro hospital las peticiones sobre dispensaciones de medicamentos de uso restringido y las relacionadas con la formulación magistral son recibidas en formato de papel y la mayoría de las consultas se realizan vía telefónica. Al utilizar este sistema, frecuentemente, encontramos problemas de comunicación entre los distintos profesionales sanitarios. Con la implementación de la interconsulta, se pretende establecer un sistema de comunicación protocolizado y consensuado entre el Área de Farmacia y el Servicio de Oftalmología. Los objetivos del estudio son:

Optimizar la calidad del servicio, reduciendo tiempo de recepción y respuestas a las interconsultas.

Mejorar la seguridad del paciente, evitando órdenes verbales y registrando todos los datos en su historia clínica digital.

Evaluar el grado de utilización del sistema diseñado.

Material y Método:

Estudio retrospectivo de 6 meses de duración en un hospital de 250 camas. Se definió interconsulta como el acto mediante el cual un profesional sanitario solicita a otro ayuda sobre la atención o tratamiento del paciente. Las interconsultas llegaron al Área de Farmacia a través de la aplicación informática Ariadna®, generándose automáticamente un correo al Responsable del Área y al correo general del Servicio de Farmacia. Datos recogidos: número de interconsultas recibidas, prioridad, tiempo en contestar la interconsulta y tipo de interconsulta. Las interconsultas recibidas se clasificaron como: solicitud de dispensación de medicación, solicitud para elaboración de medicación solicitud de petición de medicación extranjera.

Resultados:

Se recibieron, en el Área de Farmacia, 74 interconsultas procedentes del Servicio de Oftalmología, de las cuales: 42 (56,8 %) tuvieron prioridad normal, 22 (29,7 %) fueron urgentes y 10 (13,5 %) preferentes. Todas las interconsultas se contestaron en un plazo inferior a 24 horas. Las interconsultas recibidas fueron: 35 (47,3 %) peticiones para dispensación de medicación, de las cuales 32 (91,4 %) fueron solicitudes de implantes intravítreos de dexametasona; 33 (44,6 %) solicitudes para elaboración de medicación, de las cuales 16 (48,5 %) fueron peticiones para elaborar colirios reforzados de ceftazidima y vancomicina; 6 (8,1 %) interconsultas de peticiones de medicamentos extranjeros, de los cuales 3 (50 %) fueron insertos oftálmicos de hidroxipropil celulosa.

Discusion:

El uso de la interconsulta ha permitido una mayor eficiencia en la recepción y organización de las peticiones realizadas a Farmacia por el Servicio de Oftalmología.

La interconsulta que en mayor porcentaje se realizó fue referente a la dispensación de medicación.

Esta sistemática de trabajo refuerza la seguridad de los pacientes al registrar y asociar todos los datos referentes al motivo de la consulta a la historia clínica del paciente, además de eliminar del proceso las órdenes verbales.

T-20

Centro:

H UNIVERSITARIO DE VALME

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica II y Gestión por Procesos I

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL PACIENTE DIABÉTICO Autores:

RODRIGUEZ MORILLA F.; LEON GEA F.; LOPEZ RODRIGUEZ L.; AZOGIL SUAREZ M.M.; VEGA LORA J. Y GOMEZ JORGE O..

Objetivos:

Medir efectividad de una intervención educativa intensiva en diabéticos amputados en términos de nivel de conocimientos, manejo de dieta, hábitos tóxicos, actividad física y satisfacción del paciente.

Material y Método:

Estudio piloto de intervención antes después con 12 pacientes que ingresan para amputación de miembro inferior. Se identifican déficit de conocimientos sobre los que se diseña una intervención educativa sobre el manejo del proceso de diabetes dirigida al paciente y cuidador principal. Se desarrolla durante los días de ingreso hospitalario para amputación, proporcionándose material escrito de recuerdo, que incluye ejercicios de recuperación y recomendaciones. Intervención

telefónica de refuerzo a las 48 horas del alta domiciliara y medición del efecto y satisfacción a los 7-10 días del alta hospitalaria.

Se mide nivel de conocimientos sobre sintomatología diabética, administración de insulina, dieta diabética, complicaciones del tabaco y alcohol en diabetes, cuidados de los pies, ejercicio físico, etc. Se mide satisfacción con los contenidos de la intervención educativa, calidad del material entregado y duración de la intervención.

Resultados:

Se realiza mediante un test de valoración antes de la intervención educativa a las 24 horas del alta y a los 7-10 días posT-alta. Se presentan valores sobre 5.

Valores obtenidos antes de la amputación, a las 24 horas tras el alta y a los 7 días del alta.

Conocimientos diabetes: 2,82 - 3,18 - 3,20

Con. Alimentación: 2,42 - 2,64 - 2,00

Con. Tabaco: 2,92 - 2,91 - 3,00

Con. Alcohol: 1,83 - 1,64 - 1,80

Con. Cuidados pies: 2,17 - 3,00 - 2,60

Con. ejercicio: 2,00 - 2,64 - 2,60

.- Test de valoración conocimientos previos:

Nivel alto: 11,25% Nivel medio: 31,1% Nivel bajo:57,65%.

.- Test valoración conocimientos posT-intervención:

Nivel alto: 14,62% Nivel medio:59,68% Nivel bajo:25,51%.

.- Nivel satisfacción:

N. Alto: 53,47% N. Medio:37,61% N. Bajo: 8,92%

Discusion:

EL programa educativo intensivo desarrollado durante la hospitalización para amputación de MMII en un diabético mal controlado mejora el nivel de conocimientos y el manejo del proceso de enfermedad del paciente y la familia, pero sólo en algunos aspectos, ya que otros como el manejo de hábitos tóxicos o los cuidados básicos d elos piés empeoran a los 10 días de la amputación.

Deberían diseñarse estrategias específicas de abordaje de esta población para prevenir amputaciones del miembro inferior conservado o al menos dilatar el tiempo entre amputaciones.

T-21

Centro:

Hospital Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión por Procesos II y Seguridsad del Paciente I

SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL CELADOR COMO INDICADOR DE CALIDAD DE UN HOSPITAL

Autores:

LÓPEZ CASTILLO A.; PASCUAL SOLER R.; SÁNCHEZ BOSQUET J.; SÁNCHEZ MIRALLES M.D.; CAMILO GARRIDO A.J. Y ATAZ LÓPEZ P..

Objetivos:

GENERAL:

Investigar y evaluar la satisfacción laboral del personal celador que trabaja en un hospital.

ESPECÍFICOS:

1.- Conocer las variables que influyen en la satisfacción laboral

2.- Definir cuestionario de satisfacción laboral

3.- Identificar los factores que intervienen en la satisfacción laboral del celador

4.- Proponer medidas correctoras que mejoren los indicadores de calidad de la institución.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal. Selección aleatoria de una muestra de 120 profesionales de una población diana de 172. Se utiliza un cuestionario basado en el modelo de satisfacción de Locke (1984) y un cuestionario con variables sociodemográficas de carácter personal, asociadas al puesto de trabajo (sexo, edad, estado civil, tipo de contrato, turno de trabajo,…). La variable dependiente a explicar es la satisfacción laboral y para su estudio se ha utilizado una escala tipo Likert (del 1 al 5), con 37 preguntas correspondientes a 10 factores de la satisfacción laboral (Presión de trabajo, promoción profesional, satisfacción con el puesto de trabajo, monotonía laboral, relaciones interprofesionales, competencia profesional, tensión relacionada con el trabajo, relaciones con los compañeros, reconocimiento y condiciones de trabajo).

Resultados:

Con un 95% de confianza y un 5% de error, el perfil de los participantes ha sido: 86% de mujeres y 14% de hombres, con una edad media de 49 años en ellas y 52 en ellos. El 44% tiene plaza en propiedad, el 21% es interino y el 35% está contratado. Solo el 4% trabaja en turno fijo de noches y el 86% está casado. La satisfacción global ha sido del 3,16. Las dimensiones menos valoradas han sido la tensión relacionada con el trabajo, con una media de 2,19; la monotonía laboral, con una media de 2,28; y la promoción profesional, con un 2,31. Las más valoradas han sido la competencia

profesional, con 4,33 y las relaciones con los compañeros, con 4,01.

Discusion:

Difícilmente una persona realizará su trabajo con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecho laboralmente. La satisfacción laboral es un factor que influye en la calidad de la asistencia sanitaria y, por ende, debe ser un indicador más del control de calidad de un hospital.

El personal celador del hospital se encuentra medianamente satisfecho en su trabajo.

Un entorno de trabajo que garantizara mayor grado de satisfacción laboral redundaría, en particular, en mejoras en la prestación recibida por el paciente de parte de este tipo de personal y, en general, en la mejora de la calidad asistencial.

Los estresores identificados requerirían la implantación de medidas correctoras por parte de los equipos directivos, aprovechando el potencial de mejora detectado en la actitud de este colectivo profesional. Algunas de las medidas a implementar serían: fomentar el trabajo en equipo, mejorar las condiciones de trabajo, promover la participación en la toma de decisiones, impulsar un plan de comunicación interna e incentivar la formación continuada.

T-22

Centro:

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos II y Seguridsad del Paciente I

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EPOC EN EL HOSPITAL SIERRA NORTE: ROL DE ENFERMERÍA EN EL ACTO ÚNICO.

Autores:

ALFONSO ARIAS J.D.; RITA ACOSTA M.J.; GONZÁLEZ GARCÍA M.J.; PÉREZ RAMOS J.; HIDALGO LLONÍS F.J. Y GONZÁLEZ VERGARA D..

Objetivos:

Conocer número de pruebas realizadas en AU a los pacientes EPOC del HAR Sierra Norte.

Identificar las pruebas realizadas por enfermería a los pacientes EPOC.

Material y Método:

La Consulta de Neumología (CN) del HAR_SN está dotada de los recursos humanos y materiales necesarios para prestar una atención de calidad.

El facultativo prescribe las pruebas, las realiza enfermería el mismo día que el paciente acude al centro y posteriormente el facultativo establece un diagnóstico (detallaremos las pruebas en los resultados).

Una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento, el facultativo deriva al paciente de nuevo a enfermería, éste realiza educación sanitaria: manejo de inhaladores y manejo de otros tratamientos.

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal de los pacientes atendidos en consulta desde el 1_enero_2015 hasta el 30_junio_2015. Como muestra de población, los 31 pacientes atendidos por primera vez, primeras consultas (PC) procedentes de Atención Primaria (AP) o interconsultas (IC), diagnosticados de EPOC por el facultativo. Para explotar los datos nos hemos servido de tres herramientas informáticas:

-KLINIC: aplicación informática soporte de la historia digital del paciente. Quedan registradas la intervenciones de los profesionales que intervienen en el proceso, las pruebas solicitadas.

-KEWAN: aplicación informática sirve al informático para poder extraer los datos que hemos necesitado para realizar el estudio.

-Hoja Cáculo Excell: hemos realizado los cálculos estadísticos de los datos para poder compararlos (porcentajes, medias)

Resultados:

1.TOTAL DE PRIMERAS CONSULTAS E INTERCONSULTAS EN NEUMOLOGÍA: 232.

2.TOTAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC: 31.

3.EDAD MEDIA EPOC: 72

4.PORCENTAJE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC: 13,3 %.

5.TOTAL PRUEBAS REALIZADAS EN AU A EPOC: 148.

6.NÚMERO MEDIO PRUEBAS EN AU A EPOC: 4.

7.TOTAL PRUEBAS REALIZADAS POR ENFERMERÍA EN AU A EPOC: 123.

8.PORCENTAJE PRUEBAS REALIZADAS POR ENFERMERÍA A EPOC: 83%.

9.NÚMERO Y PORCENTAJE DE PRUEBAS REALIZADAS POR ENFERMERÍA A EPOC:

-ESPIROMETRÍA: 30–96.7 %.

-GASOMETRÍA ARTERIAL: 6–19.3 %.

-ENSEÑANZA MANEJO TÉCNICA INHALATORIA: 30–96.7 %.

-POLIGRAFÍA RESPIRATORIA: 3–9.6 %.

-PULSIOXIMETRÍA: 24–77.4 %.

-TEST BRONCODILATACIÓN: 30–96.7 %.

Discusion:

La Alta Resolución y al AU se hace patente en la Consulta de Neumología, se realizan una media de 4 pruebas/paciente en la misma visita estableciéndose un diagnóstico el mismo día.

Rol de enfermería clave para el desarrollo del proceso, el 83 % de las pruebas que se realizan dependen de enfermería.

Bajo porcentaje de pacientes EPOC atendidos, sólo un 13,3% del total. Esto va en concordancia con los datos encontrados en la bibliografía: infradiagnóstico de esta enfermedad y la poca captación/derivación por parte de AP. A falta de datos sobre el número de pacientes derivados a CN como Proceso EPOC, abrimos las puertas para intentar establecer una mayor coordinación interniveles respecto al proceso en un futuro próximo.

T-23

Centro:

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión por Procesos II y Seguridsad del Paciente I

GUÍA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS

Autores:

GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I.; NAVARRO NAVARRO M.C.; MARTÍN CASTAÑO C.; LÓPEZ RODRÍGUEZ L.; MARÍN LEÓN I. Y URBÁN CARMONA R..

Objetivos:

El objetivo principal de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) es proporcionar a los profesionales sanitarios una herramienta que les permita tomar decisiones basadas en la evidencia científica sobre aspectos de la atención al paciente adulto con indicación de terapia intravenosa (TIV) con dispositivos no permanentes.

Material y Método:

La población diana de esta guía son aquellos pacientes adultos que precisan acceso venoso no permanente para la administración de cualquier tipo de solución intravenosa.

Los usuarios potenciales de la guía son todos aquellos profesionales sanitarios que intervienen en la atención a los pacientes con TIV.

Los aspectos clínicos que no serán abordados en la Guía son:

a. Reservorios intravasculares permanentes.

b. Individuos sin ingreso en centro sanitario cuyo acceso intravascular sea para extracción ocasional de muestra biológica para analítica.

c. Procedimientos técnicos de canalización de la vía venosa.

d. Accesos vasculares para diálisis.

e. Las peculiaridades de la TIV en la población infantil, menor de 14 años.

La metodología empleada se basa en el Manual Metodológico para la elaboración de GPC del Sistema Nacional de Salud y las recomendaciones realizadas por el Comité Científico de Guiasalud acerca de la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Los pasos que se han seguido son los siguientes:

Constitución del grupo elaborador de la GPC

Formulación de preguntas clínicas

Búsqueda para la identificación de estudios

Evaluación de la calidad de la evidencia científica

Formulación de las recomendaciones mediante el sistema GRADE

Resultados:

Se han estructurado un total de 55 preguntas en formato PICO (paciente, intervención, comparación y variable de resultado) que se han agrupado en 4 escenarios:

PLANIFICACIÓN PARA INICIO DE TIV

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES AL CANALIZAR LA VÍA

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL MANTENIMIENTO DE LA VÍA

ACTUACIÓN TRAS COMPLICACIONES AL CANALIZAR LA VÍA O EN SU MANTENIMIENTO

La primera búsqueda se realizó con el objetivo de identificar las GPC que trataban aspectos generales o parciales de la TIV. Se obtuvieron 741 referencias. La segunda búsqueda se centró en las preguntas que no podían ser respondidas por las GPC y dirigida a los estudios primarios publicados. Se identificaron 4363 referencias.

Discusion:

La TIV es una intervención ampliamente utilizada en la asistencia sanitaria ante diversas situaciones. Esta diversidad propicia una gran variabilidad en su uso por los profesionales sanitarios, con consideraciones económicas añadidas no solo por la decisión individual en un paciente, sino por el inmenso acumulado que supone la amplia utilización de TIV.

Por todo ello se hacía necesario la elaboración de una GPC que orientara la toma de decisiones en este campo con las finalidades de aumentar la calidad de las intervenciones,evitar las complicaciones relacionadas con la TIV y reducir la variabilidad existente entre los profesionales sanitarios.

T-24

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión por Procesos II y Seguridsad del Paciente I

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO DE LAS FUENTES DE ERROR EN LA FASE PREANALITICA

Autores:

ROMERO RUIZ A.; GOMEZ SALGADO J.; GOMEZ FERNANDEZ J.A.; CASTILLA CAPETILLO A.; REINA AROSTEGUI M. Y BARBA CAÑETE M.C..

Objetivos:

Mejorar la capacidad de detección de fuentes de error en el periodo preanalítico con la utilización del análisis modal de fallos y efectos (AMFE) como instrumento en los laboratorios de dos Hospitales: Virgen de la Victoria de Málaga (LAB1) y Juan Ramón Jiménez de Huelva (LAB2) en muestras procedentes de Atención Primaria (AP).

Material y Método:

Se realizó un AMFE en cada uno de los laboratorios participantes, mediante la creación de grupos de expertos de características similares. Los grupos estaban compuestos por profesionales implicados en el periodo preanalítico (Médicos de AP y de laboratorio, enfermeras de ambos ámbitos, personal administrativo, celadores y técnicos de laboratorio). Se llevó a cabo una reunión entre los miembros del equipo investigador (tres en cada centro) para consensuar criterios, y a continuación reunir a los profesionales, con total libertad para comentar, siguiendo un esquema prefijado, los aspectos considerados relevantes. Se calcularon los Índices de Probabilidad de Riesgo (IPR) en todos los casos.

Resultados:

Se seleccionaron como relevantes los ítems con RPN por encima de 180 (12 en total). El fallo más grave en el LAB1 fue la falta de información en la petición, con el efecto de no procesado de muestras (IPR 512), y en el LAB2 la falta de información al paciente en las curvas de glucemia (RPN 576), con el efecto de posible error diagnóstico. Se detectan fallos en todos los pasos del proceso.

Discusion:

A pesar de las similitudes, los laboratorios priorizan los problemas de diferente manera. El LAB2 concede el IPR más elevado a la falta de información en la preparación del paciente en la curva de glucemia (576) y defectos en las neveras de transporte (486), mientras que el LAB1 lo hizo con la falta de información en la petición y problemas en la segregación de muestras urgentes de oncología obtenidas en AP (IPR 512 y 432). La experiencia ha permitido detectar aspectos que pueden solventados con cierta facilidad, con un coste bajo para el sistema.

Estudio financiado por el FIS (PI 12/1099 y Fondos FEDER)

T-25

Centro:

Hospital Civil

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión por Procesos II y Seguridsad del Paciente I

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA (DA VINCI) EN EL POSTOPERATORIO INICIAL EN UCI

Autores:

RIVERA ROMERO R.L.; TORRES CAMPOS M.; ROMERO TROYANO M.M. Y CURIEL BALSERA E..

Objetivos:

Analizar la eficacia y seguridad de una técnica quirúrgica robotica en términos de morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria.

Material y Método:

Estudio observacional prospectivo de los pacientes intervenidos mediante prostatectomia radical por técnica robótica DaVinci durante el primer año de implantarse dicha técnica en nuestro centro 2007-2008.

Hemos analizado variables clinico-demográficas, estancia en UCI y hospital, necesidad de transfusion postoperatoria y tiempos quirúrgicos, así como las complicaciones acontecidas durante su estancia hospitalaria. Los resultados se expresan mediante media y desviación típica o mediana y rango intercuartilico o bien como porcentajes. Se han utilizado los test Chi cuadrado o t de student según necesidad con un error alfa máximo del 5%.

Resultados:

Se intervinieron 73 pacientes, con una edad media de 60 años. Tiempo quirúrgico medio fue de 240 minutos, aunque el tiempo quirúrgico descendió a 180 minutos en los primeros meses del 2008. La hemoglobina media al ingreso fue de 12,5 gr/dl, significativamente mayor que al alta (11,7 gr/dl) p=0,001. Una media de 2 concentrados de hematíe se transfundieron en el acto quirúrgico al 13,7% de los pacientes. Solo un paciente requirió transfusion tras ingreso en UCI.

Complicaciones cardiacas o renales aparecieron en el 5,5% de los pacientes, sin asociación con la edad.

La mediana de tiempo de ventilación mecánica en UCI fue de 2 horas.

Un paciente requirió conversion a cirugía abierta abdominal debido a sangrado masivo.

La mortalidad hospitalaria fue nula y nadie fue reintervenido. La estancia media en UCI fue de 24 horas. Los pacientes que sufrieron alguna complicación, tuvieron una estancia media de 4 días (p=0,0001).

Discusion:

La prostatectomia radical por tecnica robótica tiene pocas complicaciones, escasa necesidad de transfusion y corta estancias en UCI. Tras un periodo de curva de aprendizaje, los tiempos quirúrgicos se equiparan a los de técnica abierta. En nuestra serie no hubo mortalidad hospitalaria.

T-26

Centro:

Hospital Regional de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA SE MUESTRA UNA ESTRATEGIA MAS SEGURA RESPECTO A LA TÉCNICA QUIRÚRGICA CONVENCIONAL.

Autores:

TORRES CAMPOS M.; RIVERA ROMERO R.L. Y CURIEL BALSERA E..

Objetivos:

Evaluar si la traqueostomia percutánea como método de destete de la ventilacion mecanica prolongada es una técnica mas segura que la traqueostomía quirúrgica convencional.

Material y Método:

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Carlos Haya a los que se les realizó una traqueostomía como herramienta para la retirada de ventilación mecánica, durante el año 2012. Se han analizado por separado las percutáneas y las quirúrgicas, analizando las complicaciones precoces y tardías que presentaron.

Las variables cualitativas se expresan como numero y porcentaje, mientras que las cuantitativas se expresan como media y desviación estándar. Para la comparación entre variables se utilizó test exacto de Fischer con un error alfa máximo del 5%.

Resultados:

Se han analizado 134 pacientes a los que se les realizó traqueostomia en el año 2012. El 73,9% fueron hombres, con una edad media de 58 + 16 años. El 47% eran hipertensos y el 24% diabéticos. Los dos motivos de ingreso mas frecuentes fueron traumatizados (25,4%) y accidente cerebrovasculares (17,2%).

En 119 pacientes se realizó técnica percutánea en la misma UCI, mientras que en 15 pacientes se realizó en quirófano por parte del servicio de ORL, sin detectarse diferencias entre ambos grupos.

No encontramos diferencias reseñables en cuanto a complicaciones precoces, aunque sí en complicaciones tardías que fueron casi 7 veces mas frecuentes en las traqueostomias quirúrgicas que en las percutáneas (OR 6,8 IC95%(1,6-28), p=0,01). Esto fue así fundamentalmente a expensas de sangrado (OR 18,1 (IC95% 1,5-214), p=0,03) e infección del traqueostoma (OR 9,6 (IC95%1,75-53,29), p=0,01).

Discusion:

La traqueostomía percutánea se muestra como una técnica mas segura que la quirúrgica, fundamentalmente en lo que respecta a complicaciones tardías como el sangrado o la infección de la herida.

T-27

Centro:

Distrito Sanitario Córdoba_Guadalquivir

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

DISCREPANCIAS DE CONCILIACIÓN EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INMOVILIZADOS

Autores:

CRISTINO ESPINAR M.S.; OLAYA CARO I.; CABEDO OLAYA I.; ÁVILA GUERRERO J. Y CAMACHO BUENOSVINOS A..

Objetivos:

La mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con cambios nivel asistencial los puntos críticos son el ingreso y el alta hospitalaria.

El objetivo de este estudio es evaluar y describir las discrepancias no justificadas encontradas al conciliar la medicación crónica de pacientes inmovilizados al Alta Hospitalaria.

Material y Método:

Estudio descriptivo_prospectivo de enero_junio 2015 en 17 centros de DS12.

Se incluyeron los pacientes inmovilizados al alta de todos los días de la semana.

Se excluyeron el resto de pacientes al alta.

El proceso de conciliación consistió en comparar el listado de medicamentos previo al ingreso y medicación prescrita al alta. La intervención sanitaria se produjo en domicilio. La información se obtuvo por entrevista con paciente y/o cuidadores. Se definieron como discrepancias no justificadas o errores de conciliación las discordancias detectadas, no intencionadas, en el tratamiento durante la conciliación: omisión medicamento, diferente dosis, prescripción incompleta, medicamentos equivocados, inicio medicación, duplicidad, interacción, mantener medicación equivocada y otras. Los datos se recogieron en base de datos excel: NUHSA, nº inmovilizados, nº inmovilizados revisados, revisados enfermera, revisados médico, revisados enfermera gestora casos, total resueltos, total no precisan resolución, total no resueltos, total discrepancias, total pacientes distintos con discrepancias, media de discrepancias, porcentaje de cada discrepancia. Se realizó Test Morinsky Green, se informó de tratamiento definitivo y entregó hoja de tratamiento. Los pacientes con discrepancias tuvieron una visita domiciliaria posterior.

Resultados:

De un total de 4.196 altas hospitalarias 226 fueron inmovilizados (5.39%), Se revisó el 100% de los inmovilizados por:

11.68 % enfermeras

23.01 % médicos

69.91 % enfermeras gestoras de casos

Se resolvieron el 32.30 % de los casos, el 52.65 % no precisó resolución y el 1.33 % no se resolvió.

Se detectaron 80 discrepancias, con una media de discrepancias /paciente de 1.23. Discrepancias detectadas:

12,50 % Omisión medicamento

25 % diferente dosis

13,75 % prescripción incompleta

23,75 % inicio medicación

11,25% duplicidad

3,75 % interacción

1,25 % mantener medicación contraindicada

10% otras.

Discusion:

Se seleccionaron inmovilizados por tratarse de pacientes en los que concurren: edad avanzada, polimedicación, pluripatología, reingresos frecuentes. La mayoría de los estudios comparan la historia farmacoterapéutica al ingreso, también muchos incluyen discrepancias justificadas, además los datos son discordantes por diferencias conceptuales y metodológicas. No es nuestro caso. La conciliación de la medicación reduce el daño potencial de los errores de medicación. Los profesionales la aceptan como objetivo estratégico.

T-28

Centro:

Hospital Carlos Haya

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

MODELO URODINÁMICO PROSPECTIVO PARA PREDECIR LA INCONTINENCIA URINARIA PRECOZ TRAS LA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA

Autores:

BARNOIU BARNOIU O.S.; GARCIA GALISTEO E.; DEL ROSAL SAMANIEGO J.M. Y MACHUCA SANTACRUZ J..

Objetivos:

La incontinencia urinaria tras la prostatectomia radical (PR) tiene una causa multifactorial que se traduce en una afectación de la función normal de la vejiga y del mecanismo esfinteriano. Hay una disparidad, entre distintos autores, para definir los factores de riesgo preoperatorios predictivos.

Nos proponemos diseñar y validar un modelo de predicción de la necesidad de uso de más de una compresa de protección, a partir de variables del estudio urodinámico (EU), que traducirían de una manera objetiva el grado de afectación vesical y esfinteriano preoperatoriamente.

Material y Método:

Se han evaluado de forma prospectiva 32 pacientes consecutivos, continentes preoperatoriamente, intervenidos de PR robótica, en los que se ha realizado un EU un mes antes de la intervención. En la mayoría de los pacientes se ha realizado una preservación nerviosa bilateral interfascial, con conservación de cuello vesical sin reconstrucción anterior o posterior. Se han aconsejado ejercicios de suelo pélvico a todos los pacientes y ningún paciente ha requerido radioterapia externa. La correlación con la incontinencia, a los tres meses postoperatorio, definida como el uso de más de una compresa de protección, se hizo mediante un análisis uni- y multivariado y se construyó posteriormente un nomograma considerando las variables significativas dentro del modelo.

Resultados:

Un 37,5% de los pacientes han requerido más de una compresa a los tres meses de la intervención. El análisis univariado y multivariado han mostrado como factores de riesgo una acomodación vesical disminuida, una presión máxima de cierre uretral disminuida, una curva de perfil uretral con solo un pico de presión y la presencia de obstrucción en la presión/flujo, con un p de 0,038, 0,002, 0,05 y 0,05 respectivamente. Esto ha permitido construir un nomograma de predicción con un área debajo de la curva (AUC) de 0,92, un c index de 0,95.

Discusion:

Una acomodación vesical < 30 ml/cmH2O, una presión máxima de cierre uretral disminuida < 50 cmH2O, una curva de perfil uretral con solo un pico de presión y la presencia de obstrucción en la presión/flujo son factores de riesgo independientes para la incontinencia precoz tras la PR robótica y permiten predecir, de forma objetiva y fiable, la necesidad de uso de más de una compresa, que proporcionaría, en pacientes seleccionados, un mejor asesoramiento terapéutico.

T-29

Centro:
Área Sanitaria Norte de Málaga
Provincia:
Málaga
AreaTematica:
Seguridad del Paciente II

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ELEVACIÓN DEL CABECERO EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECANICA.

Autores:
SANTOS PÉREZ J.J.; VALDÉS SOLÍS A.; ÁLAMO DEL HOYO R.; MORENTE GONZÁLEZ E.; GRANADOS GARCÍA F. Y PARADAS TORRALVO V..

Objetivos:

OBJETIVO PRINCIPAL

- Fase I: Valorar el seguimiento de la recomendación del uso del cabecero entre 30 y 45º.

- Fase II: Analizar la efectividad de una actividad formativa sobre el personal de enfermería en cuanto al grado de elevación del cabecero entre 30 y 45º en los pacientes con ventilación mecánica.

OBJETIVO SECUNDARIO

- Valorar la necesidad de implementar medidas de mejora en nuestra unidad en cuanto a la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica.

Material y Método:

DISEÑO

-Fase I: Estudio transversal simple ciego.

-Fase II: Estudio cuasi-experimental con grupo control.

METODOLOGIA:

Se diseñó un cuestionario específico elaborado por el investigador principal para la recogida de los datos. Las observaciones eran recogidas al inicio del turno de cada uno de los componentes del equipo. Una vez recogidos todos los datos éstos se analizaron y se dieron a conocer a todos los profesionales sanitarios de la unidad. Posteriormente se pusieron en marcha dos medidas:

1.- La difusión de los resultados obtenidos en esta primera fase.

2.- Gestión de la información recogida por los profesionales.

En la segunda fase ya queda abierto el estudio y los datos se recogen de la misma manera que en la primera fase.

SESGOS:

- Sesgo del observador:

- Sesgo de Hawthorne:

- Sesgo de medición:

- Sesgo de clasificación:

Resultados:

Durante la primera fase del estudio se realizaron 153 observaciones. En 110 casos el cabecero de los pacientes se encontraba situado entre 30 y 45 grados, lo que corresponde a un 71.9% de los casos. En 43 observaciones, el cabecero se encontraba por debajo de 30 grados (28.1%). Tras la intervención y durante la segunda fase, se realizaron nuevamente 153 observaciones. En 127 de ellas el cabecero estaba situado entre 30 y 45 grados, lo que corresponde al 83% y en 26 observaciones el cabecero se encuentra por debajo de 30 grados.

Al comparar los ambos grupos, el porcentaje de observaciones con el cabecero de la cama entre 30 y 45 grados, pasa del 71.9% de los casos observados al 83% (p=0.03) y los casos observados por debajo de 30 grados disminuye del 28.1% al 26%.

Discusion:

Una de las funciones del personal de enfermería en cuidados intensivos es la prevención de las infecciones nosocomiales en los pacientes con la vía respiratoria aislada. Uno de las medidas a tener en cuenta en estos pacientes es mantener elevado el cabecero de la cama entre 30 y 45 grados, medida internacionalmente aceptada y difundida por todas las guías de práctica clínica y las Sociedades Científicas.

Para mejorar la adherencia a esta y a otro tipo de medidas preventivas está la formación continuada de los profesionales y aportar los mejores materiales posibles para facilitar éste seguimiento. Bajo nuestro punto de vista, una de las medidas fundamentales para mejorar nuestra práctica clínica es la gestión de la información recogida por los profesionales. Cuánto más amplia y estricta sea ésta mejor serán los cuidados que brindamos a nuestros pacientes.

T-30

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD EN UNA UCIPOLIVALENTE.

Autores:

FERRER HIGUERAS M.J..

Objetivos:

Diseño e implementación de un Plan de Seguridad del Paciente (PSP) la UCI.

Material y Método:

El programa se diseñó mediante una METODOLOGÍA CONTRASTADA entre profesionales de la UCI y coordinada por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del hospital.1)Constitución de 4 GRUPOS DE TRABAJO multidisciplinares,atendiendo a los principales procesos asistenciales de la UCI:Área del Corazón,Trasplantes,Polivalentes y Transferencia.En cada grupo había 10 profesionales:

1)intensivistas,farmacéuticos,M. preventiva,enfermeras,auxiliares y celadores.

2)Revisión bibliográfica.

3)Elaboración del CATALOGO DE FALLOS, CAUSAS Y EAs.

4)Desarrollo del MAPA DE PROCESOS DE LA UGC.

5)PRIORIZACIÓN DE LOS FALLOS-AMFE. 6)Elaboración del PLAN DE PREVENCIÓN a partir de los fallos y causas de los EAs del catálogo.

7)Distribución de tareas:APLICACIÓN EFECTIVA DEL PLAN DE PREVENCIÓN.8)Diseño del MAPA DE RIESGOS. 9)Notificación y registro de los efectos o fallos que se produzcan.10)SISTEMA DE MEJORA CONTINUADA:Registro,análisis causa-raíz y adopción de medidas correctoras de los eventos adversos que se produzcan.Se realizaron 4 sesiones de trabajo,de 2 horas de duración.

Resultados:

La UGC dispone de un mapa de procesos y de un mapa de riesgo. Se ha elaborado un catálogo con 377 fallos identificados, 562 causas y 630 medidas preventivas, que conforman el Plan de Acciones Preventivas. Se está aplicando un primer plan de actuaciones con 21 fallos del catálogo elegidos atendiendo al IPR, la ausencia de repetición en otro grupo y la factibilidad de las medidas preventivas. El plan de actuaciones engloba un total de 175 medidas, agrupadas en lotes homogéneos para facilitar el reparto (formación, gestión, proceso asistencial, procedimentación,listados de verificación y comunicación e información). El PSP se ha presentado al resto de profesionales de la UCI mediante un plan de comunicación,consiguiendo incorporar a todos en la consecución de los objetivos de seguridad. Se ha establecido un sistema de seguimiento periódico de las medidas implementadas a través de un responsable del Programa de Seguridad.

Discusion:

1)Mediante este método ha sido posible diseñar e implementar un Programa de Seguridad en la UCI. 2)La sistemática de trabajo (creación de grupos multidisciplinares y el reparto de tareas) ha permitido crear equipos cohesionados y participativos, mejorando la motivación e implicación de los profesionales de la UGC, y en nuestra opinión, introduciendo la cultura de seguridad en uno de los servicios clínicos con más riesgo en el campo de la seguridad del paciente. 3)La elaboración de un PSP en una UGC a través de sus integrantes facilita, desde nuestro punto de vista, su posterior implementación a la práctica real. 4)Actualmente hemos conseguido tener un responsable de Documentación, establecer un sistema interno de notificación de EA y procedimentar procesos clave en la UCI como son: prevención de infecciones nosocomiales, manejo de la inmunosupresión, gestión de órdenes verbales, LTSV o trasnferencia del paciente.

T-31

Centro:

Hospital Universitario Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO "11 MESES, 11 CAUSAS" PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores:

MONROY MORCILLO A.; COBO OCAÑA M.A.; FORJA PAJARES F.; TRINIDAD MARTÍN-ARROLLO J.M.; UTOR FERNÁNDEZ D.A. Y PEREIRO HERNÁNDEZ R

Objetivos:

La Comisión de Seguridad del Paciente del Hospital ha puesto en marcha la iniciativa 11 meses, 11 causas con el objetivo de mejorar la implementación de las estrategias para la seguridad de los pacientes y mejorar la notificación de incidentes de seguridad. Para ello ha pretendido incorporar activamente al paciente y la familia en su seguridad, así como sensibilizar, informar y formar a los profesionales en materia de seguridad del paciente.

Material y Método:

Bajo el lema "Porque la seguridad es cosa de todos", cada mes está dedicado a una causa a favor de la seguridad del paciente. La programación mensual se inicia con una sesión hospitalaria dirigida a profesionales. Paralelamente se ha editado material divulgativo para profesionales y pacientes.

Además, a las UGCs se les pide el refuerzo con sesiones específicas en cada área y mejora en al menos 3 criterios de de la Estrategia Andaluza de Seguridad del Paciente (EASP). Además del plan de comunicación interna se han desarrollado actividades dirigidas a comunicar tanto a la comunidad sanitaria como a la ciudadanía las estrategias de seguridad de la organización.

Resultados:

El proyecto se puso en marcha en febrero de 2015. Este mes se dedicó a la identificación inequívoca del paciente. Tras esta iniciativa siguieron nueve causas más (ya que se unificaron julio y agosto): la notificación de incidentes de seguridad, el uso seguro de la medicación, la higiene de manos, la comunicación en el momento del traspaso, la información sobre seguridad de pacientes en la acogida de profesionales, las prácticas seguras en el ámbito quirúrgico, la prevención de caídas de pacientes; la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y el control del dolor.

Hasta septiembre se han realizado siete sesiones hospitalarias (incluyendo la de acogida de nuevos profesionales); se han editado y difundido mediante distintos canales de comunicación siete carteles así como 10 dípticos informativos dirigidos a profesionales, pacientes y familiares y se ha duplicado la notificación de incidentes de seguridad (60 incidentes frente a los 30 notificados en el mismo periodo de 2014). Hasta septiembre, el 65% de las UGC del Centro habían seleccionado tres criterios de mejora en la aplicación de la evaluación de la EASP del Observatorio De Seguridad. Cada mes se ha emitido una nota informativa a todos los profesionales del SAS y, en los primeros meses, las publicaciones han tenido impacto en la prensa escrita y en los medios radiofónicos. Toda la documentación relacionada con los temas seleccionados está disponible en la Web documental del Centro, accesible a todos los profesionales desde cualquier terminal.

Discusion:

El enfoque transversal de estrategias en seguridad de pacientes en los Centros, así como la difusión/ formación permanente entre los profesionales en esta área mejora la implicación de los profesionales en actividades como la notificación, el enfoque a pequeñas metas de mejora continua en seguridad etc.

T-32

Centro:

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

ANÁLISIS DE RIESGO EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA DE PULMÓN

Autores:

PÉREZ ROZOS A.; JEREZ SAINZ I.; ROMÁN JOBACHO A.; OTERO ROMERO A.; LUPIAÑEZ PÉREZ Y. Y MEDINA CARMONA J.A..

Objetivos:

La radioterapia estereotáctica corporal (SBRT, Stereotectic, body radiotherapy) es una técnica radioterápica compleja en la que se reduce el número de sesiones del tratamiento y se aumenta la dosis por sesión, necesitándose para ello un aumento en la exactitud requerida en todas las etapas clínicas.

En este trabajo realizamos un análisis de riesgos utilizando el método de Modos de Fallos y Efectos (FMEA, Failure modes and Effects) aplicado a los tratamientos de SBRT en pulmón.

Material y Método:

El análisis FMEA ha sido realizado por un equipo multidisciplinar formado por radiofísicos, oncólogos radioterápicos, técnicos especialistas en radioterapia y enfermería. Los pasos han consistido en representar el diagrama de flujo del proceso de tratamiento, identificar los puntos de mayor riesgo asignando puntuaciones, y analizando los puntos con mayor puntuación global de riesgo con el fin de eliminar los mayores riesgos para el paciente.

Resultados:

La elaboración del diagrama de flujo incluye los subprocesos principales: a. Simulación, b. Diseño del tratamiento c. Preparación y verificación del tratamiento d. Administración del tratamiento.

Cada uno de estos subprocesos han sido desglosados con un mayor nivel de detalle, el detalle debe ser suficiente como para seguir el proceso con claridad, pero no tan detallado como para perderse en los pasos menos relevantes.

En cada etapa de cada subproceso se han identificado los posibles modos de fallo y se les han asignado puntuaciones sobre probabilidad de ocurrencia, gravedad del efecto, y probabilidad de detección (puntuaciones de 1 a 10). Los modos de fallo con mayor puntuación global son prioritarios en la aplicación de medidas o controles de calidad específicos. En total se han identificado 32 eventos, de los que se han seleccionado los 5 con mayor puntuación para desarrollar medidas específicas.

Discusion:

La identificación de los riesgos en el proceso radioterápico permite priorizar las acciones de mejora en el proceso y optimizar los procesos de control de calidad orientándolos a las etapas de mayor necesidad. El desarrollo de diagramas de flujo con la identificación de los posibles eventos adversos contribuye a la mejora y aumento de la seguridad del proceso de tratamiento.

T-33

Centro:

Departamento de Psicología de la salud. Universidad Miguel Hernández (Elche, Alicante)

Provincia:

Alicante

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

¿QUÉ HACEN Y QUÉ PODRÍAN HACER LOS EQUIPOS DIRECTIVOS EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE? DESARROLLO DE UNA APP

Autores:

CARRILLO MURCIA I.; FERNÁNDEZ PERIS C.; VICENTE RIPOLL M.A.; GUILABERT MORA M.; PÉREZ PÉREZ P. Y MIRA SOLVES J.J..

Objetivos:

Desarrollar una app para smartphones y tablets que permita registrar las tareas en materia de seguridad del paciente que, según las normativas nacionales e internacionales y la literatura científica, son responsabilidad de los directivos. En la actualidad no se dispone de herramientas que organicen y permitan gestionar la agenda de tareas en seguridad del paciente que son responsabilidad de los directivos de hospitales y atención primaria.

Material y Método:

A partir de reuniones con expertos, revisión de la literatura y de la ISO/UNE 179003:2013, se elaboró una propuesta de tareas en seguridad que anualmente deberían realizar los directivos. Tras analizar la información, se diseñó y desarrolló la "Agenda del directivo en materia de seguridad del paciente". Originalmente la app permitía: registrar y programar fechas de realización de tareas, mostrar y ocultar actividades/tareas, y descargar un informe de cumplimiento. Según las fechas de realización y de la periodicidad recomendada, el estado de la tarea puede ser: al día, pendiente o programada. En julio 2015 se invitó a descargar la app para iniciar un periodo de prueba. En este trabajo se describen los resultados preliminares y las mejoras sugeridas.

Resultados:

Durante los dos primeros meses de prueba, 50 usuarios (la mayoría de hospitales) descargaron la aplicación. El 72% (N=36) afirmó que en su centro el Comité de Dirección revisaba periódicamente las causas más frecuentes de eventos adversos y el 58% (N=29) que el Equipo Directivo dedicaba al menos una sesión cada cuatrimestre a analizar los riesgos para la seguridad del paciente y que compartía sus conclusiones con las Comisiones Asistenciales, Calidad, Seguridad y Docencia.

Las sugerencias sobre cómo mejorar la app han permitido realizar una primera actualización de la herramienta. Las nuevas funcionalidades son: introducción de nuevas tareas en función de las necesidades y prioridades del centro, inclusión de notas para cada fecha de realización o para cada tarea programada y posibilidad de efectuar copias de seguridad. Estos cambios permiten extender el uso de esta app a jefes de servicio y de unidades clínicas y mejoran su uso como agenda para incluir notas y recuerdos sobre las tareas programadas. De este modo, además de satisfacer los requisitos de la norma ISO/UNE 179003:2013 se puede registrar tareas derivadas del plan de calidad y seguridad del propio centro o del servicio o unidad.

Discusion:

Los resultados preliminares muestran una buena acogida de la aplicación entre la población objetivo.

La actualización debe permitir extender su empleo a jefes de servicio y de unidades. Sin embargo, resulta necesario dar una mayor difusión a la herramienta y finalizar el periodo de prueba aplicando formularios que permitan recoger medidas posT-utilización para valorar en qué medida es factible, realista y se considera útil por los participantes la introducción de esta app en la práctica diaria de los directivos sanitarios.

T-34

Centro:

Hematología

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE HEMATOLOGÍA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores:

ROMERO GARCÍA L.M.; FERIA TAVIRA M.A.; LOPERA MORENO A.; ROJAS SERRANO A. Y CABELLO VILLARREAL C..

Objetivos:

Describir el proceso de Diseño del Programa de Seguridad del Paciente llevado a cabo en el Proceso de Hematología Clínica.

Material y Método:

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por 9 miembros de la unidad (enfermeras, facultativos….). El grupo era liderado por una de las enfermeras y contaba con el apoyo metodológico del Servicio de Calidad de nuestro hospital. Se elaboró el mapa de procesos con las actividades principales del Proceso de Hematología Clínica. En el transcurso de 4 sesiones de trabajo (bajo el formato de sesiones formativas acreditadas) se diseñó el Programa de Seguridad del Paciente (PSP) del Proceso de Hematología Clínica mediante la aplicación del Análisis Modal de Fallos y Efectos. Se identificaron los fallos que podían producirse a lo largo de las diferentes actividades del proceso así como sus posibles causas y consecuencias para el paciente. Se realizó la priorización de los fallos según diversos criterios (gravedad, frecuencia, criticidad…) y se propusieron acciones preventivas orientadas a cada una de las causas identificadas.

Resultados:

A lo largo del proceso, se identificaron un total de 74 posibles fallos, 206 causas y 141 eventos adversos. Se elaboró el mapa de riesgos del proceso. Los fallos con mayor puntuación resultante en el proceso de priorización fueron Aislamiento protector doble ,Falta de apoyo psicológico a profesionales, Error en el proceso de administración de medicamentos y Error en la identificación de pruebas cruzadas. Se recabaron 383 acciones preventivas en total. Se seleccionaron xx fallos/eventos para ser abordados en una primera fase. Se designó un responsable para cada uno de los fallos/eventos seleccionados.

Discusion:

Mediante una metodología consolidada en nuestro hospital, ha sido posible elaborar el PSP para el proceso de Hematología Clínica en un periodo de tiempo relativamente corto y con la participación de los miembros de la unidad. Disponemos de un catálogo de fallos, causas, eventos adversos y acciones preventivas específicas para el proceso si bien aún no se ha realizado el despliegue efectivo del PSP.

T-35

Centro:

Área Sanitaria Nortde de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS.

Autores:

GALÁN RETAMAL C.; FERNÁNDEZ ESPINOLA S.; CARABANTES RUEDA J.J.; GARRIDO FERNÁNDEZ R.; PADILLA MARÍN V. Y GARCÍA ORDÓÑEZ M.A..

Objetivos:

Análisis del proceso de conciliación de la medicación de pacientes ancianos polimedicados durante la hospitalización, determinando medicación potencialmente inadecuada (PIM) y las modificaciones terapéuticas realizadas al alta en la transición asistencial.

Material y Método:

Estudio observacional prospectivo durante un año. Se incluye pacientes ancianos (>65 años), polimedicados (>6 medicamentos de forma continuada durante, al menos, 6 meses) hospitalizados en medicina interna. Se excluyeron pacientes con pronóstico infausto, en cuidados paliativos o con exitus. Proceso de conciliación terapéutica multidisciplinar: a las 24 horas del ingreso, UGC.

Farmacia realiza entrevista estructurada a paciente/cuidador para determinar la medicación real que toma. Posteriormente emite informe en la historia clínica digital del paciente que incluye listado y pautas de medicación, discrepancias con medicación pautada previa en la prescripción electrónica, interacciones farmacológicas y listado de PIM. Para detectar PIM (previamente publicada) se utilizó un conjunto combinado de criterios explícitos (criterios de Beers, Stopp, BMC y Priscus) seleccionados mediante metodología Delphi. El equipo asistencial de Medicina Interna considerando el informe de conciliación inicial emitido por Farmacia, junto a la valoración integral del paciente que incluye situación funcional y apoyo sociofamiliar, y sus diagnósticos y comorbilidades realiza

al alta un informe terapéutico con listado único con toda la medicación completa detallada, realizando las modificaciones oportunas en aplicativo de prescripción electrónica. Se comunica al médico de Atención Primaria dichas modificaciones lo que culmina la transferencia asistencial.

Resultados:

Para el periodo de estudio hubo 2002 ingresos en la unidad de Medicina Interna, 350 (17,5%) cumplían criterios de inclusión correspondientes a 303 pacientes (38 con >1 ingreso). La edad media era de 79,5±6,8 años (53,6% >80 años) y el 46% eran varones. Estaban incluidos en los siguientes PAIs: 43,9% DM; 29,7% RCV; 21,8% EPOC; 24,7% inmovilizados. Se detectaron PIM en 159 pacientes (52,4%), con una media de 2,6 PIM por episodio. Los principales grupos de PIM fueron: A) benzodiacepinas de acción prolongada: 22,6%; B) Medicamentos de baja utilidad terapéutica: 16,7%; C) AINEs en HTA o ICC establecidas: 15,2%; D) AAS a dosis >150 mgr/día: 6,1%; E) Anticolinérgicos en pacientes con delirio

o demencia: 5,6%; F) Antidepresivos tricíclicos en determinadas situaciones clínicas: 5,1%. En la transición asistencial, en el informe terapéutico del alta se realizaron modificaciones/correcciones de los PIM en 65 pacientes (40,9%) que incluyen por grupos: A):14%; B):22%; C):21%; D):30%; E):6,3% y F):14%.

Discusion:

La conciliación terapéutica como proceso formal multidisciplinar en la transición asistencial conlleva beneficios en la morbilidad asociada a los errores de medicación en pacientes ancianos polimedicados, puesto que detecta un alto porcentaje de PIM, favoreciendo su corrección.

COMUNICACIONES PÓSTER

P-1

Centro:

COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

HERRAMIENTA DE APOYO EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA. COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

Autores:

CAÑADAS NÚÑEZ F.; LÓPEZ GARCÍA J.; JUÁREZ MORALES A.; PUENTES SANCHEZ J.; LOPEZ CABRERA D. Y FERNÁNDEZ GARCÍA G.A..

Objetivos:

Diseñar, construir y validar una herramienta de apoyo a las Unidades de Gestión Clínica en su proceso de acreditación.

Material y Método:

Estudio descriptivo longitudinal.

La metodología utilizada para la obtención final de la herramienta se ha basado en el ciclo de mejora de la calidad o ciclo de Deming. El proceso de Planificación (P) abarca un análisis previo de la situación (con un grupo focal y un diagrama de Ishikawa), una búsqueda exhaustiva sobre el problema (búsqueda bibliográfica) y establecer el diseño de la herramienta. El proceso Acción (D) conlleva la construcción de la herramienta en base a lo diseñado. El proceso de evaluación (C)

supuso la validación de la herramienta (se validó con tres Unidades)y el proceso de identificar y priorizar oportunidades de mejora (A) engloba la aplicación, la mejora continua y el abordaje de nuevas necesidades (herramienta 3.0 con mejoras en línea a tiempo real).

Se diseñó un cronograma de elaboración e implantación de la herramienta.

Basada en la versión 6 del Manual de Acreditación.

Resultados:

La herramienta está ya disponible para las Unidades de Gestión que inician su proceso de acreditación.

Ha sido validada y evaluada por tres UGC.

En el 72,33% de los casos consideraron la herramienta como muy buena

El 75% de las Unidades que usaron la herramienta (n=3) consiguieron la certificación. El 25% (n=1) se encuentra en fase de estabilización de resultados.

La herramienta analiza 69 estándares (todos los del grupo I).

En cada estándar se aporta:

Tipo de estándar del Grupo I.

Código del estándar.

Definición del Estándar.

Elementos evaluables.

Evidencias a aportar.

Referente de la dirección.

Documentos aportados por otras UGCs ya acreditadas considerados como elementos de calidad destacable.

Discusion:

CONCLUSIÓN: Hemos diseñado, construido y validado una herramienta que facilita el proceso de acreditación a las Unidades de Gestión Clínica que inician el proceso de acreditación.

Los referentes, en la encuesta de satisfacción, han expresado su conformidad con la herramienta.

La herramienta fue utilizada por todas las UGC que iniciaban su proceso de acreditación o reacreditación consiguiendo la certificación todas las que cerraron, según su cronograma, su autoevaluación (excepto la UGC de Obstetricia que es encuentra en fase de estabilización).

DISCUSIÓN: A la vista de los resultados creemos que podemos afirmar que la herramienta tiene validez interna, si bien precisa de mayor utilización para dotarla de mayor potencia.

Creemos que los resultados de la satisfacción son elevados debido a que las Unidades eran nobeles en acreditación y no contaban con ningún apoyo informático para llevar a cabo su proceso de acreditación por lo que esta herramienta les supuso una ayuda que tal vez estuviese sobreestimada si lo comparamos con la satisfacción producida en Unidades con mayor experiencia en este proceso.

P-2

Centro:

EPES

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA PRODUCTOS SANITARIOS UNE-EN ISO 13485

Autores:

RODRÍGUEZ MORCILLO R.; RODRÍGUEZ LIÉBANA J.J.; MORCILLO NIETO M.C. Y LAGUNA PARRAS J.M..

Objetivos:

Conocer la importancia y las ventajas que pueden alcanzarse al implantar esta norma en las empresas.

Material y Método:

Revisión bibliográfica y estudio pormenorizado de la norma para identificar las ventajas competitivas que ofrece a la empresa que la implante

Resultados:

La UNE en ISO 13485 es una norma internacional específica para sectores sanitarios regulados por las directivas de productos sanitarios.

La norma UNE-EN ISO 13485:2013 (ISO 13485:2003+Cor 1:2009), hace referencia a productos sanitarios y servicios relacionados. Se basa en la Norma UNE-EN ISO 9001:2000 y recoge los requisitos de un sistema de gestión de calidad utilizado por una organización en el diseño y desarrollo, producción, instalación o prestación de servicios de productos sanitarios.

Esta norma garantiza que los productos sanitarios que fabrica, distribuye o utiliza una organización, son seguros, se adecuan perfectamente al uso previsto, y cumplen con los requisitos legales. Ello repercute en la mejora continua de la organización y en ofrecer unos productos o servicios mucho más eficientes y eficaces.

Los fabricantes y distribuidores de productos sanitarios y los servicios de asistencia técnica de productos sanitarios son o que se certifican habitualmente.

Discusion:

Es una norma para todas las organizaciones y empresas de cualquier sector que intervengan en la vida útil de un producto sanitario en las actividades de diseño, fabricación, envasado, embalaje, redacción y/o traducción de manuales de instrucción, publicidad, venta, distribución, formación para el uso, e instalación y mantenimiento.

La UNE en ISO 13485, es una herramienta para la eficiencia y efectividad de los procesos, enfocada a la satisfacción del cliente.

Es una norma armonizada para todas las directivas del producto sanitario e implica una mejora continua y crea valor en la organización.

P-3

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

¿ES EL E-LEARNING UNA SOLUCIÓN EFICAZ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD? UN ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN ANDALUCÍA

Autores:

HERRERA USAGRE M.; MUÑOZ CASTRO F.J.; ESPÓSITO GONFIA T.; VALVERDE GAMBERO E. Y VILLANUEVA GUERRERO L..

Objetivos:

Analizar las diferencias en las valoraciones de satisfacción de los discentes según la tipología, la modalidad y el número de alumnos.

Comprobar el efecto de la acreditación en la satisfacción de cada una de las dimensiones establecidas.

Material y Método:

Diseño: Analítico-descriptivo

Datos: Se han fundido dos cuestionarios con idéntica estructura "cuestionario de satisfacción del discente para talleres y actividades y el "Cuestionario de satisfacción del participante en sesiones". (Periodo: abril 2012 – abril 2015).

Población y muestra: valoraciones de satisfacción para 1228 talleres, cursos os sesiones formativas impartidos para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Métodos y técnicas: Cinco análisis de regresión lineal de mínimos cuadrados (OLS) con las cinco dimensiones de satisfacción del cuestionario: Valoración Global; Valoración de la Utilidad; Valoración de la Metodología; Valoración de la Organización y los Recursos y; Valoración de la Capacidad Docente. Variables dependientes: Formación acreditada (dicotómica); Tipologías (Taller, Curso o Sesión); Modalidad (Presencial, semi-presencial, e-

learning); número de discentes (ordinal).

Resultados:

Los análisis mostraron una tendencia a una valoración media superior de las sesiones por encima del resto de actividades en la mayoría de las dimensiones de satisfacción, y una valoración media de las modalidades e-learning inferior al resto en casi todas las dimensiones (excepto en la dimensión Organización y Recursos). Además, cuanto mayor es el número de alumnos menor es la satisfacción media en todas las dimensiones analizadas. Por otro lado, los programas y actividades formativas acreditadas mostraron una satisfacción media en todas las dimensiones ligeramente superior a las no acreditadas. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Discusion:

Se concluye que, los procesos de aseguramiento de la calidad, la modalidad empleada y, sobre todo, la tipología de la actividad formativa parecen influir en la satisfacción. Además, se deja patente que la formación de tipo e-

learning, no ofrecen una respuesta satisfactoria para la/el alumna/o.

P-4

Centro:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

ABORDAJE DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO: PERFIL ENFERMERO E INTERVENCIONES REALIZADAS.

Autores:

HERRERA USAGRE M.; BREA RIVERO P.; ROJAS DE MORA FIGUEROA A.; GARRIDO MARTÍN L. Y SALGUERO CABALGANTE R..

Objetivos:

Describir los perfiles profesionales de las enfermeras en función de las intervenciones que realizan para reducir la ansiedad en el paciente quirúrgico. Comprobar si el abanico de intervenciones realizadas depende de su nivel de acreditación.

Material y Método:

Análisis probabilístico observacional. 1282 intervenciones realizadas por 303 enfermeras de quirófano acreditadas con el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (España). Periodo: 2006- 2014. Técnica: análisis de clases latentes (LCA). Las dos terceras partes de la muestra eran profesionales acreditadas en nivel Avanzado, alrededor de un 31% en nivel Experto y un 2,6% en nivel Excelente. La edad media del paciente fue de 58,5 años (±19,8).

Resultados:

Tres perfiles profesionales se obtuvieron a partir del LCA. La clase 1 compuesta por un 22,4% de las profesionales, con una mayor proporción de mujeres, atendiendo a pacientes más jóvenes y con mayor probabilidad de encontrar profesionales acreditados en Experto o Excelente, realiza un mayor abanico de intervenciones, conformándose así como el perfil profesional más completo.

Discusion:

Las enfermeras con mayor nivel de acreditación despliegan con mayor probabilidad técnicas multimodales para la reducción de la ansiedad, siendo esta aproximación congruente con las evidencias de la literatura. Demuestran especial desarrollo las técnicas de relajación y de afrontamiento.

P-5

Centro:

CS PUERTO SERRANO

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

LA CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD Y LA PERSPECTIVA DEL RECORRIDO REALIZADO: SE ABRE CAMINO AL ANDAR.

Autores:

MORENO PEREZ A.; GARCIA LEON C.; TORO CALVENTE D.; ALVAREZ GARCIA R.M.; FRANCO MORENO J.A. Y ALVARADO MORALES M.J..

Objetivos:

La Certificación de Centro implica un itinerario de mejora cuyo desarrollo genera múltiples actividades, procedimientos y documentación en las diferentes fases de que consta.

Con la perspectiva que implica el recorrido realizado, la pregunta que nos planteamos es determinar qué fase de nuestro proyecto es la que ha consumido más esfuerzos, cambios y/o recursos.

Material y Método:

Para la actividad desplegada a lo largo de los 1649 días de recorrido de nuestro Proyecto, mediante la herramienta estadística de la aplicación Mejora C, se realizaron puntos de corte comparativo para los siguientes indicadores: Evidencias positivas, areas de mejora, documentación adjunta, mensajes, accesos a la aplicación.

Tambien se realizó correlación entre dichos indicadores y estándares trabajados para cada fase o etapa.

La hipótesis inicial debería apuntar que la carga más "dura" de documentos y actividades para completar el proyecto correspondería a la autoevaluación y evaluación inicial donde cada paso es nuevo. Y por tanto que la consolidación/seguimiento implicaría sólo apuntalar detalles.

Resultados:

ESTANDARES EVIDENCIAS DOCUMENTOS ACCESOS DIAS CORTE 1 74 200 317 308 352

EVALUACION

CORTE 2 16 87 355 458 302

SEGUIMIENTO

En este resumen observamos como el % de evidencias, documentos calculado para estandares y/o días de actividad es mayor en la segunda fase, teniendo sobre el papel menos carga de trabajo (menos estandares a revisar)

Otro planteamiento fue ver documentos para cortes bi-anuales:

2011-12/368 docs, 2013-14/494 docs y observamos casi un 26% de actividad adicional en la fase de seguimiento ¿más tranquila?.

Discusion:

El propio itinerario del Proyecto despierta en el equipo local responsable y en los profesionales de la unidad nuevas capacidades para observar y detectar tanto evidencias positivas como áreas de mejora. Igualmente cada proceso o procedimiento nuevo que se implementa va acompañado de documentación.

Las entradas en la aplicación Mejora C también son más frecuentes en la fase de seguimiento. La hipótesis inicial de que la carga más "dura" de documentación es en la primera evaluación no se confirma al visualizar los indicadores.

Parece que el equipo se vuelve más ambicioso conforme avanza su Proyecto. Detecta más y mejor y propone mas herramientas y procedimientos documentales a disposición de los profesionales para alcanzar los objetivos asistenciales propuestos en la unidad según la estrategia de calidad que se implementa.

La hipótesis de partida de que el proyecto genera más trabajo en su primera etapa, por tanto y de manera sorprendente, no se cumple en cuanto a los indicadores. El camino andado y la experiencia hace, sin duda, que se anticipen necesidades y se perciba, aunque de manera exclusivamente cualitativa, que el compromiso con la Calidad es un trabajo diario del que cuanto más y mejor se realiza, más retos proporciona, y que la Certificación constituye sólo el inicio del camino.

P-6

Centro:

Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

UNIDAD DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN. PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Autores:

ROMÁN FUENTES M.; PIRIZ CAMPOS E.; LEAL ROMERO J.; AGUDO MARTÍNEZ A.; HERRERÍAS ESTEBAN J.M. Y CUETO ALVAREZ L..

Objetivos:

Los procesos de certificación, suponen un importante reto y requieren una estrategia de actuación específica para motivar a los profesionales en la mejora continua. Nos proponemos describir la sistemática seguida en la Unidad de Diagnóstico por Imagen (UDI) para alcanzar con éxito la certificación

Material y Método:

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por facultativos, enfermeros y técnicos de medicina nuclear y radiodiagnóstico y se programaron reuniones semanales los viernes de 8:00 a 9:00 durante un año, para ello, se contó con la colaboración de la Unidad de Calidad del Hospital y con el apoyo de otras unidades de soporte como Sistemas de Información, con un profesional referente para el área de Diagnóstico por Imagen.

Se estableció un cronograma de trabajo y se distribuyeron los estándares entre los profesionales integrantes del grupo, con objeto de que en cada una de las reuniones, se pudiera realizar un análisis de los estándares, orientado a identificar las evidencias y las áreas de mejora necesarias.

Resultados:

Durante el transcurso del año de trabajo, se han realizado, entre otras, las siguientes actuaciones:

Creación de cartelería con información sobre las distintas técnicas carteles con información general sobre los riesgos de las radiaciones ionizantes Elaboración de guías de usuarios Disponibilidad de encuestas de satisfacción para valorar la percepción del usuario con el servicio prestado en la Unidad

Formulario de incidencias on line para los profesionales de la Unidad

Auditoría de HHCC y consentimiento informado

Implantación del Proceso de Soporte de Técnicas de Imagen

Definición del Plan Estratégico y Manual de Calidad de la Unidad

Actualización del inventario de equipos electrómédicos, informáticos y de instalaciones.

Normalización de procedimientos internos

Generación de un repositorio documental en la intranet hospitalaria con acceso para todos los profesionales de la Unidad.

La visita de evaluación a la UDI tuvo lugar en diciembre de 2014 con un resultado de cumplimiento de estándares del 60,3% y 4 estándares obligatorios pendientes que se resolvieron en un mes, obteniendo finalmente un 63,5% de cumplimiento global.

Discusion:

El reto que ha supuesto a la Unidad de Diagnóstico por Imagen afrontar satisfactoriamente el proceso de certificación, ha sido posible gracias al seguimiento constante y la implicación de los profesionales del grupo de trabajo.

Durante el período de trabajo previo a la visita de evaluación, se generaron multitud de documentos, cartelería, procedimientos, y se actualizaron inventarios de equipos de gran complejidad dadas las características y tamaño de la Unidad.

La difusión posterior de todo lo que se desarrolló en el grupo de trabajo al resto de profesionales de la UDI, resultó indispensable para superar el proceso y la visita de evaluación.

La implicación de la Dirección de la Unidad en todo el proceso, fue fundamental para llevar a cabo gran parte de las iniciativas identificadas.

P-7

Centro:

H.U. VIRGEN DEL ROCIO

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

AUTOMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ENVÍO PERSONALIZADO DE CERTIFICADOS DE FORMACIÓN MEDIANTE ROBOT SOFTWARE.

Autores:

GOMEZ GARCIA S.; GONZALEZ ARCOS S.; CALVO LADRA M.C.; AGUADO JIMENEZ J.M.; RODRIGUEZ MONTES J.M. Y CRUZ TORRES R..

Objetivos:

Desarrollar una estrategia que permita:

• Agilizar y automatizar el envío masivo de certificados de participación en actividades de formación continuada.

• Rentabilizar tiempo y esfuerzo a la hora de gestionar la certificación de la formación.

• Reducir los plazos de entrega de certificados tras la finalización de la actividad formativa.

• Incrementar la satisfacción de los profesionales.

Material y Método:

Se realiza un estudio retrospectivo sobre los datos de actividad de formación interna desarrollada durante 2014. Se realizan 271 ediciones de cursos con más de 5.300 asistentes, además de 1.000 sesiones clínicas agrupadas en 120 programas, en las que participan 15.312 profesionales. Este volumen de actividad implica la tramitación, emisión y envío personalizado de más de 8.300 certificados de formación, lo que supone un alto coste de tiempo y esfuerzo en un momento en el que los recursos humanos son limitados, lo que finalmente deriva en priorizar y remitir los diplomas bajo demanda del personal.

Los certificados se emiten a través de la aplicación de gestión de la formación, y se firman electrónicamente mediante ECO y Portafirmas. Una vez firmados se remiten por correo electrónico a cada participante. En esta tarea se emplean muchas horas de trabajo, generando además insatisfacción en el personal administrativo. Ante esta situación surge la necesidad de "dejar de hacer" manualmente un proceso idóneo para ser automatizado por volumen y por ser una tarea mecánica y rutinaria, basada en reglas definibles. En base a las funcionalidades de la aplicación de gestión de la formación y los recursos disponibles, se valoran las posibles alternativas, concluyendo buscar una solución tecnológica en colaboración con un proveedor externo. Se presenta el proyecto ante Dirección y se obtiene su visto bueno.

Resultados:

El resultado es la implantación de un robot software que accede de forma no intrusiva a las carpetas y aplicaciones de formación, lee datos e imágenes en la pantalla, mueve el ratón e introduce comandos de teclado como si se tratara de una persona. Así, consulta una carpeta del directorio y extrae el diploma firmado, identificado mediante DNI, busca ese DNI en la aplicación de formación y copia la dirección de correo electrónico para enviar un e-mail personalizado adjuntando el archivo correspondiente. Con esta solución aumentamos la efectividad al poder enviar de forma rápida y segura todos los diplomas emitidos, ya que se reduce drásticamente el tiempo empleado en la ejecución de la tarea.

Discusion:

La solución tecnológica adoptada permite el envío masivo de certificados y en menor tiempo, incrementa la calidad y precisión al minimizar los posibles errores humanos derivados de la ejecución de tareas repetitivas, garantiza la seguridad y confidencialidad en la comunicación, reduce las quejas, mejora la imagen del servicio y además, libera al pesonal administrativo de la ejecución de tareas monótonas pudiendo dedicarse a tareas de mayor valor añadido y a la toma de decisiones.

P-8

Centro:

COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN POR LA ACSA DE LA UNIDAD INTEGRAL DE FORMACIÓN. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Autores:

SÁNCHEZ MIRALLES M.D.; CAMILO GARRIDO A.J.; LÓPEZ CASTILLO A.; RIPOLL SORBAS M.C.; AYALA AGUIRRE I. Y ATAZ LÓPEZ P..

Objetivos:

El proceso de Renovación de la Certificación de la Unidad Integral de Formación (UIF) de nuestro centro es un instrumento para incidir en la calidad de los elementos clave que intervienen en formación continuada, propiciando la identificación de buenas prácticas y espacios de mejora OBJETIVOS

- Analizar resultados de los diferentes bloques de estándares de la Renovación de la Certificación de la Unidad Integral de Formación.

- Identificar áreas susceptibles de mejora a incorporar en la Unidad Integral de Formación.

Material y Método:

Inicio del proceso de Renovación de la Certificación de la UIF en julio 2014 (aplicación ME_jora C), finalizando el 3 de junio de 2015. Constando de dos fases: Autoevaluación, realizada por 5 autoevaluadores y responsables de áreas de mejora, siguiendo la metodología PDCA y Evaluación externa realizada por el Equipo Responsable de la ACSA.

El resultado del proceso es la Certificación en Calidad Avanzada, en relación con el cumplimiento de los estándares de cada uno de los grupos, tras la valoración de la información aportada en ambas fases.

Resultados:

Durante el proceso, se han incorporado un total de 97 evidencias positivas, aportando 2109 documentos (muchos de ellos en formato comprimido). Identificado 38 áreas de mejora, 24 ya conseguidas durante este periodo de renovación.

Formación acreditada: 54 acciones formativas, 746 profesionales formados, 235 docentes.

Componente de calidad de las acciones formativas: al inicio del proceso de certificación de la UIF 1.95 (sobre 2.8), al finalizar 1.99.

Resultados evaluación: Porcentajes cumplimiento estándares por grupo: 85.7% grupo I, 36.7% grupo II (53 estándares de 100) Certificación obtenida: Acreditación Avanzada (1.99)

Informe Cualitativo: porcentaje cumplimiento estándares por bloques:

- Bloque I: Necesidad formación_70%

- Bloque II: Proceso Aprendizaje_68.33%

- Bloque III: Profesionales de formación_44.3%

- Bloque IV: Planificación y Recursos_52.06%

- Bloque V: Resultados_48.13%

Plan de Acción: 38 acciones de mejora distribuidas por estándares asociados a bloques y grupo.

Discusion:

El proceso de Renovación de la Certificación ha contribuido a la mejora continua de la UIF y de sus acciones formativas.

Es prioritaria y necesaria la implicación de todos los responsables de las áreas de mejora.

CONCLUSIONES

Los bloques de Difusión y Canales de Información, Resultados de la Gestión y Seguimiento, Técnicas Didácticas, Infraestructura de la formación son en los que se registra mayor fortaleza.

En los bloques Capacitación, Sistemas de Información y Mejora Continua es en el que se aprecia mayor espacio de mejora.

De acuerdo con los resultados, el acceso al siguiente nivel (Acreditación Óptima) queda supeditado a la mejora del componente de calidad en 0.01.

Se ha establecido un plan de acción para la mejora y avance de la UIF.

P-9

Centro:

COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

APLICACIÓN DE LAS TÉCNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES FORMATIVAS

Autores:

RIPOLL SORBAS M.C.; AYALA AGUIRRE I.; SANCHEZ MIRALLES M.D.; CAMILO GARRIDO A.J.; LÓPEZ CASTILLO A. Y ATAZ LOPEZ P..

Objetivos:

La aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la evaluación de acciones formativas, a través de cuestionarios de evaluación online, facilita a las Unidades de Formación la recogida y el análisis de los resultados.

El proceso de gestión descentralizada de dicha evaluación, actualmente se realiza por medio de la Aplicación Evalúa de la ACSA.

OBJETIVOS

- Analizar resultados de satisfacción y áreas de mejora de las acciones formativas incluidas en la Aplicación Evalúa.

- Analizar los datos relacionados con la cumplimentación de los cuestionarios de Satisfacción de los participantes y los docentes.

Material y Método:

Desde marzo de 2015 se inicia un cambio en la metodología de evaluación de las acciones formativas, pasando de utilizar una metodología de evaluación tradicional a aplicar las TIC en la evaluación de las acciones formativas (Satisfacción alumnado y docente), mediante la Aplicación Evalúa, lo que nos permite disponer de información detallada, identificar posibles áreas de mejora y corregir estas para futuras ediciones.

Analizamos los resultados que la herramienta identifica y recoge en relación con los diferentes aspectos de los cuestionarios:

-Satisfacción participantes: Utilidad, Metodología, Capacidad docente, Organización y Recursos, Modalidad y tipología, Satisfacción General y Valoración Global.

-Satisfacción docentes: Organización y Recursos, Participación del alumnado, Observaciones, aportaciones y sugerencias y Valoración Global.

Resultados:

- Total de actividades formativas hasta octubre de 2015: 37

- Cuestionarios creado en la Aplicación Evalúa: 37 (alumnado y docente)

- Datos de actividades de marzo a julio de 2015:

o Actividades evaluadas: 17

o Número de participantes: 295

o Número de cuestionarios cumplimentados: 233

o % de cumplimentación: 80%

o Número de docentes: 80

o Número de cuestionarios cumplimentados: 69

o % de cumplimentación: 86,25%

Discusion:

La utilización de TIC en la evaluación de las acciones formativas y más concretamente a través de la Aplicación Evalúa, he favorecido el proceso de gestión y análisis de los resultados obtenidos y ha contribuido a la mejora continua de la UIF y de sus acciones formativas.

Durante el periodo analizado son los propios profesionales (participantes, docentes y coordinadores) los que manifiestan la necesidad e importancia de incorporar y utilizar una aplicación online que facilite la cumplimentación, envío y gestión de cuestionarios.

CONCLUSIONES

Al inicio se planteo su utilización para acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios en la actualidad se están incluyendo también acciones formativas dirigidas a profesionales de gestión y servicios.

De acuerdo con los resultados concluimos que la Aplicación Evalúa, favorece la evaluación de la calidad de nuestras acciones formativas, es una herramienta ágil, práctica, potente y de fácil manejo.

El porcentaje de cumplimentación de cuestionarios en dicha aplicación supera el 80%, siendo superior la respuesta e implicación de los docentes.

P-10

Centro:

HUV.MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

AVANZANDO…AULAS DE SALUD EN LA UGC DE ORL

Autores:

TENA GARCIA B.; ACOSTA MOSQUERA M.E.; ACOSTA SALAS R.C.; MEDINA JIMENEZ M.D.; SANCHEZ GOMEZ S. Y DE MINGO FERNANDEZ E..

Objetivos:

El objetivo fundamental de Aulas de Salud es la creación de un servicio estable y continuado de oferta de acciones educativas grupales, dirigido a la población.

Material y Método:

La UGC de Orl,mantiene activas 3 Aulas de Salud creadas en respuesta a las demandas expresadas por los ciudadanos y estimuladas por los profesionales de la UGC-ORL de profundizar en los conocimientos que poseían sobre cómo prevenir las enfermedades y manejar las complicaciones derivadas de su enfermedad. Se promueve la participación activa de los ciudadanos con el objetivo de mejorar su salud y aumentar su calidad de vida.

1.- Aula de Salud de Implantes Cocleares: Se ha llegado a un acuerdo con la Dirección de la Casa de las Sirenas, palacio propiedad del Ayuntamiento de Sevilla y destinado a actividades sociocultaurales del Distrito en el barrio de la Alameda, para convertirse en el espacio compartido con la ciudadanía para compartir conocimientos, experiencias, expectativas, habilidades e innovaciones en el mundo de los Implantes Cocleares, para promocionar la salud y la calidad de vida

y para promover actuaciones de prevención secundaria y terciaria.

2.- Aula de Salud de Pacientes Laringectomizados y Traqueotomizados: Se ubica en el Aula de la 4ª Planta del hospital. En ella se reúnen semanalmente los pacientes afectos de cáncer de laringe, bien asociados a las Asociaciones de Laringectomizados o no, en permanente cooperación con la Sección de Oncología de Cabeza y Cuello de la UGC-ORL y la Unidad de Traqueotomía.

3.- Aula de Salud de la Voz: Se realizan actividades de promoción de la salud y de prevención secundaria en dos escenarios: en el Teatro de la Maestranza (para cantantes del Coro del Teatro y otros profesionales de la voz) y en el Conservatorio Superior de Música de la calle Baños

Resultados:

En el proceso de implantación del servicio se han formado un total de 23 profesionales de atención especializada, que a través del programa de formación anual de la UGC de Otorrinolaringología. En contenidos específicos, recursos didácticos y metodología educativa grupal.

El servicio realiza de forma estable y pautada según calendario anual:

1.- Aula de Salud de Implantes Cocleares: 2 sesiones informativas en el segundo semestre del año 2015(otitis , enfermedades del oódo)

2- Aula de Salud de Pacientes Laringectomizados y Traqueotomizados: 2 reuniones anuales, con alta participación de pacientes laringectomizados.

3- Aula de Salud de la Voz:1 encuentro anual, y 5 reuniones.

Discusion:

Estableciendo que ya se consolidan las Aulas de Salud durante este año 2015, se estima que estas cifras aumenten durante este ejercicio, fundamentalmente en el número de acciones a desarrollar.

De este modo, con las Aulas de Salud se propicia el dar respuesta a una de las demandas planteadas por la población «Dar información con profesionalidad al ciudadano, trabajando así por el incremento de su calidad de vida

P-11

Centro:

HUV.MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Acreditación/Certificación I y Ciudadano I

ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE: EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR, RECURSOS Y DISPOSITIVOS.PAPEL DE LA TCAE/AE.

Autores:

ACOSTA SALAS R.C.; TENA GARCIA B.; MEDINA JIMENEZ M.D.; LOPEZ GARCIA I.; MARIN FERNANDEZ A. Y GARCIA SALDAÑA P..

Objetivos:

A través de la experiencia vivida con una paciente inmigrante de larga estancia en nuestra Unidad, se pretende establecer algunas consideraciones y reflexiones sobre el reto que supone para el colectivo de técnicos auxiliar de enfermería, el cuidado del paciente inmigrante, así como con todos los profesionales, recursos y dispositivos de interés que participan de forma activa en la atención y relación sanitario-inmigrante.

Material y Método:

C.Y, mujer de 37 años, camerunense albina llegó a nuestro país por medio de una patera. Solo habla francés. Es atendida por la "casa de acogida " de la Cruz Roja.

Presenta un carcinoma epidermoide facial.

Es ingresada por parte de cirugía plástica en el Hospital Torrecárdenas para estudio de su patología, en Mayo del 2014 y a cargo del servicio de oncología, la derivan al Hospital Virgen Macarena (Sevilla)

La trasladan a nuestra ciudad en el mes de junio del 2014 donde se confirma como diagnóstico.Al no tener documentación legal, se intenta gestionar la mejor alternativa para una correcta atención del paciente, hablan con el jefe de guardia ante lo excepcional del caso y lo dirigen a "ATENCION DEL USUARIO" para que gestionen medico de cabecera. El hospital hace una concesión entre trabajadora social, voluntarios del hospital y casa de acogida, con el fin de cubrir la necesidad de cuidador, dado que en todo momento se encuentra sin familiares.

Se decide intervención quirúrgica por parte de otorrinolaringología, realizándose varias de ellas durante el mes de Junio. Y pasa a la unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica.

Conjuntamente la llevan los servicios médicos de cirugía plástica, otorrinolaringología e infecciosos.

Tras su mejoría, es dada de alta, y tras su planificación conjunta con atención primaria, las curas y el seguimiento se hará por parte de atención primaria.

Vuelve a ingresar para nueva intervención quirúrgica el 26 de junio. Cirugía plástica y su centro de salud acuerdan que por su situación social se traslade al hospital de San Lázaro de Sevilla hasta que mejore su situación.

Se contacta con una hermana, que viene a nuestro país y se reúnen con la trabajadora social, voluntaria del hospital y directora de la casa de acogida. Ella se la quiere llevar pero no tiene medios económicos para el viaje, se le explica la gravedad de la situación que al no tener documentación legal no podrá viajar en avión y el hacerlo por otros medios sería impensable para la paciente.

El 4 de septiembre se pasa informe a la unidad de cuidados paliativos y cuatro días después el hospital Virgen Macarena hace el traslado al Hospital de San Lázaro.

Resultados:

Actuamos principalmente de puente entre los actores con sus dificultades de COMUNICACIÓN; HIGIENE Y ALIMENTACION, centrándonos en los siguientes ítems

Discusion:

Gracias a experiencias como la citada, la figura de la técnico auxiliar de enfermería figura como mediador/a intercultural en salud, junto con el equipo multidisciplinar que participa en los cuidados.

P-12

Centro:

HARE Benalmádena

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

CRECIMIENTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD TRASTORNOS DEL SUEÑO DEL HARE BENALMÁDENA

Autores:

PRIEGO FERNÁNDEZ J.F.; MOCHON DOÑA A.; PIÑA FERNANDEZ J.A. Y HUERTAS MARTINEZ J..

Objetivos:

El objetivo de este estudio es evidenciar el crecimiento progresivo de la consulta del sueño en el Hospital de Alta Resolución de Especialidades de Benalmádena desde la creación de ésta consulta en Junio de 2008

Material y Método:

Estudio: descriptivo transversal; Sujetos: pacientes tratados en la Unidad del Sueño del HARE Benalmádena; Período de estudio: Junio 2008-Diciembre 2014; Ámbito de estudio: Hospital de Alta Resolución. Población media: 66.939habitantes (censo 2014).

Analizamos, año por año, los registros de actividad de la Unidad del Sueño desde la creación de la Consulta en Junio de 2008 hasta Diciembre de 2014. Los registros son poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias realizadas en este período, titulaciones con autocpap y número de pacientes que inician tratamiento con bipap/cpap.

Calculando la tasa de crecimiento experimentado de 2008-2014 en las diferentes pruebas funcionales, así como en el número de pacientes que inician terapia de cpap y de bipap domiciliaria.

Resultados:

Se realizaron un total de 72 poligrafías en 2008, 87 en 2009, 199 en 2010, 240 en 2011 ; 320 en 2012; 259 en 2013 y 354 en 2014, obteniendo un crecimiento positivo del 306,9% y una media de crecimiento del 36,68%. En 2009 se comienza a realizar ajustes con autocpap y se hacen 57, en 2010 se realizan 88 ajustes, 124 en 2011; 143 en 2012; 139 en 2013 y, en 2014, 267 titulaciones con autocpap, con un crecimiento positivo del 368,48%, y una media de crecimiento del 92,07%.

El número de pacientes que inician tratamiento con cpap ha sido de 7 en 2009, 130 en 2010, 173 en 2011; 132 en 2012; 99 en 2013 y 187 en 2014.Creciendo a un ritmo del 88,89%.

El número de pacientes con Bipap ha sido de 3 bipap en 2010, 5 en 2011;16 en 2012; 3 en 2013 y en 7 altas nuevas de bipap en 2014. Con un ritmo de crecimiento del 66,67%

Discusion:

Se evidencia un continuo crecimiento positivo, aumentando cada año el número de pacientes tratados en la Unidad del Sueño del Hospital de Alta Resolución. Siendo una consulta flexible a la demanda asistencial. Aumentando por tanto la presencia asistencial para no modificar la calidad. Pasando de un enfermero medio día a la semana a uno a la semana y, actualmente., un enfermero durante 2 días/semana para cubrir la continuidad del plan de cuidados en éstos pacientes.

P-13

Centro:

SALUD RESPONDE (Servicio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía)

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA APP DE SALUD RESPONDE.

Autores:

CUBILLAS MERCADO J.J.; RAMOS RODRIGUEZ M.B.; QUERO HARO M.; FRIAS PALMA E.; GONZALEZ CONEJO J.M. Y GONZALEZ VINGUT A..

Objetivos:

Hoy en día la promoción de la salud es clave para cualquier sistema sanitario público [1]. Juegan un papel clave en la prevención [2]. Desde la aplicación de Salud responde [3] se publica información clave para los usuarios en materia de Salud. Desde ella se puede acceder a Salud Andalucía 24 Horas, Información sanitaria, Voluntad vital anticipada, Garantía de plazo y Cirugía Mayor ambulatoria.

Se facilita el acceso de forma inmediata a los ciudadanos sobre información de salud, se envían mensajes sobre alertas de salud (ola de calor, niveles de polen, vacunas.) evitando en gran parte desplazamientos innecesarios a los Centros Sanitarios, obteniéndose un doble beneficio, tanto para el usuario como para el Sistema Sanitario Público Andaluz (disminuye el número de consultas con su médico de familia, se evita la saturación de urgencias….).

Material y Método:

Desde el CRM (Customer relationship management) de Salud Responde se introducen datos relevantes sobre salud, facilitados por el equipo sanitario de Salud Responde y las indicaciones de la Consejería de Salud y la aplicación de Salud Responde se encarga de capturar esa información y servirla al Usuario.

Resultados:

Actualmente en la aplicación de Salud Responde hay inscrito más de 700.000 usuarios y han se han realizado casi 300.000 consultas de la información publicada.

Discusion:

La aplicación de Salud Responde da difusión a información clave de salud a un gran número de usuarios, esta información esta accesible para el ciudadano de forma sencilla e inmediata y la tiene siempre disponible en su dispositivo móvil.

P-14

Centro:
Hospital Universitario Virgen Macarena- Unidad de Cuidados Coronarios
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Ciudadano II

LINEAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA: UGC ÁREA DEL CORAZÓN HUVM

Autores:
LOPEZ MARCO M.J.; RUIZ BAYO L.; TENA GARCIA B.; IZQUIERDO PELAEZ V. Y HIDALGO URBANO R.J..

Objetivos:

El adjetivo "participativa" indica un intento de la ciudadania para intervenir activamente en los procesos de su vida social con propuestas razonadas y enmarcadas en un concepto de salud que subraya la implicación de la comunidad como tal y de cada individuo en particular en la gestión del Sistema Sanitario y de su propia salud. El objetivo es da operatividad a este concepto de participación para que no devenga en un puro constructo.

Material y Método:

Teniendo en cuenta que las personas constituyen el "eje principal" de las acciones y que la participación de los pacientes está cada vez más presente en la orientación de los actuales Sistemas Sanitarios, se recogen como principales actividades: 1:Calendario de Charlas y Talleres a pacientes sobre Alimentación, Ejercicio y Sexualidad, Factores de riesgo, Actividad Física, Actividad Deportiva, Formación de Camisetas Biomedicas. 2:Rutas de Senderismo organizadas por la Unidad de Rehabilitación Cardiaca. 3: Dia del Corazón: Organizado por ASPACASE: Desayuno Saludable.

4: Participación de las Asociaciones de Pacientes ASPACASE Y Corazón y Vida en el Comité Director de la Unidad de Gestion Clinica. 5: Constitución del Comité de Participación Ciudadana de la Unidad de Gestion con la participación de la Gestora de Usuarios y de dos ciudadanos donde se explicaron los Objetivos de la Unidad y se recabo la opinión de los ciudadanos participantes para la aportación de sugerencias de mejoras, intensificando las acciones de prevención.

Resultados:

La evidencia sugiere, de manera creciente, que la participación de los y las pacientes puede llevar a mejores resultados de Salud, a contribuir a la mejora de la Calidad de la Atencion y la Seguridad de los pacientes y a ayudar en la Eficiencia y en el Control del coste de la Atención Sanitaria.

Discusion:

Sin embargo, resulta difícil todavia, obtener una Evidencia rotunda de la relación entre "participación y mejora". Esta dificultad puede derivar en gran medida, de la generalidad del concepto de "Participación en Salud" y del período de tiempo necesario para establecer una relación directa entre las intervenciones propuestas y los resultados obtenidos.

P-15

Centro:

SALUD RESPONDE (Servicio de la Consejería de Salud de Junta de Andalucía)

Provincia:

Jaén

AreaTematica:

Ciudadano II

BENEFICIOS QUE APORTA SALUD ANDALUCÍA 24H TANTO AL CIUDADANO COMO AL SSPA

Autores:

RAMOS RODRIGUEZ M.B.; QUERO HARO M.; FRIAS PALMA E.; CUBILLAS MERCADO J.J.; GONZALEZ VINGUT A. Y GONZALEZ CONEJO J.M..

Objetivos:

Salud Andalucía 24 horas es uno de los servicios que ofrece Salud Responde (Servicio de la Consejería de Salud de la Junta de Andadlucia)y al cual se accede mediante numerosos canales como: teléfono, correo electrónico y APP de Salud Responde. Este servicio tiene como objeto ofrecer a los ciudadanos andaluces un canal de información actualizada y de consejos sanitarios personalizados, sobre cualquier tema sanitario de su interés. El servicio es ofrecido por los Enfermeros de Salud Responde.

Material y Método:

El servicio de Salud Andalucía 24 ofrecido por Salud Responde tiene el esquema de trabajo es el siguiente:

• Recepción, Gestión y Validación si fuera necesario por parte del Departamento de Operación. Derivación a DUE Salud Responde o derivación a CCU provincial en caso de necesidad de asistencia urgente.

• Gestión de la Solicitud por el Departamento de Enfermería: Resolver dudas e identificar problemas de salud del usuario.

• Solución, finalización y/o derivación a un nivel asistencial diferente. El departamento de Enfermería de Salud Responde una vez valorada la situación puede aconsejar la derivación o no a un nivel asistencial diferente o profesional sanitario responsable del cuidado del paciente.

• Si el ciudadano requiere de la atención programada de un profesional de Atención Primaria derivará al Departamento de Operación para la gestión de una cita con su médico de familia o pediatra.

• Si DUE tras la valoración observa la necesidad de atención urgente/emergente el paciente será derivado al Centro Coordinador de Urgencias de su provincia (CCU)

Resultados:

El servicio comenzó a implantarse a finales del año 2008, desde entonces se han atendido a más de 374.848 pacientes distintos.

En este servicio los Operadores han resuelto un 9.38% de las consultas, el 84.07% resueltas por enfermería y el 6.1% fueron derivadas por asistencia Urgente.

Otro dato muy importante a destacar es que 88.77% de los usuarios que nos consultaron, no fueron a su médico en menos de 24 horas. Esto previsiblemente evito que el paciente se tuviera que desplazar a su centro de Salud, el 7% de usuarios fueron derivados por el personal de enfermería de Salud Responde a su médico de cabecera y el 5% restante terminaron yendo a su médico de cabecera sin ser derivado.

Discusion:

Una parte importante de las llamadas que resuelve enfermería son las consultas de medicación.

Resolvemos dudas respecto a la medicación prescrita por su médico,posible interacción entre varios fármacos, posología en caso de olvido y detecta reacciones adversas frecuentes a farmacología nueva.

Se resuelven situaciones en las que los pacientes presentan sintomatología como es el caso de fiebre, gastroenteritis,dolor.. por lo que evita desplazamientos innecesarios al centro de salud o urgencias, con el consiguiente beneficio que obtiene tanto el usuario como el Sistema Sanitario Público Andaluz (disminuye el número de consultas con su médico de familia, se evita la saturación de urgencias….)

P-16

Centro:
AGS NORTE DE HUELVA
Provincia:
Huelva
AreaTematica:
Ciudadano II

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC

Autores:
CARABALLO CAMACHO N.; MÁRQUEZ NAVARRO J. Y MARTÍN LÓPEZ C..

Objetivos:
Puesta en marcha del programa de Rehabilitación Respiratoria (RR) en pacientes con EPOC, con lo que pretendemos:
• Alcanzar el máximo grado de autonomía y mejorar su calidad de vida.
• Disminuir la disnea, mejorar la disfunción muscular periférica e incrementar la capacidad de ejercicio.
• Mejorar su conocimiento de la enfermedad y del automanejo de la misma.
Material y Método:
- Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas para localizar evidencia sobre la RR en pacientes con EPOC.
- Análisis y discusión entre los miembros del equipo para definir las fases y aspectos que debíaincluir el programa de RR.
Resultados:
1. Selección de pacientes
La RR está indicada en todo paciente con enfermedad respiratoria crónica en fase estable de su enfermedad que, a pesar de recibir un tratamiento médico adecuado y completo, manifiesta disnea persistente, intolerancia al ejercicio y una restricción de sus actividades habituales.
Como criterios de exclusión encontramos falta de motivación, trastornos psiquiátricos que impidan la colaboración del paciente y coexistencia de enfermedades que impidan la práctica segura de ejercicio físico.
2. Evaluación del paciente y de los resultados:
• Historia clínica detallada y exploración física.
• Evaluación de la función respiratoria pre y postbroncodilatador.
• Valoración de la capacidad de esfuerzo.
• Evaluación de la calidad de vida y del impacto de la disnea.
• En pacientes con pérdida de masa muscular se debe medir la fuerza de los músculos respiratorios (inspiratorios y espiratorios) y de los músculos de las extremidades inferiores (músculos cuádriceps).
Para valorar el efecto de la RR se puede emplear el índice de BODE: escala de la disnea MMRC, FEV1, distancia en test 6 min e IMC.
3. Componentes de la RR
-Ejercicio físico:
• Entrenamiento aeróbico: bicicleta estática o tapiz rodante. Aumento progresivo de tiempo e intensidad.
• Entrenamiento de fuerza de miembros superiores e inferiores. Ejercicios con levantamiento de pesas con cargas elevadas y pocas repeticiones.
• Entrenamiento combinado de las dos modalidades anteriores.
-Intervención educacional: enseñanza del automanejo y la prevención y tratamiento de las exacerbaciones.
-Apoyo psicosocial.
-Fisioterapia:
• Técnicas facilitadoras de la expectoración.
• Ejercicios respiratorios.
-Intervención nutricional.
4.Organización del programa:
Se realizarán tres sesiones por semana con una duración de estándar de 12 semanas. Se realizará el programa en el hospital en régimen ambulatorio supervisado.
Discusion:
La RR reduce los síntomas, incrementa la capacidad funcional y mejora la calidad de vida en pacientes con enfermedad respiratoria crónica, aunque existan alteraciones irreversibles de la arquitectura pulmonar.
Permite un ahorro en el gasto sanitario ya que se disminuye el número de ingresos y el número de días de hospitalización así como las visitas domiciliarias y las reagudizaciones.

P-17

Centro:

Hospital Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

INICIATIVA DE INTERMEDIACIÓN CULTURAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:

LUNA GALVEÑO S.; SEL ESCALANTE M.C. Y LUNA GALVEÑO M.P..

Objetivos:

Mejorar el conocimiento referente al acceso y funcionamiento del área de urgencias que tiene el paciente extranjero, optimizando la comunicación entre éste y el sistema sanitario de urgencias.

Material y Método:

Se realiza la traducción de las normas de acceso y funcionamiento del área de urgencias al idioma alemán, francés, holandés e inglés por personal de enfermería con claro dominio de estos idiomas.

Se proporciona información básica y adecuada sobre el acceso y funcionamiento del área de urgencias, mediante tablones situados en lugares muy visibles y de fácil acceso para los usuarios y sus familiares/acompañantes.

Resultados:

La información recoge la distribución de las diferentes áreas en el servicio de urgencias, el orden de atención del paciente, tiempo medio de espera, datos relacionados con la identificación y visitas de familiares/acompañantes, datos y documentos importantes para su atención en urgencias, horarios de información médica, custodia de efectos personales, cuestiones referentes a su posible ingreso o alta,…

Discusion:

Dada la extensión de los movimientos migratorios, cada vez es más habitual la presencia de personas de otras culturas en nuestros centros sanitarios.

Se detecta los seis fenómenos interculturales, identificados por Giger y Davidhizar (comunicación, espacio, organización social, tiempo, control del medio ambiente y variaciones biológicas) y su implicación en cuidados de enfermería y en la percepción de la calidad recibida por el paciente y/o acompañante durante su estancia en urgencias.

Las iniciativas emprendidas pretenden mejorar fundamentalmente la información que recibe el usuario extranjero y acompañante referente al acceso y funcionamiento del área de urgencias.

P-18

Centro:

CUIDADOS CRITICOS, HRUM

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

PROYECTO INVESTIGACIÓN:DETECCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN A FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ACOMPAÑANTE EN UCI.

Autores:

ROMERO TROYANO M.M.; SANCHEZ GALLARDO A.L.; LOPEZ MONTES L.; SANCHEZ GALLARDO A.N.; VIDAL PULIDO M. Y CABERA GODOY F..

Objetivos:

1º Conocer la vivencia del acompañante de uci durante el ingreso en la unidad

2º Conocer la percepción que tiene el familiar sobre el entorno arquitectónico de la UCI del H.****

3º Conocer la percepción que tiene el familiar sobre el trato del equipo sanitario que atiende al paciente

4º Conocer las necesidades que tiene el familiar durante el ingreso del paciente y qué soluciones puede haber para aquellas que no han sido cubiertas.

Material y Método:

Se realizará un estudio con metodología cualitativa. Con Diseño de Investigación Evaluativa.Muestreo no aleatorio, familiares de pacientes que hayan estado más de 20 días en uci, para que hayan tenido la oportunidad de ver el funcionamiento de la misma y una interacción prolongada con el equipo y el entorno con representatividad basada en la capacidad de la muestra para reflejar la diversidad del fenómeno estudiado, con incorporación progresiva y voluntaria hasta alcanzar saturación de datos.

El método de recogida de datos será la entrevista en profundidad del familiar. Las entrevistas se grabarán para su correcta transcripción, como tal se informará a los integrantes del estudio que las tendrán a su completa disposición, así como se les informará de los resultados del mismo. Se les hará entrega de una información básica del estudio así como un consentimiento informado

Resultados:

El estudio tiene una finalidad de mejora en el cuidado de todos los pacientes y familiares de la unidad y así se les informará a los integrantes del mismo.

La entrevista se realizará tras el alta de la unidad del paciente para evitar que se sientan sesgados en sus opiniones por posibles repercusiones de las mismas

Discusion:

En España, la mayoría de UCI tiene un régimen restrictivo de visitas, en las que entran uno o dos familiares, siendo imposible que se impliquen en el proceso de cuidados del enfermo. En la práctica diaria se llevan a cabo multitud de tareas de relación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI, aunque mayoritariamente se basa en la información exclusiva del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Este es el enfoque biomédico tradicional, se pretende humanizar la relación con el entorno del paciente fomentando un cuidado integral.

P-19

Centro:

Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Ciudadano II

UTILIDAD DEL FORMATO ELECTRÓNICO PARA RECOGIDA DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Autores:

SÁNCHEZ GONZÁLEZ A.M.; NIETO MORENO M.; CASTILLO MOYA F.A.; ROJAS PARRA P.H.; PRIEGO CHACÓN R. Y ONIEVA LUQUE F..

Objetivos:

Obtener resultados de satisfacción de la atención a las Urgencias y Emergencias de un Dispositivo de Equipos Móviles

Evaluar y mejorar el método de recogida de datos de la encuesta de satisfacción.

Material y Método:

Se ha desarrollado un cuestionario de satisfacción con 20 preguntas para evaluar datos sobre la atención, información recibida, trato recibido, características del servicio realizado etc en dos formatos diferentes, uno para que sea respondido a través de una dirección electrónica alojada en la página web del hospital de referencia y otro en papel para que sea franqueado en destino una vez cumplimentado y depositado en una oficina de correos.

Se ha estimado una muestra de 375 encuestas que deben repartirse entre los dos métodos. Se ha considerado ¼ de las encuestas por la vía electrónica y ¾ por la vía de correo ordinario, es decir 281 encuestas (sobre incluido) en formato papel y 94 en formato electrónico. Para que los pacientes tuvieran acceso al mismo se ha entregado un documento con la dirección electrónica accesible desde cualquier dispositivo electrónico con conexión a internet.

Desde primeros de septiembre se ha abierto el plazo para que la primera quincena de cada mes, hasta final de año, los equipos sanitarios dejen en los domicilios, uno u otro formato, en función de la disponibilidad electrónica del paciente, para que se cumplimentada.

Una vez finalizado el año se analizaran los resultados de uno y otro método. Así como los resultados arrojados por la propia encuesta

Resultados:

Hasta la fecha en se han recibido, 10 respuestas electrónica y 20 en formato papel

Discusion:

La ausencia de encuestas de satisfacción elaboradas por empresas externas que evalúen la atención prestada por los equipos móviles en el ámbito extrahospitalario y en el entorno de la urgencia y/o emergencia ha supuesto una barrera en el proceso de acreditación de la Unidad. Las Unidades de Gestión Clínica de Urgencias nos vemos obligadas a elaborar nuestras propias encuestas para poder conocer la satisfacción de los usuarios atendidos en este ámbito y así elaborar planes de mejora.

Tampoco existe un método estándar adecuado para realizar las mismas.

Desde nuestra constitución como unidad se han realizado múltiples métodos de recogida de datos.

El año anterior el método escogido fue el electrónico exclusivamente. Los resultados obtenidos fueron desastrosos, ya que no se cumplimentaron encuestas suficientes para que el estudio fuese valorable debido a que nuestros pacientes, tienen una edad media de 73,24 años con una mediana de 80 años, sin acceso a estas tecnologías.

P-20

Centro:

H. Civil. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ATENCIÓN CIUDADANA DEL HOSPITAL CIVIL.

Autores:

MORENO SANJUÁN D.; GALLARDO ABOLLADO M.A.; MUÑOZ SOLER E.; BUSTAMANTE RUEDA C.; SÁNCHEZ MARTINEZ M.R. Y GÓMEZ MARQUEZ M.J..

Objetivos:

Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de atención ciudadana del Hospital Civil de Málaga.

Plantear estrategias organizativas en función de los resultados obtenidos para prevenir o tratar problemas **Material y Método:**

Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: Plantilla administrativos, aux administrativos y cargos intermedios con más de un año de servicio en la unidad. Instrumento de medida: cuestionario con datos sociodemográficos (categoría profesional, sexo, edad, estado civil, experiencia laboral y antigüedad) y cuestionario adaptado de Font Roja

Resultados:

90% de participación (n=37): 54,16% Aux Advos y 45,83%Avdos . Edad media: 48,43 ±3,12; antigüedad profesional: 26,01±4,03 y en servicio: 19,43±5,12. Estado civil: 6,09% separado, 12,76 %soltero, 4,5% viudo, y 76,65% casado. Dimensiones: Monotonía(2,73 ±0,76), Presión(2,63 ±0,37), Promoción(2,92±0,39), Satisfacción(3,34±0,43), relaciones interprofesionales(2,99±0,55), Competencia(3,98±0,79), Tensión(2,05±0,32),Relaciones interpersonales(3,96±0,67).

Discusion:

La tensión laboral es una de las dimensiones peor valoradas por el personal de Atencion Ciudadana de cara al público de nuestra unidad. La posibilidad de promoción profesional es escasa para toda la plantilla, que percibe su trabajo como monótono. Las relaciones entre compañeros son fluídas entre sí y sus jefes. La atención continua a pacientes reclamantes, demandantes de copia de historia clinica, solicitud de información confidencial por LOPD, incertidumbre por no conocer fechas de quirófanos en Lista de Espera y no poder adelantar citas provoca en el personal un cierto grado de tensión y presión laboral con respecto a la posinilidad de dar respuesta a los usuarios.

Independientemente de estas apreciaciones el grado de satisfacción laboral es medio, sin generar grandes tensiones que imposibilite el desarrollo del mismo. Es fundamental llevar a cabo un plan que facilite otorgar más autonomía a los profesionales del SAC para permitir plantear estrategias organizativas. Por último se entiende la necesidad de llevar a cabo algún tipo de actividad que fortalezca más aún las relaciones interpersonales dentro del equipo que aunque ya están elevadas de media es necesario seguir trabajándolas para mantener la motivación y el ánimo por el trabajo conjunto.

P-21

Centro:

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

HOSPITAL CON ACCESIBILIDAD UNIVERSAL :

Autores:

FRAIZ PADIN A.; MARTINEZ FERNANDEZ M.; LOPEZ BURREZO P.; TORRES RUIZ F.; DE PABLOS A. Y EDUARDO GONZALEZ P..

Objetivos:

Objetivo general

Proporcionar a los ciudadanos con discapacidad las herramientas necesarias para asegurar su acceso a Hospitales de forma aceptable con las vías adecuadas y con la información necesaria para encontrar dichas vías.

Objetivos específicos:

Valorar la accesibilidad al Centro Sanitario, con personas con diferentes discapacidades.

Identificar itinerarios habituales al acudir al hospital,

Se adaptarán los itinerarios a unos códigos Qr.

Informar a la población de las nuevas formas de acceso, publicar y replicar.

Material y Método:

Se realiza una valoración de la accesibilidad, desde una perspectiva general , del cual obtenemos un informe de accesibilidad, a partir de ahí, se crearon los itinerarios accesibles, los cuales fueron validados El análisis y diagnóstico del estado de la accesibilidad, así como el diseño de soluciones pretendemos realizar por un grupo multidisciplinario de trabajadores del Hospital con ayuda de ATOLMI, Asociación de Terapia Ocupacional y Laboral de Personas con Discapacidad Francisco Torres. Y Alfredo de Pablos .

Resultados:

Los resultados esperados de la investigación son aplicables e incorporan mejoras en la práctica clínica habitual del Sistema Sanitario.

Conforme con los principios recogidos en la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, los principios que rigen son:

Respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la autodeterminación y la independencia de las personas.

No discriminación por motivos de discapacidad e igualdad de oportunidades.

Accesibilidad universal y el diseño para todas las personas, en este caso al ser un entorno público y sanitario con más importancia.

Calidad de vida. todas las personas desean una vida de calidad, que implica las mismas dimensiones para todas las personas.

Cooperación institucional. Supone la actuación coordinada y eficaz de las Administraciones Públicas implicadas en la puesta en marcha de las actividades previstas en el Plan.

Discusion:

La accesibilidad universal promueve el diseño de todos para todos. El análisis y diagnóstico del estado de la accesibilidad, así como el diseño de soluciones que pretendemos realizar son llevadas a cabo por un grupo multidisciplinar de trabajadores del Hospital con ayuda de Asociación de Terapia Ocupacional y Laboral de Personas con Discapacidad con lo cual se fomenta la participación de la social y trabajo colaborativo.Los resultados esperados de la investigación pueden dar lugar a la generación de innovaciones tecnológicas, estamos realizando itinerarios accesibles por medio de Google adaptados según el grado de discapacidad u otra compañía que realice mapas interiores .Los resultados de nuestros proyectos son de carácter innovador, seremos aunque no se lo pueda creer uno de los pocos centros Hospitalarios con acceso universal a toda la población y además son transferibles.

P-22

Centro:

HRU Carlos Haya (M-I)

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano II

UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN QUIMIOTERAPIA

Autores:

RAGA CHARDÍ R.M.; ZAMUDIO SANCHEZ A.; SANCHEZ LOZANO M.A.; JIMENEZ SUAREZ E.; CEREZO GÚZMAN M.V. Y RODRIGUEZ ARJONA M..

Objetivos:

Principal.-

Evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos con tratamiento, en el programa de Terapias complementarias (TC).

Secundarios.-

Determinar el impacto del programa de TC en el control de efectos secundarios del proceso del proceso de tratamiento.

Conocer el método de elección de asistencia al programa de terapias.

Explorar la demanda de cada una de las terapias.

Material y Método:

Estudio observacional analítico longitudinal y prospectivo. El equipo de enfermería (EE) selecciona una serie de TC concretas y con evidencia en el proceso cáncer. En colaboración con las 2 asociaciones de pacientes que trabajan actualmente con nosotros (AECC)(ASAMMA), se reúnen un grupo de profesionales voluntarios y cualificados de cada terapia. En varias reuniones se concretan las terapias a realizar: Acupuntura, Reiky, Reflexología y cuidados estéticos. Así como el cronograma de trabajo y el circuito de pacientes gestionado todo desde la consulta de enfermería. El proyecto se inicia en Octubre y se realiza un seguimiento para evaluar la Calidad de Vida en seis meses.

Resultados:

Actualmente en proceso de implementación. Instrumentos de medición: Se analizarán variables sociodemográficas, datos sobre la enfermedad y tratamientos, datos subjetivos sobre la elección de la TC, y la evaluación de localidad de vida se realizará con el cuestionario de salud EQ-5D-5L. Este cuestionario consta de las siguientes dimensiones (problemas de movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión).

Discusion:

Aunque nuestra experiencia es limitada, la evidencia actual en TC aplicadas a pacientes con proceso de cáncer, nos invita a explorar este ámbito con la perspectiva de aportar mejoras en localidad de vida de nuestros pacientes , dando cobertura a las demandas de la población desde un ámbito multidisciplinar.

P-23

Centro:

Hospital de Antequera. AS Norte de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

ALFABETIZACIÓN EN SALUD: ¿CUÁL ES EL NIVEL DE CAPACITACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO SOBRE SU MEDICACIÓN?.

Autores:

FOLGUEIRAS AMADOR L.; GALAN RETAMAL C.; FERNANDEZ RUIZ S.; GARRIDO FERNANDEZ R.; DURAN LUQUE I. Y PADILLA MARIN V..

Objetivos:

Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y opiniones respecto al uso de medicamentos en pacientes ancianos polimedicados.

Material y Método:

Estudio descriptivo, realizado sobre pacientes polimedicados > 65 años y/o cuidadores que sufren ingreso en la unidad de Medicina Interna de un área sanitaria, durante los meses agosto/septiembre 2015.

Se emplea un cuestionario validado (diseñado por R. Puig Soler), que explora las características socio-demográficas, el uso de medicamentos, el conocimiento de conceptos y las actitudes y opiniones acerca de los medicamentos.

Este, fue administrado por personal de enfermería de la unidad de farmacia a los pacientes y/o cuidadores incluidos diariamente en el programa de conciliación farmacoterapéutica implantado en nuestro área.

Resultados:

Se administran 50 encuestas: 72% mujeres, Grupos de edad: entre 35-49 años: 44%; 50-64 años: 36%; 65 años o más: 20% (de las 50 encuestas el 68% se administra a cuidadores). El 8% posee estudios universitarios. Respecto al uso de medicamentos: media de nº medicamentos diario que toma el paciente: 9,3. Conceptos técnicos: El 60% saben indicar qué medicamentos toman y para qué sirven. En el 70% de los casos no saben identificar el principio activo (pa). El 64% no sabe definir el concepto de pa. Solo un 30% reconoce algún pa indicado en el envase de 3 medicamentos diferentes y un 70% no reconoce ninguno. El 8% conoce el significado de contraindicación, efecto adverso e interacción medicamentosa. El 60% tiene total desconocimiento. Opinión y actitud: Al 12% les gusta que amigos y familiares les recomienden medicamentos y el 32% resuelve sus dudas con el prospecto. El 60% no puede asegurar que conoce los riesgos de no tomar correctamente la medicación. El 20% espera salir con receta de algún medicamento tras la consulta médica. El 8% recoge la medicación aunque tenga más de 3 envases en casa. El 64% no puede afirmar que los medicamentos genéricos sean iguales que los de marca. El 20% opina que los nuevos medicamentos tienen siempre menos efectos secundarios.

Discusion:

El estudio nos ha permitido detectar puntos de mejora en los pacientes crónicos polimedicados de nuestro área: en una elevada proporción los pacientes y/o cuidadores no saben diferenciar el PA de la marca comercial o genérico, casi el total de la población encuestada desconoce o no sabe definir conceptos técnicos y más de la mitad no conoce los riesgos de no tomar correctamente la medicación.

Toda esta información y partiendo de que el grado de conocimiento de los pacientes es esencial para la mejora de sus resultados en salud, nos permitirá diseñar estrategias tipo informativo/educativo, para sensibilizar a la población y conseguir mayor corresponsabilización de los pacientes en el uso de los medicamentos.

P-24

Centro:

Hospital Costa del Sol

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA POBLACIONAL DE REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS EN ESPAÑA EN EL AÑO 2014

Autores:

RIVAS RUIZ F.; CONTRERAS FERNÁNDEZ E.; MÉNDEZ MARTÍNEZ C.; DURÁN DOMÍNGUEZ A.; MORENO PÉREZ M.O. Y MORA BANDERAS A..

Objetivos:

La declaración de voluntad vital anticipada (VVA), es el documento escrito a través del cual el ciudadano manifiesta de forma libre y consciente, las opciones e instrucciones en materia sanitaria que deben respetarse en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. España es uno de los más avanzados países europeos en relación al desarrollo legislativo, con un enorme impulso tras la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente. Andalucía en año 2003 se aprobó la Ley 5/2003, de declaración de voluntad vital anticipada. El propósito del estudio es evaluar la tasa poblacional de declaraciones de VVA y determinar si existe variabilidad entre comunidades autónomas (CCAA).

Material y Método:

Estudio ecológico para conocer las tasas de instrucciones previas registradas en el Registro Nacional (a fecha de 4 de mayo de 2015) relativas a población adulta en cada CCAA, tomando como fuente demográfica la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014 ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadística.

Se calcularon las tasas por 10.000 habitantes de las diferentes CCAA y a nivel nacional, y se valoraron los indicadores clásicos de variabilidad, Razón de Variación (RV) y Coeficiente de Variación (CV).

Resultados:

En la fecha objeto de valoración estaban registradas un total de 187.256 registros de VVA, lo que suponía una tasa de 48,7 a nivel nacional. En números absolutos de registros de VVA, por CCAA se determinaron mayores volúmenes en Cataluña (58.121), Andalucía (28.229) y Madrid (17.179). Por tasas poblacionales, las superiores fueron las de Cataluña (94,5), País Vasco (78,8), y La Rioja (66,4), mientras que quienes contaron con menores tasas fueron Extremadura (14,2), Galicia (17,9), y Castilla y León (28,8), hallándose Andalucía en un nivel intermedio (41,6). Para dicha serie de tasas se halló una RV de 1,75, y un CV de 0,46.

Discusion:

El nivel de registros de VVA hallado a nivel nacional en población adulta es muy bajo, sobre todo al compararlo con los indicadores de países con mayor tradición como los estadounidenses, donde se han hallado tasas de registros del 26,3% (frente al 0,49% hallado en nuestra evaluación). Este bajo nivel de registros es similar en todas las comunidades autónomas, tal como se constata con bajo nivel de coeficiente de variación hallado. Una explicación de la escasa población adulta que completa la declaración de VVA es el rechazo cultural a reflexionar sobre la muerte, sumado al desconocimiento de la ciudadanía a la posibilidad de acceder a este derecho. Desde el ámbito sanitario es necesario promover un cambio cultural en el abordaje de los cuidados al final de la vida.

P-25

Centro:

Hospital Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA MANO DEL CIUDADANO

Autores:

ANDUEZA REDÍN M.V.; ATAZ LÓPEZ P.R.; AYERRA ANDUEZA I.G.; GARCIA TORRECILLAS J.M. Y ROJAS ORTIZ A.M..

Objetivos:

Objetivo principal:

Incorporar activamente la voz de la ciudadanía ajustando la toma de decisiones a sus necesidades y expectativas, humanizando el conjunto de las actividades realizadas en el entorno hospitalario.

Objetivos específicos:

• Informar de los aspectos más relevantes de la gestión.

• Contribuir al fortalecimiento y desarrollo de las organizaciones sociales vinculadas a las Unidades de Gestión Clínicas (UGCs).

• Coordinar las acciones socio-sanitarias y culturales de las distintas asociaciones de enfermos.

• Valorar individualmente las necesidades formativas en determinadas acciones.

Material y Método:

Sujetos:

• Comisión de Participación Ciudadana del centro.

• Referentes de UGCs.

Método: Mixto basado en:

1. Reuniones de trabajo presenciales cuatrimestrales.

Características de la reunión:

a).- Primera reunión de carácter organizativo.

b).- Segunda reunión, de seguimiento.

c).- Tercera: cierre de objetivos y preparación del siguiente año.

Esta metodología es similar tanto para los componentes de la Comisión de Participación Ciudadana del Centro como para la definición y seguimiento de los objetivos de Participación ciudadana de las

UGCs.

2. Participación virtual: uso compartido de información y documentación con el ciudadano y los profesionales utilizando el correo electrónico y RRSS (BLOGS, Webs informativas o tipo sala de Chat, Twitter, Facebook, WhatsApp).

3. Participación of line: encuestas de satisfacción, análisis de reclamaciones y sugerencias.

Resultados:

• Realización de 1.402 acompañamientos ambulatorios y 203 horas de acompañamiento hospitalario entre los dos programas de voluntariado puestos en marcha en el centro.

• Reclutamiento de 20 voluntarios, en seis reuniones formativas.

• Puesta en marcha 1 escuela de pacientes de enfermedad renal crónica y en fase de organización otra para familiares de pacientes afectos de trastorno mental grave.

• Detección continuada semestral de casos para la medición de calidad de vida en siete procesos.

• Realización de mejoras de accesibilidad estructura y confortabilidad en el centro.

Discusion:

• Con la participación ciudadana se mejora la gestión del servicio que se ofrece, puesto que se adapta a los requerimientos, necesidades de las personas.

• Mejora las relaciones y la colaboración con otras instituciones.

• Contribuye a la resolución más eficaz de los problemas detectados.

• Cuenta con diversidad de intereses y expectativas de todos los actores que intervienen.

• Ayuda a afinar la detección de áreas de mejora.

• Favorece el acercamiento recíproco de los ciudadanos a los profesionales.

P-26

Centro:

PEDIATRIA

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

"CALIDAD DE VIDA EN NIÑO/AS ASMÁTICOS Y DE SUS CUIDADORE/AS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERIA"

Autores:

SANTIAGO GARCIA L.O..

Objetivos:

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la calidad de vida de niños/as asmáticos y de sus cuidadores antes y después de una intervención educativa en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Material y Método:

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental con una intervención educativa antes-después en un total de 44 niños/as participantes que pasan por la consulta de Asma con edades comprendidas entre 7 y 14 años.

Se ha utilizado para la recogida de datos el cuestionario de "Calidad de vida en niños/as asmáticos" (PAQLQ) de la Doctora británica E.Juniper y para los padres o cuidadores el "Paediatric Asthma Cavegiver's Quality of Life Questionnaire" (PACQLQ) de la misma autora, validados en Español. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida.

Resultados:

Aparece una mayor prevalencia de varones (65.9%)

La distribución por poblaciones es muy variada siendo Huercal-Overa con un 15.9% y Pulpí con otro 15.9% las poblaciones con mayor número de niños asmáticos.

La edad de inicio es en un 38.6% durante los primeros meses de vida y el resto distribuido en otras edades.

En cuanto a los antecedentes asmáticos, se observan el 27,3% lo padecían los abuelos, un 27,3% no presentaban antecedentes familiares y los antecedentes paternos en tercer lugar con un 22,7%.

Respecto al peso, el 88.6% de los niños tienen un peso normal para su edad siendo un porcentaje pequeño presentan obesidad (4,5%) y sobrepeso (6,8%).

La puntuación media del cuestionario de calidad de vida en los niños fue de 1.49. Igualmente la puntuación media de los padres o cuidadores fue de 1,57 siendo por ello el resultado muy positivo en ambos ya que para que haya un "Cambio Mínimo Significativo" la puntuación debe ser superior a 0.5.

Por tanto esto nos indica que la intervención educativa fue aún más efectiva en los padres que en los niños. En términos de porcentaje, la intervención educativa realizada a los niños ha sido efectiva en un 79.5% de estos y un 91% en los padres.

La puntuación en sus distintas dimensiones en el niño fue respecto a la dimensión emocional en el 70.5% de los niños ha mejorado, en la dimensión de limitación de actividades mejoró el 93.2% y respecto a los síntomas ha mejorado el 81.8%.

En cuanto a los padres, el 88.64% de padres ha mejorado la limitación de actividades tras la educación y la dimensión emocional mejoró el 79.55% de estos.

Discusion:

En conclusión la población de niños asmáticos en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería ha mejorado su calidad de vida tras una intervención educativa siendo aún más efectiva en sus padres.

La calidad de vida mejoró sobre todo en el niño en el ámbito físico y psicológico siendo el ámbito emocional el que menos ha variado. En cuanto a los padres, ha mejorado fundamentalmente la limitación de sus actividades y en menor proporción el ámbito emociona.

P-27

Centro:

SALUD PÚBLICA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

COMUNICACIÓN A LA CIUDADANÍA DESDE LAS UNIDADES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD.

Autores:

MACÍAS SANTIAGO L..

Objetivos:

GENERAL

Contribuir desde la promoción de la salud a la mejora de la calidad de vida en la Comunidad.

ESPECÍFICOS

- Priorizar contenidos teórico-prácticos saludables relacionados con la seguridad alimentaria, la nutrición y la salud ambiental, que permitan a los profesionales de las UPS atender a las demandas de información más comunes por parte de los ciudadanos.

- Diseñar actividades de comunicación efectivas, identificando los principales recursos y medios de comunicación social disponibles, que sirvan de herramienta eficaz para la transmisión de los conocimientos en la población diana.

- Promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en la población, trabajando para desterrar falsos mitos, fomentando la participación de la comunidad y fortaleciendo la capacidad de individuos de incidir efectivamente sobre los determinantes de la salud.

Material y Método:

Una vez se define el tema que preocupa a la población, se señalar los objetivos, se identifica y estudia a la población diana, se seleccionan los canales y los medios disponibles y se diseñan los mensajes adaptados a sus destinatarios. Se opta por aplicar una metodología expositiva/ explicativa y bidireccional.

Resultados:

• Resultados.

Se muestran las actividades realizadas a lo largo de los últimos tres años en relación a los siguientes instrumentos de promoción de la salud:

- EDUCACION PARA LA SALUD:

• Actividades educativas en aulas de infantil, primaria y secundaria.

• Sesiones educativas con padres y madres.

• Evacuación de los menús escolares en centros escolares.

- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:

• Distribución de folletos de información en colegios y trípticos informativos a los padres.

• Blog de Salud Pública con emisión de mensajes sobre seguridad alimentaria o Salud ambiental.

• Colocación de paneles y carteles en los hospitales y centros sanitarios alusivos a la política ambiental del SAS.

• Contribución a la elaboración y difusión de artículos en prensa, intervenciones en la radio local, presentaciones en Congresos, etc.... .

- ACCION SOCIAL:

• Reuniones con industriales del sector alimentario en respuesta a demandas de información sobre aplicación de la legislación vigente.

• Aplicación de un PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

Discusion:

En base a los resultados obtenidos hemos concluido que una buena estrategia de promoción de la salud puede ser mucho más efectiva si se tiene un contacto constante con la población a la que queremos llegar. Por ello consideramos que se hace preciso enfatizar en el diseño de nuevas estrategias comunicativas, construyendo modelos de comunicación más populares y participativos que prioricen el aspecto de participación de la comunidad y el contacto directo, incorporando a las personas como sujetos activos en este proceso, y consiguiendo, a nuestro juicio, un mejor impacto en su salud.

P-28

Centro:

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

EDUCANDO A LOS QUE CUIDAN.UNA PROPUESTA FORMATIVA

Autores:

GARCIA ORTEGA M.A.; SANCHEZ RIVAS C.; GARCIA CORCOLES C.; SANCHEZ RIVAS M. Y ROMERO REINA C..

Objetivos:

Fomentar la educación sanitaria a las familias de los niños ingresados en el hospital.

Dinamizar la estancia de los padres en el hospital.

Material y Método:

Realizamos sesiones formativas de 15-20 minutos sobre temas generales de educación sanitaria (alimentación,prevención de accidentes infantiles,higiene dental, etc.) a los padres de niños hospitalizados para fomentar habitos saludables en la poblacion.

Utilizamos el espacio físico de la Ludoteca del Hospital aprovechando el momento que comparten con sus hijos.

Resultados:

Realizamos una encuesta de satisfacción a los padres sobre la actividad formativa.

En ella valoramos 4 items como son:

Duración, Horario, Importancia del tema, Lugar de la sesión en una escala del 1 -5, siendo el 1 valor peor valorado y el 5 el mejor valorado.

Además de una pregunta abierta sobre sugerencia de temas y/o actividades de interés.

De las 7 sesiones realizadas obtenemos una puntuación de 5 en todos los items.

Respecto a la pregunta abierta nos aportan sugerencias como información sobre juegos, consejos en el trato al niño cuando se encuentra enfermo,información sobre asociaciones de patologías, etc.

Discusion:

La educación sanitaria puede ser una herramienta dinamizadora de la estancia de los padres en el hospital.

El binomio hábitos saludables-familia se puede ver reforzado en momentos donde el estado de salud se encuentra resquebrajado.

La opinión de los padres nos ayuda a mejorar el confort durante el periodo de hospitalización.

P-29

Centro:

HUV.MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

IMPLANTES COCLEARES: NUEVO RETO DE LOS PROFESIONALES TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA/AE

Autores:

MEDINA JIMENEZ M.D.; TENA GARCIA B.; ACOSTA SALAS R.C.; CAMARA MARTOS C.; ALVAREZ ALFARO E. Y ROPERO ROMERO F..

Objetivos:

El implante coclear puede devolver la audición a los adultos que han perdido esta capacidad tras sufrir alguna enfermedad del oído, una vez han adquirido el lenguaje. Si bien, es una solución muy empleada en niños nacidos con discapacidad auditiva.

El objetivo que nos marcamos como Técnicos en cuidados de enfermería en el nuevo reto del área de los Implantes cocleares en el Hospital Virgen Macarena, es proporcionar ayuda y colaboración desde el primer contacto con el paciente candidato y familiares, así como fomentar el trabajo multidisciplinar.

Material y Método:

La Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología para desempeñar el programa de Implantes Cocleares, actualmente es centro referente en Andalucía Occidental, abarcando la población sanitaria correspondiente a las provincias: Córdoba, Cádiz, Huelva, Sevilla, Ceuta y Melilla; para la realización de implantes cocleares a pacientes sordos que no responden a los audífonos convencionales.

Realizando intervenciones con tecnología revolucionaria en el campo de las deficiencias auditivas neurosensoriales profundas.

Lo más relevante de esta técnica son sus excelentes resultados, puesto que permite recuperar la audición a una persona parcial o totalmente sorda y, consecuentemente, su integración al mundo laboral y social. Para realizar este procedimiento, se requiere la disponibilidad de un equipo MULTIDISCIPLINAR, en el que varias especialidades y profesionales trabajen conjuntamente. Es aquí donde cabe destacar el papel de

Resultados:

la TECNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA, la cual forma parte del equipo de atención y cuidados, proporcionando actividades del tipo:

-Acogida del paciente.

-Acompañamiento durante la exploración.

-Ayudar en la preparación de los materiales y del paciente para las posibles pruebas audilógicas.

-Colocar electrodos.

-Vigilar el buen funcionamiento de los electrodos durante la prueba.

-En el caso de los menores de edad, velar por su tranquilidad y favorecer la colaboración del menor.

-Ayudar a la Diplomada en Enfermería en las atenciones a los enfermos.

Discusion:

Se aprecia en una mejor atención a los pacientes en tareas de información, profesionales de referencia de referencia, continuidad asistencial, seguimiento personalizado y resultados asistenciales. Asimismo la Unidad se ha dotado de importantes dispositivos tecnológicos que han modernizado el servicio de Otorrinolaringología, permitiendo realizar un mayor número de intervenciones por sesión quirúrgica y disminuyendo las estancias operatorias, con el consiguiente aumento de la confortabilidad y calidad de vida de los pacientes.

El trabajo del TECNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA junto con el resto del equipo multidisciplinar, en el desarrollo y evolución de los Implantes cocleares, es fundamental para la correcta realización de las distintas pruebas audilógicas.

P-30

Centro:

Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

EL CAMAROTE DE LOS HERMANOS MARX (ÉTICA EN DOCENCIA)

Autores:

ATAZ LÓPEZ P...; MASEGOSA ATAZ J.; GORETTI GORETTI S.; NAVARRO CLEMENTE M.J. Y GARCÍA TORRECILLAS J.M..

Objetivos:

Objetivo Principal:

Describir marcadores de "comodidad" de los pacientes en entrevistas exploratorias compartidas por médicos en formación.

Objetivos secundarios:

- Conocer la percepción de pacientes y familiares durante entrevistas realizadas conjuntamente con profesionales en formación.
- Describir marcadores de comodidad de los pacientes en estas situaciones
- Comparar, en cuanto a la experiencia percibida por los pacientes, entrevistas estandar con otras en las que se introducen comandos de "delicadeza ética".

Material y Método:

Estudio descriptivo,muestra aleatorizada y segmentada.Poblacion que acude a urgencias por intento de suicidio, no TMG. Realización de 15 entrevistas tradicionales frente a otras 15 que introducen 5 marcadores de "delicadeza" descritos (presentación de participantes, explicación de la necesidad formativa, petición explicita de colaboración, ausencia de ordenadores y no toma de notas), realizadas a pacientes de Urgencias por Intento de Suicidio.

Grupos de Discusión (dos), un mes después, para conocer la percepción en cuanto a comodidad, fluidez y sensación de ayuda recibida. Entrevista semiestructurada . Analisis posterior del discurso.

Segmentación de la muestra.

Resultados:

Los pacientes cuya entrevista contenía "comandos éticos", perciben la entrevista: "mejor", "mas productiva", se sienten ayudados, y no precisan seguimiento especializado posterior (sic).

La presencia de médicos en formación en éste contexto no resulta disfuncional, a diferencia de los que mantuvieron una entrevista estandar.

Discusion:

- La introducción de "comandos de delicadeza bioética" minimiza el impacto de la presencia de médicos en formación
- Los pacientes se sienten incómodos cuando "no saben" con quien están hablando"
- El abandono de la delicadeza en la atención a urgencias redunda en disminución de los efectos terapéuticos de la intervención en crisis.
- Es urgente recuperar comandos éticos de delicadeza en la aproximación a pacientes con alto grado de dolor psicológico.
- La medicina actual, apresurada, no puede ser excusa para la deshumanización de la relación médico/paciente.

P-31

Centro:
HOSPITAL UNIBVERSITARIO VIRGEN MACARENA
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Ciudadano III y Competencias Profesionales I

IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE FIBRINOLISIS EN UNA UNIDAD DE ICTUS

Autores:
RUIZ BAYO L.; PRIETO JIMENEZ S. Y TENA GARCIA B..

Objetivos:

El ictus representa la segunda causa de mortalidad en nuestro país (primera en el sexo femenino) y debe considerarse como una urgencia médica que requiere una atención y tratamiento inmediato, encaminados a preservar la vida del paciente y minimizar las secuelas que puedan derivarse de él.

Con este fin se crearon la Unidades de Ictus, como unidades especializadas para el manejo de dicha patología.

En este trabajo nos ocupamos de la fibrinolisis, que constituye uno de los tratamientos específicos que se desarrollan en dichas unidades y que mayor beneficio pueden proporcionar al paciente, aunque no está exento de posibles complicaciones.

Presentamos un protocolo desarrollado en nuestra Unidad para la actuación de enfermería en esta terapia específica

OBJETIVOS

• Realizar una actuación protocolizada con el fin de mejorar la morbilidad y la mortalidad

• Realizar una formación acreditada del personal de enfermería y facultativo para la correcta administración del activador tisular de plasminógeno humano recombinado y del circuito de actuación.

• Detectar precozmente el deterioro neurológico de los pacientes.

Material y Método:

• Se establece un grupo de trabajo formado por enfermeros y médicos, con reuniones semanales durante los meses de febrero y marzo del 2015. Se realizó el protocolo de manera conjunta presentándose a la Dirección del Hospital y comisión de protocolos.

• Se realizó formación específica a todos los profesionales de Neurología del protocolo.

• Se coordinó con el Servicio de Farmacia la disposición y reposición automática del Alteplasa.

• Se realizo difusión del mismo a través de la intranet del hospital

• Se puso en marcha el protocolo en coordinación con el resto de unidades y profesionales implicados en el mismo: Celadores, servicio de urgencias… creando un algoritmo de actuación.

Resultados:

Los resultados son preliminares.

En estos 6 meses desde la implantación del protocolo en la Unidad de ictus en Marzo del 2015 se han realizado 20 fibrinolisis.

En el 100% de los casos no hubo complicaciones derivadas del circuito de actuación.

Los tiempos medios de actuación en todos los casos estuvieron dentro de los límites óptimos.

Previa a la implantación del protocolo se realizó una formación específica a todos los profesionales de enfermeria de la Unidad.

Área de mejora: tras la puesta en marcha del protocolo en la Unidad de Ictus se detecto la necesidad de establecer un teléfono específico para poder localizar al celador las 24 h

Discusion:

Con anterioridad a la creación de la Unidad de Ictus en nuestro Hospital, la fibrinolisis se realizaba en las consultas de urgencias.

Desde la implantación del protocolo son profesionales especializados en neurología con la formación oportuna los que realizan esta técnica.

P-32

Centro:

Hospital Universitario Puerto Real

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

GBP: EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA EN EL CUIDADO

Autores:

CORADA FERNÁNDEZ M.; ARAGÓN SÁNCHEZ M.C.; LINARES COBACHO A.; CARMONA VALIENTE M.C.; EGIDO AMBROSI J.J. Y GARCÍA JUÁREZ M.R..

Objetivos:

Implantar tres GBP y acreditar al Hospital como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

Material y Método:

Estudio de intervención durante 2015/17.

La implantación de las tres GBP se está realizando con la 2ª edición de la Herramienta de Implantación de Buenas Prácticas de la RNAO/ INVESTEN-isciii y con el método de Investigación Acción-Participativa.

Las acciones llevadas a cabo son:

Identificación de tres áreas de mejora: prevención de caídas, apoyo a las familias y deshabituación tabáquica.

Diseño de un Plan de acción global comenzando la implantación en dos unidades piloto de hospitalización. Para la coordinación del plan, la evaluación y la sostenibilidad del proyecto se ha creado una Comisión de Implantación y para cada una de las áreas de mejora se ha creado una subcomisión liderada por un enfermero con su correspondiente equipo impulsor, habiéndoles dado a todos formación metodológica. El plan incluye: análisis del entorno, selección, adaptación e

implantación de las recomendaciones, monitorización, evaluación y plan de sostenibilidad. Elaboración de material educativo e informativo para profesionales, pacientes y familiares.

La GBP "Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores" se ha implantado en la Unidad de hospitalización de Salud Mental. Se realiza una valoración del riesgo de caídas al ingreso de los pacientes mayores de 65 años y/o polimedicados (escala JH Dowton), y dentro del plan de cuidados se incluyen intervenciones preventivas.

La Unidad de Hospitalización de cardiología/neumología ha sido la unidad piloto para la implantación de la GBP "Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de enfermería", valorando la motivación para dejar de fumar y el grado de dependencia de la nicotina en los fumadores.

Y la GBP "Apoyo a las familias" se implantará en todas las Unidades de Hospitalización valorando el afrontamiento familiar ante la nueva situación de salud de uno de sus miembros y el grado de satisfacción de las familias.

Resultados:

Se han formado 45 trabajadores en metodología de implantación: 69% enfermeros, 29% AE y 1% celadores.

Específicamente se ha dado formación sobre la prevención de caídas, afrontamiento familiar e intervención básica y avanzada en tabaquismo.

En el periodo de febrero a agosto 2015 se ha intervenido sobre 141 fumadores y se ha creado una consulta de deshabituación tabáquica para profesionales. Se ha revisado el protocolo de contención mecánica, se han notificado al observatorio de seguridad 14 caídas y se ha instaurado la valoración del riesgo de caídas a la población mayor de 65 años o que consuma más de cuatro fármacos.

Se ha implantado un protocolo de detección y actuación en caso de mal afrontamiento familiar estando pendiente de medir el grado de satisfacción familiar después del episodio de hospitalización.

Al ser una intervención a tres años estamos pendientes de resultados.

Discusion:

Las GBP son herramientas validas que permiten enlazar la investigación con la experiencia

P-33

Centro:

Hospital Universitario Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Ciudadano III y Competencias Profesionales I

IMPACTO ECONÓMICO DE LA INDIVIDUALIZACIÓN DE DOSIS DE LINEZOLID PARA PACIENTES PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:

DOMÍNGUEZ LÓPEZ M..

Objetivos:

Describir el impacto en el gasto obtenido a través de la individualización de dosis de linezolid intravenoso para pacientes pediátricos en la cabina de flujo laminar horizontal de la UGC de Farmacia.

Material y Método:

El linezolid es un antibiótico perteneciente al grupo de las oxazolidinonas que inhibe selectivamente la síntesis de proteínas bacteriana. Se encuentra comercializado en bolsas para perfusión intravenosa de 600 mg a una concentración de 2 mg/ml, por lo que cada una contiene 300 ml de solución. En pacientes pediátricos la dosis y posología habitual es de 10 mg/kg cada 8 o 12 horas. La preparación de las dosis individualizadas en campana de flujo laminar en el servicio de

farmacia nos permite obtener varias dosis a partir de una misma bolsa de linezolid.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las preparaciones de linezolid elaboradas en la UGC de farmacia entre septiembre de 2014 y septiembre de 2015. Los datos de número de pacientes, dosis, duración del tratamiento y número de bolsas de linezolid utilizadas se obtuvieron a partir de la base de datos Access® de preparaciones inyectables del servicio de Farmacia. El ahorro se calculó mediante la diferencia entre el coste real del consumo de linezolid y el coste teórico que se hubiera generado en el caso de dispensar las bolsas comerciales para su administración directamente en la planta de hospitalización. En este caso cada bolsa se desecha tras su primera manipulación al no hacerse ésta con un método de apertura que excluya el riesgo de contaminación bacteriana, según se indica en la ficha técnica del medicamento.

Resultados:

Doce pacientes pediátricos han estado en tratamiento con linezolid durante el periodo de estudio con dosis que han oscilado entre 12 mg y 400 mg. Se administraron 384 dosis de fármaco. Sin la preparación de las dosis de forma individualizada en la unidad de Farmacia, se hubieran utilizado 384 bolsas, mientras que con la centralización de su preparación en Farmacia, se han utilizado 110.

El gasto real, tras la individualización de dosis, asciende a 6303 euros (16,40 euros de media por preparación). Teniendo en cuenta que cada bolsa de linezolid tiene un coste de adquisición de 57,3 euros (384 bolsas tienen un coste de 22.003,2 euros), la puesta en marcha de esta medida ha supuesto, en el periodo de estudio, un ahorro de 15.700,2 euros.

Discusion:

La individualización de dosis pediátricas de linezolid en la UGC de Farmacia supone una estandarización del método de trabajo, garantizando la calidad de las preparaciones así como un menor coste derivado del aprovechamiento de las bolsas de medicamento.

P-34

Centro:

SALUD PÚBLICA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

UNIDADES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA.

Autores:

MACÍAS SANTIAGO L..

Objetivos:

OBJETIVOS

- Mostrar la labor profesional desarrollada por los integrantes de las UPS en aquellos aspectos relacionados con la Salud Pública y su servicio a la ciudadanía.

- Reflejar las herramientas y métodos de trabajo que permiten gestionar, evaluar y mejorar este servicio.

- Facilitar la proyección y difusión en la comunidad de las actividades relacionadas con la Salud Pública, contribuyendo junto al resto de profesionales implicados, a promover la mejora continua de la calidad asistencial de los servicios sociosanitarios.

Material y Método:

Se extrae información de las bases de datos de la Consejería de Salud (ALBEGA y otras) relativa a las actividades desarrolladas en los últimos años relacionadas con la protección y promoción de la salud de los ciudadanos, llevadas por nuestra Área de Gestión Sanitaria así como se exponen aquellos indicadores evaluadores de la consecución de objetivos en protección de la salud relativos a este período.

Resultados:

1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN PROTECCIÓN/PROMOCION DE LA SALUD.

- En materia de Seguridad Alimentaria: Nº de actividades de Control oficial de la producción y comercialización de los alimentos.

- En materia de Salud Ambiental: Nº de actividades de control de riesgos de origen ambiental: legionella, Zonas de abastecimiento de agua y Seguridad Química.

- Gestión de alertas sanitarias con/ sin origen en nuestra Zona básica de Salud.

- Gestión de denuncias de ámbito sociosanitario.

- Desarrollo y participación en programas y actividades de información, formación y educación para la salud relacionadas con hábitos y entornos saludables.

- Evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares.

2. INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS EN PROTECCIÓN DE LA SALUD, respecto a la media andaluza.

- Grado de cumplimiento del Plan de inspección basado en el riesgo/ Plan de supervisiones (auditorías).

- Porcentaje de Autorizaciones sanitarias gestionadas.

- Vigilancia y gestión de incumplimientos en aguas de consumo.

- Revisión cumplimiento normativa antitabaco

- Porcentaje de Evaluaciones de menús en centros escolares.

- Participación en proyectos de seguridad química.

Discusion:

Gracias a las actuaciones sanitarias desarrolladas por los profesionales de las UPS entendemos que se contribuye, con un pequeño granito de arena, a la mejora de la atención a la ciudadanía, la cual demanda de forma continua el derecho a una alimentación sana y segura y a un entorno de vida saludable íntimamente determinado por factores ambientales físicos, químicos, biológicos y sociales.

P-35

Centro:

Hospital Alta Resolución Sierra Norte-Constantina

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

IMPACTO EN CALIDAD Y REDUCCIÓN DE SESIONES EN ESGUINCES DE TOBILLO GRADO I DERIVADOS DESDE URGENCIAS A FISIOTERAPIA

Autores:

DEL REAL URBANO I.; ALFONSO ARIAS J.D.; HIDALGO LLONIS F.J.; YAÑEZ ÁLVAREZ A.; ALCANTARILLA PEDROSA M. Y ROJO AGUILERA C..

Objetivos:

General:

Averiguar el itinerario más efectivo y económico en cuanto a tiempos de espera y sesiones de tratamiento.

Específicos:

Conocer nº de pacientes con Esguince de tobillo Grado I atendidos en Fisioterapia desde año 2013

Conocer nº de pacientes derivados desde Urgencias a Rehabilitación (Grupo I) y cuántos a Fisioterapia (Grupo II).

Conocer los tiempos de Espera en pacientes del Grupo I y del Grupo II.

Conocer nº de sesiones practicadas a los pacientes de cada Grupo.

Material y Método:

Contamos con 1 Sala de Fisioterapia de 116m2 con 3 camillas hidráulicas, 3 mesas de tratamiento, 2 boxes de tratamiento individual; 2 equipos de electroterapia combinada Endomed 492 Enraf Nonius y 1 Láser Pagani (7000Hz, 940nm), 1 Onda Corta Enraf Nonius Curaplus 970 y 1 Microondas Enraf Nonius Radarmed 650+. Todo esto atendido por un Fisioterapeuta .

Se ha configurado la muestra con50 pacientes tratados en la Unidad de Fisioterapia. La distribución de la muestra para este estudio ha sido la siguiente: Grupo I (24 pacientes) y Grupo II (26 pacientes).

Se trata de un estudio descriptivo transversal comparado de dos grupos, realizado tomando los pacientes atendidos desde enero de 2013 hasta la fecha diagnosticados de Esguince de tobillo Grado I.

Para explotar los datos nos hemos servido de distintos soportes informáticos: Kewan, Klinic y Hoja de Excell para los datos estadísticos.Hoja de registro específicamente elaborada para el estudio que contempla las variables tiempo de espera y número de sesiones.

Resultados:

Si la derivación es de Urgencias a Fisioterapia se le cita en 2 días (+/- 0.2). Se le retira le vendaje, se explora de nuevo y comienza su tratamiento.

Si la derivación es desde Urgencias a Rehabilitación y desde ésta a Fisioterapia, el tiempo de espera es 30 (+/- 3) días.

Número de pacientes con esguince de tobillo grado I atendidos en Fisioterapia desde año 2013: 50

Nº pacientes derivados desde Urgencias a Rehabilitación (Grupo I): 24

Nº pacientes derivados desde Urgencias a Fisioterapia (Grupo II): 26

Tiempo espera pacientes Grupo I: 30 días (+/- 3).

Tiempo espera pacientes Grupo II: 2 días(+/- 0.34)

Nº sesiones/paciente Grupo I: media 15,45

Nº sesiones/paciente Grupo II: media 5,34

Discusion:

Como primera conclusión y como respuesta al objetivo general afirmamos que es más Eficaz, Eficiente y Efectivo derivar pacientes con Esguince de tobillo Grado I desde Urgencias a Fisioterapia sin pasar por el Rehabilitador.

Nº pacientes con Esguince tobillo Grado I atendidos en Fisioterapia desde 2013 =50.

Nº pacientes derivados desde Urgencias a RHB (Grupo I) =24 y a Fisioterapia (Grupo II) =26.

Tiempos de Espera en pacientes Grupo I =30± 3 días y Grupo II=2±=0,34 días Siendo éste último tiempo de espera muy disminuido con respecto al otro.

En cuanto al número de sesiones, observamos que se han necesitado menos sesiones si los pacientes son derivados directamente a Fisioterapia desde Urgencias sin pasar por el Rehabilitador.

P-36

Centro:

Hospital Universitario de Puerto Real

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS Y CIRCUITOS PARA LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE EN RIESGO SOCIAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Autores:

EGIDO AMBROSY J.J.; OLIVER VELA M.M.; CORADA FERNANDEZ M.; GARCIA JUAREZ M.; PEREIRO HERNANDEZ R. Y FORJA PAJARES F..

Objetivos:

Creación de protocolos y circuitos que faciliten la asistencia de pacientes especialmente sensibles por situacion de riesgo social (indocumentados, indigentes, alteraciones conductuales, demencia,ancianos,etc..), análisis de la situación actual, simplificación de los trámites de derivación al alta. Clarificando y unificando la cobertura social existente en la zona de influencia del hospital.

Material y Método:

Estudio realizado en el Hospital Puerto Real, que atiende a una población de 320.000 habitantes, dispone de 300 camas . Un Área de Observación con 12 camas y 10 sillones. La plantilla consta de 21 médicos, de los cuales 9 son especialistas en M. Interna, 10 en M. Familiar, 2 en M. Intensiva.

Tras una reunión del equipo de urgencias y los trabajadores sociales. Hemos implementado un protocolo conjunto entre trabajadores sociales, servicio de urgencias, especialidades con hospitalización en planta y atención primaria. Se ha creado una guía de actuación rápida específica, disponible para la derivación inmediata al alta, de los pacientes sin cobertura social, haciendo especial hincapié en guardias y fines de semana. Esta guía debe ser individualizada, ya que cada área cuenta con unos albergues, comedores, residencias y ONG diferentes, que cubren de forma conjunta las necesidades de estos pacientes. En horario de día el trabajador social hace un seguimiento posterior de estas personas, para que exista una retroalimentación positiva sobre la derivación a estos recursos

Resultados:

Ha existido una demanda creciente de estos servicios en los últimos años, el paciente a riesgo social plantea un problema importante cuando es dado de alta de planta o del Servicio de Urgencias, sobre todo en noches y fines de semanas. Ha sido fundamental que todos los recursos implicados aúnen esfuerzos en dar respuesta y cobertura a este problema acuciante. Esta guía de respuesta rápida, ha significado clarificar y simplificar la derivación de estos pacientes, en los últimos 6 meses no se han registrado problemas al alta de estos pacientes, siempre ha existido un recurso que se ha hecho cargo del paciente.

Mensualmente se registran los usuarios y pacientes que han pasado por urgencias y otros servicios, en los últimos 6 meses se han derivado 62 pacientes : 32 desde urgencias y 30 desde hospitalización. 26 (41%) han sido agresiones (19, 73% mujeres), y 10 (16%) personas sin techo, 19 (30.6%) mayores a riesgo social, 7 (11%) menores RN a riesgo social.

Discusion:

Aunque estos recursos todavía son insuficientes, la ordenación e implementación de los circuitos, ha mejorado la calidad de vida de estas personas, ya que cuando termina su asistencia hospitalaria o de urgencias , son derivados a albergues, residencias y ONG del área, en las que permanecen el tiempo necesario. Es fundamental reuniones periodicas para recordar los circuitos. Existe un compromiso adquirido con los Servicios de Urgencias, para que el paciente no sea dado de alta hasta que su cobertura sea adecuada.

P-37

Centro:

HUVR

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE SOBRECARGA Y ESTRÉS EN CUIDADORES/AS DE PACIENTES POST ICTUS Y FORMACIÓN EN MATERIA DE CUIDADOS

Autores:

PEREZ MOREIRA R.; BERNAL MARQUEZ M. Y CUEVAS GONZALEZ C..

Objetivos:

La presente investigación pretende determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador/a de pacientes dependientes posT-ictus (índice de Barthel superior a 50), ampliar los conocimientos sobre las necesidades y dificultades de los cuidadores/as de este tipo de enfermos,

indagar sobre la sobrecarga y su repercusión sobre el cuidador/a y aportar conocimientos que prevengan o minimicen la sobrecarga de los/las mismos/as.

Material y Método:

Se elaboraron unos cuestionarios en formato muy accesible, de fácil comprensión y cumplimentación que incluyen el Test de Barthel, de Estrés y de Sobrecarga.

Se efectuó una primera selección entre cuidadores/as de pacientes dependientes post ictus, previamente nos centramos en pacientes ingresados que han sufrido recientemente un ictus que les hace convertirse en dependientes. Se procede a hacer una valoración orientativa del estado psicológico del cuidador/a, posteriormente un test de estrés inicial y otro para el nivel de sobrecarga, en este caso utilizamos la Escala de Zarit.

De esta muestra se selecciona aleatoriamente que la mitad de grupo pase por el taller de cuidadoras/es y se le efectúa de nuevo a los dos meses el test de sobrecarga y el de Zarit, tanto a las personas que han pasado por el taller como a las que no.

Resultados:

El estudio ha sido realizado en un hospital comarcal, de población rural, con una edad media de los cuidadores/as de 57,9 años, mayormente mujeres, casadas y con estudios primarios.

En general, los valores obtenidos en el test de Zarit y de estrés al inicio tiene un nivel 3-4 y 60-90% en el de estrés respectivamente, y al final niveles 0-1 en el test de Zarit y de 0-30% en el de estrés.

En los cuidadores que no han recibido formación los niveles iniciales son similares, pero los finales son de 2-3 en el test de Zarit y de 60-80% en el de estrés.

Discusion:

Se ha realizado la comparación de los grupos de cuidadores/as formados en el taller de cuidados y los/las que no lo han asistido, llegando a la conclusión que en aquellas personas que lo han efectuado se demuestra un menor nivel de sobrecarga, así como un estrés menor. Los datos en el estudio que nos ocupa son concluyentes. Este resultado nos afianza en lo necesaria que es la formación a los cuidadores/as.

P-38

Centro:

Hospital de Puerto Real

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

IMPLEMENTACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN ASISTENCIAL HOSPITALARIA.

Autores:

EGIDO AMBROSY J.J.; OLIVER VELA M.M.; GARCIA JUAREZ M.R.; CORADA FERNANDEZ M.; FORJA PAJARES F. Y PEREIRO HERNANDEZ R..

Objetivos:

Puesta en marcha gracias a las nuevas tecnologias de un seguimiento activo de los pacientes atendidos e ingresados desde Urgencias, en el área de hospitalización y de las camas disponibles para optimizar los recursos hospitalarios .

Material y Método:

Estudio realizado en el Hospital Puerto Real, hospital que atiende a una población de 320.000 habitantes, dispone de 300 camas . Dispone de un Área de Observación con 12 camas y 10 sillones. La plantilla consta de 21 médicos, de los cuales 9 son especialistas en M. Interna, 10 en M. Familiar, 2 en M. Intensiva. Hemos implementado un sistema de avisos mediante SMS, grupos de mensajería, correos electrónicos diarios en horario de mañana y tarde, conexión remota desde domicilio, toda esta información permite la gestión rápida de la ocupación y de los mecanismos adecuados de respuesta. Los pacientes pendientes en urgencias sin cama real aparecen asignados a la unidad de gestión correspondiente.

Esto permite que los FEA de planta conozcan estos pacientes y gestionen sus camas de una manera eficaz, además de visitarlos en urgencias para optimizar su tiempo de espera Se complementan con reuniones diarias en Dirección Asistencial en horario de mañana donde se analizan los datos de la noche, y se actualizan los mapas de camas. Se estimulan las altas tempranas para dar respuesta a la demanda desde urgencias.

Figura esencial del DUE gestor de camas/ingresos en constante comunicación con los supervisores de planta, directores de UGC y el Equipo directivo, para realizar una gestión eficaz de los recursos.

Resultados:

Durante un periodo de 6 meses se ha realizado un seguimiento activo, coincidiendo con los periodos de alta frecuentación de verano e invierno. La información actualizada de forma constante, mediante los servicios de información, permite dinamizar los recursos y minimizar los tiempos de espera en urgencias de los pacientes pendientes de ingreso En el cambio de la mañana hemos mantenido en observacion el 45.5% de camas libres y el 39.49 % de sillones.

El 9.5 % de pacientes asignados a especialidad en observacion camas, el 6% de sillones y solo el 1.45% de pacientes en consultas.

Solo 0.07 % de pacientes pendientes de cama a las 8:00 h

Entregando el Supervisor de noche al cambio una media de 11.72 camas libres.

Discusion:

Cada día aparecen nuevas herramientas informáticas, es nuestra responsabilidad como gestores de utilizarlas para así poder optimizar nuestros recursos de forma eficiente, en general son herramientas muy útiles y que suponen una mínima inversión . De fácil manejo para todos los profesionales. No podemos olvidar que la relación directa con los equipos, "en tiempo real", es lo único realmente efectivo.

P-39

Centro:

Hospital Plató

Provincia:

Barcelona

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

EXPERIENCIA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Autores:

ALONSO CORTIÑAS C..

Objetivos:

INTRODUCCIÓN:

El aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida ha generado la necesidad de dar respuesta a nuevas formas de cuidado mejorando así la calidad asistencial. La constitución/implantación de unidades específicas de pacientes pluripatológicos ha conllevado a la instauración de equipos multidisciplinares en los que Enfermería tiene un liderazgo importante y cobra cada vez más valor.

Hospital Plató apostó por la creación de una Unidad de PCC en Mayo 2014. El Hospital tiene un área de influencia de 145.00 personas, el 21% de las cuales son mayores de 65 años.

OBJETIVO:

Describir el papel de Enfermería en un año de funcionamiento de la unidad de PPC en Hospital Plató.

Material y Método:

Descripción de la experiencia desde la visión enfermera durante el primer año de funcionamiento de la unidad.

Resultados:

Para avanzar como profesión Enfermería debe asumir y adaptarse a nuevas competencias con las que adquirir un nuevo y mayor protagonismo en la asistencia sanitaria. La aportación de Enfermería en el equipo multidisciplinar de la unidad de PCC ha aumentado la calidad de los cuidados y la eficiencia de costes ya que se valora al paciente de forma holística. Enfermería potencia su rol autónomo en cuanto a toma de decisiones y con ello aumenta su identidad profesional.

Discusion:

Pendiente de desarrollo

P-40

Centro:

FIMABIS

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

USO DEL TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO NO REMUNERADO DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

Autores:

GARCÍA MAYOR S.; LEÓN CAMPOS A.; KAKNANI UTTUMCHANDANI S.; CUEVAS FERNÁDEZ-GALLEGO M.; LÓPEZ SANTANA E. Y MORALES ASENCIO J.M..

Objetivos:

Describir el uso del tiempo dedicado al trabajo no remunerado en los cuidadores familiares de personas dependientes con enfermedades crónicas complejas.

Material y Método:

Diseño del estudio: Estudio transversal analítico, centrado en la detección de posibles desigualdades en salud por razones socioeconómicas.

Población de estudio: La población de estudio consta de los cuidadores familiares de pacientes con dependencia total, moderada o grave, recibiendo atención médica en el área de salud de Málaga incluida en Sistema Público de Salud de Andalucía, durante 2013, 2014 y 2015.

Resultados:

Un modelo de regresión multinomial se realizó para determinar la relación entre las variables de uso del tiempo y la edad, que demostró que entre los cuidadores en un rango de edad entre 46-65 años de edad, los cuidadores más antiguos pasan menos horas por semana en el cuidado personal [OR: 0,90; I.C. (0,82; 0,99) (p=0,036)]. Las cuidadoras menores de 45 años son 2.95 veces más propensos a pasar más tiempo en el trabajo remunerado [O.R.: 2,92; I.C.: (1,00; 2,95) (p=0,048)]. Entre menores de 45 años, los cuidadores mayores multiplican la posibilidad de aumentar el tiempo semanal dedicado al cuidado de otros miembros del hogar en 1,04 veces [O.R.: 1,04; I.C.: (1,00; 1,04) (p=0,036)]. En las cuidadoras entre 45 a 65 años, las que son mayores tienen más posibilidades de dedicar más tiempo

semanal a las tareas del hogar 1,07 veces [O.R.: 1,07; C.I.: (1,00; 1,07) (p<0,001)].

Discusion:

Los resultados de nuestro estudio muestran que cuanto más mayores son los cuidadores, más tiempo que pasan en la prestación de cuidados. Del mismo modo, el tiempo dedicado a los cuidados está relacionado con una reducción en el cuidado personal.

P-41

Centro:

Hospital Regional de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

TRABAJO REMUNERADO Y NO REMUNERADO DE CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS CONSIDERANDO LA ELEGIBILIDAD DE SU ROL.

Autores:

LEÓN CAMPOS A...; KAKNANI UTTUMCHANDANI S...; GARCÍA MAYOR S...; CUEVAS FERNÁNDEZ-GALLEGO M.; LÓPEZ SANTANA E... Y MORALES ASENCIO J.M.

Objetivos:

Describir el uso del tiempo dedicado al trabajo no remunerado en los cuidadores familiares de personas dependientes con enfermedades crónicas complejas .

Material y Método:

Diseño del estudio

Estudio transversal analítico, centrado en la detección de posibles desigualdades en salud por razones socioeconómicas.

La población de estudio consta de los cuidadores familiares de pacientes con dependencia total, moderada o grave, que reciben atención de salud en el distrito de salud de Málaga (España) durante los años 2013, 2014 y 2015.

Se han aplicado los siguientes criterios de inclusión:

• Los cuidadores familiares de pacientes con total dependencia severa o moderada (índice de Barthel ≥55), recibiendo atención médica en la zona de Málaga incluidos en el sistema de salud pública andaluza, y aceptar participar en el estudio.

Resultados:

Los cuidadores que han perdido su empleo a causa de la circunstancia del cuidado tienen 38,32 horas menos de tiempo total semanal utilizado que aquellos que no han perdido su empleo a causa del cuidado, (t = -3,980, p <0,0001 [-57,32; -19,32].

Los cuidadores que voluntariamente optan por asumir el rol de cuidador tienen una probabilidad del 63% de estar desempleados.

También hay una relación significativa entre la edad y la elegibilidad del rol de cuidador, Entre los cuidadores por encima de los 65 años , cuanto más mayores más posibilidades O.R: 5,15 de ser forzados por las circunstancias a hacerse cargo de la atención, con una precisión del 63,3%.

Discusion:

Los resultados muestran cómo la elegibilidad del rol de cuidador tiene repercusiones directas en la situación laboral. Los cuidadores son una población muy vulnerable, y hay muchos factores que influyen en el estado del cuidador, como la situación de estrés que tienen que afrontar cada día, la pérdida de su identidad personal como individuo social o el sobreesfuerzo físico, por lo que a esto hay que añadir que, en función de si han elegido voluntariamente su papel, tienen más posibilidades de perder su trabajo, o no pueden combinar ese trabajo con su actividad cuidador.

Es muy importante el desarrollo de nuevas políticas, que protejan a los cuidadores y les permitan asumir su papel sin sacrificar tantos aspectos de su vida personal y laboral.

P-42

Centro:

HUV.MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESPECIFICOS DE CUIDADOS ENFERMEROS: RESULTADOS AUDITORIAS 2015.

Autores:

TENA GARCIA B.; LOPEZ MARCO M.J.; RUIZ BAYO L.; ACOSTA MOSQUERA B.; ACOSTA SALAS R.C. Y MEDINA JIMENEZ M.D..

Objetivos:

El uso de indicadores es un avance en la gestión porque permite objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora de la asistencia.

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

Se planteó a partir de las disponibilidades de información de la Unidad de Calidad. Se fijó como datos a procesar los contenidos de los registros específicos de las actividades de enfermería, que se reciben según la normativa establecida, y los obtenidos por auditorías para evaluar los objetivos de calidad.

Las fuentes de información, disponibles en la Unidad de Calidad, que se seleccionaron para desarrollar informes individuales de indicadores de calidad.

La realización de auditorías anuales es el procedimiento utilizado para la evaluación de objetivos.

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 para todos los profesionales.

Resultados:

1.Identificación inequívoca de pacientes-Diseño propio unificado y disponible en intranet 100%

2.Administración segura de medicación-intranet 100%

3.Control de caducidades y fungible-intranet 100%

4.prevención de UPP-intranet 2 crtes

5.Control del carro de parada-intranet 100%

6-Valoracion inicial-DAE 97%

7-Planes de cuidados-DAE84%

8-I.CC.--DAE86%

9-Evento Adverso4

10-Salud Responde 100%

11-Conciliación medicamentos auditoria.

Discusion:

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.

En nuestra UGC los indicadores de calidad tienen un alto nivel de cumplimentacion, siendo favorecido por la disponibilidad y fácil acceso del cuadro de mando como herramienta de gestión importante en el tratamiento de cuidados enfermeros.

P-43

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

NEUROCIENCIAS: ESPACIO MULTIDISCIPLINAR

Autores:

RUIZ BAYO L.; TENA GARCIA B. Y LOPEZ MARCOS M.J..

Objetivos:

la UCG de Neurociencias en multidisciplinar y cuenta con un espacio físico en el que se reúnen todas las necesidades para los pacientes.

Esto fue conseguido gracias a una reestructuración y obra de la planta de Neurología para la creación de la Unidad de Ictus.

En el mismo espacio físico convive:

Unidad de Ictus,Unidad de Hospitalización Neurológica, Sala doppler, Hospital de día, Neuroaula,

Despachos Médico, Trabajadora Social y referente de cuidados de enfermería, y zona administrativa

OBJETIVOS

•Ampliar la perspectiva del trabajo en equipo y de análisis de pacientes.

•Ahorrar tiempo y energía.

•Mejorar el rendimiento de las competencias individuales•Garantízar el seguimiento de los pacientes. No se depende de una persona o de una sola profesión.

Material y Método:

En el año 2013 se acometió una obra en la unidad de Neurología cuyo objetivo era la creación de la Unidad de Ictus. A raíz de este proyecto se diseño el espacio físico con el que contábamos de manera que el equipo multidisciplinar que trabaja en la UCG de Neurología pudiera trabajar en interacción.

A diario este equipo multidisciplinar se reúne en el despacho médico de la unidad y en sesión clínica se analizan todos los pacientes ingresados de una forma global desde todas las perspectivas profesionales.

En esta primera fase se establece el contacto con el enfermo y con su familia y otros cuidadores informales, intentando que vayan conociendo a los diferentes miembros del equipo.

Cada miembro del equipo realiza una valoración del paciente. Se valorará su situación previa (lo que ayudará a conocer el impacto de la enfermedad y a establecer unos objetivos realistas), y su situación actual, perfilando un plan individual de tratamiento que servirá para diseñar el plan de actuación conjunta.

El alta se plantea con tiempo, cuando se estima que el paciente deja de beneficiarse del nivel asistencial en el que se encuentra (por mejoría, estabilización o aparición de problemas agudos).

El alta es

— Temprana, no precipitada.

— Programada: decidida en equipo.

— Comunicada: informada con tiempo al paciente y a su familia.

— Preparada: con informe, plan de seguimiento y necesidades contempladas.

La complejidad de manejo del paciente neurológico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional.

Resultados:

—Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.

—Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores.

—Disminución de los reingresos hospitalarios.

—Disminución de la estancia media.

Discusion:

La participación de los diferentes profesionales médicos, de enfermería, fisioterapeutas y trabajadores sociales en el abordaje del paciente neurológico permite ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el enfermo.

P-44

Centro:

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Provincia:

Coruña, A

AreaTematica:

Competencias Profesionales II Espacio Social I y Gestión Clínica I

PERFIL DE UTILIZACIÓN E INDICADORES DE CALIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES ADULTOS

Autores:

GARCIA QUEIRUGA M.; MONDELO GARCIA C.; FEAL CORTIZAS B. Y MARTÍN HERRANZ M.I..

Objetivos:

La nutrición parenteral (NP) asegura el adecuado soporte nutricional de los pacientes que por su situación clínica no pueden alimentarse por vía oral. El servicio de farmacia hospitalaria (SFH) garantiza la adecuada preparación, estabilidad y conservación de las NP. El objetivo de este trabajo es describir el perfil de utilización de la NP y los indicadores de calidad (IC) en pacientes adultos en los años 2013-14.

Material y Método:

En el año 2004 el SFH estableció los IC en el área de NP, que anualmente se revisan y si es necesario se redefinen con el objetivo de mejorar la utilización de la NP en el hospital. Los IC son: % utilización NP estandarizadas (valora tasa de adherencia a los protocolos establecidos por la Comisión de Nutrición); % pacientes con duración de NP<5 días y % pacientes adultos con duración de la NP central<5 días (valora tasa de pacientes en los que se utiliza inadecuadamente la NP, ya que su prescripción no estaría indicada si se espera una duración<5 días); Asimismo, se midieron diferentes parámetros para describir el perfil de utilización de NP: 1.Nº NP elaboradas; 2.Nº pacientes; 3.Nº NP estandarizadas; 4.Nº NP individualizadas; 5.Duración media de la NP;

6.Medicamentos añadidos a NP; 7.Nº de tipos de NP por paciente; 8.% pacientes con NP por unidad clínica.

Resultados:

IC: 1. %utilización NP estandarizadas: 2013: planificado (P)92% y obtenido (O)=97,86%, 2014: P92% y O=97,71%. 2. %pacientes con duración NP<5 días: 2013 P<20% y O=11,02%, 2014 P<20% y O=15,45%. 3. %pacientes adultos con duración NP central<5 días: 2013 P<8% y O=11,08%, 2014 P<15% y O=12,83%.

Parámetros: 1.Nº NP elaboradas 2013=11527, 2014=9862; 2.Nº pacientes 2013=927 y 2014=858; 3.Nº NP estandarizadas 2013=11262 y 2014=9117; 4.Nº NP individualizadas 2013=265 y 2014=139; 5.Duración media de NP (días) 2013=13 y 2014=10,8; 6.Medicamentos añadidos a NP 2013 y 2014 respectivamente: ranitidina=16% y 5,4%; insulina=14% y 13%; glutamina=3,8% y 5,2%; 7.Nº de tipos de NP por paciente 2013 y 2014 respectivamente: 1 tipo=59% y 58%, 2 tipos=20% y 25%, 3 tipos=16% y 11%, 4 tipos o más=5% y 6%; 8. %pacientes con NP por unidad clínica 2013 y 2014 respectivamente: cirugía=42% y 42,9%, reanimación=18,7% y 21%, UCI=8% y 9,9%, medicina interna=7% y 4,7%, hematología=5,4% y 5,5%, otros=18,2% y 16%.

Discusion:

Nuestros protocolos se ajustan a las necesidades de NP del hospital, como se observa en el cumplimiento del IC de NP estandarizada. Fue necesario ajustar el resultado planificado del IC porcentaje de pacientes adultos con duración de NP central menor de 5 días para ser más concordante con la realidad asistencial.

El nº de pacientes con NP en 2014 y su duración media fueron inferiores a 2013. Ranitidina fue el medicamento más frecuentemente añadido a la NP.

Destaca el elevado porcentaje de pacientes con 3 o más cambios de tipo de NP lo que se relaciona con el tipo de pacientes en los que se utiliza principalmente la NP que son quirúrgicos y críticos.

P-45

Centro:

Hospital de Alta Resolución de Utrera

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica II

LA CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION COMO EVOLUCION NATURAL DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Autores:

LOPEZ-MOSQUERA BAYÓN E.; GOMEZ BUJEDO L.; JURADO JIMENEZ R.; PÉREZ DE LA FUENTE M.J. Y MILLÁN LÓPEZ A..

Objetivos:

Reflexionar sobre la evolución del modelo asistencial Cirugia Mayor Ambulatoria hacia un nuevo modelo, la Cirugía de Alta Resolución.

Material y Método:

Analizando los orígenes y el espectacular desarrollo de la Cirugia Mayor Ambulatoria, con sus grandes resultados asistenciales y de gestión eficiente de los recursos, valorar si su avance se ha detenido

Asimismo, analizando las experiencias existentes del nuevo modelo asistencial "Cirugía de Alta Resolución", comprobar si éste puede significar la evolución del anterior modelo asistencial

Resultados:

La Cirugia Mayor Ambulatoria ha logrado "índices de sustitución" muy elevados en una cartera de procedimientos en continuada expansión y una gran reducción de costes. Sin embargo, mostró una serie de rigideces que frenaron su evolución.

La Cirugía de Alta Resolución en las experiencias puestas en marcha hasta el momento, ha podido mejorar esos "índices de sustitución" y continuar aumentando la complejidad y el número de procedimientos tratados.

Discusion:

Ya que el modelo asistencial "Cirugía Mayor Ambulatoria" se ha consolidado como la alternativa a la hospitalización tradicional, se trataría de, aprovechando todo lo positivo, avanzar en la sustitución de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o médicos que actualmente se realizan en los hospitales convencionales. Para esto habría que tratar alguna de las rigideces del modelo "Cirugia Mayor Ambulatoria" que lastran su desarrrollo. La Cirugía de Alta Resolución (y la Alta Resolución como concepto global) es un modelo asistencial que ya tiene unos años de experiencia en nuestra Comunidad. La Alta Resolución persigue cuidar el recurso "tiempo" del paciente. Y es, precisamente el tiempo lo que origina la principal rigidez de la Cirugía Mayor Ambulatoria, pues en ésta la asistencia se ve condicionada por el tiempo de los procedimientos, el tiempo de inicio y fin de la actividad quirúrgica, el tiempo (la hora) de cierre de la Unidad. Si, en vez de esto, centramos la atención en el paciente y consideramos su caso concreto y el "tiempo" que necesita para su intervención y recuperación, conseguiremos resolver su problema de salud y que la "experiencia asistencial" sea plenamente satisfactoria. Pasar de la Cirugia Mayor Ambulatoria a la Cirugía de Alta Resolución, significaria poder realizar procedimientos que necesitarían o podrían necesitar hospitalización, aumentar la productividad de los quirófanos, tratar pacientes de mayor riesgo, ser menos riguroso con los criterios de inclusión, mejorar en los "Parámetros Básicos para la Excelencia", reducir costes y liberar camas en los hospitales para destinarlas a otros pacientes que las necesiten (o cerrarlas y destinar el espacio a otros fines), convirtiendo estos grandes hospitales en Centros modernos altamente tecnificados, con esa eficiente gestión de las camas y unos ingresos con mucho "peso", resultando altamente coste-

efectivos.

P-46

Centro:
MUTUA UNIVERSAL (BARCELONA)
Provincia:
Barcelona
AreaTematica:
Gestión Clínica II

LA CONDUCTA NEGATIVA EN LA GESTIÓN INICIAL DE LA CONTINGENCIA COMÚN

Autores:
GÓMEZ ROMÁN S..

Objetivos:
•OBJETIVO GENERAL
- Mejorar la calidad de la gestión de las conductas negativas ante el seguimiento de las bajas médicas por contingencia común.
•OBJETIVOS ESPECÍFICOS
-Comparar las conductas negativas de las que no lo son.
-Conocer la incidencia de conductas negativas.
-Analizar las diferentes variables e identificar las posibles causas por las que se producen las conductas negativas.
-Prevenir y/o disminuir las situaciones de tensión y conflictos entre paciente y gestor inicial.
-Conocer la importancia de la entrevista de enfermería para establecer una comunicación eficaz.
Material y Método:
Estudio descriptivo transversal. Se obtiene a través de un método probabilístico una muestra de 84 conductas negativas de un total de 26.330 gestiones realizadas. El periodo de estudio fue de 4 meses (del 1 noviembre de 2013 al 28 de febrero de 2014). Como herramienta de la recogida de datos se utilizó una encuesta con 11 ítems (sexo, edad, zona, diagnóstico, posibles causas,…) a cumplimentar por 13 gestores iniciales ante la obtención de una conducta negativa.
Resultados:
-El 67% de las conductas negativas corresponden al sexo masculino y la edad comprendida entre 51-60 años es la que genera más conflicto, representando un 39% del total de estas conductas.
-Las conductas negativas representan el 0,31% de las gestiones realizadas.
-La causa que genera más conductas negativas son casos con episodios recientes de AT, representando el 34% de éstas.
-El 51% de conductas negativas se dan en enfermedades del sistema osteomuscular.
-En la zona 1(Cataluña y Baleares) es donde se obtienen más conductas negativas, representando un 45% del total.
-El 87% de éstas, se dan en trabajadores de régimen general.
Discusion:
-El perfil de paciente que protagoniza conductas negativas es de sexo masculino, de una edad entre 51-60 años, trabajador por cuenta ajena y con residencia en Cataluña e Islas Baleares. Se reciben más conductas negativas en el grupo diagnóstico de enfermedades osteomusculares y tejido conectivo. Existe más conflicto en casos con episodios recientes de AT.
-El porcentaje de conductas negativas es bajo con respecto al número de gestiones realizadas.
-Es importante detectar signos que permitan predecir una situación conflictiva (disconformidad, nerviosismo, enfado, elevación de tono de voz,…) y conocer las diferentes estrategias para intentar reconducirla (ser receptivo, ser educado, expresar empatía, proporcionar la información necesaria, evitar discusiones, mantener la escucha activa,…) -Ser mejores comunicadores ayudará a evitar y/o resolver con mayor facilitad situaciones de tensión y conflicto.
-Una adecuada comunicación en la relación enfermero-paciente hará aumentar el nivel de calidad de atención de enfermería y elevará el nivel de satisfacción y confianza del paciente hacia nosotros.

P-47

Centro:

DISTRITO SEVILLA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica II

INFLUENCIA DEL ÁREA HOSPITALARIA SOBRE PREVALENCIA Y USO RELATIVO DE LOS ANTICOAGULANTES

Autores:

CARABALLO CAMACHO M.O.; DOMINGUEZ CAMACHO J.C.; GUTIERREZ GIL J.F.; FERRER LOPEZ I. Y PALMA MORGADO D..

Objetivos:

Analizar la influencia del factor área hospitalaria (AH) sobre la prevalencia y el uso relativo de los fármacos anticoagulantes.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo realizado sobre 76 unidades de gestión clínica (UGC) relacionadas con cinco áreas hospitalarias que abarcan una población de 1.894.342 habitantes. Las fuentes de información empleadas para el análisis fueron la base de datos de facturación de recetas oficiales dispensadas con identificación del paciente y la base de datos de usuarios. El periodo contemplado para el estudio abarcó los meses de enero a junio del año 2015.

Para analizar la variabilidad y la influencia del AH se calculó la Dosis por 1000 Habitantes Día (DHD), la razón de variación (RV) o cociente entre el percentil 95 y el percentil 5 de la distribución de centros y el análisis de la varianza de un factor (ANOVA). Los datos se procesaron con SPSS 15.0.

Resultados:

La DHD media de anticoagulantes de las UGC de la provincia fue 17,9 (rango: 8,4-24,6, RV=2,3). Para antagonistas vit K, la DHD media fue 6,8 (rango:2,4-11,9;RV=2,7) y para los nuevos anticoagulantes orales (NACOS) fue 3,9 (rango:1,1-9,5;RV=5,4). Dentro de este grupo, los valores por principio activo fueron: Dabigatran: DHD media 2,7(rango:0,6-7,2;RV=7,5), Rivaroxaban: 0,9(rango:0,1-2,3;RV=7,1) y Apixaban: 0,9 (rango:0-1,5).

El uso relativo enoxaparina respecto a heparinas de bajo peso molecular (HBPM) medio fue 3,2 (rango:0,6-

9,2;RV=3,8).

Al aplicar el análisis de la varianza de un factor (ANOVA) se detectaron diferencias significativas a nivel de AH para el total de anticoagulantes (DHD media: 19,9 (rango:17,3-22,7;DS=2,3)), para antagonistas vit K (DHD media: 7,12 (rango:5,8-9,9;DS=1,6)), para dabigatran (DHD media:3,1 (2,1-4,4;DS=0,9)), para rivaroxaban (DHD media:1,2 (0,8-1,8;DS=0,4)). No existen diferencias significativas en el caso de apixaban (DHD media:0,4 (0,4-

0,5;DS=0,1; p=0,129)).

En el mes de junio del año 2015, el número de pacientes diferentes tratados con anticoagulantes fue 29.023 de los cuales el 59,40% estaban tratados con antagonistas de la vitamina K, el 30,38% con HBPM y el 10,22% con NACOs. El crecimiento en importe en el periodo 2008-2014 para el grupo ha sido del 103% (7.085.076€) correspondiéndose la evolución más drástica con los NACOs.

Discusion:

Existen diferencias significativas en la utilización de anticoagulantes. La prevalencia y uso relativo difiere entre AH. Ante esta variabilidad consideramos necesario trabajar en la elaboración e implantación de acuerdos interniveles asistenciales para garantizar mayor equidad y eficiencia.

P-48

Centro:

Hospital Universitario San Cecilio

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Gestión Clínica II

ANÁLISIS ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO MONOTERÁPICO Y BITERÁPICO CON DARUNAVIR

Autores:

CASAS HIDALGO I.; VALLE CORPAS M.; MORENO RAYA P. Y CABEZA BARRERA J..

Objetivos:

Darunavir (DRV), un inhibidor de la proteasa indicado para pacientes con VIH-1, ha formado parte de los regímenes antirretrovirales durante más de una década con supresión virológica adecuada y alta barrera para la resistencia. Este fármaco (que se metaboliza fundamentalmente a través del CYP3A) se combina con el potenciador farmacocinético ritonavir 100mg (que inhibe al CYP3A), para incrementar su concentración en plasma. Actualmente, no existe ninguna combinación de dosis fija (FDC) de darunavir y su potenciador farmacocinético ritonavir 100mg, lo que aumentaría la simplicidad y reduciría los errores de medicación. Sin embargo, un nuevo medicamento que incluye en su composición darunavir y cobicistat (COBI) (que inhibe al CYP3A, al igual que ritonavir) ha sido desarrollado y comercializado recientemente en España. La FDC de esta combinación es DRV 800 mg-COBI 150mg. El objetivo de este estudio es evaluar el ahorro económico que supondría el tratamiento monoterápico (1 comprimido que incluye darunavir 800mg y cobicistat 150mg) respecto al tratamiento biterápico (1 comprimido de darunavir 800mg más 1 comprimido de ritonavir 100mg) en un hospital de tercer nivel.

Material y Método:

Estudio descriptivo observacional llevado a cabo desde Enero de 2012 hasta Septiembre de 2015. Se evaluaron a los pacientes tratados con la doble terapia darunavir 800mg más ritonavir 100mg: edad, sexo, posología y número de comprimidos dispensados a cada paciente.

Resultados:

Un total de 351 pacientes (274 hombres y 77 mujeres) recibieron la doble terapia darunavir 800mg más ritonavir 100 mg. La edad media fue de 48 años. En el 100% de los pacientes, la posología fue: 1 comprimido de darunavir 800 mg más 1 comprimido de ritonavir 100 mg administrados una vez al día junto con alimentos. El número total de comprimidos dispensados a los pacientes durante el período de estudio fue 303.665 comprimidos de darunavir 800 mg (4.159.967,57 euros) y 303.665 comprimidos de ritonavir 100 mg (219.012,45 euros).

Discusion:

El tratamiento monoterápico con darunavir 800 mg-cobicistat 150 mg supondría un importante ahorro económico en el ámbito hospitalario. Concretamente, si los pacientes que forman parte de nuestro estudio hubieran sido tratados en monoterapia, nuestro hospital podría haber ahorrado 498.343,76 euros. Este ahorro económico junto con la mejor adherencia al tratamiento y en consecuencia el descenso de la aparición de resistencias frente al VIH, conllevan a la elección del tratamiento monoterápico frente al biterápico en aquellos pacientes con VIH-1 que tengan indicado el tratamiento con darunavir.

P-49

Centro:

San Cecilio

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Gestión Clínica II

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITACIÓN PARA LA DISPENSACIÓN DE PACIENTES EXTERNOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

Autores:

VALLE CORPAS M.; CASAS HIDALGO I. Y GONZALEZ MEDINA M.C..

Objetivos:

Describir el proceso de implantación de un sistema de citación para la dispensación de pacientes externos desde el Servicio de Farmacia.

Material y Método:

Se solicita desde el Servicio de Farmacia a los servicios informáticos del hospital la implantación de un sistema de cita previa para la dispensación de medicamentos y otros productos sanitarios con el fin de agilizar el servicio, disminuyendo el tiempo de espera y mejorando la atención al paciente.

Desde los servicios informáticos nos crearon una agenda de pacientes en el programa de Citación de Diraya, asignando un número fijo de pacientes al día.

Desde Junio de 2015 se comenzó con la implantación del nuevo sistema de citación, acordando un día para la cita con cada paciente en el que vendrá a recoger su tratamiento correspondiente. Para facilitar la asistencia a la cita ésta se concreta sin hora, pudiendo asistir el paciente en cualquier momento dentro del horario al público de la consulta de dispensación a pacientes externos.

Así mismo, se habilitó un número de teléfono para posibles cambios en la fecha asignada.

Además, los pacientes que comienzan con un nuevo tratamiento son incluidos en la agenda del día correspondiente y son informados del sistema de cita para futuras dispensaciones.

Resultados:

A fecha de hoy, 28 de Septiembre de 2015, hemos conseguido con el sistema de cita que al menos el 80 % de los pacientes que acuden a nuestro Servicio para la dispensación de pacientes externos vengan con una cita previamente asignada, permitiendo una atención más personalizada y en profundidad.

Se han disminuido sustancialmente los tiempos de espera y el sistema ha sido acogido satisfactoriamente por parte de los pacientes.

Además este sistema nos permite saber con anterioridad qué pacientes van a acudir cada día pudiendo hacer una previsión del stock necesario de cada medicamento.

Discusion:

Con la implatación de este sistema de dispensación mediante una cita el servicio se ha agilizado sustancialmente, siendo una mejora tanto para el paciente como para los profesionales.

P-50

Centro:

DISTRITO SEVILLA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica II

INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN Y DEL COSTE EN FARMACIA

Autores:

CARABALLO CAMACHO M.O.; DOMINGUEZ CAMACHO J.C.; FERRER LOPEZ I.; PALMA MORGADO D.; GUTIERREZ GIL J.F. Y PAJARES BERNALDO DE QUIRÓS I.

Objetivos:

Evaluar el impacto de las intervenciones farmacoterapéuticas coordinadas por un Servicio de Farmacia para mejorar calidad de prescripción. Cuantificar el impacto económico.

Material y Método:

Estudio observacional prospectivo descriptivo.

El ámbito de estudio ha sido provincial para algunas estrategias de intervención y a nivel de Distrito de Atención Primaria para otras intervenciones.

La población de estudio han sido respectivamente 1.894.342 ó 694.623 habitantes dependiendo de la intervención evaluada.

Las distintas estrategias de mejora de la calidad basadas en criterios clínicos se han propuesto a las unidades de gestión clínica (medicina/pediatría/enfermería de atención primaria). El eje principal de la mayoría de intervenciones ha sido la revisión de pacientes/auditorías clínicas acompañadas de elaboración y difusión de sesiones clínicas y materiales de apoyo (boletines farmacoterapéuticos, información a pacientes, etc), elaboración y difusión de criterios de uso

adecuado de medicamentos/productos sanitarios.

La fuente de información empleada ha sido la base de datos de facturación de recetas oficiales dispensadas con identificación del paciente. La explotación de esta base de datos se ha realizado a través de la aplicación MTI-

RECETAS (MicroStrategy). Periodo de estudio: Intervenciones realizadas en el año 2015.

Resultados:

Adecuación de los tratamientos con medicamentos de escaso valor terapéutico:

31,3% de reducción en el número de pacientes y 24% de reducción en el coste en 7 meses (ahorro: 118.095€).

Adecuación de posología de tiras de glucemia en tratamientos con insulina basal: Reducción del 79%.

Adecuación de pautas e indicación de leches infantiles: Reducción del 27% del coste en 9 meses (ahorro: 134.247€).

Adecuación en el uso de parches de lidocaina: 23% de retirada de tratamientos y 4% de reducción de coste (ahorro estimado: 112.000€ en 6 meses).

Selección de antihistamínicos de elección: 5,26% de reducción del coste en 3 meses (ahorro:105.392€). Algunos distritos con reducciones del 11% en los que el 74% de la reducción del coste se explica por mejora del indicador de calidad.

Adecuación de estatinas en mayores de 75 años en prevención primaria: 41,2% de reducción.

Discusion:

Las estrategias de mejora de la calidad basadas en criterios clínicos, con auditorías, actualización de información independiente y en las que se implican a todos los profesionales sanitarios (médico/pediatras/enfermería) permiten un uso más adecuado de los medicamentos y una reducción del coste de la prestación farmacéutica.

P-51

Centro:
Torrecárdenas
Provincia:
Almería
AreaTematica:
Gestión Clínica II

EL RECIÉN NACIDO PREMAURO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SERVICIO ESPECIALES

Autores:
CANDÓN MORENO A.; PUERTA ORDOÑEZ M.D.; ÁLVAREZ ROSALES M.J.; CORBI MARTÍNEZ P.; REAL DE LA CRUZ M.P. Y MAÑAS RUIZ C.M..

Objetivos:

1.Desarrollar un plan de cuidados estandarizado que responda a las necesidades del RN prematuro.

2.Agilizar los cuidados del RN prematuro en la UCI-P.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de protocolos de distintos hospitales, incluyendo el que maneja nuestra UCI-P.

palabras clave: Protocolo, cuidados enfermería, recién nacido prematuro

Bases de datos: Cuiden y Cochrane

Además se han consultado la NANDA, NIC y NOC a la hora de desarrollar los diagnósticos.

Resultados:

El parto prematuro es el mayor desafió clínico actual de la Medicina Perinatal. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros, y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales. Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros.

Dentro de los cuidados al RNP, la enfermería juega un papel fundamental a través de los planes de cuidado. La necesidad de unos cuidados de calidad hace que debamos estandarizar los cuidados a partir de protocolos. A continuación se enumeran los diagnósticos de enfermería más prevalentes en el RNP

1. Deterioro del intercambio gaseoso r/c inmadurez pulmonar m/p taquipnea, retracción xifoidea y cianosis

2. Patrón respiratorio ineficaz r/c Inmadurez sistema inmunológico m/p episodios de apnea y bradicardia

3. Termorregulación ineficaz r/c cociente superficie corporal/peso, falta de reservas grasas, centro regulador inmaduro m/p Temperatura inferior a la normal

4. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física

5. Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c prematuridad m/p incapacidad para la succión

6. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos e inmadurez del sistema inmunológico

7. Riesgo de deterioro del rol parental r/c separación de los padres.

En el póster se detallan las actividades que se derivan de cada diagnóstico, así como los criterios de resultado.

Discusion:

1.Aunque el pronóstico y la supervivencia de los niños prematuros están relacionado con la edad gestacional y el peso al nacer, la realización de un adecuado plan de cuidados enfermero, reduce de manera significativa las complicaciones potenciales de estos y mejora su pronóstico.

2.Las características especiales de estos pacientes hacen que se requiera un personal de enfermería especializado para su cuidado.

P-52

Centro:

Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica II

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO EN UCI NEONATAL

Autores:

CANDÓN MORENO A.; PUERTA ORDOÑEZ M.D.; CORBI MARTÍNEZ P.; ÁLVAREZ ROSALES M.J.; MAÑAS RUIZ C.M. Y REAL DE LA CRUZ M.P..

Objetivos:

1.Establecer un protocolo a partir de los cuidados centrados en el desarrollo en UCI-P.

2.Favorecer un cambio en las actitudes profesionales hacia el paciente

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica.

Palabras clave: Protocolo, cuidados enfermería, cuidados centrados en el desarrollo, UCI-P, NIDCAP

Bases de datos: Cuiden y Cochrane

Además se han consultado los protocolos que maneja nuestro hospital al respecto.

Resultados:

Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) constituyen una nueva tendencia de cuidados para el recién nacido prematuro (RNP) . Los CCD se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente. A través de estos cuidados se pretende mejorar el macroambiente (luces, ruidos…), y el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulación, dolor…) Además se actúa con la familia para facilitar su papel de cuidador. En este póster se comentan los siguientes puntos

Control lumínico: Los estudios han demostrado las consecuencias del exceso lumínico en RNP. Estos pueden presentar secuelas oftalmológicas. A través de la reducción de luz mejoramos la estabilidad del niño.

Control auditivo: Los altos niveles de ruido en las UCIS neonatales son la mayor fuente de estrés para los neonatos. Dada la importancia del control auditivo en los RNP, se recomienda aplicar una serie de medidas en la práctica clínica diaria.

Contacto con los padres: Debe favorecerse en contacto con los padres en la medida de lo posible ya que la separación prolongada conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y de sus padres. Para dicho fin se aplica el método canguro.

Manipulación: los RNP experimentan una excesiva manipulación. Diversos estudios demuestran que los neonatos responden de forma inmediata al tacto, pudiendo tener repercusiones clínicas como la hipoxia. Por el contrario, una adecuada manipulación y posicionamiento favorece el estado de reposo y calma.

Discusion:

1.Los CCD suponen un cambio de actitud por parte del profesional

2.Se ha confirmado que los niños que reciben esta atención en las UCIS neonatales obtienen mejores resultado neuroconductual, mejor tolerancia enteral y precisan menor soporte respiratorio.

P-53

Centro:

TORRECARDENAS

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica II

IMPLANTACIÓN, ACTIVIDAD Y RESULTADOS ECONÓMICOS DE UNA COMISIÓN ASESORA LOCAL DE ESCLEROSIS MULTIPLE.

Autores:

MOLINA CUADRADO E.; CAÑIZAREZ PAZ S.; SIERRA GARCIA F.; RUIZ GONZALEZ J.; NIETO GUINDO P. Y CIFUENTES CABELLO S..

Objetivos:

1)Describir la implantación de una Comisión Asesora Local de Esclerosis Múltiple (CALEM) en un hospital de tercer nivel. 2)Analizar la actividad y la influencia de la CALEM en las decisiones de inicio/cambio de tratamiento. 3)Estimar el ahorro económico conseguido en el gasto en fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs).

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo de todos los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) cuyo tratamiento con FAMEs fue evaluado para inicio/cambio en la CALEM en 2014. Esta comisión se constituyó por el director médico como presidente, dos vocales de Farmacia uno de ellos jefe de servicio, y tres del servicio de Neurología: un facultativo, una enfermera y el jefe de servicio.

Las reuniones se programaron mensualmente salvo el mes de agosto, siendo desconvocadas en los casos que no hubiera peticiones de inicio/cambio. Se elaboró un protocolo estableciéndose Interferón beta 1B como fármaco preferente en primera línea, así como los criterios para pasar a un fármaco de segunda línea. Las variables recogidas fueron: número de reuniones, pacientes, sexo, edad, distribución de pacientes por tipo de EM, fármacos aprobados de inicio, cambios, fármacos de uso compasivo aprobados y estimación de ahorro en el consumo de FAMEs para la EM.

Resultados:

Se realizaron 9 reuniones evaluándose un total de 61 pacientes. La edad media fue 37.7 años IC95% (30.7-40.7) siendo el rango entre 13 y 65 años. En cuanto a la distribución por tipo de EM, 55 casos (90.2%) fueron pacientes con EM remitente-recurrente y 6 Síndrome Clínico Aislado (9.8%). Se evaluaron 35 inicios (57,4%) y 26 cambios (42.6%). De los 35 inicios, 26 fueron con Interferon beta 1B (75.3%), siendo el resto 3 Acetato de Glatiramero, 2 Interferon beta 1A Intramuscular y 2 Subcutaneo, 1 Natalizumab y 1 Teriflunomida. Los 26 cambios fueron muy variados, representando un total de 17 combinaciones distintas y siendo lo más frecuente el cambio de Natalizumab a Fingolimod (3). Se aprobaron 12 usos compasivos (19.67%), 3 Teriflunomida y 9 Dimetilfumarato a coste cero. De los 30 Interferones beta aprobados 26 fueron beta 1B a un coste anual para el hospital de 7035€ frente a Interferon beta 1A Intramuscular a un coste de 10400€ y 14600€ para el subcutáneo. Se estima que si se hubiera prescrito Interferón beta 1A Intramuscular en lugar de 1B se hubieran gastado 89.570€ más y 196.716€ más si se hubiera prescrito 1A Subcutáneo, además hay que añadir que el ahorro conseguido por la gestión de los uso compasivos fue de 72.147€. El gasto anual en FAMEs fue de 3.291.085€. Por ello se estima que de no haber hecho todas estas actuaciones se hubiera gastado entre un 4,91 y un 8,16% más.

Discusion:

1.-La implantación de la CALEM ha supuesto una enorme reducción en la variabilidad en la prescripción en los inicios de tratamiento y particularmente en el caso de los interferones, no así para los cambios. 2.- La implantación de este tipo de estrategias para la gestión de los FAMEs de EM ha permitido un importante ahorro económico.

P-54

Centro:

Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica II

MORTALIDAD INTRASHOPITALARIA NO PRECOZ EN LAS HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA

Autores:

GARCÍA TORRECILLAS J.M.; ATAZ LÓPEZ P.; MORENO MILLÁN E.; GARCÍA TORRECILLAS M.B.; ANDUEZA REDÍN M.V. Y ROJAS ORTIZ M.V..

Objetivos:

PRINCIPAL: Detectar factores asociados a la mortalidad no temprana (>= 4 días) en pacientes andaluces ingresados por insuficiencia cardíaca (IC). ESPECÍFICO: Evaluar las características clínico-epidemiológicas de las hospitalizaciones por IC en Andalucía en el periodo (1998-2012).

Material y Método:

Muestra: Todos los episodios de hospitalización en Andalucía bajo el GRD 127 en el periodo 2008-2012. Fuente: CMBD del MSCPS. Variables principales: edad, sexo, estancia, tipos de ingreso-alta, reingreso, número de diagnósticos y procedimientos (NDA-NPA), comorbilidades cardiovasculares y sistémicas.

Análisis: Estudio bivariante mediante T de Student y Chi2. Análisis de regresión logística binaria para las variables asociadas a mortalidad intrahospitalaria con evaluación de la calibración del modelo (C-Statistic).

Resultados:

Se estudiaron 32575 episodios de hospitalización durante el periodo de estudio. La edad media fue de 75.76 años (DS 10.73, presentaron una estancia de 8.23(DS 3.46) días. Al alta presentaron 9.24(DS 3.05) diagnósticos y 2.23 (DS 1.81) procedimientos al alta. La mortalidad en estancias iguales o superiores a 4 días fue del 5.3% y el 14.1% de los episodios estaban cursando un reingreso.

Los principales factores asociados a mortalidad en el análisis multivariante fueron el reingreso (OR 1.78, IC95%: 1.57-2.02), ictus (OR 1.45, IC95%:1.19-1.77), existencia de cáncer (OR1.92, IC95%: 1.54-2.39), ingreso en UCI (OR 10.14, IC95%: 6.77-15.81), ingreso programado (OR 1.48, IC95%:1.21-1.29). La hipertensión se asoció en sentido inverso (OR 0.68, IC95%: 0.61-0.77), así como otras variables contempladas en la logística (número de diagnósticos y procedimientos, fibrilación auricular e hipertensión).

La capacidad predictiva del modelo fue moderada (AUC 0.73, IC95%: 0.72-0.74). La calibración fue buena, Chi2 de Hosmer-Lemeshow: 0.426.

Discusion:

La IC es un proceso de elevada prevalencia y que cursará in crescendo debido al envejecimiento poblacional y la mejora en la terapéutica. Las cifras de IC en Andalucía para el periodo 1998-2012 hacen sospechar que sea uno de los procesos que tensionen la balanza del gasto sanitario. Detectar variables asociadas a mortalidad puede ayudar a optimizar la atención a los pacientes que a priori según el modelo presenten una mayor probabilidad de fallecer durante el ingreso. El punto de corte en 4 días para estancia fue elegido como estrategia para aislar los episodios muy graves al ingreso y con mortalidad precoz, como posible sesgo de información.

El modelo propuesto, utilizable a pie de cama al ingreso podría ser un soporte auxiliar en la gestión y optimización de la calidad y circuitos asistenciales que siguen estos pacientes al ingreso hospitalario.

P-55

Centro:

Hospital Regional de Mälaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica II

MODELO EXPERIMENTAL DE FRAGMENTACIÓN MEDIANTE LÁSER HOLMIUM FRENTE FRAGMENTACIÓN NEUMÁTICA Y LITOTRICIA EXTRACORPOREA.

Autores:

MORALES JIMÉNEZ P.; GARCIA GALISTEO E.; VOZMEDIANO CHICHARRO R.; HERNANDEZ ALCARAZ D.; BAENA GONZALEZ V. Y BURGOS RODRÍGUEZ R..

Objetivos:

En nuestro estudio pretendemos comparar in vitro la fragmentación de las litiasis mediante litotricia extracorpórea, laser Holmium y la fragmentación pneumática.

Material y Método:

Utilizamos un modelo experimental ureteral construido mediante un tubo de poliuretano transparente con un diámetro interno de 14 mm, sellado en su extremo distal con un preservativo, como litiasis usamos un modelo estandarizado, de 12 mm de diámetro y 0,85 gr de peso, usado para la calibración de los aparatos de litotricia extracorporea. La fragmentación se realiza a través de un Cistoscopio compacto Wolf de 14 Ch y una fibra de 500 nm conectada al generador láser Lumenis 100W. Como fuente de energía neumática utilizamos el generador Wolf lithoclast a través del mismo cistoscopio. Como litotriptor empleamos el litotriptor Dornier Doli S con generador 220-XXP. Se ha medido el tiempo hasta fragmentación completa (medida como fragmentos <2 mm) y la migración de la litiasis.

Comparamos la media de los datos obtenidos en función de la frecuencia e intensidad empleadas para el láser Holmium y las diferencias entre ambos generadores.

Resultados:

Con cada una de las modalidades de fragmentación hemos realizado 30 test.

Media (sg)

Laser Holmium 2J x 10 Hz 483

1j x 20 Hz 861

0,8J x 25 Hz 973

0,5J x 40 Hz 1030

Litotricia extra corporea

5Kvx60Hz 247

5Kvx80Hz 201

5Kvx100Hz 178

10Kvx60Hz 97

10Kvx80Hz 78

10Kvx100Hz 63

15Kvx60Hz 67

15Kvx80Hz 53

15Kvx100Hz 42

pneumatica 1092

En la comparativa entre fragmentación con laser Holmium y energía pneumática vemos como a mayor intensidad y menor frecuencia vemos como existe mayor fragmentación pero también mayor migración de las litiasis. En la litotricia pneumática existe mayor tiempo de fragmentación pero en realidad se debe a que existe mayor migración de la litiasis por lo que finalmente se tarda más. En la comparativa con la litotricia extracorpórea in vitro la fragmentación de la litotricia extracorporea es mucho más efectiva, más rápida, que la realizada con el laser Holmium.

Discusion:

En la litotricia pneumática existe mayor tiempo de fragmentación pero en realidad se debe a que existe mayor migración de la litiasis por lo que finalmente se tarda más. La litotricia extracorporea suministra más cantidad de energía para intentar fragmentar por lo que claramente debe haber una pérdida muy importante de energía al atravesar las ondas sonoras el cuerpo del paciente.

Es sin embargo difícil de valorar estas dos modalidades de energía porque no se dispone de un softwear común con el que veamos qué cantidad de energía estamos suministrando.

P-56

Centro:

Hospital Regional de Mälaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica III

EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS INVASIVOS DE LA LITIASIS URINARIA

Autores:

SANCHEZ MARTÍNEZ N.; GARCIA GALISTEO E.; MOLINA DIAZ P.; FLORES SIRVENT L.; BAENA GONZALEZ V. Y BURGOS RODRÍGUEZ R..

Objetivos:

En el siguiente trabajo se revisa la evolución de los diferentes tratamientos invasivos de lalitiasis que se ha producido en nuestro hospital en los últimos 15 años.

Material y Método:

Se han extraído de la base de datos de nuestro hospital los pacientes inter- venidos de litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC), de cirugía endoscópica y de cirugía abierta y se ha analizado cómo ha evolucionado la incidencia de estos tratamientos en los últimos 15 años. Así mismo se ha estudiado el número de publicaciones en PubMed que hacen referencia a los tratamientos invasivos de la litiasis.

Resultados:

Desde enero de 1998 hasta diciembre de 2012 se han tratado instrumentalmente de litiasis un total de 10.947 pacientes, 9.695 pacientes (90,4%) de LEOC y 1.034 pacientes de cirugía (9,6%), endoscópica o abierta. La incidencia de tratamientos con litotricia ha tenido su máximo en 2006, presentando posteriormente una disminución progresiva. La incidencia de la cirugía endoscópica ha aumentado progresivamente hasta 2009 para luego mantenerse. Vemos cómo en los últimos años existe un aumento claro de los artículos que tratan de cirugía endoscópica, disminuyendo los trabajos de LEOC.

Discusion:

La LEOC sigue siendo en nuestro medio el tratamiento invasivo para la litiasis más empleado. En los últimos años ha habido una disminución de los tratamientos de LEOC y un aumento de los tratamientos endoscópicos, presentando la cirugía abierta una clara tendencia a la baja.

P-57

Centro:

Hospital Regional de Mälaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica III

COSTE EFECTIVIDAD DE LA PIELOPLASTIA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA . EXPERIENCIA EN UN CENTRO.

Autores:

GARCÍA GALISTEO E.; GOMEZ LECHUGA P.; BAUTISTA VIDAL C.; SEQUEIRA GARCIA DEL MORAL J.; BAENA GONZALEZ V. Y BURGOS RODRÍGUEZ R..

Objetivos:

Nuestro trabajo pretende valorar los costes de las diferentes opciones de tratamiento quirúrgico para la resolución de la estenosis de la unión pielo-ureteral (EUPU) y valorar si el incremento en los costes es justificable en términos de coste-efectividad.

Material y Método:

Hemos analizado las variables fundamentales para calcular el gasto de dichos abordajes como son:

días de ingreso y tiempo operatorio. Así mismo se ha extraído del sistema de contabilidad analítica de nuestro hospital el gasto imputable a sueldo de los diferentes especialistas implicados, enfermería, costes de quirófano, costes de hospitalización, coste estimado de las complicaciones, farmacia, material fungible e inventariable, así como los costes derivados de la adquisición y mantenimiento anual del robot Da Vinci. Se han analizado los datos de efectividad de la pieloplastia en forma de tasas de éxitos, tasas de recidiva de la estenosis así como porcentaje de complicaciones.

Resultados:

Desde Enero de 1995 hasta Diciembre del 2013 se han intervenido en nuestro servicio 117 pacientes de EUPU mediante pieloplastia de Anderson-Hyne. 34 pacientes mediante un abordaje abierto, 31 mediante laparoscopia y 52 empleando el sistema robotizado Da Vinci. El tiempo operatorio fue menor en la pieloplastia abierta (P.A): 122,9 minutos, en la pieloplastia robótica fue de (P.R):156,7 min y en la pieloplastia laparoscópica de (P.L):186,1 min. La P.R tuvo menor tasas de complicaciones: 15,3% frente a la PA que tuvo 29,4% y la P.L que tuvo 45,2% de complicaciones. La P.R fue la que tuvo menor estancia media: 2,4 d vs P.L: 4,4 d y la P.A:6,3 días. El coste estimado para la P.A fue de 4388 €; para la P.L de 4074 € y para la P.R de 6401 €. El coste efectividad incremental de la cirugía robótica frente a la cirugía laparoscópica es de 32.763€ y frente a la cirugía abierta de 17.059€.

Discusion:

La cirugía robótica es la opción más cara de tratamiento quirúrgico de la EUPU pero teniendo en cuenta los mejores resultados clínicos que tiene en términos de recuperación precoz de los pacientes y menor tasa de complicaciones quirúrgicas debería ser una opción asumible por el sistema sanitario.

P-58

Centro:

Torrecardenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica III

APP PARA DISPOSITIVOS MÓVILES: GUÍA DE ANTIBIOTERAPIA PEDIÁTRICA

Autores:

QUERO HERNANDEZ F.; GONZALEZ REVUELTA M.E. Y GRANADOS MEDINA C..

Objetivos:

1.- Desarrollo de un conjunto de aplicaciones para dispositivos móviles (App) que permitan sostener la guía de antibioterapia.

2.- Dotar a cualquier profesional de una herramienta ágil que permita desde sus dispositivos móviles el acceso a toda la información sobre los antibióticos que necesitan para su desempeño profesional.

3.- Utilizar las diferentes herramientas de desarrollo de aplicaciones móviles para la creación de las app's y para los desarrollos que surjan.

4.- Recoger los datos necesarios para poder realizar la guía, tanto las diferentes patologías como la antibioterapia que ataca las citadas patologías.

5.- Realización de pruebas a pie de cama con los profesionales sanitarios para permitir un desarrollo a medida, con las indicaciones que realicen los mismos, permitiendo generar una herramienta útil y segura.

6.- Creación de un grupo multidisplinar para la realización del proyecto, creado tanto por clínicos como por informáticos.

Material y Método:

En el desarrollo del proyecto se hará uso de la metodología RUP para documentar los procesos del Sistema. RUP (Racional Unified Process) es un proceso de desarrollo de software.

RUP no es un sistema con pasos firmemente establecidos sino un conjunto de metodologías adaptables al contexto y las necesidades de cada organización. La metodología consta de 4 fases

Resultados:

Se ha obtenido una App que se esta probando entre los profesionales del Servicio de Pediatria del CHT, la cual permite un acceso rápido y a pie de cama a un volumen de información elevado, dotando al profesional de una herramienta de fácil manejo y gran potencia.

Discusion:

La apuesta por una guía de antibioterapia pediátrica para dispositivos móviles permite que los profesionales tengan acceso desde cualquier lugar a toda la información sobre las patologías y el tratamiento consensuado por el Servicio de Pediatría. Este método aporta una gran comodidad para el profesional, permitiendo que se consulten las fuentes de información de forma inmediata. En definitiva, un eficiente uso de las TIC's para ayudar a la humanización de los procesos que envuelven los tratamientos médicos, permiten mejorar la calidad asistencial y, por ende, la calidad de vida de los pacientes.

P-59

Centro:

H.U. Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Gestión Clínica III

USO DE OPIÓIDES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores:

GALLEGO MUÑOZ C.; RODRÍGUEZ MATEOS M.E.; GARCÍA MARTÍN F.; SUÁREZ CARRASCOSA F.J.; BLANCO SÁNCHEZ G. Y DOMÍNGUEZ LÓPEZ M..

Objetivos:

El dolor es un síntoma que está presente en muchas enfermedades tanto agudas como crónicas, entre las que destaca muchos tipos de cáncer. Hasta dos terceras partes de los pacientes con cáncer precisan un opioide mayor en algún momento de la historia natural de la enfermedad. El objetivo es:

Analizar las características de los pacientes tratados con opioides en una Unidad de Cuidados Paliativos y la incidencia de efectos adversos asociados al empleo de los mismos.

Material y Método:

Estudio observacional y retrospectivo de 7 meses de duración (Agosto 2014- Febrero 2015). Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos con la prescripción de un opioide durante el ingreso. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, morbilidad, grado de dependencia, opioides prescritos en el control primario de la enfermedad principal, nivel de control del dolor primario y efectos adversos asociados a los opioides.

Resultados:

Se incluyeron 37 pacientes (57,2% mujeres) con una edad media de 67,25 ± 3,79 años. 17 pacientes (45,9%) eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria. El 78,4% de los pacientes (n=29) eran oncológicos y de éstos 21 presentaban metástasis. El 43,9% (n=16) no presentaba otra morbilidad asociada a la patología principal. Los principales diagnósticos encontrados fueron: 8 (21,6%) dolor musculoesquelético, 6 (16,2%) carcinoma de pulmón, 5 (13,5%) carcinoma renal y 4 (10,8%) carcinoma de mama. La principal vía de administración de opioides fue la perfusión continua subcutánea (70%), seguido por la vía oral (16,2%) y la intravenosa (13,8%). El fármaco más prescrito para controlar el dolor primario fue la morfina (70,2%9). El estreñimiento (29,7%, n=11 pacientes) fue el efecto secundario más frecuente asociado con el uso de opioides, seguido de náuseas y vómitos (21,46%, n=8 pacientes) y el descenso en el nivel de conciencia (16,2%, n=pacientes). El dolor sin necesidad de medicación de rescate se controló en el 91,9% de los pacientes (n=34).

Discusion:

Los opioides fon fármacos muy utilizados en el tratamiento de pacientes paliativos, especialmente pacientes oncológicos. La principal vía de administración utilizada fue la perfusión continua subcutánea, debido a las características especiales de estos pacientes (imposibilidad de uso de vía oral y/o malo acceso venoso). El principal efecto adverso asociado fue el estreñimiento, aunque presenta un fácil manejo. Los opioides son una buena opción para el tratamiento del dolor en aquellos pacientes que no consiguen un manejo del mismo con medicamentos de primera línea.

P-60

Centro:
Hospiral Torrecárdenas
Provincia:
Almería
AreaTematica:
Gestión Clínica III

MODELO DE GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN EL CH TORRECÁRDENAS

Autores:
ESTEBAN MORENO M.A.; CARVAJAL MARTINEZ R.; RUIZ ARRES J.; LOPEZ CABRERA D.; PEREZ MARTINEZ A. Y ALARCON DIAZ J.F..

Objetivos:

El objetivo de ésta estrategia fue establecer los circuitos de inicio y seguimiento en los pacientes con terapia respiratoria domiciliaria (TRD). Todo ello partiendo de la creación de una base de datos optimizada para mejorar la atención integral de pacientes con elevada comorbilidad y alta frecuentación del entorno hospitalario.

Material y Método:

Durante el primer semestre de 2015 se estableció un cronograma de reuniones de trabajo con los responsables de las UGCs implicadas en la prescripción y seguimiento TRD (fundamentalmente Neumología, Medicina Interna y Pediatría) así como los responsables de la gestión de las mismas (Dirección Asistencial y Servicios Generales, Unidad de Prestaciones y Unidad de Gestión de Citas).

Se establecieron como objetivos la realización de protocolos de: indicación, seguimiento, intervención en no cumplidores y análisis de indicadores de calidad de la prestación.

Resultados:

1)PROTOCOLO DE INDICACIONES: situaciones clínicas en las que el paciente precisa TRD:

-O2 Domiciliaria: Insuf Resp Crónica + alguno de los siguientes criterios:

•EPOC estable u otra patología que cause hipoxemia crónica con PaO2 basal <55 mmHg.

•Igual al anterior con PaO2 55-60 mmHg, más alguna de las siguientes: HTA pulmonar, Poliglobulia, Cor Pulmonale Crónico, Insuficiencia cardiaca.

•Disnea en pacientes terminales.

-O2 Deambulación: Pacientes que puedan desarrollar actividad laboral o social que no pueden prescindir del O2.

-VMNI: Insuf Vent Crónica más alguno de los siguientes criterios: Sd. Hipoventilación Central, Enf. Neuromuscular, Enfermedades restrictivas de la caja torácica.

-CPAP: SAOS e índice de apneas/hipoapneas (IAH) ≥30 o IAH<30 si: limita actividad diaria o factores de riesgo relevantes.

-Aerosoles: Fibrosis quística, Trasplante de Pulmón, Profilaxis infecciosa en inmunodeprimidos, Bronquiectasia con infección bacteriana crónica, Pacientes con O.C.F.A. grave persistente, Asma bronquial en <4 años.

2)PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO: Se optimizó el sistema de registro de los pacientes recogiendo 25 variables. El tiempo de prescripción de terapia respiratoria se podrá realizar con distinta periodicidad en función de la TRD prescrita.

Se identifico el Periodo de Adaptación: el paciente que inicia tratamiento con BIPAP/CPAP debe de ser revisado: a las 24 horas con llamada telefónica, en el primer y tercer mes en la consulta de adaptación y en el 6º mes en la consulta de neumología.

3)PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN NO CUMPLIDORES:

El personal asistencial debe de identificar los pacientes no cumplidores, que deben de ser revisados de forma precoz.

4)PROTOCOLO DE ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA PRESTACIÓN: se acuerda analizar: plazo de realización de servicios, de seguimiento, parámetros de registro de cumplimiento y de **Discusion:**

Los resultados de los grupos de trabajo han resultado satisfactorios, suponiendo una mejora en la calidad asistencial de los pacientes con terapia respiratoria domiciliaria.

P-61

Centro:

Hospiral Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica III

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CON TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN EL CH TORRECÁRDENAS.

Autores:

ESTEBAN MORENO M.A.; ALARCON DIAZ J.F.; CASAS CORRAL M.B.; CARVAJAL MARTINEZ R.; LOPEZ CABRERA D. Y ALVAREZ-OSSORIO GARCIA DE SORIA R.

Objetivos:

El objetivo de la terapia respiratoria domiciliaria (TRD) es mantener un correcto estado ventilatorio de los pacientes con patología crónica, así como mejorar la calidad y la esperanza de vida, favorecer su integración social y disminuir las estancias hospitalarias.

La población subsidiaria de TRD son pacientes con elevada comorbilidad y alta frecuentación del entorno hospitalario, por lo que se hace necesaria la coordinación de todos los profesionales sanitarios implicados en su atención.

Material y Método:

Durante el primer semestre de 2015 se realizó un estudio observacional, descriptivo de una población de pacientes con TRD en el CH Torrecárdenas. Para ello, se optimizó el sistema de registro de los pacientes recogiendo 25 variables: NHUSA, número de seguridad social, fecha de nacimiento, DNI, nombre completo, dirección, población, teléfono, código postal, fecha de inicio de terapia, fecha de instalación, fecha de caducidad, centro de salud, facultativo prescriptor, especialidad, modalidad de terapia, tipo de terapia, horas al día, flujo, presión, IPAP, EPAP, frecuencia respiratoria, fecha de la última lectura, media de uso desde última lectura.

Resultados:

Se realizó un análisis de los 2754 pacientes con TRD en el CH Torrecárdenas (Tabla 1): 2453 pacientes con 1 TRD, 235 pacientes con 2 TRD, 52 pacientes con 3 TRD, 9 pacientes con 4 TRD, 2 pacientes con 5 TRD, 2 pacientes con 6 TRD y 1 paciente con 7 TRD, cuantificándose un total de 3144 terapias prescritas. El 88.8% de las prescripciones se habían realizado desde la UGG de Neumología.

Identificamos 14 tipos de TRD: aerosol, aerosol de alto flujo, aspirador de secreciones, asistente de tos, autoCPAP, BIPAP controlada, BIPAP espontánea, CPAP, oxigenoterapia (O2) con botella, O2 concentrador, O2 líquido, O2 portátil, pulsioximetría y ventilación mecánica 24 horas. El 62.46% de la TRD prescrita correspondía a pacientes con CPAP.

La nueva plataforma de registro permitió la explotación de datos de cumplimiento de la TRD, identificando a los pacientes no cumplidores en CPAP/BIPAP a aquellos con inicio de terapia superior a 6 meses (periodo de adaptación) y media de uso menor de 3 horas/día. De los 2063 pacientes con CPAP/BIPAP, se catalogaron como pacientes no cumplidores 425 pacientes (21%).

Discusion:

Los pacientes con patología respiratoria crónica presentan elevada comorbilidad e implican un elevado coste sanitario. La prestación de terapias respiratorias domiciliarias supone un gran avance para la mejora de la calidad asistencial en estos pacientes. La implementación de un nuevo sistema de registro, complementando parámetros demográficos y los estrictamente clínicos de posología y cumplimiento, permite una gestión óptima de la prestación. La identificación precoz de los pacientes no cumplidores permite realizar las intervenciones necesarias para su correcta adaptación y, en caso de que no sea posible, optimizar los recursos disponibles.

P-62

Centro:

Air Liquide HealthCare

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica III

CONSULTA DE ENFERMERIA DEL SUEÑO EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL : MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON SAOS

Autores:

PRIEGO FERNANDEZ J.F.; PIÑA FERNANDEZ J.A.; MOCHON DONA A.; CUELLAR RAYA P. Y CEBRIAN GALLARDO J.J..

Objetivos:

Describir el proceso asistencial instaurado en la Agencia Sanitaria Costa del Sol y el manejo del paciente con sospecha de SAOS, desde que es derivado a la consulta de enfermería del sueño hasta la adaptación del paciente al equipo, estableciendo un método de seguimiento para asegurar el correcto cumplimiento del tratamiento.

Material y Método:

Cuando el paciente acude al hospital en la primera visita con el neumólogo y hay una sospecha de apnea del sueño, se pide la realización de un estudio del sueño. El paciente recibe la cita para el estudio el mismo día de la primera visita al neumólogo. El estudio se realiza en domicilio; el paciente acude a la unidad del sueño donde se le entrega el polígrafo y se le instruye en la colocación y realización de la prueba, al día siguiente el paciente entrega el polígrafo en la unidad del sueño donde se descarga y analiza el estudio emitiendo un informe que quedara en la historia del paciente. Cuando el paciente tiene la visita con neumología, a los tres meses, se le da el resultado el estudio del sueño y si es positivo para SAOS se le instaura el tratamiento con cpap en el mismo momento por la enfermería de la unidad del sueño, se le introduce en el protocolo de la unidad que consiste en: primera visita al mes de la instauración del tratamiento para valorar la adaptación, y a los dos meses de la visita de adaptación se realiza el ajuste de presión mediante autocpap. Si todo va bien y el paciente se adapta de forma correcta al tratamiento (> 3h/día) se pasara a revisiones anuales por parte de la unidad del sueño. Si en esta visita anual se detectara algún problema o desajuste del tratamiento se deriva a Neumología con una cita médica.

Resultados:

Actividad de la unidad del sueño en 2014: Polisomnografía realizadas : 5 ; Poligrafías realizadas: 919 ; Ajustes con Autocpap: 381 ; Visitas de primer mes de adaptación: 442; Pacientes nuevos con cpap: 437. En enero de 2015 hay 2674 pacientes con cpap en domicilio

Discusion:

La adaptación es más fácil y rápida cuando desde el diagnostico hasta el comienzo del tratamiento el paciente es atendido por el mismo enfermero.

El paciente se siente arropado y seguro sabiendo que tiene en el hospital un lugar al que acudir para solventar sus dudas y problemas.

P-63

Centro:

Hospital "Santa Bárbara" y C.H. Torrecárdenas (Almería)

Provincia:

Ciudad Real

AreaTematica:

Gestión Clínica III

ESTANCIA HOSPITALARIA Y ENVEJECIMIENTO: ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EDAD, GÉNERO, TIPO DE INGRESO Y DE HOSPITAL?

Autores:

MORENO MILLÁN E.; GARCÍA TORRECILLAS J.M.; PRIETO VALDERREY F.; CID CUMPLIDO M.; VILLEGAS DEL OJO J. Y LEA PEREIRA M.C..

Objetivos:

La estancia hospitalaria (Em) está tomando progresivamente más trascendencia en la gestión de un servicio clínico -

y también de un hospital- dada su asunción como proxy del coste directo. Además, junto a la mortalidad, suponen buenos indicadores de eficiencia y calidad asistenciales. En un escenario de envejecimiento demográfico, crecientes expectativas ante la salud, implantación de nuevas y costosas tecnologías, aumento del gasto sanitario y crisis económica, se pretende analizar el comportamiento de esta variable en España, en relación con la edad y género de los pacientes, el tipo de hospital y el modo de ingreso (urgente o programado).

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, transversal, en hospitales públicos de toda España, analizando variables demográficas (edad, género) y de gestión (estancia, tipo de ingreso (urgente, IU; o programado, IP))y tipo de hospital (H1: general pequeño, H2: general mediano, H3: general grande, y H4: de referencia). Se hizo estadística descriptiva, comparación de variables cuantitativas con ANOVA y t de Student, de cualitativas con chi2 de Pearson, y se elaboró un modelo de regresión logística para comprobar la posible asociación de la Em con el resto de variables. Se asumió una $p<0.05$ como significación, empleando un paquete SPSS v18.0 para Windows.

Resultados:

Edad media: IU 72,14 (DT 12,42) / IP 65,41 (11,36) años (p=0.000), Em: IU 10,29 (12,21) / IP 6,62 (11,28) días (p=0.000), Mortalidad: IU 9,2%/ IP 1,9% (p=0.000). La Em aumenta en los IP con la edad en ambos géneros, tanto en H1 como H2, mientras en H3 y H4 alcanza máximo en varones de 75-79 y mujeres de 80-84 años, en tanto que en los IU se consiguen los máximos en los grupos etarios de 70-74 años de ambos géneros, siendo más progresivamente más elevada en H2, H3 y H4 que en H1.

Discusion:

La estancia, asumida como proxy del coste directo de un consumo sanitario, tiene diferente comportamiento según el modo de acceso al hospital y el tipo del mismo, y en dependencia también del género y la edad de los pacientes. Es importante aclarar que la edad per se no se asocia con Em más elevadas, y asimismo que en los IU no existe asociación de la Em con la edad, aunque es superior conforme crece el tipo/ tamaño de hospital. Solamente se asocia la edad con la Em en los IP de los hospitales pequeños y medianos, resultando por tanto menos eficientes para este tipo de pacientes.

P-64

Centro:

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Gestión Clínica III

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN UN INDICADOR PARA OPTIMIZACIÓN EN EL USO DE ANTIMICROBIANOS CONSENSUADO CON UN SERVICI

Autores:

GARCÍA GARCÍA R.; AZNARTE PADIAL P.; HIDALGO TENORIO C.; ROMERO AGUILAR A.; GONZÁLEZ SIERRA P. Y PASQUAU LIAÑO J..

Objetivos:

Analizar los resultados obtenidos en la evolución de un indicador dirigido a medir la optimización en los tratamientos antimicrobianos utilizados en los pacientes hospitalizados en un servicio de Hematología, en el marco de un programa para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA).

Material y Método:

Se construyó, de forma consensuada con los facultativos prescriptores, un indicador dirigido a optimizar la utilización de antimicrobianos en pacientes ingresados en un servicio de Hematología de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron dentro del indicador, aquellos antibióticos que a propuesta de los facultativos prescriptores podrían disminuir su grado de utilización (daptomicina, linezolid, vancomicina, teicoplanina y amikacina) y se estableció como objetivo para 2015 mejorar los datos de exposición a estos antibióticos obtenidos en el año anterior. El indicador midió la prevalencia de uso de estos antibióticos en el periodo indicado expresada en DDD/1000 estancias. Se organizó una reunión semanal para la revisión de los tratamientos de todos pacientes ingresados a la que acudían: los facultativos del servicio de Hematología, una especialista en Enfermedades Infecciosas y una Especialista en Farmacia Hospitalaria, estas dos últimas integrantes del PROA. Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico en el que se compararon resultados obtenidos en el periodo abril-junio 2015, con abril- junio 2014. Se analizaron también, las modificaciones producidas en el consumo global de antibióticos y antifúngicos, calculándose su repercusión económica.

Resultados:

El resultado del indicador fue de 426,84DDD/1000 estancias en abril- junio 2015 respecto a 686,53 DDD/1000 estancias en abril- junio 2014. Los antibióticos más implicados en esta reducción fueron daptomicina (149,32 DDD/1000 estancias en 2015 vs 392,97 DDD/1000 estancias en 2014) y amikacina (146,07 DDD/1000 estancias en 2015 vs 275,42 DDD/1000 estancias en 2014). La disminución en el importe derivado del uso de los antibióticos incluidos en el indicador fue -10.678,58 €. La exposición global a antimicrobianos disminuyó en -647, 51 DDD/1000 estancias (1987,49 en 2015 vs 2635,00 en 2014), calculándose la repercusión económica de este descenso en -53.221, 30 €. Se observó una disminución en todos los grupos terapéuticos, siendo los grupos con mayor repercusión económica en este descenso: las equinocandinas, daptomicina y carbapenémicos.

Discusion:

Los acuerdos consensuados con los facultativos prescriptores, han mostrado un resultado positivo y con repercusión en el global de la prescripción antimicrobiana, tanto en términos de exposición como desde el punto de vista económico. La participación de los profesionales implicados en el diseño de los objetivos planteados, muestra una implicación directa en su consecución. Los resultados redundan en la importancia de la gestión clínica como herramienta fundamental para involucrar a los profesionales en la consecución de objetivos.

P-65

Centro:

Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Gestión Clínica III

LA CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS, ¿HA MEJORADO?

Autores:

GARCÍA LIROLA M.A.; LÓPEZ SEPÚLVEDA R.; MONTECATINE ALONSO E.; ESPÍNOLA GARCÍA E.; ANAYA ORDÓÑEZ S. Y MARTÍN SANCES M.S..

Objetivos:

-Analizar la evolución del consumo de antidiabéticos desde 2001 a 2014.

-Estudiar las variaciones en la tasa de ingresos por amputaciones en extremidades inferiores desde 2007 a 2013.

Material y Método:

Estudio descriptivo de la utilización de antidiabéticos entre los años 2001 y 2014. Ámbito de estudio: Dos hospitales generales de tercer nivel y su área de referencia, siendo la población atendida de 675000 habitantes. Se estudian las prescripciones en recetas con cargo al Sistema Nacional de Salud. La unidad de medida es la dosis diaria definida (DDD) por 1000 habitantes y día (DHD), utilizando la clasificación ATC/DDD (2006). El número de hospitalizaciones para las amputaciones se recogieron del registro informático de los hospitales.

Resultados:

En el periodo de estudio antes mencionado, las insulinas mantuvieron su consumo de 17,9 DHD a 18,3 DHD pero los antidiabéticos orales lo incrementaron de 41,3 DHD a 52,7 DHD.

Las sulfonilureas redujeron progresivamente el consumo de 30,1 DHD hasta 16,4 DHD, sin embargo metformina (sin asociar) incrementó su consumo de 4,3 DHD a 23,7 DHD, siendo el fármaco más consumido en 2014 (45% del consumo). Las combinaciones a dosis fijas de metformina se introdujeron en el mercado a partir de 2004 (0,1 DHD) y fueron el tercer grupo más consumido en 2014 (6,5 DHD).

Los inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 se incrementaron de 0,3 DHD (2008) a 3,8 DHD en 2014. El grupo de otros hipoglucemiantes aumentó su consumo de 1,4 DHD a 2 DHD. Los inhibidores de alfa glucosidasa disminuyeron su consumo de 4,5 DHD a 0,2 DHD. El uso de tiazolidindionas se redujo de 0,7 DHD (2004) a 0,1 DHD.

El consumo de nuevos antidiabéticos (NADOs) (sitagliptina, vildagliptina, linsgliptina, saxagliptina, dapagliflozina, liraglutida, exenatida y lixisenatida), tanto en monofármaco como en combinaciones a dosis fijas con metformina, se incrementó 0,4 DHD en 2008 a 11 DHD en 2014.

La tasa observada de amputaciones (casos observados/cupo habitantes x 100000) en estos años fue de 18,47, 21,09, 26,81, 25,83, 22,78, 12,11 y 13,08 respectivamente.

Discusion:

El incremento del consumo de metformina está relacionado con el hecho de ser el tratamiento farmacológico de primera elección en la DM2. En este sentido se podría considerar que la calidad de la prescripción ha mejorado.

Preocupa el incremento del consumo de NADOs tanto en monofármaco como en combinación con metformina ya que no han demostrado evidencia de su eficacia en reducción de la mortalidad ni de las complicaciones micro y macrovasculares. También es preocupante la disminución del uso en las sulfonilureas que estarían siendo desplazadas por los NADOs en la segunda línea de tratamiento.

La tasa observada de hospitalizaciones para amputaciones de miembro inferior ha mostrado una tendencia general a la baja en el periodo de estudio. Son necesarios más estudios para asociar la disminución significativa en ingresos por amputaciones en estos años con la variación en el consumo de antidiabéticos.

P-66

Centro:

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica III

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA FRACTURA DE CADERA EN ANDALUCÍA

Autores:

MONTECATINE ALONSO E.; LÓPEZ SEPÚLVEDA R.; GARCÍA LIROLA M.A.; ESPÍNOLA GARCÍA E.; MARTÍN SANCES M.S. Y ANAYA ORDOÑEZ S..

Objetivos:

1.- Evaluar la calidad de prescripción mediante recetas de los fármacos para la prevención de fractura de cadera, así como su evolución del 2012 al 2015.

2.- Analizar la variabilidad de la prescripción entre los distintos hospitales estudiados.

3.- Estudiar la incorporación de un nuevo medicamento con la misma indicación.

Material y Método:

Estudio retrospectivo descriptivo observacional. En primer lugar, se analizó el número de recetas prescritas en los hospitales andaluces con más de 500 camas desde el 2012 al 2015. El indicador de calidad de prescripción estudiado fue: porcentaje de Dosis Diaria Definida (DDD) de alendrónico frente a DDD de bifosfonatos, calcitonina, raloxifeno, bazedoxifeno, ranelato de estroncio, denosumab, teriparatida y paratohormona.

Este indicador forma parte de los criterios de calidad para la prescripción establecidos por el Sistema Sanitario Público en base a los principios del Uso Racional de Medicamentos y a la evidencia científica.

Se compararon la media y los coeficientes de variación (CV) de cada año.

En mayo de 2014, se incorporó denosumab al mercado farmacéutico.

Resultados:

Se incluyeron un total de 13 hospitales que cumplen el criterio de más de 500 camas.

La media del indicador de calidad en el estudio fue 50,28±10,79%, 46,57±12,89%, 50,75±15,37% y 36,59±25,85% en 2012, 2013, 2014 y 2015, respectivamente.

El coeficiente de variabilidad en 2012 fue 21,45%; 27,68% en 2013; 30,27% en 2104 y finalmente, en 2015, fue 70,63%.

Discusion:

Aunque la variabilidad entre hospitales es alta en el periodo de tiempo estudiado, se puede observar cómo se produce un aumento más pronunciado tras la incorporación del nuevo medicamento. La media del indicador de calidad, a su vez, sufre un descenso a lo largo de los años.

Estos resultados se pueden traducir en una falta de homogeneidad en la atención sanitaria, siendo necesaria una mejora en la calidad científica de la práctica médica, basándose en la prescripción con los mismos criterios clínicos.

P-67

Centro:

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCIPCIÓN EN HOSPITALES DE UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Autores:

MONTECATINE ALONSO E.; LÓPEZ SEPÚLVEDA R.; ESPÍNOLA GARCÍA E.; GARCÍA LIROLA M.A.; MARTÍN SANCES M.S. Y ANAYA ORDOÑEZ S..

Objetivos:

Describir la variabilidad de los indicadores de calidad (IC) de prescripción en hospitales de un sistema sanitario público y su evolución por años.

Material y Método:

Estudio retrospectivo descriptivo observacional. Se recogieron los %ICs de hospitales con más de 500 camas de una región desde el 2012 al 2015. Los ICs incluidos fueron: %DDD omeprazole/DDD PPIs (IC1), % DDD gliclazida + glipizida + glimepiride/DDD antidiabéticos excluyendo insulinas y metformina (IC2), % DDD insulinas intermedias + bifásicas/DDD insulinas excluyendo Rápidas (IC3), % DDD simvastatina/DDD hipolipemiantes (IC4), % DDD IECA solos o asociados a tiazidas/DDD antihipertensivos del eje renina angiotensina (IC5), % DDD ISRS/DDD antidepresivos de 2ª generación (IC6), % DDD citalopram + fluoxetina + sertralina/DDD ISRS (IC7) y % DDD alendrónico/DDD medicamentos prevención fracturas.

Se calculó la media (x) de los %ICs de los hospitales incluidos y el coeficiente de variación por año.

Resultados:

Se estudiaron 13 hospitales. Los datos obtenidos fueron, para el IC1, en 2012: (x=81,73%, CV=5,77%), en 2013: (x=83,18%, CV=4,61%), en 2014: (x=83,21%, CV=5,46%), en 2015: (x=82,78%, CV=5,68%).

Para el IC2, en 2012: (x=23,43%, CV=37,54%), en 2013: (x=24,71%, CV=41,98%), en 2014: (x=20,40%, CV=52,95%), en 2015: (x=18,18%, CV=55,47%).

Para el IC3, en 2012: (x=32,96%, CV=39,95%), en 2013: (x=34,82%, CV=40,47%), en 2014: (x=31,82%, CV=55,27%), en 2015: (x=29,79%, CV=49,68%).

Para el IC4, en 2012: (x=29,71%, CV=26,03%), en 2013: (x=30,78%, CV=24,23%), en 2014: (x=32,51%, CV=29,59%), en 2015: (x=33,47%, CV=26,39%).

Para el IC5, en 2012: (x=43,67%, CV=17,47%), en 2013: (x=46,49%, CV=18,10%), en 2014: (x=48,71%, CV=20,23%), en 2015: (x=48,12%, CV=20,60%).

Para el IC6, en 2012: (x=64,01%, CV=5,30%), en 2013: (x=62,49%, CV=7,25%), en 2014: (x=59,06%, CV=7,41%), en 2015: (x=58,41%, CV=7,55%).

Para el IC7, en 2012: (x=59,71%, CV=16,81%), en 2013: (x=59,33%, CV=15,65%), en 2014: (x=60,20%, CV=13,51%), en 2015: (x=61,12%, CV=13,75%).

Para el IC8, en 2012: (x=50,28%, CV=21,45%), en 2013: (x=46,57%, CV=27,68%), en 2014: (x=50,78%, CV=30,27%), en 2015: (x=36,5%, CV=70,63%).

Hay alta variabilidad en los indicadores de calidad de prescripción entre los hospitales objeto de estudio que incrementa a lo largo de los años, especialmente en antidiabéticos y fármacos para la prevención de fractura de cadera.

En el grupo de IBP y antidepresivos la variabilidad es menor.

Discusion:

En los grupos terapéuticos donde se han incorporado nuevos medicamentos (diabetes y prevención de fracturas), aumenta el grado de incertidumbre y confusión en el manejo de estos fármacos.

Para disminuir la variabilidad clínica entre los distintos hospitales y mejorar la calidad de prescripción es necesario diseñar e implementar nuevas estrategias.

P-68

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

NUEVAS PERSPECTIVAS DE LA ORGANIZACIÓN Y ACTIVIDAD HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL INTERCAMBIO CULTURAL

Autores:

DELGADO MORENO S.; RUBIO BARRANCO M.A.; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ M.; FORJA PAJARES F.; PEREIRO HERNÁNDEZ R. Y GARCÍA JUÁREZ R..

Objetivos:

1. Dar a conocer el funcionamiento de un Hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía a estudiantes sanitarios de Estados Unidos.

2. Intercambiar impresiones, perspectivas y experiencias sobre organización asistencial.

3. Conocer la impresión y opinión sobre esta visita a través de la Encuesta de Satisfacción específica.

Material y Método:

Acogida de los estudiantes estadounidenses, unos de enfermería y otros de Ciencias de la Salud que estudian un primer año de Ciencias de la Salud en general, decidiendo en segundo entre Medicina y Enfermería. Realización de una visita guiada por el Hospital a través de aquellos servicios o unidades de interés, debidamente uniformados y documentados.

Entrega de un dossier informativo con datos de estructura, organización y funcionamiento del hospital, así como profesionales y cartera de servicios.

Cumplimentación de una encuesta de satisfacción para conocer la impresión generada en los alumnos por esta actividad.

Resultados:

Los alumnos son recibidos por personal directivo, cargos intermedios y profesionales de atención a la ciudadanía en la sala de reuniones donde se hace una introducción general sobre la historia y características del Hospital y del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se entregan batas del hospital y tarjetas identificativos así como un dossier completo de información.

Visita por el Hospital acompañados de los Supervisores de Enfermería a través de: Hospital de Día Oncológico, Neonatología, Unidad de Ictus, Sala Pedagógica de Pediatría y la Unidad de Investigación, donde se va viendo in situ el funcionamiento y se resuelven las dudas que puedan surgir.

Realización por parte de los estudiantes de una encuesta de satisfacción de 12 preguntas con resultados muy positivos, entre ellas destacar la número 11 "¿en general como está de satisfecho con la visita realizada?" con un 50% de muy satisfechos, 50% de satisfechos y 0% de poco o nada satisfechos, además de un apartado donde aportar observaciones y sugerencias de lugares que visitar (sala de emergencias, fisioterapia, odontología y quirófanos).

Discusion:

En el segundo año que el Hospital colabora con el Centro Superior de Lenguas Modernas de la Universidad, debido a la grata experiencia y excelente aceptación obtenida el año anterior tanto por los estudiantes visitantes como por los profesionales que los atendieron.

La recepción de estudiantes sanitarios de otros países, permite mostrar el funcionamiento de nuestro Sistema Sanitario, a la vez que obtener opiniones y experiencias sobre otros sistemas y formas de funcionamiento que pueden resultar enriquecedoras.

P-69

Centro:

Hospital La Inmaculada

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE UGC DE MEDICINA INTERNA 2 AÑOS

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 2 años.

Material y Método:

Análisis descriptivo. Datos extraídos de aplicación informática. Las variables numéricas se expresan en número absoluto, medias o porcentajes.

Resultados:

Entre el 1/4/2013 y el 31/03/2015 se atendieron 1367 pacientes(Año1-Año2:690-677), 27,6% de Medicina Interna (26-28%), 34,1% de Digestivo (27-40%), 26,5% de Neumología (22-30%), 11% de Cardiología (23-0%). La edad media fue de 63,8 años (64,3-63,3), con un porcentaje de mujeres del 41,0% (40,7-41,3). La procedencia de los pacientes fue de 41,5% desde Urgencias (49,8-33,1%), 35,0% desde las propias especialidades hospitalarias (31,1-38,9%) y 21,1% desde At. Primaria (17,1-25,2%). Los motivos de derivación más frecuentes fueron: sospecha de neoplasia 46,52% (39,42-53,76%), cuadro constitucional 9,8% (8,0-11,7%), nódulo pulmonar 7,4% (6,7-8,1%) y rectorragia 5,6% (3,9-7,2%). El tiempo medio de asistencia entre la solicitud y la primera visita fue de 7,2 días (6,2-8,2). La evaluación en cuanto a adecuación, peticiones, diagnóstico y destino fue completada en el 57,0% de los casos(59,4-54,5%). Se consideraron adecuadas el 62,5% de las consultas(64,9-60,1%). Las pruebas diagnósticas más solicitadas desde esta consulta fueron: analíticas 32,8% (34,6-31,0%), TAC 31,9% (33,2-31,0%), Colonos 16,8% (13,8-19,8%) y Gastros 10,5% (8,2-12,9%).

Se diagnosticaron un total de 185 neoplasias (83-102), un 29,1% de las iniciadas como sospecha de neoplasia (30,5-20,1%). Siendo las neoplasias más frecuentes neo de pulmón 39,4% del total de neo confirmadas (45,8-

34,3%) y colon-recto con un 16,8% del total de neo confirmadas (13,3-19,6%). Se descartó patología grave en el 11,5% de las derivaciones (18,0-4,0%). El destino de los pacientes fue seguimiento por alguno de los servicios de M. Interna 25,5% (28,4-22,6%), At. Primaria en el 17,3% (19,9-14,6%), otros especialistas 12,1% (14,8-9,4%), ingreso hospitalario en el 3,5% (4,5-

2,5%) y traslado a otros hospitales con un 1,8% (0-3,5%). Hay que tener en cuenta que en este segundo año se ha descartado la CDR de Cardio. A pesar de contar con una CDR menos, el número de pacientes atendidos sólo ha disminuido en un 1,9%.

Discusion:

Las CDR representan una alternativa a la asistencia convencional, dirigida al estudio diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves. Estas CDR deben disponer de un sistema de atención casi inmediata, que se complementa con la realización rápida y coordinada de pruebas diagnósticas.

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.

Puede ser que el número de cánceres esté infraestimado por haber un porcentaje considerable de casos no evaluados.

P-70

Centro:

Centro Periférico de Especialidades. Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

TRASLADO DE UNA UNIDAD DE INMUNOLOGÍA. RETOS

Autores:

MUÑOZ VICO F.J.; ATAZ LÓPEZ P.; GARCÍA CABALLERO F.A.; BLÁZQUEZ CUBERO A.M.; AZAÑÓN PÉREZ M. Y RODRÍGUEZ MARESCA M.A..

Objetivos:

Valorar las estrategias adoptadas para conseguir un funcionamiento óptimo en aspectos considerados críticos:

- Espacio físico
- Circuitos de muestras
- Provisión y recepción de material fungible.

Material y Método:

Enumeramos las acciones emprendidas en cada uno de los aspectos citados:

- El nuevo espacio físico se ubicó junto a la moderna sala de extracciones de la UGC y se dividió en tres áreas: Inmunología asistencial, laboratorio de investigación y almacén. En conjunto el espacio triplica el que ocupaba anteriormente la UF-II
- La práctica totalidad de las muestras proceden del módulo preanalítico situado en el Laboratorio Central (CORE-Lab). Se han aplicado las siguientes estrategias:

o Se han aplicado los circuitos y sistemas de trazabilidad diseñados en la Unidad de Calidad para toda la UGC.

o Se ha establecido un circuito estándar para las muestras de rutina (tres transportes diarios).

o Se ha asignado una fracción de la jornada laboral de un TEL a la recepción de las muestras, manteniendo un riguroso registro de entradas y salidas.

o Se ha diseñado un protocolo de transporte especial para muestras urgentes o con viabilidad reducida (estudios inmunofenotípicos).

o Se han elaborado protocolos para determinaciones con requerimientos preanalíticos especiales.

o Único SIL de laboratorio en configuración multi-SIL con registros, validaciones de áreas de trabajo y visualización de resultados compartidos.

- Se ha asignado la tarea de proveer y recepcionar material fungible a un TEL, compatibilizándola con su actividad asistencial.

Resultados:

- El incremento de espacio ha posibilitado la actualización y ampliación del equipamiento tecnológico de la UF-II, así como una mejora en el entorno laboral del personal que trabaja en ella.
- El procedimiento de muestras urgentes ha hecho posible la recepción en la UF-II de muestras urgentes con un máximo de 2 horas tras su extracción. El control de la temperatura a lo largo del proceso preanalítico de las técnicas citadas permite cumplir los estándares, mejorando notablemente la detección de las crioglobulinas.
- La gestión de compras de fungible y recepción autónoma de mercancía mediante SIGLO, ha permitido una mayor agilidad y autonomía en la gestión de los recursos.

Discusion:

El desplazamiento de su ubicación original trajo consigo un reto en la gestión global de la UF-II, ya que tenía que desarrollar sus actividades a distancia del CORE-Lab, del cual depende logísticamente, y de la Unidad de Investigación, a la cual se encuentra vinculado el responsable de la UF-II.

Gracias al trabajo en equipo y el esfuerzo de los profesionales, se ha conseguido que en la actualidad se disponga de un moderno laboratorio de Inmunología (secciones de Autoinmunidad, Alergia, Proteínas e Inmunología Celular) que ha superado los retos anteriores mediante la incorporación de estrategias y nuevos estilos de trabajo (gestión del cambio), configurándose como centro de referencia y alta especialización en la provincia de Almería.

P-71

Centro:

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

ARTICULACIÓN JURÍDICA DE LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA HOSPITALARIA

Autores:

PEREZ SANCHEZ R.E.; CASAS GARCÍA A.L. Y MARTINEZ MARTINEZ E..

Objetivos:

Se pretende analizar cómo se lleva a la práctica, por parte de una Plataforma Logística Sanitaria, y en el ámbito de la contratación administrativa, la gestión de la eficiencia energética a la hora de contratar un servicio de mantenimiento de instalaciones de tipo industrial de un centro hospitalario, dando cumplimiento a la obligación contenida en la Directiva 2010/31/UE de 19 de mayo transpuesta al ordenamiento español mediante el Real Decreto 235/2013, de 5 de abril, así como la

obligación de exhibición de la etiqueta de eficiencia energética en edificios de pública concurrencia como puede ser un hospital.

Material y Método:

Se analiza cómo la empresa adjudicataria del servicio de mantenimiento de las instalaciones de tipo industrial del edificio, como ejecutora de la gestión energética, puede participar en los ahorros generados por la propia consecución del objeto del contrato del que es adjudicataria.

Resultados:

La legislación aplicable a los contratos del sector público (Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP) permite que los órganos de contratación puedan establecer como contraprestación económica a percibir por el contratista responsable de la gestión energética del edificio, un porcentaje sobre los ahorros que se generen como consecuencia de la implantación de proyectos de mejora de la eficiencia energética, independientemente de las prestaciones que efectivamente constituyan el objeto del contrato y de la modalidad contractual seleccionada (contratos de colaboración público-

privada en los que se prevé expresamente la remuneración variable asociada a determinados objetivos de rendimiento, contratos mixtos de suministros y servicios, o bien como contratos de servicios).

Discusion:

El artículo 302 TRLCSP deja abierta la posibilidad a que el precio sea fijo o variable por referencia a parámetros que permitan su determinación (informe de la JCCA 59/2011).

En los contratos del sector público con empresas que ejecutan gestión energética, en los que se suele combinar ejecución de obras y realización de inversiones con el propio mantenimiento del edificio, resulta posible que el precio se fije en todo o en parte sobre un porcentaje sobre la diferencia entre el consumo de energía antes y después de la implantación del plan de actuación del contratista.

Asimismo, existen fórmulas que pueden graduar la participación en dicho ahorros estableciendo al principio del contrato periodos de carencia que facilitan la obtención de ahorros mientras transcurren cierta cantidad de ciclos energéticos.

P-72

Centro:

Hospital de alta resolución de la sierra norte

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN REGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA DEL HAR SIERRA NORTE. MEJORANDO SU CALIDAD DE VIDA.

Autores:

MÁRQUEZ PASTOR F.J.; TERNERO PACHECO R.; HIDALGO LLONIS F.J.; ALFONSO ARIAS J.D. Y PÉREZ RAMOS J..

Objetivos:

1- Conocer el número de pacientes crónicos que se atienden en régimen de "hospital de día" (HD), y de los pacientes crónicos ingresados en régimen distinto a HD en la unidad de hospitalización polivalente (UHP).

2- Conocer el número de estancias/sesiones (días de ingreso) que genera cada uno de los grupos.

3- Conocer los principales procedimientos que se realizan a los pacientes ingresados en régimen de HD.

Material y Método:

Se obtuvieron datos respecto al total de pacientes ingresados en UHP entre los meses de enero y agosto de 2015 y de dividieron en 2 grupos.

Grupo I: Pacientes ingresados en régimen de HD.

Grupo II: Pacientes ingresados NO régimen HD.

En ambos grupos, se estudiaron no solo el nº de pacientes sino también el Nº de sesiones/estancias en UHP totales en el periodo estudiado.

Finalmente, se ha llevado registro interno mediante base de datos de los principales procedimientos realizados a de los pacientes del grupo I.

Resultados:

401 pacientes ingresados en UHP en el periodo de tiempo estudiado.

Grupo I: 86 pacientes (21,4%).

Grupo II: 315 Pacientes (78.6%)

Grupo I: 407 estancias(20,8%)del total.

Grupo II: 1957 pacientes (79.2%)del total.

Principales procedimientos realizados en Grupo I:

a) 69,76% tratamiento farmacológico intravenoso.

b) 23,09% valoración multidisciplinar de su cronicidad incluyendo pruebas diagnósticas.

c) 4,91% transfusión de hemoderivados.

d) 1,47% sangrías.

e) el resto de intervenciones no llegan al 1 %.

Discusion:

* A pesar de que el HD es una nueva cartera de servicios de nuestro centro, 1 de cada 5 pacientes crónicos ingresados en UHP es en régimen de HD. Esto implica que casi el 21% de las estancias totales de este tipo de pacientes sean en HD.

* Por frecuencia, los principales priocedimientos realizados en el grupo I son el tratamiento farmacológico intravenoso, la valoración multidisciplinar de la cronicidad(para buscar una mejora en su calidad de vida y evitar que precisen ingresos prolongados y continuas asistencias a los servicios de urgencias por reagudización de su cronicidad)y la transfusión de hemoderivados.

* Con la implantación de los ingresos en régimen de HD en la UHP buscamos a través de una asistencia de corta estancia de calidad disminuir tanto la hiperfrecuentación de los pacientes crónicos a los servicios de urgencias como el número de ingresos de larga estancia de los mismos.

Por ello, el siguiente paso de este estudio es comparar antes, durante y después de la inclusión de los pacientes crónicos a nuestro HD el número de ingresos prolongados que han tenido y las asistencias en urgencias debido a reagudización o mal control de su cronicidad.

P-73

Centro:

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

ATENCIÓN DOMICILIARIA A LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS DESDE UN ESCENARIO INTEGRADO

Autores:

LOPEZ LIRIA R...; FERNANDEZ ALONSO M...; ARREBOLA LOPEZ C...; RUIZ FERNANDEZ M.D.; PAYAN IBARRA C... Y ROCAMORA PEREZ P....

Objetivos:

Describir la rehabilitación domiciliaria realizada a pacientes con Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) por los equipos móviles de rehabilitación y fisioterapia (EMRF) en la provincia de Almería.

Material y Método:

Estudio Descriptivo Transversal. La muestra estuvo compuesta por 72 pacientes derivados por EPOC tratados en los EMRF, dependientes del Complejo Hospitalario Torrecárdenas y de Atención Primaria (Distrito Sanitario Almería). Variables analizadas: sexo, fecha de nacimiento, localidad, cuidador principal, fecha de solicitud de inclusión en el programa, fecha de valoración, grupo de atención domiciliaria, proceso discapacitante (CIE-9), antecedentes personales, Índice de Barthel, Objetivos, tratamiento, técnicas, número de sesiones, tiempo dedicado del personal.

Resultados:

Aplicada la t de Student para muestras relacionados, se halló que la media del Índice de Barthel inicial para estos pacientes fue de 48,46 (moderadamente dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (AVD)) y tras el tratamiento, la media del Indice de Barthel final fue de 60,77 ($t=6,47$; $p<0,001$). Lo que mostró una mejora significativa con una diferencia media de 12,308 puntos en esta escala funcional (IC95% 8,5-16,1). Un programa de rehabilitación respiratoria que incluya un entrenamiento muscular de baja intensidad pero de varios grupos musculares mejora la capacidad de ejercicio, la disnea y algunos parámetros de las AVD en pacientes con EPOC muy grave.

Discusion:

Según EPI-SCAN (1), se estima que actualmente 2.185.764 españoles padecen EPOC de entre los 21,4 millones de personas existentes en el rango de edad entre los 40 y 80 años. En la actualidad las políticas sanitarias se inclinan por una implantación creciente de las terapias respiratorias domiciliarias en pacientes crónicos respiratorios, en busca de un importante ahorro de recursos al Sistema Nacional de Salud, evitando la saturación de los centros sanitarios al reducir las visitas a urgencias, las hospitalizaciones y la morbilidad. A través de esta investigación se hace un llamamiento a gestores, profesionales sanitarios y sociedades científicas afines para que entre todos, con una mayor información, coordinación y formación profesional, junto a un mayor aporte de recursos, se consiga una implantación más generalizada de la fisioterapia respiratoria domiciliaria.

Referencias

1.Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2011/6. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_512_EPOC_Lain_Entr_compl.pdf [Consulta 11 feb 2015].

P-74

Centro:

Hospital Regional Universitario Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

IMPACTO EN SALUD DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA MAMARIA

Autores:

JIMENO PEREZ N.U. Y RECA BUENO I.S..

Objetivos:

- Ofrecer cuidados integrales centrados en la persona, con un servicio de claidad que responde a sus necesidades, expectativas y valores, que promueva el autocuidado, e independencia, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida.

- Favorecer el alta precoz y disminuir la estancia media.

- Medir la satisfacción percibida por los pacientes.

Material y Método:

Se establecen planes de cuidados siguiendo la metodologia enfermera de Virginia Henderson. Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera.

Es un estudio descriptivo observacional retrospectivo para ello se han desarrollado en los sistemas de información:

- base de datos para recogida de todos los parámetros relacionados con las curas, drenajes, tiempo, complicaciones.

- Encuesta de satisfacción de la Unidad, con items para medir la satisfacción especificos de la consulta.

Resultados:

- La profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería dan respuesta a una necesidad espcífica de salud en todos lo campos: promoción, tratamiento y prevención, abarcando a la persona como un ser bio-psico-social.

- Se realiza estudio desde Enero a Junio de 2015, han pasado por la consulta 249 pacientes, se han realizado 775 curas, 358 seguimientos de programa (consultas telefónicas, gestión de citas y derivaciones a otras consultas)

El control de drenaje se ha realizado a 25 personas haciendo control ambulatorio cada 48 horas, el total de dias con drenaje ha sido de 229 con una media de 9,25 dias por persona. Siendo por tanto de 239 el numero de estancias hospitalarias que no se han utilizado al establecer el control ambulatorio.

El porcentaje de la encuesta de satisfacción en los items referentes a la consulta estan por encima del 97%.

Discusion:

El plan de cuidados estandarizado es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

La práctica enfermera ha coseguido beneficios tanto para las pacientes que perciben el aumento de la calidad de los cuidado, como para los profesionales, ya que se ven incrementado su nivel de motivación de competencia y responsabilidad.

La consulta de enfermería facilita el seguimiento de l@s pacientes de patología mamaria con drenajes tras la intervención, favorece la CMA y el alta precoz, con la disminución de la estancia media.

La calidad percibida por l@s pacientes es muy alta.

P-75

Centro:

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

ERRORES PREANALITICOS: UN PROBLEMA PERSISTENTE.

Autores:

ROMERO RUIZ A.; GOMEZ SALGADO J.; GOMEZ FERNANDEZ J.A.; CAPARROS MIRANDA I.S.; COBOS DIAZ A. Y VAZQUEZ RICO I..

Objetivos:

Describir los resultados obtenidos hasta la fecha en el proyecto DISMINUCION DE ERRORES PREANALÍTICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE INTERVENCIONES EDUCATIVAS PROGRAMADAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.PI FIS 12/1099.

Material y Método:

Estudio Cuasi Experimental sin grupo de comparación, multicéntrico, llevado a cabo en los laboratorios de los Hospitales Virgen de la Victoria de Málaga y Juan Ramón Jiménez de Huelva y en los Distritos Sanitarios Málaga Guadalhorce y Huelva Condado Campiña.

Resultados:

El proyecto incluía además del ciclo de sesiones la realización de un análisis cualitativo de las opiniones de los profesionales siguiendo un esquema DAFO, la realización de un Análisis Modal de Fallos y Efectos, y la detección de errores en los laboratorios antes y después del ciclo de sesiones. Se han llevado a cabo todas las acciones salvo la detección de errores post intervención.

Se ha registrado como práctica innovadora la tarjeta de ayuda a la toma de muestras entregada en las sesiones.

Discusion:

La cifra de EP detectada en la medición pre intervención sigue siendo elevada, aunque se constata un descenso con respecto a resultados previos en el Hospital Virgen de la Victoria.

Las opiniones obtenidas a partir de los DAFO y los datos suministrados por el AMFE permitirán planificar acciones correctoras en un futuro inmediato.

A expensas de conocer aun la efectividad de la intervención, pensamos que la línea de investigación está dando los frutos esperados, y continuará en un nuevo proyecto financiado por la Fundación Progreso y Salud, a partir de 2016.

P-76

Centro:
H.U.V.Macarena
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD= GARANTIA PARA EL PACIENTE

Autores:
PRIETO JIMÉNEZ S.O.; RUIZ BAYO L.I. Y ALBALA GUTIERREZ C.A..

Objetivos:
En ocasiones sucede que el proceso de prestación de cuidados se ve dificultado por diversos problemas que pueden provocar insatisfacción de los pacientes, por ello resulta necesario disponer de un mecanismo que identifique estas situaciones y permita recuperar la satisfacción del mismo.
Los indicadores de calidad son una herramienta de medición que permiten hacer el seguimiento de la calidad que se está ofreciendo al paciente así como las desviaciones que se puedan producir en la atención. De esta forma, se pueden tomar medidas preventivas y/o correctoras para asegurar la mejora en el tiempo.
Nuestros objetivos son:
Realizar una comparativa de las evaluaciones comprendidas desde el año 2013 al año 2015, con el fin de establecer un plan de mejora, para ello anteriormente se ha realizado una evaluación del cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el HUV Macarena en relación a: -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 y Medicación de alto riesgo.
Material y Método:
La metodología empleada se ha basado en una observación directa, realizando una comparativa entre los distintos periodos, siendo el periodo comprendido para su realización:
_ Auditoria 2013: entre el 27 mayo y el 19 junio.
_ Auditoria 2014: entre el 7 y el 27 de enero.
_ Auditoria 2015: entre el 23 marzo y el 24 de abril.
El equipo auditor está conformado por los miembros de la Comisión de Procesos, protocolos y normalización junto con la Unidad de Calidad. Para la recogida de datos, se ha utilizado una plantilla elaborada a tal efecto.
Resultados:
Auditoria 2013
_ Identificación de pacientes: 100%
_ Medicación correctamente identificada: 100%
_Viales multidosis: 80%
_ Medicación termosensible: correcto
_ Control de enfermería: correcto
_ Control de caducidades: correcto
_ Carro de parada: correcto.
Auditoria 2014
_ Identificación de pacientes: 84,6%
_ Medicación correctamente identificada: 100%
_Viales multidosis: 100%
_ Medicación termosensible: correcto
_ Control de enfermería: correcto
_ Control de caducidades: correcto
_ Carro de parada: correcto.
Auditoria 2015
_ Identificación de pacientes: 88,9%
_ Medicación correctamente identificada: 100%
_Viales multidosis: 100%
_ Medicación termosensible: correcto
_ Control de enfermería: correcto
_ Control de caducidades: correcto
_ Carro de parada: correcto.
Discusion:
Según los datos obtenidos a lo largo de estos tres años llegamos a la conclusión de que hay una leve incidencia en el campo de identificación del paciente, por lo cual propusimos un área de mejora en este indicador.
Dentro de la sistemática de la planta se ha delegado a la auxiliar fija de mañana revisar que todos los pacientes estén correctamente identificados, en caso contrario esta se pondría en contacto con admisión y solicitaría las pulseras para estos pacientes no identificados.

P-77

Centro:

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Provincia:

Coruña, A

AreaTematica:

Gestión Clínica IV, Gestión por Procesos I y Seguridad del Paciente I

PRESCRIPCIÓN VERBAL DE MEDICAMENTOS

Autores:

MARTÍN HERRANZ M.I.; GARCÍA QUEIRUGA M.; CALVÍN LAMAS M.; MARTÍNEZ BÉJAR M.; MARTÍNEZ BUGALLO A. Y NAVASQUILLO LORDA A..

Objetivos:

La prescripción verbal (PV) de un medicamento genera una probabilidad de error mayor que la prescripción escrita. Factores ambientales como el ruido, las interrupciones o bien nombres de medicamentos similares o poco familiares pueden incrementar el riesgo de error. Asimismo, en la transmisión de una prescripción verbal cuantos más intermediarios sin orden escrita haya, mayor probabilidad de equivocación existe. En el Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del

sistema de utilización de los medicamentos del ISMP, el criterio esencial nº 4 de "Métodos de comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación de los pacientes están estandarizados y automatizados para minimizar el riesgo de errores", incluye tres puntos de evaluación sobre la prescripción verbal (nº 58, 59 y 60). Nuestro objetivo es describir las actuaciones llevadas a cabo en un complejo hospitalario universitario de tercer nivel para establecer unas recomendaciones para el uso seguro de las prescripciones verbales.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal sobre las actuaciones desarrolladas en un hospital de tercer nivel para establecer unas recomendaciones sobre el uso seguro de la prescripción verbal. En 2014 se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar (médicos, enfermería, farmacéuticos, dirección). Se procedió a realizar una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos recopilando toda la información disponible sobre el tema. Se redactó un documento que fue aprobado por el comité directivo del hospital.

Resultados:

Nº de reuniones del grupo de trabajo: 4. Elaboración de un documento que recoge 8 recomendaciones de seguridad para aplicar en el caso de una prescripción verbal: 1.-Situaciones o procedimientos donde se acepta una PV (urgencia vital y procedimientos estériles); 2.-Medicamentos para los que no se aceptan PV; 3.-Procedimiento a seguir en una PV; 4.-Profesionales autorizados para recibir una PV; 5.-Acciones a seguir por el médico que realiza una PV; 6.- Acciones a seguir por el profesional que recibe una PV; 7.-Información complementaria en una PV; 8.-Información que debe incluir el registro de una PV.

Se procedió a la elaboración de un póster divulgativo con la política de seguridad establecida y las recomendaciones para una realizar prescripción verbal.

Discusion:

Dentro de las políticas de seguridad en la utilización de medicamentos, se recomienda disponer de unas recomendaciones para la gestión de prescripciones verbales y la minimización de eventos adversos que pudieran asociarse a las situaciones en las que éstas se producen. La elaboración de estas recomendaciones en nuestro hospital establece un marco de actuación para incrementar la seguridad en las situaciones en las que la prescripción verbal es necesaria.

P-78

Centro:
HOSPITAL UNIVERSITARIO VVIRGEN MACARENA
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Seguridad del Paciente II

ESCALAS Y REGISTROS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ICTUS, UN ANTES Y UN DESPUES EN EL CONTROL DEL PACIENTE NEUROLOGICO

Autores:
RUIZ BAYO L.; TENA GARCIA B. Y LOPEZ MARCOS M.J..

Objetivos:

Cada 6 minutos se produce un ictus en España. En abril del 2013 comenzó a funcionar la Unidad de Ictus de nuestro hospital,donde un equipo multidisciplinar de profesionales,se integran con el objetivo de proporcionar unos cuidados de calidad a los pacientes que sufren un ictus y garantizar la seguridad del paciente.

Objetivos:

•Realizar una actuación protocolizada con el fin de mejorar la morbilidad y la mortalidad.

•Formación del personal de enfermería para el correcto pase de las escalas y unificación de criterios para evitar sesgos o diferencias de interpretación.

•Establecer cronograma de controles de los pacientes de la Unidad de Ictus.

•Detectar precozmente el deterioro neurológico de los pacientes.

Material y Método:

Previa a la apertura de la unidad,se realizó una formación acreditada por la agencia de calidad para todos los profesionales de Neurología Los registros que enfermería lleva a cabo en la Unidad son los siguientes:

•Monitorización del paciente: EKG, TA, Saturación O2, Tª, FC

•Escala Canadiense: es una de las escalas más clásicas en la valoración de la capacidad funcional del ictus en pacientes que no estén estuporosos o en coma. Se administra fácil y rápidamente, y sirve para monitorizar la evolución del paciente en las primeras fases del ictus, fundamentalmente. Valora el nivel de conciencia, el lenguaje, la orientación y la respuesta motora, y contempla la posibilidad de pacientes afásicos o con imposibilidad de comunicarse.

•Indice de Barthel: nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD)

•Escala de Rankin modificada: se utiliza para medir el resultado funcional tras un ictus

•Test de deglución: diagnóstico de la disfagia neurológica

Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional donde mediante una hoja de registro propia se han analizado los datos del 100% de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus de nuestro hospital en el primer semestre de este año.

Resultados:

En el primer semestre del 2015 han sido ingresados en la unidad de Ictus 163 pacientes.

A un 15.2% se le diagnosticó i.hemorrágicos y a un 84.8% i.isquémicos. De ellos el 64.41% eran hombres y el 35.58% mujeres.

La estancia media en la unidad es de 2-3 días donde los pacientes están en monitorización continua.

Al 26.5% de estos pacientes se detectaron alteraciones cardiacas que sin la existencia de la unidad nunca hubieran sido detectadas

El 33% de pacientes fueron alta directa a domicilio sin necesidad de pasar por hospitalización, sin secuelas o secuelas mínimas.

Al 100% de los pacientes se le pasaron todas las escalas siguiendo el cronograma de la unidad.

El 100% de los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad han recibido la formación de la Unidad de ictus.

Discusion:

La enfermería es un pilar fundamental para el correcto funcionamiento de la unidad de ictus y el adiestramiento en el paso de escalas mejora la deteccion del deterioro neurologico.

P-79

Centro:

AGS NORTE DE HUELVA

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS ATENDIDO EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Autores:

CARABALLO CAMACHO N.; PALANCO PARREÑO A.; TORRES MARIN M.D.; JIMÉNEZ MÁRQUEZ M.D. Y CONTRERAS TORRADO I..

Objetivos:

- Identificar los pacientes con alto riesgo de caídas que son atendidos en nuestra unidad y proporcionarles información y asesoramiento para prevenir las caídas.
- Incrementar la seguridad del paciente a través de acciones específicas.
- Realizar acciones de mejora continua.

Material y Método:

- Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas para localizar evidencia sobre prevención del riesgo de caídas.
- Análisis y discusión entre los miembros del equipo para elaborar un protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de caídas

Resultados:

Valoración e identificación de pacientes con alto riesgo de caídas al inicio del tratamiento (puntuación mayor de dos en la escala de Downton).

Adopción de medidas para evitar las caídas de pacientes con alto riesgo en la unidad:

- Distribución de pacientes en el horario de tratamiento para que no coincidan más de tres usuarios en la sala con alto riesgo de caídas.
- Acompañamiento del paciente durante el tratamiento en sala por parte del personal auxiliar de enfermería y celador.
- Colocación en los espacios más adecuados para su vigilancia.
- Poner a su alcance las ayudas técnicas necesarias (muletas, andadores y sillas de ruedas) y comprobar el buen estado de las mismas para evitar caidas.
- Enseñanza, ayuda y/o supervisión en transferencias y desplazamientos.
- Empleo de medidas de contención y/o sujeción mecánica si son necesarias.
- Uso de prótesis si son necesarias (gafas, audífonos, etc).

Proporcionar información y consejo al paciente y los familiares para evitar caídas en el domicilio mediante la entrega de un tríptico informativo con recomendaciones para que su domicilio sea un lugar seguro (eliminar obstáculos del suelo, buena iluminación, objetos de uso frecuente a su alcance, tiras antideslizantes o alfombrillas en superficies resbaladizas, calzado adecuado, uso de ayudas técnicas y pasamanos, paso de décubito a sedestación y bipedestación, etc).

Discusion:

Las caídas representan un problema común y persistente, con graves repercusiones físicas, psíquicas, sociales y económicas.

La prevención debe ser considerada la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación con las caídas.

Los programas de prevención han demostrado ser eficaces para reducir el número de caídas.

P-80

Centro:

Hospital Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

PULSERA IDENTIFICATIVA COMO DISPOSITIVO PARA LA PREVENCIÓN DE UN EVENTO ADVERSO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:

LUNA GALVEÑO S.; SEL ESCALANTE M.C. Y MARTÍN LUNA M..

Objetivos:

Con el fin de minimizar el riesgo de identificación inadecuada de pacientes y mejorar la seguridad del paciente (SP) en un Servicio de Urgencias (SU) se pone en marcha un procedimiento de identificación inequívoca mediante pulseras identificativas (PI), desde el momento del ingreso como la persona perceptora del servicio.

Material y Método:

Las PI son dispositivos de identificación de personas.

La población objeto de nuestro protocolo está compuesta por los pacientes que ingresan a través de admisión de urgencias o de la sala de críticos del SU.

Para implantar las PI se promueven los siguientes pasos:

1. Desarrollar una cultura de seguridad en torno a la identificación del paciente a través de seriadas sesiones.
2. Realización de auditorías para comprobar la implementación (la lleva/no la lleva)
3. Integrar la actividad de identificación de pacientes a través de las PI en la gestión del riesgo.
4. Involucrar y comunicar al paciente y/o acompañante en la utilización de las PI.
5. Promovemos la notificación de la colocación, retirara provisional o definitiva.
6. Evaluar los resultados obtenidos tras la implantación del protocolo de identificación de pacientes en el SU.
7. Implantar soluciones para prevenir el daño.

Resultados:

La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante de error en la práctica asistencial que puede desembocar en un EA. Las PI son dispositivos que ayudan a minimizar los errores asociados a la identificación del paciente, como en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de hemoderivados, etc…

Discusion:

Un sistema de identificación de pacientes garantiza la correcta filiación; máxime cuando se trata de pacientes con problemas para identificarse (otros idiomas, inconscientes, discapacidad auditiva, mudas, etc).

La utilización de este protocolo es una herramienta beneficiosa para entablar una relación de confianza y seguridad con el paciente.

P-81

Centro:

HUV.MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

CONCILIACION DE LA MEDICACION: AREAS DE MEJORA EN LA UGC DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HUV.MACARENA

Autores:

TENA GARCIA B.; LOPEZ MARCO M.J.; RUIZ BAYO L.; ESTRADA MOLINA F.; ACOSTA MOSQUERA M.E. Y ACOSTA SALAS R.C..

Objetivos:

• Prevenir los errores de medicación que pueden ocurrir en la transición asistencial de los pacientes.

• Asegurar que al ingreso se produce la primera conciliación de la medicación, valorando el prescriptor la continuidad, la suspensión o la modificación del tratamiento domiciliario del paciente.

• Considerar en los traslados no sólo la medicación que el paciente estaba recibiendo en la unidad asistencial desde la que se traslada, sino también la medicación domiciliaria al ingreso, que puede resultar apropiado continuar, reiniciar, suspender o modificar.

• Valorar la medicación que el paciente estaba tomando antes del ingreso y la prescrita en el hospital con la medicación que debe tomar después del alta y asegurar que todos los cambios son intencionados y que todas las discrepancias se solucionan antes del alta.

• Instaurar áreas de mejora.

Material y Método:

Auditoria Interna: Se evaluaron indicadores(Registro de la medicación domiciliaria al ingreso del paciente, calidad del registros, y al alta)

La elaboración del informe de la auditoría interna y su gestión en el seno de cada UGC, así como áreas de mejora.

Periodo de estudio. MARZO Y ABRIL DE 2015.

Resultados:

Indicador 1:60%

Indicador 2: 66.66%

Indicador 3: 93,3%

Indicador 4: 86,66%

Indicador 5: 62%

Discusion:

Reforzar la difusión de los procedimientos de conciliación elaborados por cada UGC.

• Insistir en una adecuada recogida de la lista de medicación domiciliaria al ingreso del paciente detallando explícitamente, dosis, pauta, vía de administración y duración del tratamiento, tal y como se especifica en los procedimientos de conciliación

• La lista de medicación domiciliaria la recogerá el médico en la hoja de anamnesis

• Si se constata que el paciente no tiene medicación domiciliaria, reflejar este hecho en la historia clínica (anamnesis).

• Evitar en la prescripción médica el uso de frases como "Seguir tratamiento domiciliario" o "resto de tratamiento igual".

• Fomentar la consulta al farmacéutico referente de cada UGC para resolver cualquier duda en el proceso de conciliación de la medicación de los pacientes.

• En el informe de alta médico evitar frases como "Seguir el tratamiento domiciliario previo al ingreso": debe recoger el tratamiento actualizado que el paciente debe seguir en su domicilio, detallando explícitamente, dosis, pauta, vía de administración y duración del tratamiento.

• Fomentar la autoauditorias en cada UGC. Para ello desde la Unidad de Calidad se ofertará un PNT para disminuir la variabilidad y sesgos.

P-82

Centro:
AGENCIA SANITARIA BAJO GUADALQUIVIR
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Seguridad del Paciente II

ESTRATEGIA FRENTE AL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Autores:
GONZALEZ GARCIA M.; BOUZA GARCIA C. Y SANTANA FLORES J..

Objetivos:

Describir la estrategia de actuación frente al desabastecimiento de medicamentos, que incluye su pronta detección, conocimiento de la causa y el análisis de su alcance en nuestro entorno.

La finalidad es que el paciente resulte mínimamente afectado por no disponer del medicamento.

Material y Método:

El equipo de profesionales del AGC del Uso del Medicamento lleva desde 2009 desarrollando una estrategia sistemática y ágil cuyo algoritmo de trabajo se basa en:

- DETECCIÓN rápida del desabastecimiento: manejo de las herramientas de comunicación de organismos oficiales y búsqueda en:

1. La web oficial de la AEMPS

2. El SSPA: dispone en su web de información actualizada al respecto.

3. El Servicio de Farmacia Hospitalaria y Suministros Farmacéuticos del SAS.

4. Los laboratorios farmacéuticos.

5. El paciente.

- CONOCER LAS CAUSAS del mismo y su duración en el tiempo.

- ANALIZAR EL ALCANCE DEL PROBLEMA EN NUESTRO MEDIO: medicamento incluido en la Guía Farmacoterápeutica (GFT) de la ASBG u objeto de prescripción en receta.

- PROPONER ALTERNATIVAS DE SUMINISTRO DE ESE MEDICAMENTO.

- COMUNICAR CUANTO ANTES a los profesionales de la salud y por ende al paciente.

- GARANTIZAR DISPONIBILIDAD DEL MEDICAMENTO INCLUIDO EN LA GUÍA FARMACOTERAPEUTICA (SI QUEDARAN EXISTENCIAS) Y POSTERIORMENTE ACCESO A SU ALTERNATIVA

Resultados:

Desde 2013 en nuestra entidad hemos registrado 29 especialidades farmacéuticas desabastecidas que afectan directamente a medicamentos incluidos en nuestra GFT. De estos 29:

- 12 no son sustituibles y se han tenido importar a través de Medicamentos Extranjeros. 8 de estos medicamentos siguen desabastecidos y 4 han vuelto a comercializarse a nivel nacional.

- 9 se han cambiado por otros medicamentos con igual principio activo y vía de administración.

- Y en 8 se ha buscado una alternativa terapéutica para incluirla en la GFT.

En todos los casos anteriores, el desabastecimiento se ha detectado y notificado previamente por correo electrónico de forma rápida y selectiva a los profesionales. Adicionalmente se colgó en la intranet en el apartado de Uso del Medicamento esta documentación para su consulta posterior.

De los desabastecimientos que han afectado a medicamentos de prescripción en recetas, 4 han sido particularmente importantes en nuestro entorno.

Discusion:

El desabastecimiento de medicamentos en nuestro país es un problema global y, por tanto, necesita de una solución también global que tenga en cuenta las causas, implique la normalización de la trazabilidad correcta y legal del medicamento y que facilite el acceso al medicamento alternativo al paciente.

La globalidad de la solución no va en detrimento del desarrollo de una estrategia local en nuestra entidad. Una estrategia que acerque esa solución al profesional y al paciente, y por supuesto, que aporte nuestro granito de arena a la Estrategia que a nivel nacional lleva a cabo el Ministerio a través de la AEMPS y el SSPA en nuestra Comunidad.

P-83

Centro:

HUVV VIRGEN DE LA VICTORIA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE LA FLEBITIS

Autores:

CARREÑO SANCHEZ M.R.; GARCIA MATEZ S.; HIJANO CUETO M.C.; TEJEDOR VALCACER P.; CRUZADO ALVAREZ C. Y ESCOLAR GARCIA J.J..

Objetivos:

El objetivo de este trabajo es monitorizar el manejo de vías venosas en las unidades hospitalización.

Material y Método:

Estudio analítico observacional. Se seleccionaron aleatoriamente 9 controles de enfermería, se revisaron todos los pacientes hospitalizados. Para la recogida de datos se elaboró un formulario con 11 items de respuestas cerradas. Se utilizó la escala Maddox para evaluar el NOC 703: severidad de la Infección. Se midió la práctica de enfermería en la prevención de flebitis a través del NOC 1902: control del riesgo. Indicador 190206: se compromete con estratégias de control del riesgo.

Resultados:

Se revisaron 324 pacientes, el 57,7% de ellos portaban catéteres venosos; el 87% periférico corto. El 35,3% de los pacientes tenían prescrito tratamiento antibiótico, un 17% no tenían tratamiento intravenoso. En el 68% de los casos no se veía el punto de inserción. El 94 % de los pacientes no presentaba signos de flebitis: valor medio del NOC 0703 fue 4,93. Se identifican áreas mejora en el mantenimiento de vías venosas, el valor medio del NOC 1902 fue de 3,41.

Discusion:

Se hace necesario disminuir la variabilidad en el manejo de los accesos vasculares para prevenir y disminuir los eventos adversos. Las principales áreas de mejora se relacionan con la formación del personal para disminuir la variabilidad y normalizar el proceso desde la indicación a la retirada de accesos venosos. Implantación de protocolos y su seguimiento.

P-84

Centro:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

ACTUACION EN EL TRASLADO A PLANTA DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO DE UCI

Autores:

NUÑEZ LOPEZ R.; GONZALEZ DELGADO M.C.; MIGUEZ CRESPO M.R. Y GONZALEZ CARO M.D..

Objetivos:

Nuestro objetivo es dar a conocer las pautas de actuación más importantes a la hora de trasladar a pacientes traqueostomizados de uci a unidad de hospitalización, aunque estos pacientes pueden estar de forma estable en uci, hemos detectado que puede existir un alto porcentaje de muertes al poco tiempo de haberse realizado el traslado a una unidad de hospitalización, por imposibilidad de gestionar el paciente su propia hipersecreción bronquial.

Material y Método:

Tras un estudio realizado en nuestra unidad en el año 2014, se establecen pautas para una correcta actuación.

Resultados:

El resultado deseado es el descenso del número de fallecidos al poco tiempo de su traslado de la uci a la unidad de hospitalización por imposibilidad de manejar hipersecreción bronquial.

Discusion:

Tras la implantación de normas de actuación, destacar que la continuidad de los cuidados de Enfermería, tienen como momento crucial el traslado de los pacientes de uci a las unidades de hospitalización, a pesar de los registros enfermeros existentes. La detección de pacientes frágiles, la mejora de la comunicación inter unidades y pautas específicas de actuación son piezas claves para garantizar la seguridad del paciente.

P-85

Centro:

HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

ACTIVIDADES ENFERMERAS ANTE EL PACIENTE CON DOLOR AGUDO

Autores:

MARTÍNEZ LARA C.; PÉREZ JIMÉNEZ J.M.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ A.M.; VALDERAS MARTÍN C.; FERNANDEZ GARRIDO C. Y CASIELLES GARCÍA J.L.

Objetivos:

-Analizar las actividades que los profesionales de enfermería llevan a cabo en en el circuito perioperatorio del paciente con dolor agudo.

-Estudio piloto para posterior elaboración de Guía contra el dolor agudo dirigido a los profesionales de enfermería de la UGC de Anestesia y Unidades Quirúrgicas.

Material y Método:

- Información recopilada de la base de datos de la UDAP

- Método cuantitativo

- Estudio realizado durante el año 2014

Resultados:

- Analizar descriptivamente las actividades enfermeras que se realizan diariamente en el paciente con dolor agudo intervenido quirúrgicamente con gráficos estadísticos.

Discusion:

Los centros hospitalarios deben contar con protocolos y procedimientos específicos dirigidos a los pacientes con dolor agudo. Desde el Hospital Virgen Macarena, los profesionales de enfermería realizan las actividades dirigidas a estos pacientes siguiendo los criterios de la calidad asistencial que se potenciaría con la futura elaboración de la Guía Enfermera contra el dolor agudo.

P-86

Centro:

APES Hospital de Poniente

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

INTERRUPCIONES POR LLAMADAS TELEFONICAS EN EL AREA DE ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Autores:

GONZÁLEZ VAQUERO D.; CASTRO VIDA M.A.; FAYET PÉREZ A.; GIMENO JORDÁ M.J.; MARTOS ROSA A. Y AVILA CABRERA F..

Objetivos:

Analizar las llamadas telefónicas recibidas en el área de Atención Farmacéutica (AF) y Dispensación de Medicamentos a pacientes hospitalizados.

Material y Método:

El estudio se realizó en un hospital comarcal de 291 camas. Se registraron durante dos semanas, en turno de mañana de lunes a viernes, las llamadas recibidas en el área de AF y Dispensación de Medicamentos a pacientes hospitalizados, clasificándolas en llamadas importantes y no importantes, diferenciando el área de hospitalización desde donde se realizó la llamada. Dentro de las no importantes se diferenciaron las llamadas para petición de cartucho para el tubo neumático (CTN). Se clasificaron 15 grupos: 13 grupos correspondientes a cada una de las plantas de hospitalización (Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Salud Mental Agudos -SMA-, Hospital de Día de Salud Mental, Cirugía-Urología-Otorrino (CIR), Traumatología, Cardiología-Neurología, Digestivo, Neumología, Medicina Interna -MI-, UCI, Reanimación –REA-, Observación y Urgencias), un grupo llamado "internas"(de las diferentes áreas de Farmacia), y "otras"(pacientes ambulatorios, hospital de día, hemodiálisis, consultas externas, y consultas de información individualizadas). El criterio de importancia se estableció según la llamada tuviera relación con las actividades farmacéuticas del área en cuestión.

Resultados:

Se recibieron un total de 214 llamadas. De éstas 114 fueron importantes (53.3%) y 100 no importantes (46.7%). La media de llamadas diaria recibida fue 21,4: importantes 11,4 y no importantes 10. Del total de no importantes 56 (56%) fueron para petición de CTN, siendo la media diaria 5,6. La media de llamadas por planta fue 14,3. Los máximos correspondieron a los grupos "otras" e "internas" (35 y 33), y los mínimos a SMA y REA (0 y 1). El resto de grupos se situó en un intervalo entre 7 y 18 llamadas en total. Los resultados en cada de uno de los grupos en base al criterio importante/no importante (CTN) fueron: Ginecología y Obstetricia 9/9(7), Pediatría 11/6(5), SMA 0/0(0), Hospital de Día de Salud Mental 2/5(1), CIR 5/9(7), Traumatología 4/7(5), Cardiología-Neurología 4/11(8), Digestivo 5/6(2), Neumología 5/6(3), MI 5/11(9), UCI 6/6(3), REA 1/0(0), Observación/Urgencias 8/5(4), "internas" 23/10(0),"otras" 26/9(2).

Discusion:

El turno de mañana es el de mayor actividad, con interrupciones de diferente tipo, entre las que se encuentran numerosas llamadas telefónicas, 21 llamadas diarias, originando interrupciones en la dinámica del trabajo de los profesionales implicados en la validación y dispensación de los tratamientos. Casi la mitad de las llamadas no son importantes, y de ellas más del 50% son para solicitar CTN. Debemos encontrar soluciones para disminuir las interrupciones y minimizar la posibilidad de errores. Parece claro que aumentar o distribuir eficazmente el número de CTN supondría una disminución de llamadas para su petición y se podría emplear más tiempo en cuestiones importantes.

P-87

Centro:

CRITICOS DEL ADULTO HRUM

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente II

INSTAURACIÓN DE DOBLE CHECK EN TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS TRAS ANALISIS CAUSA RAIZ DE UN EVENTO ADVERSO

Autores:

ROMERO TROYANO M.M.; TORRES CAMPOS M.; RIVERA ROMERO R.L.; SANCHEZ GALLARDO A.L.; SANCHEZ GALLARDO A.N. Y CABRERA GODOY F..

Objetivos:

Evitar administración incorrecta de hemoderivados a pacientes por errores en la identificación de la sustancia o el paciente.

Material y Método:

El Material utilizado será una hoja de verificación de identidad tanto del paciente como del hemoderivado en cuestión y que deberá ser firmada por dos profesionales, el que administra el hemoderivado y un segundo compañero de unidad que hace las funciones de doble check, instaurándose así una nueva barrera de seguridad en el procedimiento.

El Método elegido es un AMFE que se ha realizado para analizar un evento centinela de la unidad. Se enumeran las actividades del AMFE que se ha llevado a cabo

Resultados:

Se ha resuelto la utilización de una hoja de transfusión en la que se identifica inequívocamente a paciente y producto hemoderivado a pie de cama justo antes de la administración. Se espera que no vuelvan a ocurrir eventos adversos por identificación errónea.

Discusion:

Tras la evaluación del efecto que produce el riesgo y el circuito de administración de hemoderivados, el equipo de trabajo resuelve la asunción de éste nuevo sistema de seguridad para minimizar la aparición de un nuevo evento. Dada la importancia del resultado del error, se asume esta tarea por parte del equipo de trabajo ya que aporta un alto grado de seguridad.

P-88

Centro:
Agencia Sanitaria Hospital de Poniente
Provincia:
Almería
AreaTematica:
Seguridad del Paciente II

IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CORRECTO MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA

Autores:
ÁVILA CABRERA F.; CASTRO VIDA M.A.; HIERRO PEDROSA C.M.; GONZÁLEZ VAQUERO D.; BENAVIDES TORRES G.L. Y GIMENO JORDÁ M.J..

Objetivos:

Implantar un procedimiento explícito de manejo de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) y así minimizar errores en su dispensación, dentro del plan de Seguridad del Paciente del Área Integral de Gestión de Farmacia Hospitalaria.

Material y Método:

Se realizó la revisión de la publicación actualizada del listado de MAR del Instituto para el uso Seguro del Medicamento (ISMP), de los MAR incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del Hospital y dispensados desde el Área de Farmacia. Se revisaron las existencias y la ubicación de dichos medicamentos en las diferentes áreas de la Farmacia (Unidosis, Laboratorio, Almacén, Consulta de Pacientes Externos). Con todo ello se realizó la selección de los MAR a etiquetar en todas las áreas. Se planificaron sesiones formativas a los Técnicos de Farmacia (TF) sobre MAR y sobre los protocolos existentes en el hospital (protocolo de utilización de cloruro potásico iv). Se diseñaron documentos informativos para los profesionales. Se diseñaron etiquetas para los MAR **Resultados:**

Se seleccionaron 29 MAR y se realizaron etiquetas identificadas como "Medicamento de Alto Riesgo": presentaciones iv de medicamentos de Unidosis/Dispensario/Laboratorio y Cámara Frigorífica: adrenalina, alteplasa, amiodarona, cloruro potásico 1M y 2M, cloruro sódico 20%, digoxina, dopamina, epoprostenol, esmolol, fosfato potásico, glucosa 50% ampollas de 10 ml (glucosmón), heparina sódica 5% y 1%, ketamina, labetalol, lidocaína, midazolam, nitroprusiato sódico, noradrenalina, propofol, rocuronio, sulfato de magnesio, suxametonio, tencteplasa, vasopresina. Y orales: acenocumarol, rivaroxabán, apixabán. Se realizaron 2 sesiones a los TF sobre MAR: concepto, ejemplos, errores relacionados, protocolo de manejo de cloruro potásico, y etiquetado de MAR. Se realizaron documentos informativos que se han instalado en las diferentes áreas de Farmacia: listado del ISMP, carteles incluyendo los MAR seleccionados de la GFT. Se diseñó un cartel para el almacén carrusel sobre los MAR ubicados en él. Incluye normas de dispensación de Cloruro Potásico y de MAR. Se identificaron con carteles y etiquetas informativas los envases clínicos de MAR ubicados en almacén fuera de carrusel. En la recepción de medicamentos se identificarán con la etiqueta MAR. Se informó a todos los profesionales del área de Farmacia de las nuevas medidas tomadas.

Discusion:

La implantación de todas estas medidas ha aumentado la formación de los TF, siendo más conscientes de la importancia del correcto manejo y dispensación de los MAR, para evitar errores que alcancen al paciente. También ha mejorado la ubicación/organización del almacén de Farmacia. Esto tiene gran importancia ya que los MAR son aquellos que tienen un "riesgo" muy elevado de causar daños graves o mortales cuando se produce un error en su utilización. Por todo ello, los MAR han de ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad clínica que se establezcan en los hospitales.

P-89

Centro:

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO MALAGA

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

EL USO DE PANELES DE COMUNICACIÓN FÁCIL MEJORAN LA SEGURIDAD DE PACIENTES CON DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN.

Autores:

MARTÍNEZ FERNÁNDEZ M.; LOPEZ BURREZO P.; FRAIZ PADIN A.; TORRES RUIZ F.; DE PABLOS A. Y EDUARDO .GONZALEZ P..

Objetivos:

Esta estrategia se incluye dentro de un proyecto de implantación para contribuir a la accesibilidad universal de nuestro Hospital . Crear así escenarios clínicos más efectivos, más seguros para las personas, y más eficientes para el sistema.

Objetivo general

Mejorar la accesibilidad universal al centro, usando paneles de Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA).

Objetivos específicos

Creación de paneles de señalización y libros de comunicación por áreas en comunicación fácil .

Diseñar paneles llevan unos códigos Qr, que escaneados nos llevan a un vídeo locutado, audio descrito y en lengua de signos.

Diseñar libros de comunicación en formato accesible y braille.

Colocar los paneles en lugares estratégicos del Hospital como son el Área de Información, Sala de Extracciones , Consultas y Urgencias.

Material y Método:

Se realiza una valoración desde una perspectiva general, obtuvimos un informe de accesibilidad a partir del cual se propuso la creación de paneles informativos en Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), los cuales fueron validados. El diseño se realiza con una plataforma llamada ARASAAC por un grupo multidisciplinar de trabajadores del Hospital realiza una valoración desde una perspectiva general, obtuvimos un informe de accesibilidad a partir del cual se propuso la creación de paneles informativos en Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), los cuales fueron validados. El diseño se realiza con una plataforma llamada ARASAAC por un grupo multidisciplinar de trabajadores del Hospital con ayuda de ATOLMI, Asociación de Terapia Ocupacional y Laboral de Personas con Discapacidad con ayuda de ATOLMI, Asociación de Terapia Ocupacional y Laboral de Personas con Discapacidad

Resultados:

Los productos de apoyo para la comunicación incluyen recursos tecnológicos,ordenadores personales y tablets con programas especiales,pero también los diferentes sistemas de signos pictográficos,recursos no tecnológicos, como los tableros y los libros de comunicación. en nuestro caso se ha diseñado el cartel de Deberes y Derechos con Qr y libro de comunicación para consulta de extracciones.

Discusion:

Los sistemas pictográficos se aplican a personas que no están alfabetizadas a causa de la edad o la discapacidad. Tienen la ventaja de permitir desde un nivel de comunicación muy básico, se adapta a personas con niveles cognitivos bajos o en etapas muy iniciales, hasta un nivel de comunicación muy rico y avanzado, Los sistemas pictográficos más usados en los diversos territorios del estado español son el sistema SPC (Sistema Pictográfico de Comunicación) y el sistema ARASAAC, desarrollado por este propio Portal Aragonés de CAA y que es de libre disposición con licencia Creative Commons.Otra actividad que aumenta la seguridad de los pacientes ,mejora la calidad y el trabajo colaborativo.

P-90

Centro:

Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba

Provincia:

Córdoba

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA VALORAR EL GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURIDAD QUIRÚRGICA.

Autores:

CASTRO LUQUE J.M.; SÁNCHEZ GONZÁLEZ A.M.; MORENO ARROYO V. Y CASTILLO MOYA F.A..

Objetivos:

Valorar el grado de implantación y los factores asociados a la cumplimentación del listado de verificación de seguridad y detectar áreas de mejora.

Material y Método:

La auditoría se desarrolló como un estudio transversal retrospectivo. Se obtiene muestra de 175 HC para las intervenciones programadas y 156 para urgentes de distintas especialidades. Recogida de datos,se emplea una hoja de cálculo excel que contiene fórmulas para el cálculo de indicadores. La revisión la realiza la misma persona para disminuir al mínimo el sesgo.

Resultados:

Total de 1954 intervenciones entre el 1/1 y 30/6, 1287 durante 516 sesiones de trabajo programadas y 667 de urgencia.

Resultados globales: se observó que el LVSQ estaba presente en el 68,98% de los 332 casos estudiados estando cumplimentado correctamente en el 14,16%. En un 54,82% de los casos estaba cumplimentado parcialmente, en un 14,76% no estaba registrado, encontramos errores al abrir la aplicación en un 10,84% y no procede registrarlo en el 5,42% de los casos.

En las intervenciones programadas el LVSQ está en el 86,35% de las HC revisadas y en las intervenciones de urgencia se encuentra en el 49,35% de las HC.

Los errores al abrir la aplicación se dan 6 veces más en intervenciones urgentes que en programadas.

Agrupando los ítems según las fases en las que se divide el listado antes de la inducción: se cumplimenta en el 85,16% de los LVSQ cumplimetados parcialmente antes de la incisión: en un 3,84% y antes de la salida: en un 60,44% no existiendo diferencias significativas en cuanto a actividad programada o urgente.

Discusion:

El LVSQ se utiliza pero no se cumplimenta siempre ni de forma homogénea. El LVSQ se encuentra en casi el 69% de las HC auditadas aunque estos datos indican que una mejora en la utilización del LVSQ es posible.

Las deficiencias en la cumplimentación no son homogéneas en todos los apartados del LVSQ ni por los profesionales que intervienen en el proces, las causas que pueden originar estas diferencias, habría que estudiarlas profundamente, entre ellas, quizás se encuentre la dificultad de algunos profesionales para acceder al soporte informático donde se registra, el cansancio de los profesionales tras la intervención quirúrgica, el déficit de formacióninformación sobre el listado, ideología de trabajo en equipo, escasez de tiempo, entre otras.

P-91

Centro:
Hospital Universitario San Cecilio
Provincia:
Granada
AreaTematica:
Seguridad del Paciente III

ELABORACIÓN DE ENJUAGUE BUCAL DE TACRÓLIMUS 0,03% A PROPÓSITO DE UN PACIENTE AFECTADO DE PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO

Autores:
MORENO RAYA P.M.; CASAS HIDALGO I. Y RODRÍGUEZ DELGADO A.

Objetivos:

El pénfigo paraneoplásico se caracteriza por la erupción mucocutánea polimorfa de naturaleza autoinmune asociada generalmente a una neoplasia interna, en el caso de nuestro paciente, carcinoma epidermoide pulmonar.

Tras el fracaso terapéutico con otros medicamentos, se procedió a la búsqueda bibliográfica de una fórmula que redujera la grave sintomatología que padecía el paciente, que incluia dolor intenso y dificultad para la deglución debido a las lesiones en la mucosa oral.

Por ello, optamos por la elaboración de una fórmula magistral de tacrólimus a una concentración del 0.03% para enjuague bucal.

Material y Método:

Dado que el tacrólimus es un medicamento inmunosupresor y de elevada toxicidad, trabajamos en cabina de flujo laminar vertical.

Tras revisión bibliográfica, elaboramos una primera fórmula con jarabe simple en base a otra que estaba destiada para ser ingerida. Puesto que nuestra fórmula era para uso tópico en la cavidad oral nos surgió el problema del posible riesgo de caries dentales como reacción adversa.

Por tanto, procedimos a la elaboración de nuestra fórmula, utilizando agua como vehículo y carboximetilcelulosa sódica como viscosizante. Para un volumen final de 200ml necesitamos 2 gramos de carboximetilcelulosa sódica que mezclamos con agua purificada en continua agitación para así obtener una solución viscosa y homogénea. Una vez que dicha solución tuvo aspecto transparente la adicionamos de forma geométrica a 60mg de tacrólimus en polvo (12 cápsulas de 5mg) que habíamos dispuesto previamente en un mortero.

Resultados:

El producto acabado lo envasamos en un frasco de vidrio topacio debidamente etiquetado.

La fórmula magistral obtenida tiene aspecto transparente y homogéneo de consistencia de gel.

La viscosidad es adecuada para la adhesión del principio activo a la mucosa oral, tiene buena palatabilidad y estabilidad. Dado que la fórmula no contiene conservantes, le atribuimos 10 días de caducidad a una temperatura de entre 2 y 8ºC.

En cuanto a la clínica del paciente, comenzó a observarse mejoría tras un mes de tratamiento, en el que realizaba enjuagues tres veces al día de cinco minutos de duración. Mejoró la sensación dolorosa y la capacidad de deglución.

Discusion:

Debido a la mejoría del paciente tras utilizar nuestra fórmula magistral en la práctica clínica, proponemos su utilización para tratar las lesiones orales que aparecen en pacientes afectados de pénfigo paraneoplásico y de esta manera mejorar su sintomatología y calidad de vida.

P-92

Centro:

Hospital Regional Malaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO ANTE TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

Autores:

VIDAL PULIDO M.; SANCHEZ GALLARDO A.; CABRERA GODOY F.J.; SANCHEZ GALLARDO A.; ROMERO TROYANO M.M. Y TORRES CAMPOS M..

Objetivos:

Elaborar un esquema de actuación (check-list) para reducir al mínimo los posibles efectos adversos derivados de los traslados intrahospitalarios detectados tras varios eventos centinela, debido a la falta de algún material que no nos hayamos llevado, al posible mal funcionamiento de algún aparataje que no se haya revisado antes, etc... Garantizando así los cuidados y seguridad del paciente durante su traslado.

Material y Método:

Tras reunión del equipo de trabajo en la unidad, se elabora un documento que chequea los puntos débiles en la actuación del procedimiento de un traslado intrahospitalario. Dicho documento (Check-List) será de aplicación en cada salida del paciente de nuestro servicio, para así minimizar el riesgo de aparición de efectos adversos durante su ejecución.

Resultados:

El transporte de un paciente grave dentro del propio hospital donde recibe asistencia debe ajustarse a ciertas normas de actuación que resguarden la seguridad del enfermo y evidencien una serie de medidas que permitan anticipar los posibles riesgos.

Por todo ello se pretende minimizar, tras la implantación de la herramienta, los eventos centinelas-efectos adversos del traslado. Medidos a través de la notificación de incidentes así como el sondeo entre los profesionales.

Discusion:

La observación estricta de estos ítems que planteamos en nuestro check-list de traslados intrahospitalarios, aunque no excluye la posibilidad de aparición de eventos adversos, al menos disminuye su presentación y condiciona la rápida solución del conflicto, por lo que vamos a instaurar protocolos de actuación durante la movilización de los paciente críticos fuera de la Unidad.

P-93

Centro:

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

PROYECTO DE EVALUACION DE LA EFICACIA DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EN NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

VIDAL PULIDO M.; ROMERO TROYANO M.M.; TORRES CAMPOS M.; SANCHEZ GALLARDO A.; SANCHEZ GALLARDO A. Y CABRERA GODOY F.J..

Objetivos:

Tras haber sido formada toda la unidad, en mayor o menor grado en aspectos de seguridad del paciente. Se pretende averiguar el grado de conocimientos que persisten después de dicha formación.

Ya que llegan algunas notificaciones de la unidad pero han ocurrido eventos centinela y cuasi-ocurre detectados por profesionales que no habían sido notificados hasta que han tenido un resultado grave.

Material y Método:

Cuestionario de conocimientos sobre existencia y manejo de las herramientas de notificación de incidentes. La muestra es todo el personal de enfermería (due y tcae) que voluntariamente se quieran adscribir al estudio.

Resultados:

Se pretende averiguar a través del cuestionario presentado , si el problema es el desconocimento de la existencia, presencia o efectividad de la herramienta de notificación de incidentes.

Discusion:

Todos los gestores creemos, y con bastante solidez, que el desconocimiento de una herramienta hace que no se use, pero a pesar de la formación, puede haber olvido de dichos conocimientos , falta de interés , falta de confianza en la misma, etc… por lo que se pretende averiguar el por qué no se usa con la frecuencia que se espera o si por el contrario si se usa y los eventos han pasado inadvertidos.

P-94

Centro:

HOSPITAL A CORUÑA

Provincia:

Coruña, A

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS AL ALTA EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA:ATENCIÓN FARMACEUTICA

Autores:

VILLALTA ANDUJAR T.; RAMUDO CELA L.; ZAS GARCIA M.I. Y MARTIN HERRANZ M.I..

Objetivos:

Valorar el coste evitado que supone para la administración sanitaria la dispensación al alta de los medicamentos necesarios para la finalización de tratamientos iniciados en una residencia sociosanitaria en los pacientes incluidos en un programa de estancias temporales.

Material y Método:

Estudio longitudinal prospectivo del 100% de los pacientes del programa de estancias temporales que tenían al alta la prescripción de un medicamento con duración finita en el año 2014, en una residencia asistida con atención Farmacéutica proporcionada por el Servicio de Farmacia hospitalaria. Se clasificaron los medicamentos dispensados por grupos terapéuticos (GT). Para cada GT se valoró: número de pacientes, unidades dispensadas al alta necesarias para la finalización de

la prescripción . Para el calculo económico se utilizó el coste diferencial del precio de compra por el SFH y el coste del medicamento en receta, teniendo en cuenta la presentación comercial mas ajustada según los días de prescripción hasta finalización del tratamiento. Se contabilizó el número de unidades de medicamento sobrantes en el domicilio (USD) en el caso de que el medicamento se hubiera adquirido en receta medica.

Resultados:

n el año 2014 se dispensó medicamentos a 63 pacientes en régimen de estancia temporal para finalización de tratamiento tras el alta, lo que supone un 62,53% del total de pacientes ingresados en este programa. Número de medicamentos por paciente 7,4 (1-15) . Los GT principales fueron; antibióticos, heparinas de bajo peso molecular, corticoides, analgésicos, inhaladores, antipsicóticos. -Antibióticos (n=35 pac.) Unidades dispensadas 121.Coste hospital 152,49€. Coste en receta 357,23€. USD 217 (6,2 unidades /pac). -Heparinas (n=8 pac). Unidades dispensadas 31.Coste hospital 34 €. Coste en receta 396€. USD 72 (9 unidades/pac). -Corticoides (n=21 pac). Unidades dispensadas 63.Coste hospital 46,56€. Coste en receta 82,23€. USD 363 (17,3unidades/pac).

-Analgésicos/antitérmicos(n=42 pac). Unidades dispensadas 301.Coste hospital 16,23€. Coste en receta 158,23€. USD 612 (14,57 unidades/ pac). -Inhaladores (n=12 pac).Unidades dispensadas 12.Coste hospital 351€. Coste en receta 603€ .USD 0. -Hipnóticos(n=29 pac). Unidades dispensadas 56. Coste hospital 11,13€. Coste en receta 115,12€. USD 372 (12,83 unidades/pac). En el 100% de los pacientes la dispensación al alta se acompañó de información farmacoterapéutica proporcionada por un farmacéutico al paciente y/o cuidador.

Discusion:

La dispensación de medicamentos al alta a pacientes en un programa de estancias temporales en una Residencia Sociosanitaria, además de contribuir a la comprensión y el buen cumplimiento de las prescripciones propuestas por el médico, supone un ahorro para el sistema de 1.222 euros durante el año 2014 . Como valor añadido se evita la acumulación de medicamentos en el domicilio, que el paciente no precisa (2.093 unidades) y que podrían suponer un riesgo de automedicación para el paciente o su familia.

P-95

Centro:
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
Provincia:
Córdoba
AreaTematica:
Seguridad del Paciente III

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE POLIVALENTES DE UCI, A LOS 6 MESES DE SU IMPLANTACIÓN

Autores:
FERRER HIGUERAS M.J..

Objetivos:
Evaluar la efectividad de la implantación de un Plan de Seguridad del Paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes, tras 6 meses de seguimiento

Material y Método:
En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se diseñó un Plan de Seguridad del Paciente (PSP) mediante la formación de 4 grupos de trabajo multidisciplinares, atendiendo a los principales procesos asistenciales de la UCI: Área del Corazón, Trasplantes, Polivalentes y Transferencia. En cada grupo se elaboró un catálogo de fallos, causas y eventos adversos (EA) mediante el método AMFE. Los EA seleccionados para el abordaje inicial en el grupo de Polivalentes fueron: 1) Infecciones Nosocomiales, 2) Úlceras por Presión (UPP), 3) EA derivados de la salida accidental de vías y catéteres y 4) Errores de Medicación por Órdenes Verbales. Atendiendo a los fallos y causas de los EA se diseñó un Plan de Prevención y se procedió a su implantación mediante la distribución de tareas entre los miembros de la unidad.

Resultados:
En el transcurso de 6 meses las actuaciones identificadas en el Plan de Prevención que se han implementado de manera efectiva en la UCI son: 1) creación de un Grupo de Trabajo para la Prevención de Infecciones Nosocomiales en UCI, que ha actualizado y adaptado los Procedimientos Operativos Estandarizados (POEs) de Neumonía, Bacteriemia, Resistencia e ITU Zero, y ha elaborado el POE de actuación ante la detección de infección nosocomial por bacterias multirresistentes; 2) creación de un Grupo de Trabajo para la Prevención de las UPP, que ha elaborado el POE de Higiene Corporal correcta, Prevención y Tratamiento de UPP y se ha encargado de adquirir nuevo material para el tratamiento de UPP y ubicarlo en almacenes específicos señalizados, con algoritmos recordatorios del tratamiento; 3) elaboración del POE de gestión de Órdenes Verbales en UCI, con listado de verificación. No se han llevado a cabo las acciones encaminadas a disminuir los EA por la salida de vías y catéteres: listado de verificación de adecuada fijación del catéter por turnos, procedimientos de sedación y sujeción para pacientes agitados, ampliación del horario de visita familiar para pacientes desorientados y búsqueda de nuevos sistemas de fijación de tubos orotraqueales.

Discusion:
Tras los 6 primeros meses de aplicación del PSP se han implantado la mayoría de las acciones preventivas identificadas inicialmente. Las principales causas descritas en el catálogo de EA estaban relacionadas con la falta de procedimientos estandarizados, siendo éste el aspecto en el que más se ha trabajado. Actualmente se está abordando el diseño de un registro de infecciones nosocomiales y UPP para evaluar si las medidas implantadas son efectivas. Otro de los puntos que se están trabajando es el análisis de las causas por las que no ha sido posible desarrollar las estrategias propuestas para disminuir los EA derivados de la salida accidental de vías y catéteres, con objeto de plantear actuaciones alternativa.

P-96

Centro:

DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

USO DE FENTANILO TRANSMUCOSA NO ACORDE A SUS CONDICIONES DE USO Y SEGURIDAD EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

PÁEZ VALLE R.; BARÓ RODRÍGUEZ L.; LLAMAS DEL CASTILLO M.D. Y BOTELLA ROMERO M..

Objetivos:

Mejorar la adecuación de la prescripción de fentanilo transmucosa a las condiciones de uso y seguridad recogidas en su Ficha Técnica.

Material y Método:

Con una diferencia de 9 meses (marzo y diciembre 2014), se auditaron las historias clínicas de los pacientes en tratamiento con fentanilo transmucosa. Se determinó si las prescripciones se ajustaban a las condiciones recogidas en su Ficha Técnica (tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer y con un consumo máximo de 4 unidades al día). Tras ambas auditorías, se enviaron cartas informativas al médico alertando de las incidencias detectadas. Tras la segunda, en aquellos casos en que se detectó un consumo por encima del máximo se incluyó además una hoja informativa para el paciente con consejos para la correcta administración del medicamento. 6 meses después (junio 2015), se revisó a estos últimos pacientes.

Resultados:

En la primera auditoría se revisaron 45 pacientes, de los cuales 32 eran no oncológicos (71%), 8 carecían de otro opioide de base (17%) y 4 superaban la dosis máxima diaria (9%).

En la segunda se revisaron 55 pacientes, de los cuales 46 eran no oncológicos (84%), 3 carecían de otro opioide de base (5,4%) y 2 superaban la dosis máxima diaria (3,6%). De estos 2 últimos, 1 había sido detectado en la primera auditoría mientras que el otro era de nueva aparición.

En junio 2015, se observó como en el caso de nueva aparición se había reajustado la dosis, mientras que en el caso detectado en la primera auditoría persistían las dosis por encima de Ficha Técnica.

Discusion:

La utilización de este medicamento en pacientes con dolor no oncológico está fuera de indicación y no avalada por la literatura científica. Sin embargo, es algo habitual, lo que puede acarrear un uso abusivo y graves efectos adversos para el paciente. El modelo de carta informativa que se remitió a los médicos alertaba sobre este hecho. Como se observa en los resultados, disminuyeron los porcentajes de pacientes que carecían de opioide de base y que superaban la dosis máxima diaria. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que empleaban el medicamento para tratar un dolor no oncológico aumentó, lo que indica que queda mucho trabajo por hacer en este campo.

P-97

Centro:

Hospital Comarcal Axarquia

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

LA VÍA INTRAOSEA EN EMERGENICAS SALVA VIDAS.

Autores:

DEL RIO URENDA S.; MORENO ALES D...; LOZANO ROBLES M.C.; RODRIGUEZ CAÑIZARES G.; DIAZ GARCIA J. Y PRADOS BRAVO J..

Objetivos:

Actualizar conocimientos de profesionales en el ámbito de Cuidados Críticos, para el manejo de vías de acceso al paciente en situaciones de emergencia.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Bases de Datos: Pubmed, Scielo, CUIDEN.

Se realizó una valoración crítica de la evidencia encontrada.

Se extrajeron las recomendaciones principales, tanto para la realización de la técnica como para la implantación en la práctica.

Finalmente se genera un procedimiento actualizado al medio hospitalario de un Hospital Comarcal y se imparten sesiones de difusión y actualización de conocimientos.

Resultados:

Procedimiento de actuación de acceso a vía intraósea en el paciente crítico actualizado.

Difusión entre profesionales de la Unidad a través de sesones de difusión y actualización de conocimientos y habilidades.

Discusion:

El acceso intraoseo es una vía fácil de utilizar, pese a las reticencias iniciales por desconocimiento. Es una vía rápida y segura para el paciente, que puede salvar su vida en una situación crítica de extrema gravedad.

P-98

Centro:

Hospital Puerto Real

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL.

Autores:

GARCÍA JUÁREZ M.R.; CORADA FERNÁNDEZ M.; EGIDO AMBROSY J.J.; DELGADO MORENO S.; FORJA PAJARES F. Y PEREIRO HERNÁNDEZ R..

Objetivos:

Conocer las características de los eventos adversos que se producen en el H. Puerto Real y que son notificados a través del observatorio de seguridad de la Junta de Andalucía así como sus repercusiones.

Analizar las situaciones en que se produce el evento más prevalente y repercusiones sobre los pacientes.

Material y Método:

Estudio descriptivo realizado en el HUPR durante el primer semestre del año 2015.

Se analizaron los eventos adversos notificados a través del sistema de notificación del observatorio de seguridad del Paciente de la Junta de Andalucía.

Variables objetivo 1: Tipo de evento adverso, Gravedad, Categoría de riesgo, Daño sufrido, Persona que notifica y Profesional implicado.

Variables objetivo 2: Sexo, rango de edad, acción que realizaba al sufrir el evento, acompañamiento y UGC donde estaba ingresado.

Resultados:

Se notificaron un total de 23 incidentes en el periodo de estudio. El 67% fueron caídas, un 8,6% no se consideraron incidentes relacionados con la seguridad tras su estudio, los restantes correspondían a: Medicación y documentación (8,6% respectivamente) y enseres, dispositivos, accidente del paciente todos estos en una proporción del 4%. El 8,6% fueron considerados de gravedad importante y el 17% insignificante. Respecto a la categoría del riesgo, el mayor porcentaje 26% correspondía a la categoría Bajo. El 87% fueron notificados por enfermeras y en el 82% se encontraba implicado algún profesional de esta categoría, generalmente el mismo que notificaba. El 8,6% sufrió un daño moderado y el 91,4% leve o ninguno.

El incidente más prevalente fueron las caídas. La mayor proporción de los pacientes que sufrieron este incidente tenía una edad comprendida entre 46 y 65 años, y el 78% fueron hombres. En dos casos consta que se había valorado previamente el riesgo de sufrir una caída. El mayor porcentaje ocurrió al levantarse de la cama sin acompañamiento y en la UGC de M. Interna. En un caso el paciente sufrió lesiones calificadas como daño moderado, el resto ninguna lesión o leve.

Discusion:

Ningún incidente notificado ha tenido graves repercusiones en pacientes.

Los profesionales más implicados en la notificación de incidentes son las enfermeras, lo que hace necesario realizar acciones para el impulso de esta práctica en el resto de categorías.

Habría que valorar la posibilidad de que exista un infraregistro de notificaciones de los incidentes que realmente suceden en nuestro centro.

Las caídas suponen un problema importante en nuestro hospital que merece una estrategia especial, por este motivo se están desarrollando diversas actuaciones entre las que cabe destacar la implantación de una Guía de Práctica Clínica para su prevención.

P-99

Centro:

COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Seguridad del Paciente III

ANALISIS DE CASOS PSI COMO ESTRATEGIA DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

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

Objetivos:

Desde el año 2012 se incluye en el Contrato Programa de los Centros Hospitalarios un objetivo relacionado con el estudio de los casos clasificados en los distintos indicadores de Seguridad del Paciente (PSI) de la AHRQ. Desde ese año se procede al estudio en el seno del Comité para la Estrategia de Seguridad del Paciente y en coordinación con las Unidades de Gestión Clínica del Complejo Hospitalario.

- Conocer los factores causales de los eventos adversos clasificados en los PSI.
- Identificar otros posibles eventos adversos y su tipo.
- Planificar estrategias de mejora en función de los resultados.

Material y Método:

Se realizó el estudio de los casos agrupados en los PSI procedentes de los CMBD de los años 2010,2012 y 2013, priorizados según su desviación respecto al estándar del SSPA.Se elaboró un cuestionario que consta de siete preguntas y otros datos de contextualización del caso: codificación del caso, factores causales, aplicación de protocolos clínicos, evitabilidad, identificación de suceso centinela, medidas de prevención y otros hallazgos. Tras la revisión se realizó, informe

conjunto sobre las conclusiones y propuesta de acciones de mejora.

Resultados:

Se revisaron 33 casos de los PSI 4,6,12 y 14 en el 2012, los factores causales fueron: calidad de la información clínica (15%), entrenamiento y/o formación de los profesionales (15%), error de sensibilidad en el indicador PSI (27.3%), factores individuales del paciente (6%), además se detectaron otros eventos adversos en el 12% de los casos, siendo los mas frecuentes los errores de medicación y las infecciones nosocomiales. En 2014 se revisaron 61 casos de los PSI 2,4,6,7,9,12 y 14, se han detectado un total de 28 eventos adversos siendo la infección nosocomial el mas frecuente (35.7%), los factores causales han sido: condiciones del paciente (6.5%), error de sensibilidad del indicador (6.5%), procedimiento clínico inadecuado (6.5%). En 2015 se está procediendo al estudio de 98 casos, de los que se extraerán las conclusiones en octubre.

Las áreas de mejora identificadas son: mejorar la calidad de la información clínica en la documentación de los casos, elaboración y revisión de protocolos clínicos, actividades de formación y concienciación a profesionales, seguimiento y difusión de indicadores de seguridad.

Discusion:

Los estudios de casos realizados están suponiendo una importante fuente de información sobre los eventos adversos que se producen en nuestro Complejo Hospitalario, los % obtenidos en eventos adversos son superiores a otros estudios pero dado el diseño del estudio contamos con un sesgo de selección de casos que nos viene marcado por el uso de los previamente clasificados en los distintos indicadores de Seguridad. A pesar de que otros autores consideran los indicadores PSI como dudosamente fiables, en nuestro caso consideramos que suponen un buen punto de partida para orientarnos en la planificación de algunas áreas de mejora y sobre todo en la concienciación de los distintos servicios clínicos.

P-100

Centro:

Hospital

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ALTERNATIVO DE COMUNICACIÓN EN EL TRIAJE DE URGENCIAS

Autores:

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ M.J.; GÓMEZ ENRÍQUEZ C.; CHUECA GONZÁLEZ M.T. Y CHUECA GONZÁLEZ M.D..

Objetivos:

Introducción

La puerta de entrada al Sistema Sanitario para muchos inmigrantes suele ser Urgencias, muchos de ellos desconocen el castellano por lo que la comunicación en la consulta de clasificación es muy dificultosa.

A este grupo de inmigrantes se añaden en menor medida turistas y pacientes españoles con algún déficit de comunicación.

El triaje debe ser un proceso ágil que permita en un breve espacio de tiempo clasificar al paciente en función de su gravedad; es preciso realizar una serie de preguntas para poder aproximarnos al motivo de consulta y garantizar así una priorización sin errores que afecte al proceso de atención sanitaria y a la seguridad del paciente.

El pictograma es un sistema de comunicación alternativo que puede ayudar a identificar las necesidades del paciente y a explicarles los cuidados que van a recibir mientras permanezcan en la Unidad de Urgencias.

Objetivo

Mejorar la comunicación entre la enfermera y el paciente en el triaje de Urgencias minimizando las barreras culturales y lingüísticas.

Material y Método:

Revisión bibliográfica de las evidencias disponibles, diseño de un pictograma, consenso de un equipo multidisciplinar, pilotaje e implantación

Resultados:

Se ha elaborado un pictograma que muestra los motivos de urgencias más frecuentes y el circuito que debe seguir el paciente durante su estancia en Urgencias.

En la fase de pilotaje, el pictograma ha sido evaluado por pacientes que presentan dificultades para comunicarse con la enfermera de triaje, modificándose ciertos aspectos para que dicho instrumento adquiera validez y fiabilidad

Discusion:

Los pacientes con dificultades en la comunicación disponen ahora de una herramienta válida y fiable en el triaje de Urgencias que facilita su clasificación por parte de la enfermera garantizando la calidad en la atención sanitaria y la seguridad del paciente.

P-101

Centro:

APES HOSPITAL DE PONIENTE

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL ÁREA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:

CASTRO VIDA M.A.; GONZALEZ VAQUERO D.; GIMENO JORDÁ M.J.; URDA ROMACHO J.; AVILA CABRERA F. Y ACOSTA ROBLES P..

Objetivos:

Identificar y Priorizar los riesgos que pueden generar eventos adversos (EA) en la Atención Farmacéutica (AF) al paciente hospitalizado y en el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU).

Material y Método:

Se constituyó un grupo de trabajo formado por responsables de diferentes actividades del Área y/o profesionales que participan en ellas. El Referente de Seguridad del Paciente del Área asumió la coordinación, el soporte metodológico y la logística. La herramienta de evaluación del riesgo empleada fue el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Como medio de comunicación se emplearon sesiones presenciales y correo electrónico. Para identificar los EA, fallos y causas se diseñó una parrilla para elaborar el catálogo. Para priorizar los riesgos identificados se elaboró una guía de apoyo. Se realizó la Ponderación Individual de los Fallos valorando Gravedad (G) del evento y Frecuencia (F) de aparición del fallo. Se puntuó la G del 1 al 10 (1 sin consecuencias- 10 muerte).

Se valoró la F (probabilidad de ocurrencia) del 1 al 10 en función de la experiencia de los profesionales. Se obtuvo el Índice de Prioridad de Riesgos (IPR=GxF). Se calcularon puntuaciones medias por fallo en cada criterio de valoración (G y F). Se calculó el IPR para cada fallo. No se valoró detectabilidad. Se ponderó el criterio de Criticidad (metodología AMFEC). Se obtuvieron los listados de priorización en función de IPR y de criticidad, fallos con IPR >20 y con criticidad > 3.

Resultados:

El grupo de trabajo se constituyó con 6 Especialistas en Farmacia Hospitalaria (FH), incluidos el Referente de Seguridad y el Director, 2 Residentes de FH, y la coordinadora de Técnicos de Farmacia.

Para la elaboración del catálogo de EA, fallos y causas se realizó una sesión conceptual y metodológica sobre la identificación de riesgos y la elaboración del catálogo. En la segunda sesión se inició la identificación mediante "brainstorming". Cada participante trabajó en la elaboración del catálogo, para finalizarlo y remitirlo al coordinador para su puesta en común. Con la información recogida se elaboró , el catálogo con los eventos, fallos y causas identificadas por el grupo de expertos, que podrían ocurrir en cada actividad . Se identificaron 35 fallos, asociados a 17 EA y 49 causas. Se calculó el IPR para cada fallo, obteniéndose un IPR entre 10 y 32. Los fallos priorizados para analizar con IPR> 20 fueron 23. Los resultados por criticidad fueron 10 fallos a priorizar, coincidentes 8 con los priorizados por IPR.

Discusion:

Los fallos relacionados con el SDMDU y la AF al paciente ingresado son un grupo importante donde actuar dentro del Área de Farmacia. El AMFE es una herramienta proactiva para identificar aspectos vulnerables de procesos complejos, de alto riesgo, como el SDMDU, y generar acciones para contrarrestarlos antes de que resulten en EA. Todo nuestro esfuerzo ha concienciado a los profesionales del equipo, de la importancia de la seguridad del paciente en todas las actividades que realizamos.

P-102

Centro:

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Autores:

LOPEZ LIRIA R...; GRANADOS VALVERDE R...; VEGA RAMIREZ F...; IBAÑEZ GIL E...; ABAD QUEROL J... Y GOBERNADO CABERO M.A..

Objetivos:

Promover el conocimiento y la cultura de Seguridad del Paciente (SP) en Atención Domiciliaria (AD) de Distrito Sanitario Almería.

Material y Método:

Este proyecto desea constituir una referencia para la planificación y seguimiento de las actividades ligadas a la AD del paciente en distintos procesos asistenciales prioritarios para el SSPA y al IV Plan Andaluz y su Seguridad. En primer lugar es necesario conocer la cultura actual antes de cambiarla (baseline assesment). Potenciar el entendimiento entre los profesionales que atienden al paciente y explicitar los beneficios y logros que se están obteniendo de las buenas prácticas. Se

debe también promover que se aprenda de los eventos adversos que se producen y potenciar su comunicación, para evitar incurrir en los mismos.

Resultados:

Se necesita una definición normalizada de las actuaciones realizadas en el ámbito de atención domiciliaria. Es preciso un estudio de cohorte prospectivo que describa las características de los pacientes y los servicios que le son ofrecidos, estimaciones de los riesgos para su salud y se debería llevar a cabo un estudio de intervención para reducir los efectos de los mismos. Los profesionales involucrados en este proyecto se centrarán en el bloque 3, de la herramienta disponible en la página web del Observatorio para la SP: Un espacio compartido seguro. Meta 3.2a.

Asistencia directa al paciente. Objetivo 3.2.2. Atención segura. Adecuar la organización de la Unidad de Gestión Clínica para la prestación de AD segura a la persona, adaptada a sus características, su diversidad y sus necesidades. 61a. Identificación del paciente. 61b. Protocolo específico que garantice la identificación inequívoca de pacientes vulnerables. 63. Se evaluarán y comunicarán los resultados de la monitorización de los puntos críticos de SP. 64a. Hoja de ruta. 65.

Comunicación de resultados en seguridad.

Discusion:

La nueva Estrategia para la SP (2011-2014) posee el claro reto de consolidar la cultura de seguridad en el seno del SSPA, a fin de preservar su derecho básico a recibir una atención sanitaria segura y de calidad, debiendo ser parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar de todos los Sistemas de Salud. La multiplicidad de categorías profesionales en AD, el incremento de esta actividad y el grado de cobertura a la población, hacen oportuna y necesaria la mejora en SP en el ámbito domiciliario de forma urgente. Una reciente revisión de la literatura identifica 6 categorías de relevancia en los eventos adversos experimentados por los pacientes de AD, relacionados con medicamentos, con catéter, con el uso de tecnología, infecciones asociadas a sondaje vesical, heridas y caídas.

Financiación: Proyecto de Investigación PI 0354/2014 concedido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, en el seno de la convocatoria de proyectos de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud.

P-103

Centro:

Hospital Torrecardenas

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN PEDIATRÍA

Autores:

PUERTA ORDÓÑEZ M.D.; LÓPEZ DOMINGUEZ M.V.; PÉREZ MUÑOZ V. Y ANGUITA RUBIO M.C..

Objetivos:

Introducción:

La infección nosocomial es el periodo de tiempo desde el ingreso o desde el parto. La relevancia de este tiempo radica en la distinción entre una infección nosocomial o una infección maternofetal, en estas, la sintomatología aparecerá antes de 48 horas mientras que si la infección ha sido adquirida en el hospital, se expresará a partir de las 48-72h.

Gracias a los avances en el cuidado de los recién nacidos, ha aumentado la supervivencia de los RN prematuros. Necesitan con elevada frecuencia técnicas diagnósticas y terapéuticas más o menos invasivas; Suelen estar expuestos a antibioticoterápia de amplio espectro y mantienen una prolongada estancia hospitalaria. Por ello, se produce un aumento relativo en la incidencia global de las infecciones nosocomiales, así como una modificación en los agentes causales de las mismas.

La infección nosocomial representa un desafío creciente en el campo de la neonatología, retroalimentado por los propios avances de la especialidad.

Objetivo:

Tener conocimiento sobre las enfermedades nosocomiales e identificar precozmente los factores de riesgo más importantes que contribuyen a su aparición.

Material y Método:

En la UCIN se darán a conocer los principales factores de riesgo que favorecen las infecciones nosocomiales en los RN prematuros, para que todo el personal de la unidad sea capaz de identificar precozmente dichos factores de riesgo y así, actuar rápidamente disminuyendo las infecciones nosocomiales en estos.

El tipo de estudio realizado es revisión bibliográfica.

Resultados:

Los factores de riesgo, son variados y multifactoriales, y están relacionados con la prematuridad, los procedimientos terapéuticos realizados en la UCIN y las medidas de control de infecciones. El bajo peso al nacer y la menor edad gestacional están asociados con el mayor riesgo de infección nosocomial. Las innumerables medidas utilizadas para mejorar la sobrevida de los neonatos prematuros y de muy bajo peso al nacer, en las últimas dos décadas, ha conducido a la emergencia del alto riesgo de infección en esta población.

Los neonatos están expuestos a toda una serie de procedimientos, conductas o terapias durante su estancia en la UCIN que pueden comportarse como una puerta de entrada a los patógenos. Estos incluyen: ventilación mecánica, catéter venoso central, nutrición parenteral, acceso venoso periférico, uso de sonda urinaria, entre otras.

Discusion:

Concienciado el personal de la unidad, en los factores de riesgo y en la detección precoz de estos y llevando a cabo medidas que disminuyan la infección, logramos disminuir altamente las infecciones nosocomiales en los recién nacidos prematuros.

P-104

Centro:

Hospital Torrecardenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PADRES PARA PREVENIR ACCIDENTES

Autores:

PUERTA ORDÓÑEZ M.D.; PÉREZ MUÑOZ V.; LÓPEZ DOMINGUEZ M.V.; ANGUITA RUBIO M.C. Y CANDÓN MORENO A..

Objetivos:

Introducción:

Los medicamentos causan la mayoría de las intoxicaciones en los niños pequeños. Estas intoxicaciones suceden habitualmente en el hogar.

Las medicaciones suelen ser las que se utilizan para los niños o los adultos, éstas últimas suelen ser más peligrosas.

Son mucho más frecuentes en los niños con edades comprendidas entre 1 y 5 años. Los niños tienen curiosidad y les gusta explorar careciendo de la sensación de peligro, lo que hace que con frecuencia cojan los medicamentos que están a su alcance.

Objetivos:

Concienciar a los padres de los peligros de las intoxicaciones y de las medidas de prevención para disminuir estos.

Material y Método:

Para llevar a cabo la revisión de la literatura científica, se ha realizado una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Pubmed y "Cuiden Plus", utilizando como descriptores: intoxicaciones, prevención, tóxicos.

La búsqueda se restringió a los idiomas inglés y español.

Con el objetivo de identificar la evidencia científica más reciente, se han seleccionado artículos científicos desde el año 2000 hasta 2014.

Resultados:

Muchas intoxicaciones se pueden evitar con medidas sencillas como: mantener los fármacos fuera del alcance de los niños, guardarlos en su envase original, evitar tomar fármacos delante de los niños, comprar las medicinas para los adultos en blíster, educar a los niños sobre la peligrosidad de tomar fármacos, enseñarles que solo deben hacerlo si se los da un adulto, no administrar fármacos a los niños diciéndoles que son caramelos, puede incitar a que los tomen por su cuenta si están a su alcance.

Discusion:

En los diferentes dispositivos, tanto hospitalario como a nivel de atención primaria, nos dispondremos a realizar una correcta educación sanitaria y llevando a cabo unas correctas medidas de prevención en el hogar por parte de los padres o de las personas que estén en contacto con el niño, y educándolo con el ejemplo y concienciarlos de los peligros que estos conllevan, se produce una disminución de los accidentes por intoxicaciones en niños.

P-105

Centro:

Hospital Universitario San Cecilio

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA

Autores:

VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA A.M.; CASAS HIDALGO I. Y MORENO RAYA P..

Objetivos:

El cumplimiento de las guías de Buena Práctica Clínica (BPC) proporciona una garantía de protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de un ensayo clínico, así como también garantiza la credibilidad de los datos.

Material y Método:

Este trabajo valora el grado de cumplimiento de la Guía de BPC de la International Conference on Harmonitation en un Servicio de Farmacia de un Hospital en el que actualmente hay 43 ensayos clínicos activos. Para ello, se consultó esta Guía y se seleccionaron las normas relacionadas con la labor del farmacéutico en el desarrollo de un ensayo.

Resultados:

En esta Guía se hallaron 4 normas aplicables al farmacéutico responsable del área de ensayos clínicos. Se trata de directrices relacionadas con el manejo del producto en investigación (IP). Los puntos 4.6.1 y 4.6.2 determinan que la responsabilidad de la contabilidad del IP en el centro reside en el Investigador, y que éste podrá asignar esta labor a un farmacéutico. Asimismo, el apartado 4.6.3 indica que el farmacéutico deberá mantener un registro de los envíos de IP, del inventario, las dispensaciones y de la devolución al promotor. Estos registros deberán incluir la fecha, cantidad, número de lote, caducidad y código asignado al IP y a los sujetos del ensayo.

Esta norma se cumple totalmente en el Servicio de Farmacia. Los IPs se custodian bajo llave en un despacho de acceso restringido. Cada ensayo está debidamente identificado, así como sus muestras, con etiquetas numéricas. La contabilidad del IP se registra mediante el programa informático Gecos® v 1.0., de Grifols. Se guardan datos acerca de la llegada del envío (fecha, muestra, número de kit asignado, lote, caducidad y cantidad recepcionada), las dispensaciones (incluyendo código del paciente, fecha, cantidad… etc). Además este programa permite registrar las devoluciones de muestras dispensadas y las destrucciones por caducidad o por cierre del estudio, obteniéndose para cada ensayo datos del stock de cada IP. Por otro lado, el apartado 4.6.4 de esta Guía establece que los medicamentos en investigación deberán almacenarse según especifique el promotor (temperatura, las condiciones de almacenamiento… etc) y conforme a la legislación vigente. Respecto a esta norma, el Servicio de Farmacia tiene un cumplimiento del 100%. Para cada ensayo que se inicia en el hospital el IP se almacena de acuerdo al protocolo. La temperatura es controlada mediante sondas calibradas que toman registros de forma continua, cada 15 minutos. Si alguna medida se encuentra fuera de los límites establecidos, se genera una alarma visual y es notificada a través de un SMS al farmacéutico responsable.

Discusion:

Los datos recogidos por el Servicio de Farmacia para cada ensayo clínico registrado en el centro son exactos y fiables, asegurándose la calidad de cada aspecto del ensayo que afecta al farmacéutico. El cumplimiento de las normas de BPC garantiza un trabajo de máxima fiabilidad y seguridad para el paciente.

P-106

Centro:

Hospital Regional de Mälaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

COMPARACIÓN ENTRE DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL

Autores:

GOMEZ LECHUGA P.; GARCIA GALISTEO E.; BAUTISTA VIDAL C.; SANCHEZ MARTINEZ N.; RIVERO ESTEBAN J.A. Y BURGOS RODRÍGUEZ R..

Objetivos:

En este trabajo, realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados en nuestro Servicio de EUP e intervenidomediante un abordaje abierto, laparoscópico o robótico.

Material y Método:

Se ha realizado un análisis retrospectivo descriptivo de la serie de paciente diagnosticados de EUP e intervenidos mediante un abordaje abierto (PA); laparoscópico (PL) o asistido mediante el Sistema Da Vinci (PR) en nuestro centro desde 1995. A todos los pacientes se les realizó una prueba de imagen para identificar el lugar de la estenosis y un renograma y gammagrafía renal para conocer el grado de funcionalidad renal. Se han incluido en nuestro estudio los pacientes con un mínimo de 12 meses de seguimiento. Tras la realización de la intervención quirúrgica a los pacientes se les ha revisado al mes, a los 6 meses y posteriormente anualmente hasta completar 5 años.

Resultados:

Han sido válidos para nuestro estudio 122 pacientes intervenidos desde Enero de 1995 hasta Diciembre de 2013.

Un total de 36 pacientes fueron intervenidos mediante PA, 33 mediante PL y 53 mediante PR.

La media de seguimiento global ha sido de 97,24 meses.

La clínica de presentación más habitual fue el dolor renal. La etiología más frecuente fue la presencia de fibrosis a nivel de la unión y se identificó vaso polar en un total de 30 pacientes (25 %). 31 pacientes (25, 8 %) asociaron litiasis a la EUPU. El tiempo medio operatorio fue de 160 minutos, encontrarse diferencias significativas entre grupos. La estancia media hospitalaria fue de 4,5 días, siendo mayor la estancia en el grupo de abordaje abierto. Esta diferencia puede estar relacionada con la estancia más prolongada que requieren las complicaciones de la herida quirúrgica.

Las complicaciones más numerosas se detectaron en el grupo de PA, con un total de 8 pacientes con complicaciones en relación a la herida quirúrgica.

Las complicaciones del grupo de PL y PR estuvieron relacionados con ascensos o la incorrecta colocación del catéter doble J durante la cirugía. En 2 pacientes en el grupo de PL y 1 paciente en el grupo de PR requirieron dilatación endoscópica por re-estenosis. Se han consideradas fracasos aquellas pieloplastias donde el paciente no mejore la sintomatología, donde se constate una pérdida de funcionalidad renal en la gammagrafía renal y que requieran reintervención por recidiva.

Discusion:

En nuestra serie, el hecho de que el acceso al abordaje laparoscópico y asistida por robot haya estado limitado a un cirujano ha facilitado el desarrollo de su curva de aprendizaje, consiguiendo resultados similares en tiempos operatorios y estancia hospitalaria similares a los de otros centros de alta experiencia.

Aunque los mejores resultados los tiene el grupo de PR hay que dilucidar si el empleo de la tecnología robótica es coste-efectivo respecto a las otras modalidades de tratamiento.

P-107

Centro:
HOSPITAL VGEN DEL ROCÍO
Provincia:
Sevilla
AreaTematica:
Seguridad del Paciente IV

GUÍA PRÁCTICA DE EJERCICIOS DESACONSEJADOS PARA ADULTOS CON PATOLOGÍAS DEL RAQUIS

Autores:
BERNAL MARQUEZ M.; PEREZ MOREIRA R. Y CUEVAS GONZALEZ C..

Objetivos:
1.- Difundir los ejercicios del raquis que pueden provocar o aumentar dolor y empeoramiento de patologías del raquis.
2.- Prevenir efectos adversos derivados de la práctica de actividades físicas o ejercicios desaconsejados.
Material y Método:
Elaboración de una guía que incluye una relación de ejercicios desaconsejados.
Se explican objetivos y ejercicios de forma detallada y con imágenes.
Se presentan perfectamente estructurados por zonas de la columna describiendo posición y ejecución.
En región cervical , acciones desaconsejadas: hiperflexión, hipextensión y circunducción con amplitud articular máxima.
En región dorsal sería la hipercifosis mantenida.
En región lumbar sería la hiperextensión lumbar.
Se entrega la guía a los pacientes que acuden a tratamiento de fisioterapia la Unidad de Patología Vertebral y a la Escuela de Espalda.
Resultados:
Tras la difusión de esta guía, ningún paciente consulta por empeoramiento tras actividad física adversa.
Discusion:
En la tarea de cuidar a la población en materia de Educación para la salud no sólo es importante enseñar hábitos y ejercicios saludables sino también mostrar qué no se debe hacer para evitar complicaciones , recaídas y todo tipo de efectos adversos.

P-108

Centro:

Hospital Torrecárdenas

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

COMPROMETIDOS CON SU SEGURIDAD

Autores:

LÓPEZ CASTILLO A.; RIPOLL SORBAS M.C.; SÁNCHEZ MIRALLES M.D.; CAMILO GARRIDO A.J.; AYALA AGUIRRE I. Y ATAZ LÓPEZ P..

Objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Reforzar la cultura de seguridad en el personal celador a fin de garantizar el derecho básico del paciente a recibir una prestación segura y de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Conocer el nivel de conocimientos de las/los celadores en Seguridad del Paciente (SP).

2.- Promover el desarrollo de competencias transversales y específicas mediante un Plan Formativo.

3.- Evaluar el grado de implantación y desarrollo de buenas prácticas.

4.- Identificar áreas de mejora en la aplicación de procedimientos seguros.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo.

• Distribución y análisis de encuestas de percepción y conocimientos.

• Implementación de un Plan de formación para la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes en aspectos relacionados con la SP.

• Distribución y análisis de cuestionarios con preguntas sobre el contenido y modo de aplicación por parte del profesional.

• Observación directa de celadores/as mediante check list, seis meses después, para evaluación de la transferencia al puesto de trabajo.

Resultados:

• Las encuestas, pre-actividad formativa, detectan un conocimiento del 45,18% y las observaciones directas un cumplimiento del 39,84%.

• Dos ediciones de la actividad: "Seguridad y competencias específicas del celador en la Unidad de Cuidados Críticos" y dos ediciones del curso "Actualización de competencias y estrategias de mejora para la seguridad del paciente".

• Un total de 48 horas lectivas y 93 profesionales formados (72 mujeres y 21 hombres), esto es, el 54,07% de la plantilla de celadores del hospital.

• La tabulación de los cuestionarios realizados seis meses después de la acción formativa demuestran un conocimiento de los Procedimientos del 93,16% (Gradiente: 47,98%).

• A falta de una evaluación del impacto, que se hará transcurridos 12 meses de las acciones formativas, la evaluación de la transferencia con 57 observaciones directas, seis meses después del Plan formativo, demuestra un desempeño profesional de los/las celadores/as con buenas prácticas en SP del 87,51% (Gradiente: 47,67%.

Discusion:

La SP es un componente fundamental del sistema de calidad y compete a todos los niveles asistenciales. Así, de acuerdo con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA, la Unidad Funcional de Celadores del hospital, durante 2015, ha mantenido su compromiso con la prevención de eventos adversos.

La Formación en SP de los/las celadores/as ayuda a mantener su compromiso con la "Cultura de Seguridad" y mejora la calidad de la prestación al paciente.

Los conocimientos altos mejoran la transferencia al puesto de trabajo pero no siempre garantizan buenas prácticas en el desempeño profesional.

Es preciso intensificar la difusión de procedimientos seguros y reforzar la concienciación mediante la comunicación de resultados entre los profesionales.

Es necesario la implementación de un sistema y registro de notificación de incidentes no punitivo.

P-109

Centro:

HOSPITAL VGEN DEL ROCIO

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA SALA DE LINFEDEMA.

Autores:

PÉREZ MOREIRA R.; CUEVAS GONZÁLEZ C. Y BERNAR MÁRQUEZ M..

Objetivos:

Generales: Implementar las estrategias para la seguridad obteniendo un espacio compartido más seguro y saludable tanto para profesionales y pacientes.

Específicos:

Conocer donde existen riesgos.

Mejorar fallos de comunicación entre profesionales.

Implicar a los profesionales y pacientes, mediante formación e información segura.

Material y Método:

Material y medios:Se estudian 22 pacientes intervenidas en 1 mes en el hospital de mastectomía y linfadenectomía axilar.

Se coordina la intervención con cirugía actuando a las 24 horas como siempre pero incorporando nuevas intervenciones en cuidados.

Protocolos en autocuidados, normas y medidas higiénicas, cuidados de cicatriz,drenajes,implantes y músculo pectoral.Medidas posturales, capacitación hombro, recomendaciones que mejoran el confort y su incorporación a sus actividades de la vida diaria y nos prevenga el linfedema.

Se registra edad, peso, estado cicatriz, evolución de la retirada de drenaje, existencias de seromas, hematomas, herias.Sí se han implantado prótesis mamarias o expansores, parestesias,

dolores, medición del balance articular del hombro, se miden ambos brazos para la observación de signos de linfedema.

Método:Se ha hecho hincapié en la comunicación, identificación paciente prácticas seguras,notificación eventos adversos, reducción riesgo de infecciones, consentimiento informado, control del dolor, participación paciente.

Se dan recomendaciones de forma segura consensuando con la paciente como debe actuar. De esta forma intentaremos evitar o reducir sucesos adversos tras su intervención, dando seguridad de que se seguirá con su proceso.

Al alta hospitalaria la comunicación será activa, citando a los 15 días,1 mes 3 y 6 meses.Se recogen datos,se adiestra en cuidados y se deja constancia.

Resultados:

Tenemos constancia que las incidencias más corrientes son en el postoperatorio inmediato.

Las estrategias para la seguridad del paciente empleadas han sido positivas reduciendo riesgos y aumentando la eficacia en su recuperación.

La adherencia a todos nuestros indicadores creemos evitan errores latentes y los indicios de error.

Podemos decir que después de la selección de estos criterios nos han aportado evidencias positivas siendo en 18 mujeres el 81,8% sin incidencias adversas obteniendo buena acogida y satisfacción.

El estado emocional ha influido en la adherencia a los cuidados. También la obesidad favorecen los sucesos adversos.

Los resultados evaluados son cuantitativos, mediante acciones y posicionamientos con nuevos procesos asistenciales. Y cuantitativos con la recogida de datos y análisis.

Hemos implementado las mejoras cumplimentando evidencias y criterios positivos. Estas buenas prácticas puestas en marcha pueden ser de interés.

Discusion:

Se concluye que las estrategias empleadas han evitado sucesos adversos en un 81,8%.

La colaboración de las pacientes ha sido en un 70%.

La comunicación de incidentes ha sido del 50%, siendo la mayoría en el postoperatorio inmediato.

P-110

Centro:

HOSPITAL INFANTA ELENA

Provincia:

Huelva

AreaTematica:

Seguridad del Paciente IV

INDICADOR DE CALIDAD EN EL USO DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN TIPO PYXIS®: RETIRADAS MODO "OVERRIDE".

Autores:

ROMERO ALONSO M.M.; ESTAIRE GUTIERREZ J.; PIÑERO GARCIA DE VINUESA M.A.; BOLÍVAR RAYA M.A. Y PLATA CASAS C..

Objetivos:

Analizar las retiradas de medicación en modo "override",como indicador de calidad en el uso de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) tipo Pyxis®.

Material y Método:

Los SADME son utilizados para valorar la calidad en la seguridad farmacoterapéutica relacionada con la administración,ya que obtenemos datos a partir de las retiradas de medicación para un paciente concreto.Definición de "override": retirada de medicación que se produce al ignorar la prescripción electrónica asociada (PEA) a un paciente,es decir, sin PEA.Todos los SADME del hospital (excepto UCI,Urgencias y Anestesia) están sujetos a PEA excepto en horario nocturno y para medicación calificada como "libre".Estudio descriptivo, retrospectivo desde marzo a mayo de 2015 de retiradas de medicación en situación "override" a través de la aplicación Grifols Reporting®.Cualificar los principios activos (p.a.) y los horarios de mayor frecuencia de retiradas "override".Consideramos utilización óptima de retiradas "override" un indicador menor al 10%. El análisis de datos se ha realizado con Excel®.

Resultados:

Indicador de calidad de retiradas "override":Medicina interna (MI) general 3ª 5,8%;MI general 4ª 5,4%;Respiratorio 7,26%;Digestivo 7%; Infecciosos 9,5%;Maternidad 30%;Traumatología 15,5% y Cirugía General 12%.Horario de mayor frecuencia de retiradas "override": 22h -01h, 07h -09h, 15h -16h.

Los p.a. con mayor frecuencia de retiradas "override" son prácticamente los mismos en todos los Pyxis®: polietilenglicol,paracetamol,metamizol,omeprazol,nitroglicerina,captoprilo.

En traumatología se observa alta frecuencia de retiradas "override" en el p.a. midazolam 7,5 mg,cuando aún no está asociado a PEA,comprobándose que se usan en los protocolos de preintervenciones quirúrgicas bajo informe de anestesia realizado de forma manual y coincidiendo con la franja horaria en la que el SADME está "liberado".En maternidad es llamativo el alto número de retiradas "override" (26%) a las 8 a.m. para dexketoprofeno,metamizol y paracetamol.

Discusion:

Todas las especialidades médico-quirúrgicas deben seguir el sistema de prescripción implantado,así cuando el paciente ingresa el anestesista debería hacer la PEA,para evitar tener que retirar medicamentos psicotropos en modo "override".Estos resultados indican que, salvo en el Pyxis® de Traumatología y de Maternidad,en el resto,las retiradas "override" son muy limitadas y definidas a ciertos medicamentos libres.En ambos SADME hay que vigilar estrechamente dichas retiradas para ver si están sujetas a PEA posterior y valorar si es necesario realizar formación adicional tanto al personal médico como enfermero.El hecho de retirar una medicación a un paciente concreto sin una PEA,puede implicar varios riesgos:antecedentes de alergia,medicamentos suspendidos,cambios de vías de administración, duplicidad terapéutica,interacciones farmacológicas;todo ello al no estar registrado en la PEA es susceptible de provocar errores de medicación que pueden empeorar la situación clínica del paciente.

P-111

Centro:

H.U. Puerta del Mar

Provincia:

Cádiz

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO DOMICILIARIO EN PACIENTES INGRESADOS POR HIPOGLUCEMIA

Autores:

GALLEGO MUÑOZ C.; SUÁREZ CARRASCOSA F.J.; GARCÍA MARTÍN F.; BULO CONCELLÓN R.; ROMERO HERNÁNDEZ I. Y SALGUERO OLID A..

Objetivos:

Analizar el tratamiento antidiabético domiciliario de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario por hipoglucemia en una Unidad de Medicina Interna.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados por hipoglucemia en el servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel durante el periodo comprendido entre el 1 de febrero de 2015 y el 30 de Julio de 2015. Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 75 años con Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento domiciliario con insulina, antidiabéticos orales o ambos en el momento del ingreso. Se excluyó a los pacientes con fracaso renal crónico grave, definido como tasa de filtrado glomerular inferior al 30% calculada mediante MDRD-4. Los datos obtenidos se analizaron empleando el programa de análisis estadístico SPSS v.20.

Resultados:

Se incluyeron 84 pacientes, 49 mujeres y 35 hombres. La media de edad fue 79,6 ± 6,5 años. De aquellos que se encontraban insulinizados (70,2%) el 34,5% se administraban insulinas premezcladas (50/50, 30/70 o 25/75), el 30,9% insulinas de vida media larga junto a insulina rápida y el 25% NPH; el resto insulina junto con antidiabéticos orales. En cuanto al tratamiento con antidiabéticos orales, el 46,4% recibían sulfonilureas (en monoterapia o asociadas a insulina o a otros antidiabéticos orales), el 29,7% metformina, el 15,4% inhibidores de la DPP4 y el 8,3% glitazonas.

La combinación de metformina + insulina de vida media larga se asoció con menores tasas de hipoglucemia. El 84,5% de los pacientes precisó reajuste de tratamiento antidiabético al alta; el 11,9 % de los pacientes que tenían prescritas biguanidas presentaban una tasa de filtrado glomerular inferior al 60% por los que se suspendieron.

Discusion:

El tratamiento con insulinas premezcladas y con sulfonilureas se asocia con una mayor tasa de hipoglucemia. La pauta insulina vida media larga + metformina parece el tratamiento más seguro. La metformina sigue siendo un pilar fundamental en el tratamiento, pero es imprescindible la vigilancia estrecha de los parámetros del filtrado glomerular para evitar complicaciones.

P-112

Centro:

COSTA DEL SOL

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

IMPACTO DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL (ASCS)

Autores:

MORA BANDERAS A.M.; FUENTES GÓMEZ V.; CANCA SÁNCHEZ J.C.; TORTAJADA GOITIA B. Y RIVAS RUIZ F..

Objetivos:

Describir el impacto de las medidas que mejoran la efectividad del registro y gestión de los eventos adversos (EA) declarados a través del sistema de notificación interna.

Material y Método:

El sistema de notificación interno de EA se implantó en 2009. En 2012 se introduce en el programa de registro un sistema de mensajería que permite al responsable de cada servicio conocer a tiempo real las notificaciones que afectan a su área. La unidad de calidad recibe la notificación del evento, verifica que cumple criterios y la deriva a los responsables de los servicios implicados para que aporten el feed-back de las medidas que se proponen y/o implantan para evitar su repetición.

Resultados:

Desde 2009 se han notificado 939 eventos adversos reales siendo desestimando un 9,8% adicional por ser notificaciones que no cumplían con estas características. Desde la implantación del sistema de mensajería en 2012, el número de notificaciones en el trienio previo (De 2009-

2011) al posterior (de 2012-2014) ha aumentado un 175%.

El 100% de los eventos adversos relacionados con la medicación (entre el 44,7% y 56% de las notificaciones identifican el uso del medicamento como la causa principal) desde 2013 han sido contestados desde el área de farmacia en menos de 48h. Algunas de las medidas implantadas han estado relacionadas con: cambio de presentaciones look-alike, indicación sobre el tipo de aguja a utilizar para la preparación del pantoprazol, alertas descritas en el tratamiento sobre vía de administración en el ácido valproico, incorporación en el procedimiento de uso seguro del medicamento de las indicaciones a seguir en caso de bloqueo del dispensador automatizado de medicación, modificación en el diseño de la prescripción electrónica para que se automaticen modificaciones de ½ ampollas y dosis única , eliminación de Sulfato de Bario del stock del servicio en que se ha provocado la incidencia, la medicación reenvasada con diferente tamaño y concentración se identifica con diferentes colores, doble chequeo cuando se coloca esta medicación en stock. También se han incorporado otras medidas relacionadas con caídas, mejora de las instalaciones, etc.

Discusion:

Los resultados obtenidos demuestran que la incorporación de un sistema de mensajería rápida y eficaz, que informe a los servicios a tiempo real de lo acaecido en los mismos, impulsa la notificación así como la implantación rápida de medidas de mejora.

CONCLUSIONES

La existencia de un registro de notificación con una evaluación continua permite identificar los puntos débiles del sistema y establecer las propuestas de mejora focalizadas. Los profesionales reciben una información a tiempo real de los incidentes de seguridad identificadas y de las intervenciones que ponen en marcha para su mejora, la mayoría transversales a la organización. Ello es garante de que la notificación logra su objetivo de tener una repercusión sobre el sistema y una mejora de la seguridad en los entornos de trabajo.

P-113

Centro:

Hospital Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

VALOR DE LA PROVOCACIÓN NASAL CON ASPIRINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERSENSIBILIDAD A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Autores:

DOÑA DIAZ I.; SÁNCHEZ RIVAS M.I.; CAMPO MOZO P.; RUIZ ROS M.D.; SALAS CASSINELLO M. Y TORRES JAEN M.J..

Objetivos:

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los fármacos más frecuentemente implicados en las reacciones de hipersensibilidad a medicamentos. El test de provocación oral es considerado el "patrón oro" para el diagnóstico de los pacientes con hipersensibilidad a AINEs, aunque consume tiempo y no está exento de riesgos. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia del test de provocación nasal con acetilsalicilato de lisina (TPN-

LASA) en el diagnóstico de los diferentes subtipos de hipersensibilidad a AINE.

Material y Método:

Evaluamos un total de 230 pacientes con diagnóstico confirmado de hipersensibilidad a AINE (>3 episodios con >2 AINEs diferentes) con síntomas cutáneos (n=50) o respiratorios (n=180). A todos ellos se les realizó TPN-

Resultados:

El TPN-LASA fue positivo en el 79.4% de los pacientes respiratorios y en el 12% de los pacientes con síntomas cutáneos. Un total de 32 pacientes con síntomas respiratorios tras la toma de AINE presentaban además poliposis nasosinusal, siendo en este grupo el TPN-LSA positivo en el 88.88%. En el grupo de los pacientes con síntomas respiratorios, solo 12 (8.39%) presentaron broncospasmo durante el TPN-LASA que se resolvió con tratamiento.

Discusion:

El TPN-LASA ha demostrado ser un método útil, más rápido, más seguro y menos costoso que el test de provocación oral para el diagnóstico de los pacientes con síntomas respiratorios tras la administración de AINEs.

P-114

Centro:

Hospital Regional Universitario de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

UTILIDAD DEL TEST DE PROVOCACIÓN NASAL CON MULTIPLES ALÉRGENOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RINITIS ALÉRGICA LOCAL

Autores:

GUERRERO GARCÍA M.A.; GALINDO REYES L.; RONDÓN SEGOVIA C.; CAÑAMERO RAMÍREZ M.D.; BARRIONUEVO SÁNCHEZ E. Y TORRES JAEN M.J..

Objetivos:

La rinitis alérgica local (RAL) es una nueva entidad clínica de rinitis caracterizada por ausencia de atopia sistémica (prick test e IgE sérica específica negativas) y respuesta localizada en la mucosa nasal con producción local de IgE específica y test de provocación nasal (TPN) positivo.

Hasta este momento, en el TPN los pacientes polisensibilizados se diagnosticaban exponiéndolos a un único aerolérgeno en cada sesión (TPNS). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar si la utilización de un protocolo usando múltiples aeroalérgenos en la misma sesión disminuía el número de visitas sin afectar la calidad diagnóstica.

Material y Método:

Se realizó el test de provocación nasal multiple (TPNM) en pacientes previamente diagnosticados de RAL (prick test e IgE sérica específica y TPNS positivo) (n=25 pacientes) y rinitis no alérgica (prick test, IgE sérica específica y TPNS negativos) (n=25 pacientes). Se evaluó la respuesta mediante una escala visual analógica de síntomas y rinometría acústica.

Resultados:

El TPNM mostró una concordancia del 100% con el TPNS, no detectándose falsos positivos ni falsos negativos. El uso de del TPNM redujo el número de visitas para el diagnóstico en un 75% (de 168 a 42 visitas) en los pacientes con rinitis no alérgica y a un 55% en pacientes con RAL (de 144 a 65 visitas) comparado con el TPNS.

Discusion:

Estos resultados demuestran que el TPNM es un método útil, específico, sensible, reproducible y consume menos tiempo y recursos para el diagnóstico de RAL.

P-115

Centro:

Hospital Materno Infantil de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES

Autores:

GARCIA ORTEGA M.A.; COARASA SANCHEZ M.R.; YAÑEZ BRAVO C.; SANCHEZ RIVAS M.; GONZALEZ GARCIA J.M. Y NIETO ARAGON E..

Objetivos:

Fomentar las practicas seguras en las unidades de hospitalización.

Diseñar un check-list para realizar en el traslado de pacientes

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica sobre transferencia de pacientes hospitalizados.

Reunión de concenso de los responsables de unidades pediátricas para propuesta del formulario

Diseño de un formulario que recoja ítems aprobados y consensuados en el traslado del paciente.

Resultados:

Se realiza un check-list con diferentes apartados:

situación ,antecedentes,evaluación y recomendación recogiendo dentro de cada uno de los diferentes apartados información sobre datos clinicos, medicación, alergias, dispositivos, etc.

Se planifica puesta en marcha para el nuevo registro.

Discusion:

Hasta el momento la realización de los formularios ha supuesto una unificación de los criterios en la información en el traslado de pacientes, que influye directamente tanto en la seguridad como en la calidad asistencial.

P-116

Centro:

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

ADMINISTRACIÓN SIN DOLOR DE UN IMPLANTE SUBCUTÁNEO DE GOSERELINA

Autores:

ALVAREZ GONZALEZ F.J.; ESTERAS CASTELLANO M. Y SEBASTIAN MORELLO M..

Objetivos:

En el proceso de optimización del uso de análogos de la homona LHRH para el tratamiento del cáncer de próstata se han unificado todos los tratamientos en la opción más eficiente que es goserelina trimestral. El inconveniente de este medicamento es que al tratarse de un implante subcutáneo se produce más dolor e incomodidad durante la administración.

Objetivos: Creación de un protocolo de administración de goserelina (Zoladexr) implante subcutáneo que ocasione el mínimo dolor al paciente y se utilice para administrarlo en la consulta de pacientes externos del servicio de farmacia y/o en centros de salud de influencia. Análisis del grado de satisfacción de los pacientes con el nuevo método de administración.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre administración sin dolor de goserelina y se encuentra una referencia bibliográfica con información muy poco concreta. Se establece el protocolo adaptando la información obtenida. El protocolo adoptado implica la utilización de cloretilo como anestesia local: limpieza de la zona a administrar con alcohol 70º, aplicación de cloroetilo durante unos 15" y aproximadamente a unos 5-10 cm de la piel e inyección del implante de goserelina siguiendo las instrucciones del laboratorio.

Resultados:

Durante el periodo enero 2014 - junio 2015 se han tratado un total de 377 pacientes con Goserelina.

Se ha aplicado el protocolo tanto en dosis mensual como trimestral a un total de 256 pacientes.

Del total de pacientes que han sido administrados en nuestra consulta, solo hemos tenido un acontecimiento adverso siendo este una quemadura de primer grado por congelación en la zona anestesiada que no necesito atención medica ni enfermera.

Más del 95% de los pacientes refieren que no han sentido dolor o este ha disminuido ostensiblemente.

Discusion:

Tras la puesta en marcha del protocolo durante un periodo de prueba de 6 meses, comprobamos la efectividad del proceso así como la satisfacción por parte del usuario que ha favorecido la adopción del tratamiento por parte de los médicos prescriptores con un importante ahorro económico en este grupo de medicamentos para el tratamiento del cáncer de próstata y mama.

P-117

Centro:

Hospital Virgen Macarena

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

COMO IMPLANTAR UNA NUEVA VERSIÓN DE LA HOJA QUIRÚRGICA PARA ENFERMERÍA EN DIRAYA ATENCIÓN HOSPITALARÍA

Autores:

BARROSO GUTIÉRREZ B.; PANTOJA BENÍTEZ J.M.; MARTÍNEZ LARA C.; ZAMBRANO OLIVO C.; RODRÍGUEZ CABEZA L.M. Y POSADILLO SANCHEZ-PUERT

Objetivos:

La nueva versión de la Hoja Quirúrgica (HQ) incorpora para enfermería cambios sustanciales: etapa prequirúrgica que comienza en hospitalización, etapa intraquirúrgica y el perfil de enfermería de perfusión. También se integran elementos claves para la seguridad del paciente y los cuidados.

Planificación, implantación y monitorización de la de la nueva versión para enfermería de la HQ en Diraya Atención Hospitalaria (DAH).

Material y Método:

Nos hemos basado en el Ciclo de mejora continua

1.Planificar

-Creación de grupo de trabajo para analizar la nueva versión, contactar con referente del grupo funcional de DAH y con informáticos, observar su funcionamiento real en otro centro y obtener información sobre su experiencia en la implantación y solución de puntos críticos

-Planificación de la difusión a los responsables de enfermería

2.Hacer

-Presentación teórico práctica a los responsables de enfermería de hospitalización y del bloque quirúrgico para que ejerzan como formador de formadores en sus unidades

-Cronograma de implantación: formación, periodo de prueba y recogida de incidencias y monitorización

3.Verificar

-A los 45 dias de la fecha de implantación, se realizó un corte de prevalencia para observar el nivel de cumplimentación: se seleccionaron a todos los pacientes incluidos en el parte quirúrgico de un día concreto y a través de una parrilla auditora se valoró la cumplimentación de todos los apartados de la pestaña de enfermería de la HQ

4.Hacer

-Los resultados de la auditoría se enviaron a los responsables de enfermería para que fuesen analizados en el seno de cada unidad para que identificasen líneas de mejora -A nivel general se recopilaron puntos críticos que se fueron tratando.

Resultados:

El corte de prevalencia dio los siguientes resultados:

-Fase Prequirurgica:

Verificación de la preparación quirúrgica (Hospitalización) 53%

Recepción quirúrgica (Quirófano) 78,9%

Valoración focalizada (Quirófano) 67,3%

-Fase Intraquirurgica (Quirófano):

Ubicación, horario, equipo y verificación 100%

Intervenciones (NIC) I (intervenciones de enfermería más frecuentes) 50%

Intervenciones (NIC) II (intervenciones de enfermería menos frecuentes) 9,6%

Diagnostico de enfermería 26,9%

Salida de quirófano y traslado 80,8%

LVSQ 86,5%

Discusion:

La nueva versión de la HQ incorpora elementos que mejora la accesibilidad a la información, la continuidad y la seguridad de los pacientes, traduciéndose en un cambio sustancial de la aplicación informática que podría repercutir en una baja cumplimentación del registro si no se realiza una adecuada implantación. Para la valoración y análisis de los primeros resultados, hemos tenido en cuenta los puntos críticos y que aún no hemos podido dar respuesta (ingreso el mismo día de la intervención, en algunos casos no se visualiza la hoja quirúrgica o no funcionamiento de la misma…).

Para alcanzar niveles más satisfactorios es fundamental el análisis de los resultados en el seno de cada UGC y dar respuesta a los puntos críticos generales.

P-118

Centro:
Agencia Sanitaria Costa del Sol
Provincia:
Málaga
AreaTematica:
Seguridad del Paciente V

ÚLCERAS POR PRESION, LA PARTE INVISIBLE DEL ICEBERG

Autores:
MOYA SUÁREZ A.B.; CANCA SÁNCHEZ J.C.; MORA BANDERAS A.M.; ARANDA GALLARDO M. Y LARA BLANQUER A..

Objetivos:

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud pública y de seguridad del paciente. Aunque existen diversos estudios que nos muestran cual es su magnitud somos conscientes de que sólo vemos la punta del iceberg:

Conocer las concordancias entre los datos reportados por la comisión de calidad de UPP y los reportados por el CMBD.

Identificar los principales errores en la codificación Estimar la infradeclaración de enfermería.

Conocer las UPP reales en el periodo de estudio.

Material y Método:

Se identificó en el CMBD a todos los pacientes que tuvieran un código CIE-9 correspondiente a UPP.

Se explotaron paralelamente los datos de la comisión de UPP. Se cruzaron ambas bases de datos y se obtuvieron las concordancias y las discordancias existentes. De éstas últimas se realizó un análisis descriptivo mediante la revisión exhaustiva de la historia clínica que incluía registro específico de enfermería, informe de alta y, lectura de las observaciones clínicas.

Resultados:

El número total de UPP reales en el periodo fue de 214.

Concordancia final entre ambas bases de datos: 92 UPP (43%)

Errores identificados en la codificación de ambas bases de datos CMBD COMISION

Bilateralidad: 36 (16.8%) Bilateralidad: 0 Duplicidad: 0 Duplicidad: 19 (8.9%)

Diagnóstico erróneo: 24 (11.2%) Diagnóstico erróneo: 14 (6.5%)

No codificada: 32 (14.9%) No registrada: 29 (13.5%)

Infradeclaración por enfermería: 29 UPP (13.5%)

Discusion:

Los datos obtenidos reflejan la importancia de considerar con respecto a las UPP, otra base de datos complementaria al CMBD que permita no sólo identificar las UPP bilaterales no codificadas por el CMBD sino otros aspectos relevantes para la investigación clínica. El número de errores en la codificación ha mejorado con la historia clínica electrónica sin embargo existe un porcentaje superior de errores en el diagnóstico o de clasificación cuando lo realiza personal administrativo frente a personal clínico.

Estudios de fiabilidad del CMBD identifican porcentajes de error en el diagnóstico en torno al 20-30%, similares al de nuestro estudio (26.1%). Las principales causas de error en el diagnóstico vienen derivadas de la falta de adiestramiento del codificador, la no lectura completa de la historia y, la obtención del dato mediante filtro de búsqueda de la abreviatura "UPP" o úlcera por presión. Otro hecho observado en que CMBD descarta la UPP es cuando en la historia se registran medidas preventivas por eritema que correspondería a UPP de estadio I pero que al igual que el caso anterior no aparece escrita la palabra úlcera o UPP. Con la falta de estos datos se pierde valiosa información de la calidad de los cuidados que presta enfermería al tratarse sobre todo las UPP estadio I de origen intrahospitalario.

Este dato como señalamos al principio del texto es sólo una aproximación a la verdadera realidad del problema pero constituye un pasito más para descubrir la parte invisible del iceberg.

P-119

Centro:

Hospital Civil - Hospital Regional Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

RELACIÓN ENTRE EL GEL EMPLEADO EN LITOTRICIA Y NÚMERO DE ONDAS UTILIZADAS PARA FRAGMENTAR MODELOS LITIASICOS

Autores:

RIVERO ESTEBAN J.A.; MORALES JIMÉNEZ P. Y EUCEDA CERNA L.M..

Objetivos:

El gel de litotricia es el vehículo de transmisión de la onda de choque entre el cabezal de tratamiento y la superficie corporal del paciente. En este trabajo se comparan dos geles diferentes para fragmentar modelos litiásicos estandarizados, para confirmar la pérdida de ondas de presión que ya valoramos en un trabajo anterior en el que se utilizó una sonda de presión en el foco

terapéutico.

Material y Método:

Para el presente estudio hemos utilizado un litotriptor Doli S con generador 220-XXP, un equipo de fragmentación donde hemos introducido modelos litiásicos estandarizados de 12 mm de diámetro, a los que hemos sometido a 3 frecuencias fijas (60, 80 y 100 pulsos/mn) y un kilovoltage (Kv) fijo para cada modelo litiásico (5, 10 y 15 Kv), hasta la fragmentación total, midiendo el número de ondas necesarias para dicha fragmentación.

Resultados:

Presentamos las tablas en la que se observa el número de ondas necesario para la fragmentación en función del Kv y de la frecuencia aplicada para cada uno de los geles de estudio. Gel Nº1, Gel Nº2.

Discusion:

- Existe un aumento que oscila entre el 10 y 13% de ondas necesarias para la fragmentación total del modelo litiásico en función del gel utilizado que es estable para todas las frecuencias e intensidades utilizadas.

- Aumenta el tiempo de tratamiento en la misma medida.

- Estas variaciones dependen del tipo de gel empleado en particular del número de burbujas que presenta por c.c.

P-120

Centro:

Hospital "Santa Bárbara" y GUETS, SESCAM

Provincia:

Ciudad Real

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

TRANSPORTE SANITARIO EN LA REDISTRIBUCIÓN EFICIENTE, EQUITATIVA, SEGURA Y DE CALIDAD DE RECURSOS CRÍTICOS

Autores:

MORENO MILLÁN E.; GARCÍA TORRECILLAS J.M.; PALAZUELOS DÍAZ M.M.; PRIETO VALDERREY F.; CID CUMPLIDO M. Y VILLEGAS DEL OJO J..

Objetivos:

La demanda de asistencia en UCI está en contínuo aumento como consecuencia del envejecimiento poblacional, la exigencia de soportes tecnofarmacológicos, la introducción de nuevos soportes y las expectativas de los pacientes críticos (PC). Buscando la reasignación de los recursos intensivos del área para conseguir mayores efectividad y eficiencia, garantizando equidad, seguridad y mejora de la calidad, se han propuesto alternativas como la regionalización, la cooperación entre UCIs y la telemedicina. En las dos primeras debe contemplarse el transporte secundario (TS) como elemento integrador fundamental de la red de nodos asistenciales, que facilite los desplazamientos de PC con los menores riesgos, complicaciones y efectos adversos. Pretendemos conocer las características de los TS de PC en una provincia con 6 hospitales generales (2 medianos con UCI y 3 pequeños), y uno de referencia.

Material y Método:

Análisis descriptivo de los TS de PC realizados entre hospitales de la red provincial de Ciudad Real, durante los años 2012, 2013 y 2014,tomados de la Base de datos de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS) del SESCAM. Variables: hospital de origen y destino, motivo del traslado, recurso móvil utilizado, complicaciones y efectos adversos observados.

HCR=General Ciudad Real

HSB=Santa Bárbara, Puertollano

HMC=Mancha Centro, Alcázar

HGO=Gutiérrez Ortega, Valdepeñas

HVA=Virgen Altagracia, Manzanares

HTO=General Tomelloso

Resultados:

Se realizaron 6531 TS con origen y 5062 con destino, respectivamente, en la provincia de Ciudad Real. Emisores: HMC 1623 (24,85%), HSB 1444 (22,11), HGO 1363 (20,87), HVA 919 (14,07), HCR 715 (10,94)y HTO 467 (7,15); receptores: HCR 4229 (83,54), HSB 353 (6,97), HMC 374 (7,38), HGO 55 (1,08) y HVA 51 (1,00). Motivo: 57,2% falta recursos diagnósticos (cateterismo, TAC), 41,2% falta recursos terapéuticos (ACTP, VM, neurocirugía), 1,6% otros. Complicaciones: 5,6% hemodinámicas, 7,1% respiratorias, 4,2% tecnológicas. Medios: 93,7% terrestres, 6,3% helicópteros. Nuestro centro (HSB)fue el segundo máximo emisor, pero también el segundo máximo receptor, realizando gestión de hospital de referencia.

Discusion:

La redistribución de recursos asistenciales para el PC de un área de salud, bajo el modelo de cooperación intercentros o la regionalización, debe elaborarse sobre una adecuada e integrada red de TS que facilite a los distintos nodos los más efectivos, eficientes y equitativos dispositivos. Los riesgos que supone el propio TS, incluso pudiendo alargar la estancia y aumentar la mortalidad en UCI y hospital, según algunas fuentes, no han sido detectados. Este sistema permite, como la regionalización y la telemedicina (teleUCI), garantizar la seguridad y la satisfacción del PC, mejorando la calidad de su atención e incrementando la eficiencia. Los hospitales medianos con UCI juegan un importante papel en esta reasignación eficiente de atención crítica, siendo receptores y gestores de PC de aquellos sin UCI.

P-121

Centro:

AGS NORTE DE MÁLAGA.

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente V

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR DE POTENCIALES PROBLEMAS DE SEGURIDAD.

Autores:

GALÁN RETAMAL C.; MATA PALMA A.; GARRIDO FERNÁNDEZ R.; FERNÁNDEZ ESPÍNOLA S.; PADILLA MARÍN V. Y GARCIA ORDOÑEZ M.A..

Objetivos:

Implementar actuaciones que contribuyan a incrementar la seguridad de los usuarios a través de la revisión de potenciales problemas de prescripción en un área sanitaria.

Material y Método:

A fecha Marzo 2015 la UGC de Farmacia identifica a través de la base de datos de prescripciones de Receta XXI aquellos pacientes en tratamiento con inhaladores duplicados (LABA; LABA/CI; LAMA; CI; LABA/LAMA) o con redundancia terapéutica (LABA y LABA/CI; LABA y LABA/LAMA; CI y LABA/CI; LAMA y LABA/LAMA). LABA: Beta-2 adrenérgicos de acción larga; LAMA: anticolinérgico de acción larga; CI: corticoide inhalado). Los listados de pacientes quedan accesibles al médico responsable del paciente: médico de familia y en caso de seguimiento por atención hospitalaria al médico internista, a través del portal Farma ® (aplicación intranet área sanitaria).

Así, el profesional tiene acceso al listado de pacientes a revisar, información sobre la justificación de esta revisión y registro acerca de la intervención: prescripción modificada, justificada o no revisada. La revisión tiene lugar durante el período Abril-Mayo 2015. Se evalúa a fecha Julio 2015 estableciendo como estándar un porcentaje de reducción de problemas óptimo del 60% (mínimo 40%).

Resultados:

El número de pacientes que presentan problemas de prescripción Marzo 2015 es de 178, el 26,4% (47) en seguimiento por la UGC de medicina interna. A fecha Julio 2015 se reduce el porcentaje de duplicidades o redundancias de inhaladores en un 64,08%, medido como % de reducción: [(A-B) / A] * 100. A: nº de problemas de prescripción al inicio y B: nº de problemas de prescripción al final.

Los problemas identificados no modificados se relacionan en un 90% con la redundancia CI + LABA/CI, se justifica la asociación con el motivo "CI nebulizador de rescate + LABA/CI inhalador pauta fija".

Discusion:

La estrategia implementa mejoras en la calidad de la prescripción y redunda en la seguridad del paciente, ya que previene posibles eventos adversos derivados de la medicación. El contar con una herramienta ágil para la revisión y la coordinación atención primaria-hospitalaria ha permitido conseguir un nivel óptimo de reducción de problemas de prescripción.

P-122

Centro:

UGC DE SALUD MENTAL

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

DESARROLLO DE UNA CULTURA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA UGC DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Autores:

JURADO MELERO A.B.; CODINA FUILLERAT I.; CABALLERO RUIZ A.; REYES TABOADA A.M. Y DEL PINO LOPEZ R..

Objetivos:

Determinar el grado de cambio en la cultura de Seguridad del paciente en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC), potenciando la notificación de eventos adversos (EA), promocionar una

asistencia sanitaria de calidad y mantener/fortalecer la Comisión de Seguridad de la UGC (CSSM). Valorar grado de cumplimentación e implicación del personal, implantar propuestas de mejora, monitorizar en el tiempo y potenciar la investigación sobre esta materia.

Material y Método:

Se realiza un análisis cualitativo de la gestión de los incidentes notificados en el Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP).

Se valoran un total de 7 incidentes notificados y 1 caso centinela, incluidos en las áreas tipificadas por OSP.

Se analizan la respuestas por parte de los responsables de seguridad como tiempos de respuesta, metodología empleada para la resolución de casos (AMFE proactivo y ACR reactivo) y Análisis Causa Raíz, propuestas de mejora e implantación de las mismas y difusión a los profesionales implicados en la práctica asistencial así como al resto de dispositivos asistenciales implicados en el proceso.

Resultados:

La Comisión de seguridad de la UGC de Salud Mental analiza los EA notificados e implanta áreas de mejoras que promueve cambios en la funcionalidad de la asistencia.

Continuar plan de difusión de los cambios hechos en la funcionalidad para el conocimiento de los profesionales y su aplicación en la asistencia (cambio en protocolos y plantilla de "recibí" de los cambios hechos).

Previo a los cambios que se deben realizar se informa a los profesionales mediante trípticos, donde se refuerza la herramienta en el OSP e incluyendo la notificación como objetivo en los Acuerdos de Gestión Clínica de la unidad.

Discusion:

La seguridad en los dispositivos asistenciales de salud mental es esencial para el desarrollo de una buena práctica asistencial de calidad, la notificación es una herramienta que nos permite conocer situaciones de riesgos en la práctica clínica en la UGC de Salud Mental.

La formación y la implicación a nivel directivo es el primer paso para un correcto funcionamiento de la CSSM.

Se describen tres fases en periodos de tiempo diferentes:

Precontemplativa: Implicación de los directivos de la UGC de SM del HUVV, formación e identificación de profesionales sanitarios/no sanitarios para notificación de EA, difusión de trípticos informativos sobre como notificar.

Fase contemplativa: Se crea CSSM donde se gestionan las notificaciones, poniendo en marcha procedimientos/protocolos, así como propuestas de mejora implementadas desde la UGC de SM.

Fase PosT-contemplativa: Aumento de grado de sensibilidad de cultura en seguridad a pacientes en seguimiento en salud mental,

monitorización propuestas de mejora, cambios organizativos en la práctica asistencial y difusión entre todos los profesionales.

P-123

Centro:

HOSPITAL TORRECARDENAS

Provincia:

Almería

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN EN SERVICIOS DE PEDIATRÍA.

Autores:

PUERTA ORDOÑEZ M.D.; CANDON MORENO A.; PEREZ MUÑOZ A. Y LOPEZ DOMINGUEZ M.V..

Objetivos:

Introducción: La variación de edad, peso, área de superficie corporal y capacidad de absorber, metabolizar y excretar los medicamentos hacen de la población infantil un grupo muy heterogéneo y con muchas consideraciones a tener en cuenta a la hora de administrar cualquier medicamento. Con la presente comunicación, pondremos de manifiesto algunas nociones básicas a tener en cuenta a la hora de administrar fármacos a la población pediátrica.

Objetivos: Incidir en el conocimiento de técnicas desarrolladas por profesionales de enfermería, que intervienen en una correcta administración de fármacos en pediatría, para poder así, ofrecer una óptima calidad asistencial en la población pediátrica.

Material y Método:

Mediante una revisión bibliográfica establecemos la descripción de recomendaciones y reglas básicas para la correcta administración de fármacos en pediatría. Se desarrollará que vía de administración, forma de administración y posición del niño deben llevarse a cabo. Además cálculo de dosis mediante reglas establecidas internacionalmente, es decir, aquellas consideraciones especiales y más adecuadas según la edad y peso del paciente pediátrico.

Es importante hacer mención también de aquellos factores intrínsecos y extrínsecos que se pueden presentar a la hora de realizar dichas técnicas, tales como predisposición y ansiedad del niño/a o factores ambientales como ruido, iluminación…

La búsqueda ha sido realizada mediante las bases de datos "Pubmed" y "Cuiden Plus. Con palabras clave, pediatría, enfermería y seguridad y los filtros: los artículos publicados entre 2000 y 2014.

Resultados:

Con el adecuado uso de estas nociones básicas obtendremos y controlaremos aquellos factores que como profesionales sanitarios debemos conocer y hacer hincapié para efectuar una correcta administración de fármacos, algo tan importante en el tratamiento de este tipo de pacientes.

El conocimiento de reglas en la administración de medicamentos como la de los cinco correctos, y factores extrínsecos tan básicos como una correcta iluminación y escaso ruido, son muy importantes y eficaces. Es por ello que el personal de enfermería debe estar cualificado para ello. Con esta revisión bibliográfica hemos conseguido reunir y conocer técnicas que nos ayudarán a proporcionar una asistencia de calidad.

Discusion:

La seguridad y competencia del personal de enfermería son condiciones básicas para la administración de forma segura y de la dosis correcta del fármaco, de la manera menos traumática en la población pediátrica.

P-124

Centro:

H U VIRGEN MACARENA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

ASPECTOS IDENTIFICADOS POR PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE AL TRASPASO INTERNIVELES DE PACIENTES PALIATIVOS.

Autores:

ASENSIO PÉREZ M.R.; PALOMO LARA J.C.; RAMÍREZ LÓPEZ E.B.; ROMERO BRIOSO C.; LIAÑEZ ANDRADE A. Y RODRÍGUEZ PAÑOS M.T..

Objetivos:

Identificar aspectos relacionados con el traspaso interniveles de pacientes paliativos desde la experiencia de profesionales sanitarios de A.Primaria.

Material y Método:

Investigación cualitativa fenomenológica. Muestreo probabilístico intencionado hasta saturación de información, mediante grupos focales multiprofesionales de Atención Primaria en el ámbito rural y urbano, y con experiencia previa en el objeto de investigación.(PI- 0378/2012).

En total de los grupos focales participaron cuatro médicos de familia, doce enfermeras de familia y una trabajadora social.

Se utilizó un guión de entrevista previamente consensuado por el equipo investigador, sustentado por bibliografía sobre el tema. Se realizó análisis hermenéutico de los grupos focales mediante el AtlasTi 6,2. Se trianguló la información obtenida.

Resultados:

Se obtuvieron 32 códigos y 248 citas. Se exponen los resultados relacionados con algunos de estos códigos obtenidos en el análisis.

Aunque algunos pacientes eligen fallecer en su domicilio, según los profesionales participantes hay más elementos facilitadores para que la familia elija la muerte en el Hospital. Por lo tanto, en muchos casos no se produce el traspaso porque el paciente permanece en el ámbito hospitalario hasta el final de su vida,independientemente de la decisión de paciente y/o cuidadora.

Esto está influenciado por una coordinación insuficiente interniveles,la deficiente información a usuarios desde el hospital sobre la cartera de servicios de Primaria, falta de recursos e inmediatez de todos en Atención Primaria, sobre todo en el manejo de síntomas refractarios.

Además, también pueden recibir atención de Hospitalización Domiciliaria y Servicios de Urgencias que no siempre se encuentran coordinados con Atención Primaria ni Hospitalaria. Son dos variables más en la ecuación. "...esas personas muchas veces están en el domicilio, no recurren al médico de familia porque no tienen la idea esa de que es su médico el que va a abordar todo lo que es el proceso, el ponerlo en contacto con el resto de los profesionales" (Sol, médica de familia)

Desde el hospital el flujo de comunicación y planificación de alta hacia Primaria es escaso, mejorado por la intervención de las enfermeras gestoras de casos y trabajadores sociales."Yo lo que sí que echo más de menos es que nos lleguen todos los paliativos que realmente están en los domicilios, que nos enteramos, luego a las cuatro de la tarde por gente de otro caso" (Paz, enfermera de familia).

Discusion:

La bibliografía actual muestra un escenario de cronicidad y elevado porcentaje de pacientes terminales que fallecen en centros hospitalarios en comparación con los que lo hacen en sus domicilios. Los profesionales participantes exponen aspectos que ellos evidencian a través de su práctica diaria que en cierto modo, pueden explicar el fenómeno señalado y que atañe a su vez a la seguridad del paciente paliativo en el traspaso de un nivel asistencial a otro.

P-125

Centro:

Área Sanitaria Norte de Málaga

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

FACTORES PREDICTIVOS DE ASISTENCIA EN URGENCIAS EN MENOS DE 30 DÍAS TRAS HOSPITALIZACIÓN EN OCTOGENARIOS CON ICC.

Autores:

OLMEDO LLANES J.; MEJÍAS LEAL I.; BAUTISTA GALÁN C.; HERRERO GARCÍA V.; TIRADO MIRANDA R. Y GARCÍA ORDÓÑEZ M.A..

Objetivos:

Determinar que factores se relacionan con la asistencia a urgencias en menos de 30 días tras el alta hospitalaria de una cohorte de pacientes de 80 o más años con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada (ICC).

Material y Método:

Diseño: corte transversal (6 meses) de estudio prospectivo de una cohorte de pacientes de 80 o más años que ingresan en las Unidades de Gestión Clínica de Medicina Interna de tres hospitales comarcales andaluces. Análisis estadístico: descriptivo y comparativo bivariante (p<0,05). La fuerza de la asociación se mide mediante el riesgo relativo (RR). Para la comparación de proporciones se usó el test exacto de Fisher y para comparar medias la prueba de Mann-Whitney.

Resultados:

De 75 pacientes octogenarios hospitalizados por insuficiencia cardiaca incluídos, 17 pacientes (22%) acudieron a urgencias en los primeros 30 días tras el alta. La edad media fue de 85,1 años (IC95%: 83-87,2 años), siendo el 82,4% mujeres (IC95%: 58,1-94,6%), sin que hubiera diferencias con el resto de pacientes octogenarios. La mediana de tiempo en acudir a urgencias fue de 13 días (Percentil 25-75: 6-22 días). El 41% quedaron ingresados. No hubo diferencias en cuanto a factores de riesgo entre los pacientes que acudieron a urgencias en <30 días y aquellos que no lo hicieron: HTA (82,4% vs 87,9%); DM2 (41,2% vs 39,7%), IRC (52,9% vs 43,1%), fibrilación auricular (58,8% vs 50%), cifras de hemoglobina < 11 g/L (44,7% vs 49,1%) e ingresos en el último año previo por ICC (58,8% vs 44,8). Sin embargo, hubo diferencias en cuanto a funcionalidad, Barthel < 60 (41,3% vs 25,9%; P< 0,05). La etiología de ICC fue hipertensiva en 41,2% e isquémica en otro 41,2%. Hubo diferencias en clasificación de NYHA clase III-IV (47,1 % vs 19%, aunque no la hubo en la disfunción sistólica -FE <55%- (22,4% vs 16,1&). Al alta no hubo diferencias en los fármacos prescritos: IECA/ARA II: 82,3% vs 93%; beta-bloqueantes: 29,4% vs 31,6%; antialdosterónicos: 27,8 vs 15,8%; diuréticos de asa: 84,1% vs 76,7%; tiazidas: 11,8% vs 24,2%; antagonistas del calcio: 41,1% vs 28,1%; digoxina: 35,2 vs 21,1%%.

Tras análisis bivariante, la asistencia en urgencias en los 30 días siguientes al alta se asocia a un Barthel inferior a 60 puntos (p=0,005; RR: 2,8; IC95%: 1,2-6,9) y tener una clase III-IV de la NYHA (p=0,022; RR 3,1 (IC95%: 1,4-7,8).

Discusion:

Un alto porcentaje de pacientes octogenarios con ICC acude a urgencias en el primer mes tras el alta, asociándose con un deterioro de la funcionalidad (Barthel < 60) y deterioro clínico (clase III-IV NYHA). Se ha identificado un suggrupo de pacientes octogenarios ingresados con ICC que al alta tienen mayor riesgo de acudir a urgencias en <30 días. En este subgrupo de pacientes sería necesario establecer procedimientos específicos en la transferencia asistencial.

P-126

Centro:

Centro de Salud Vera

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO CON DISPOSITIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC.

Autores:

VÁZQUEZ ALARCÓN R.L.; PÉREZ GÓMEZ S.; FONTALBA NAVAS A.; GÓMEZ BONILLO L.; COMPANY MORALES M. Y BARNESTEIN FONSECA M.P..

Objetivos:

Determinar la eficacia de dos intervenciones educativas para mejorar las técnicas de inhalación por dispositivo en pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y la influencia de las preferencias en los pacientes.

Material y Método:

Diseño: Ensayo clínico de preferencias parcialmente aleatorizado o diseño de cohorte comprensivo. ISRCTN15106246

Muestra: 465 pacientes con EPOC (para detectar una diferencia entre los grupos de 25 % , el 80 % de poder estadístico , el nivel de confianza del 95 % , 40 % las pérdidas esperadas) , con el tratamiento inhalado , consentimiento por escrito. Muestreo consecutivo no probabilístico .

Población: 9 centros de salud de la provincia de Málaga.

Asiganción: Los pacientes fueron asignados inicialmente a uno de los dos grupos del estudio (Preferencia y Aleatorización). Después de explicarle las dos intervenciones que se iban a realizar en cada grupo, se preguntó al paciente si tenía preferencia por alguna de ellas. Si mostraba preferencia se asignaba directamente al grupo de preferencias (PCT-IntervA, PCT-IntervB), si no era así se asignaba aleatoriamente al grupo control (RCT).

Variables: Variable resultado principal: realización correcta de la técnica de inhalación según recomendaciones de la SEPAR. Variables resultado secundarias: Espirometría forzada, índice de disnea basal (IDB), escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC), test EuroQuol-5-D, cuestionario respiratorio St. George, cuestionario SeguiEPOC. Variables independientes: edad, sexo, IMC,

Intervenciones: Intervención A: folleto explicativo del correcto uso de dispositivos. Información B:folleto explicativo más instrucción con monitor.

Seguimiento: 3 meses: visita inicial (V0), al mes (V1) y 3 meses (V2).

Análisis estadístico: Media , frecuencia, intervalo de confianza al 95 %. Análisis con intención a tratar.

Resultados:

Hombres (91,4%), edad media 69,8 años (69,00-70,59); FEV1 (media)= 55,91% (53,62-58,2), patrón respiratorio mixto (65,9%). Gravedad (FEV1): 15.7% leve, 44.1% moderada , 40.3% severa . IDB: grado 2. Los dispositivos utilizados: 67.3% Handihaler (Hd), 54.8 % Turbuhaler (Th), 31.8% Accuhaler (Ac), 26,9% pMDI. Técnica correcta Inhalación: Hd: RCT-Control: 11.7% (V0), 10% (V2); PCT-IntervA: 10.9% (V0), 17.5% (V2); PCT-IntervB: 7.4% (V0), 62.3% (V2), p<0.0001. Th: RCT- Control: 22% (V0), 16.7% (V2); PCT-InterVA : 8.7% (V0), 24.4% (V2); PCT-IntervB: 7.5% (V0), 57.5% (V2), p<0.0001 . Acc : RCT-Control: 16.1% (V0), 25% (V2); PCT- InterVA: 17.9% (V0), 23.1% (V2); PCT-IntervB: 11.5% (V0), 74.1% (V2), p<0.0001 . pMDI: RCT-

Control: 6.9% (V0), 3.6% (V2); PCT-InterVA: 12.5% (V0), 19% (V2); PCT-IntervB: 8.3% (V0), 34.6% (V2), p=0.025.

Las preferencias mejoraron la técnica de inhalación en 1% para Handihaler, 12.7% para Accuhaler, 4.6% para **Discusion:**

El rendimiento de una técnica de inhalación correcta mejora con el entrenamiento con un monitor para todos los dispositivos. Las preferencias de los pacientes mejoran la eficacia.

P-127

Centro:

Centro Salud Vera

Provincia:

Málaga

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

ESTUDIO TIEPOC. EFICACIA DE DOS INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN PACIENTES CON EPOC.

Autores:

VÁZQUEZ ALARCÓN R.L.; PÉREZ GÓMEZ S.; GÓMEZ BONILLO L.; FONTALBA NAVAS A.; COMPANY MORALES M. Y BARNESTEIN FONSECA M.P..

Objetivos:

Evaluar la eficacia de dos intervenciones educativas para mejorar las técnicas de inhalación en pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Material y Método:

Diseño: Estudio multicéntrico aleatorizado controlado ISRCTN60147249.

Pacientes: 220 pacientes con EPOC (para detectar una diferencia entre los grupos de 25%, el 80% de poder estadístico, nivel de confianza del 95%, 40% de pérdidas esperadas), con tratamiento inhalado, consentimiento por escrito. Muestreo consecutivo no probabilístico.

Asignación: Los pacientes fueron asignados al azar utilizando el bloque de asignación al azar en tres cohortes: InterA, IntervB, control.

Variables: Resultados principal: Realización de la técnica de inhalación correcta. Resultados secundarias: flujo de Pick, índice de disnea basal (IDB), el estado funcional (espirometría forzada).

Intervenciones: Intervención-A: La información escrita. Un folleto con la técnica de inhalación correcta para los principales dispositivos inhaladores utilizados en nuestra área. Intervención-B: Intervención-A + formación individual (por instructores).

Seguimiento: 12 meses, las visitas: basal, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 12 meses.

Análisis Estadísticos: media, frecuencia, 95% intervalo de confianza al inicio del estudio. Se calculó el número necesario a tratar para un beneficio (NNT). Análisis con intención a tratar.

Resultados:

Hombres (85,5%), edad media 70,54 años (IC95%, 69,38 a 71,7); FEV1 (media) = 54,2% (IC 95%, 51,81-56,55), patrón respiratorio mixto (62,5%). Estadio de Gravedad: 11.4% leve, el 47,4% moderada, 41.4% severa. Tratamiento farmacológico: beta2-adrenérgico inhalado(81,7%); anticolinérgico inhalado (76,3%); corticoides inhalados (75,3%); mucoliticos (13,7%); xantina (5%); corticosteroides orales (0,9%). IDB: grado 2.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al inicio del estudio.

Resultado principal: El 88,1% de los pacientes no realizaron una técnica correcta de inhalación: 88,5% con Handihaler, 83,3% con Turbuhaler, 81,7% con Accuhaler y 79,1% con pMDI. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el control y la intervención A (p = 0,023), NNT = 8,62 (IC95%, 4,63 a 62,5). Hubo diferencias estadísticamente significativas entre la intervención B versus control (p <0,0001), 1,74 (IC95%, 1.47-2.17).

Discusion:

El conocimiento acerca de la correcta realización de las técnicas de inhalación es deficiente en pacientes con EPOC. El porcentaje de error fue similar para todos los dispositivos. La realización de una técnica de inhalación correcta mejora con entrenamiento con instructor más que con un folleto explicativo.

P-128

Centro:

CENTRO DE SALUD CASTILLEJA DE LA CUESTA

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

CALIDAD DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL CENTRO DE SALUD.

Autores:

MARTIN GRUTMANCHER F.; RODRIGUEZ RUBIO RODRIGUEZ A. Y BENITO YSAMAT P..

Objetivos:

Comprobar correcta realización listado de verificación para realización cirugía menor en atención primaria teniendo en cuenta calidad de asistencia y demora.

Material y Método:

Mediante auditorías, comprobamos calidad de atención quirúrgica de los pacientes de nuestro centro de salud realizando en las intervenciones un listado de verificación: 1)A la llegada del paciente:

-Confirma identidad, localización de lesión, consentimiento informado.

-Diagnóstico de presunción y se explica procedimiento.

-Todos los miembros del equipo se identifican.

-Se pregunta alergias conocidas, si está antiagregado o anticoagulado, portador de marcapasos y/o tiene objeto metálico en contacto con piel (si procede).

-Demarcación de la lesión (si procede).

-Pulsioxímetro puesto y funcionando.

-Verificación de seguridad anestésica.

-Anticipación de sucesos críticos: confirmación de esterilidad y pertinencia del instrumental, equipos y campo quirúrgico y verificación de la seguridad del procedimiento.

2)Antes de que el paciente abandone la consulta:

-Correcta identificación y gestión de las muestras biológicas (si procede).

-Detectar problemas relacionados con el instrumental y los equipos.

-Registrar el procedimiento y la información necesaria para la continuidad de cuidados.

-El paciente recibe por escrito instrucciones para su autocuidado, fecha, lugar y hora para su revisión y teléfono de contacto.

Resultados:

Se revisaron 237 pacientes en auditorías desde enero a junio 2015, y se comprobaron que en la totalidad de pacientes intervenidos se había realizado listado de verificación de seguridad quirúrgica.

De estos pacientes se llamaron al azar, con la realización de encuesta de satisfacción y calidad de asistencia y de forma mayoritaria estaban satisfechos con la consulta medicoquirúrgica, mostrando más discordancias con respeto al tiempo de lista de espera.

Discusion:

Mediante la realización de auditorías podemos cerciorarnos y comprobar la calidad de atención quirúrgica.

Es importante resaltar que en la totalidad de intervenciones se ha realizado listado de verifición.

Ha ayudado mucho el tener la lista impresa previa a la consulta.

Con respecto a la disconformidad de los pacientes en la demora de lista de espera, se están llevando a cabo medidas para intentar reducirlas:

-Repartiéndonos el trabajo mediante varios médicos y derivando a cada uno de ellos según diagnóstico de presunción previo (cada médico especializado en un tipo de intervención).

-Pacientes con patología que precisa intervención quirúrgica precoz se cita de forma preferente y se realiza en menos de una semana.

-Días previos a fecha acordada, se llama al paciente para confirmar asistencia, ya que en caso de no poder, su hueco es utilizado por otro paciente.

A pesar de la eficiencia de la cirugía menor en nuestro centro de salud y de los buenos resultados obtenidos, se seguirá trabajando y estudiando nuevas alternativas para intentar reducir el retraso en la atención quirúrgica de los pacientes, para mejorar aún más la calidad que se ofrece.

P-129

Centro:

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN EL ÁREA ORL. NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores:

IBAÑEZ RODRIGUEZ J.A.; OLIVENCIA PÉREZ M. Y RUIZ ROMERO M.V..

Objetivos:

- El objetivo de la comunicación es exponer la experiencia de nuestro servicio en la elaboración de un mapa de riesgos.

Material y Método:

- Partiendo de la información recopilada mediante una exhaustiva búsqueda bibliográfica, diseñamos un mapa de riesgos.
- El método se basa en la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos.
- Posteriormente en el registro de las actividades, seguimiento y revisión de los resultados.

Resultados:

- Obtenemos una valiosa información sobre los puntos fuertes y débiles de todo el proceso asistencial, pudiendo solventar fallos crónicos del servicio y otros nunca antes identificados.

Discusion:

- El mapa de riesgos es una herramienta que analiza los procesos asistenciales y ayuda en la gestión de riesgos.
- Deben integrarse de forma ineludible en las herramientas necesarias para la optimización de la seguridad del paciente.

P-130

Centro:

Complejo Hospitalario Granada. Hospital Universitario San Cecilio

Provincia:

Granada

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

PREPARACIÓN DE LA NUEVA FORMULACIÓN DE EPOPROSTENOL INYECTABLE EN UN SERVICIO DE FARMACIA

Autores:

MORÓN ROMERO R.; GONZALEZ MEDINA M.C.; CASAS HIDALGO I.; MORENO RAYA P. Y CABEZA BARRERA J..

Objetivos:

Epoprostenol (Veletri ®) está indicado para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (HAP idiopática o heredable y HAP asociada a enfermedades del tejido conectivo) en pacientes con síntomas de las clases funcionales III y IV de la OMS para mejorar la capacidad de esfuerzo.

Describir la preparación de Epoprostrenol intravenoso en un Servicio de Farmacia para pacientes no hospitalizados.

Material y Método:

El Epoprostenol está indicado únicamente para perfusión continua por vía iv. Se administra en perfusión continua a través de un catéter venoso central permanente mediante una pequeña bomba de perfusión portátil. En consecuencia, el tratamiento con Epoprostenol requiere el compromiso por parte del paciente de una reconstitución estéril del fármaco, la administración del fármaco, el cuidado del catéter venoso central permanente y el acceso a una educación intensa y continua del paciente.

Desde el Servicio de Neumología nos proponen preparar Epoprostenol en el Servicio de Farmacia y así facilitar la preparación aséptica de la solución.

Preparación de la solución inyectable intravenosa de Epoprostenol: Se elaborara ajustándose a la normativa de manipulación de medicamentos intravenosos, en condiciones estériles, con las máximas condiciones de higiene. Extraer 5 ml de agua estéril para inyección, inyectar el contenido de la jeringa en el vial de Epoprostenol de 1,5 mg y agitar suavemente hasta la completa disolución. La solución reconstituida se debe diluir inmediatamente. Se extraen 4,2 ml del vial y se añaden a 80 ml de cloruro sódico, obteniéndose un volumen de 84,2 ml y una concentración de 1,26 mg/día. La dosis diaria se prepara en casetes individuales.

Resultados:

El paciente recoge todos los lunes la medicación en el Servicio de Farmacia, ya que la nueva formulación innovadora de Epoprotenol permite una conservación durante 8 días en nevera y 24 horas a temperatura ambiente.

La dosificación de Epoprostenol por el Servicio de Farmacia también supone un ahorro económico al ser preparada una vez a la semana en vez de todos los días.

Discusion:

Epoprostenol está considerado un medicamento de alto riesgo y centralizar su preparación en el Servicio de Farmacia supone una seguridad para el paciente y un ahorro económico para el Servicio.

P-131

Centro:

Hospital Universitario Virgen Macarena

Provincia:

Sevilla

AreaTematica:

Seguridad del Paciente VI

STOP AL DOLOR CRÓNICO

Autores:

MARTÍNEZ LARA C.M.; VALDERAS MARTÍN C.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ A.M.; RODRÍGUEZ CABEZA L.M.; PÉREZ JIMÉNEZ J.M. Y ONTANILLA LÓPEZ A.

Objetivos:

-Reflejar las intervenciones y actividades que realiza el profesional de Enfermería en el paciente con dolor crónico

-Valorar el nivel de satisfacción de los pacientes con dolor crónico después de la realización de la última actividad llevada a cabo por los profesionales de la Unidad.

Material y Método:

-Método cuantitativo

-Datos base de datos de la Unidad del Dolor de pacientes con dolor crónico de la UGC de Anestesia y Unidades Quirúrgicas correspondiente al año 2014.

Resultados:

Los resultados se relejarán mediante gráficos estadísticos resaltando especialment la valoración del paciente.

Discusion:

Es fundamental conocer el nivel de satisfacción del paciente con dolor crónico para realizar áreas de mejora encaminadas a excelencia en la actividad asistencial.

ÍNDICE DE AUTORES

AUTOR									
ABAD QUEROL J.	P-102								
ACOSTA MOSQUERA B.	P-42								
ACOSTA MOSQUERA M.E.	C-88	P-10	P-81						
ACOSTA ROBLES P.	P-101								
ACOSTA SALAS R.C.	P-10	P-11	P-29	P-42	P-81				
AGUADO JIMENEZ J.M.	P-7								
AGUDO MARTÍNEZ A.	P-6								
AGUILERA BERMÚDEZ J.	T-13								
ÁLAMO DEL HOYO R.	T-29								
ALARCON DIAZ J.F.	P-60	P-61							
ALARCON MARTÍNEZ L.	C-128								
ALARCON MONTENEGRO C.	C-58								
ALBALÁ GUTIÉRREZ C.	C-65	P-76							
ALCANTARILLA PEDROSA M.	P-35								
ALCAZAR RUEDA E.	C-42	C-100							
ALFONSO ARIAS J.D.	T-22	C-24	P-35	P-72					
ALFONSO MENDEZ L.	C-127								
ALGUACIL HERRERO M.D.	C-62								
ALJAMA ALCÁNTARA M.	C-44								
ALMAGRO CANTUDO R.	C-22								
ALONSO ARAUJO I.	C-79	C-116							
ALONSO CORTIÑAS C.	P-39								
ALVARADO MORALES M.J.	P-5								
ALVAREZ ALFARO E.	P-29								
ALVAREZ BAYO M.A.	C-15								
ALVAREZ GARCIA R.M.	P-5								
ALVAREZ GONZALEZ F.J.	P-116								
ÁLVAREZ PÉREZ E.	C-68								
ÁLVAREZ ROSALES M.J.	P-51	P-52							
ALVAREZ-OSSORIO GARCIA DE SORIA R.	P-61								
ALZA ROMERO D.	T-10								
AMOR DÍAZ I.	C-114								
ANAYA ORDÓÑEZ S.	P-65	P-66	P-67						
ANDUEZA REDÍN M.V.	P-25	P-54							
ANGUITA RUBIO M.C.	P-103	P-104							
APARICIO RAMOS M.R.	C-16								
ARAGÓN SÁNCHEZ M.C.	P-32								
ARANDA GALLARDO M.	P-118								
ARANDA SALCEDO T.	C-46								
ARANDA VILLEGAS F.M.	C-4								
ARAUJO RODRIGUEZ F.	C-52								
ARENAS VILLALOBOS A.	C-90								
ARIZA GONZALEZ M.M.	C-55								
ARREBOLA LOPEZ C.	P-73								
ARROYO BUSTINZA M.B.	T-12								
ARTERO LOPEZ C.O.	C-54								
ASENSIO PÉREZ M.R.	P-124								
ATAZ LOPEZ P.	T-21	C-49	P-8	P-9	P-25	P-30	P-54	P-70	P-108
AVILA ALVAREZ J.R.	C-52								
AVILA CABRERA F.	T-19	P-86	P-88	P-101					
ÁVILA GUERRERO J.	T-27								
ÁVILA ROMÁN A.	C-95								
AYALA AGUIRRE I.	P-8	P-9	P-108						
AYERRA ANDUEZA I.G.	P-25								
AZAÑÓN PÉREZ M.	P-70								
AZNARTE PADIAL P.	P-64								
AZOGIL SUAREZ M.M.	T-20								
BACA OSORIO A.	C-63								
BAENA GONZALEZ V.	C-18	P-55	P-56	P-57					
BAJO ARENAS J.	C-123								
BARAZA CANO M.P.	T-12	T-16							
BARBA CAÑETE M.C.	T-24								
BARNESTEIN FONSECA M.P.	P-126	P-127							
BARNOIU BARNOIU O.S.	T-28								
BARÓ RODRÍGUEZ L.	P-96								
BARÓN LÓPEZ F.J.	C-25								
BARRANCO BOADA M.I.	C-122								
BARRERA CHACON J.M.	C-51								
BARRIONUEVO SÁNCHEZ E.	P-114								
BARROSO GUTIÉRREZ B.	P-117								

BASQUERO GONZALEZ B.	C-15	C-98					
BAUTISTA GALÁN C.	P-125						
BAUTISTA RODRÍGUEZ D.	C-89						
BAUTISTA VIDAL C.	P-57	P-106					
BEJARANO ÁVILA G.	T-14	C-23					
BELTRÁN RODRÍGUEZ M.	C-47						
BENAVIDES TORRES G.L.	P-88						
BENDICHO LÓPEZ M.J.	C-106						
BENÍTEZ ORDÓÑEZ M.D.	C-129						
BENITEZ PAREJO J.	T-5						
BENITO YSAMAT P.	P-128						
BERENGUER GARCIA M.J.	C-75	C-94	C-99	C-107	C-108	C-126	C-129
BERMUDEZ LUQUE J.C.	C-4						
BERMÚDEZ SÁNCHEZ L.	C-79						
BERNABE CARO R.E.	C-62						
BERNABÉ ROJAS RAMÍREZ A.	C-44						
BERNAL MARQUEZ M.	C-109	C-111	C-112	P-37	P-107	P-109	
BERNAL TORRES C.	C-89	C-114					
BERNARDO DE PAZ A.R.	C-33						
BLANCO SÁNCHEZ G.	C-105	C-117	P-59				
BLÁZQUEZ CUBERO A.M.	P-70						
BOLÍVAR RAYA M.A.	P-110						
BORJA PADILLA J.	C-12	C-66					
BORRERO SÁNCHEZ-TOSCANO M.C.	C-36						
BOTELLA ROMERO M.	P-96						
BOTELLO DÍAZ B.	T-2						
BOUZA GARCIA C.	P-82						
BREA RIVERO P.	C-3	P-4					
BROULLÓN MOLANES R.	C-57						
BUGATTO GONZÁLEZ F.	C-57						
BUJALANCE HOYOS J.E.	T-8	T-11	T-17	T-18	C-56	C-63	
BUJALANCE OTEROS M.	C-50						
BULO CONCELLÓN R.	C-104	P-111					
BURGOS RODRIGUEZ R.	C-18	P-55	P-56	P-57	P-106		
BUSTAMANTE RUEDA C.	P-20						
CABALLERO FERNANDEZ V.	C-71						
CABALLERO RUIZ A.	P-122						
CABEDO OLAYA I.	T-27	C-84					
CABELLO DOMINGUEZ M.	C-60	C-93	C-121				
CABELLO VILLARREAL C.	T-34						
CABERA GODOY F.	P-18						
CABEZA BARRERA J.	P-48	P-130					
CABEZA DE VACA PEDROSA M.J.	C-26						
CABRERA GODOY F.J.	C-64	P-87	P-92	P-93			
CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ J.M.	C-113						
CALVÍN LAMAS M.	P-77						
CALVO LADRA C.M.	C-7						
CALVO LADRA M.C.	P-7						
CAMACHO BUENOSVINOS A.	T-27	C-84					
CAMACHO DOMÍNGUEZ J.C.	C-97						
CAMARA MARTOS C.	P-29						
CAMILO GARRIDO A.J.	T-21	P-8	P-9	P-108			
CAMPO MOZO P.	P-113						
CAMPOS DAVILA E.	C-52						
CANCA SÁNCHEZ J.C.	C-25	P-112	P-118				
CANDON MORENO A.	P-51	P-52	P-104	P-123			
CANO ARES F.	C-90						
CANO GARCÍA L.	C-9						
CANTIZANO GARCÍA P.	C-76						
CAÑADAS NÚÑEZ F.	P-1	P-99					
CAÑAMERO RAMÍREZ M.D.	P-114						
CAÑIZAREZ PAZ S.	P-53						
CAPARROS MIRANDA I.S.	P-75						
CARABALLO CAMACHO M.O.	P-47	P-50					
CARABALLO CAMACHO N.	P-16	P-79					
CARABANTES RUEDA J.J.	T-35						
CARACUEL GARCÍA A.M.	C-80	C-81					
CARCAMO BAENA J.	C-88						
CARDONA LEMA D.	T-15						
CARMONA BARRANCO M.J.	C-95						
CARMONA VALIENTE M.C.	P-32						

CARRASCO PERALTA J.A. C-1
CARRASCOSA SALMORAL M.P. T-1 C-2
CARREÑO SANCHEZ M.R. C-50 P-83
CARRILLO ALASCIO P.L. P-69
CARRILLO MURCIA I. T-33 C-120
CARRIÓN RAMOS R. C-55
CARVAJAL MARTINEZ R. P-60 P-61
CASADO FERNÁNDEZ E. C-20
CASAS CORRAL M.B. P-61
CASAS GARCÍA A.L. P-71
CASAS HIDALGO I. P-48 P-49 P-91 P-105 P-130
CASIELLES GARCÍA J.L. P-85
CASTELLANO ZURERA M.M. C-1
CASTILLA CAPETILLO A. T-24 C-82
CASTILLO CARREÑO J. T-16
CASTILLO CASTILLO R. T-15
CASTILLO MOYA F.A. P-19 P-90
CASTRO LUQUE J.M. P-90
CASTRO VELIILA C. C-88
CASTRO VIDA M.A. P-86 P-88 P-101
CAYUELA DOMÍNGUEZ A. C-31
CAZORLA LOPEZ P.A. T-12
CEBRIAN GALLARDO J.J. P-62
CEREZO GÚZMAN M.V. P-22
CHAVES MANCERAS A.A. C-4
CHOUNI B. T-12
CHUECA GONZÁLEZ M.D. P-100
CHUECA GONZÁLEZ M.T. P-100
CHUECO OVIEDO L. T-15
CID CUMPLIDO M. P-63 P-120
CIFUENTES CABELLO S. P-53
COARASA SANCHEZ M.R. P-115
COBO OCAÑA M.A. T-31
COBOS DIAZ A. P-75 C-82
COBOS ROMANA R.C. C-29
CODINA FUILLERAT I. P-122
COLOMBO ALBIOL V. C-36
COMPANY MORALES M. C-32 P-126 P-127
CONEJERO JURADO M.T. C-94
CONTRERAS FERNÁNDEZ E. C-25 P-24
CONTRERAS TORRADO I. P-79
CORADA FERNÁNDEZ M. P-32 P-36 P-38 P-98
CORBI MARTÍNEZ P. P-51 P-52
CÓRDOBA GARRIDO L. T-4
CÓRDOBA GARRIDO M. T-4
CORONADO VAZQUEZ V. C-67
CORRAL JAIME J.E. C-62
CORRALES MAYORAL M.T. C-40 C-41
CRAVIOTTO MANRIQUE I. C-31
CRISTOBAL CAÑADAS C.A. C-54
CRUZ GARCÍA S. C-12 C-66
CRUZ TORRES R. C-7 P-7
CRUZADO ALVAREZ C. P-83
CUARTERO RODRIGUEZ E. C-14
CUBILLAS MERCADO J.J. C-11 P-13 P-15
CUELLAR RAYA P. P-62
CUETO ALVAREZ L. P-6
CUEVAS FERNÁNDEZ-GALLEGO M. P-40 P-41
CUEVAS GONZALEZ C. C-109 C-111 C-112 P-37 P-107 P-109
CURIEL BALSERA E. T-5 T-25 T-26 C-83
DE CRISTINO ESPINAR M.S. T-27 C-84
DE LA TORRE PRADOS M.V. C-102
DE MINGO FERNANDEZ E. P-10
DE PABLOS A. P-21 P-89
DE VOS MARTIN C. C-58
DEL MORAL CAMPAÑA C.M. C-33
DEL NOZAL NALDA M. C-71 C-72
DEL PINO LOPEZ R. P-122
DEL REAL URBANO I. P-35
DEL RÍO CASTILLEJO A. C-22
DEL RIO URENDA S. P-97

DEL ROSAL SAMANIEGO J.M.	T-28				
DELGADO DELGADO M.	C-73				
DELGADO MORENO S.	C-74	C-76	P-68	P-98	
DELGADO OSUNA J.A.	C-113				
DEVERS MARTÍNEZ F.	T-15				
DÍAZ CRUZ P.	C-91				
DIAZ GARCIA J.	P-97				
DÍAZ MARTÍNEZ A.	C-22				
DIAZ OJEDA J.	C-18				
DOMINGUEZ CAMACHO J.C.	P-47	P-50			
DOMÍNGUEZ LÓPEZ M.	C-105	C-117	P-33	P-59	
DOÑA ARAGÓN C.	C-24				
DOÑA DIAZ I.	P-113				
DURAN CORTES I.	C-67				
DURÁN DOMÍNGUEZ A.	P-24				
DURAN LUENGO A.	T-6				
DURAN LUQUE I.	P-23				
ECHEVARRÍA MORENO M.	C-71				
ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS C.	C-42	C-51	C-100		
EDUARDO GONZALEZ P.	P-21	P-89			
EGIDO AMBROSI J.J.	P-32	P-36	P-38	P-98	
ESCABIAS MACHUCA F.J.	C-35	P-69			
ESCABIAS PAREJO M.L.	C-75				
ESCOBAR-UBREVA A.	C-37				
ESCOLAR GARCIA J.J.	P-83				
ESPEJO MARTINEZ A.B.	C-61				
ESPINAR DOMÍNGUEZ F.	C-80	C-81			
ESPÍNOLA GARCÍA E.	P-65	P-66	P-67		
ESPINOSA DE LOS MONTEROS BENITEZ F.J.	C-29				
ESPÓSITO GONFIA T.	P-3				
ESTAIRE GUTIERREZ J.	C-98	P-110			
ESTEBAN MORENO M.A.	P-60	P-61			
ESTERAS CASTELLANO M.	P-116				
ESTRADA MOLINA F.	P-81				
EUCEDA CERNA L.M.	P-119				
EXPÓSITO TIRADO J.A.	C-51				
FAJARDO EXPÓSITO M.A.	C-57				
FALERO BERNAL J.M.	C-36				
FAYET PÉREZ A.	P-86				
FEAL CORTIZAS B.	P-44				
FERIA TAVIRA M.A.	T-34				
FERNANDEZ ALONSO M.	P-73				
FERNÁNDEZ ANGUITA M.J.	C-117				
FERNANDEZ CARBONELL A.	C-95				
FERNANDEZ CARBONELL M.	C-95				
FÉRNANDEZ DONOSO A.	C-112				
FERNÁNDEZ ESPINOLA S.	T-35	P-121			
FERNÁNDEZ GARCÍA G.A.	P-1				
FERNÁNDEZ GARCÍA P.J.	C-19	C-34			
FERNANDEZ GARRIDO C.	P-85				
FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ C.	C-106				
FERNÁNDEZ LÓPEZ M.	C-59				
FERNÁNDEZ MARTÍN J.M.	T-19				
FERNANDEZ MIRANDA E.	C-130				
FERNÁNDEZ NEBRO A.	C-9				
FERNANDEZ OLIVEROS B.	C-18				
FERNANDEZ PARDO N.I.	C-54				
FERNÁNDEZ PERIS C.	T-33				
FERNANDEZ RUIZ S.	P-23				
FERNANDEZ TORRICO J.M.	C-42	C-100			
FERNANDEZ URRUSUNO R.	C-97				
FERRER HIGUERAS M.J.	T-30	C-114	C-126	P-95	
FERRER LOPEZ I.	P-47	P-50			
FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA J.	C-37	C-125			
FERRETE GORDILLO I.	C-44				
FERRETE PÉREZ R.	C-79				
FERRÚS ESTOPÀ L.	C-120				
FLORES RICO E.	C-12	C-66			
FLORES SIRVENT L.	P-56				
FOLGUEIRAS AMADOR L.	P-23				
FONTALBA NAVAS A.	C-32	C-35	C-58	P-126	P-127

FORJA PAJARES F.	T-31	C-74	P-36	P-38	P-68	P-98	
FRAGOSO LUENGO B.	T-18						
FRAIZ PADIN A.	P-21	P-89					
FRANCO MORENO J.A.	P-5						
FRIAS PALMA E.	C-11	P-13	P-15				
FUENTES GÓMEZ V.	P-112						
GABARRE GÓNZALEZ A.	C-34						
GALAN RETAMAL C.	T-35	P-23	P-121				
GALAN SÁNCHEZ I.	C-72						
GALINDO REYES L.	P-114						
GALISTEO DOMÍNGUEZ R.	C-72						
GALLARDO ABOLLADO M.A.	P-20						
GALLEGO MUÑOZ C.	C-117	P-59	P-111				
GALVÁN ESPINOSA J.	C-49						
GAMERO DE LUNA E.J.	C-68						
GARCÍA CABALLERO F.A.	P-70						
GARCIA CAÑEDO F.J.	C-85						
GARCIA CISNEROS R.	T-18						
GARCIA CORCOLES C.	P-28						
GARCIA GALISTEO E.	T-28	C-18	C-115	P-55	P-57	P-56	P-106
GARCÍA GARCÍA R.	P-64						
GARCÍA GARMENDIA J.L.	C-47						
GARCÍA HERNÁNDEZ A.N.	C-59						
GARCIA HITA S.O.	C-54						
GARCÍA JUÁREZ M.R.	P-32	P-36	P-38	P-68	P-98		
GARCIA LEON C.	P-5						
GARCÍA LIROLA M.A.	P-65	P-66	P-67				
GARCÍA MARTÍN F.	P-59	P-111					
GARCIA MARTINEZ E.	C-41						
GARCIA MATEZ S.	P-83						
GARCÍA MAYOR S.	P-40	P-41					
GARCIA MEGIDO G.	C-53						
GARCÍA ORDÓÑEZ M.A.	T-35	P-121	P-125				
GARCIA ORTEGA M.A.	P-28	P-115					
GARCÍA PALACIOS M.V.	C-106	C-122					
GARCÍA PALMA A.	T-14	C-23					
GARCIA PEREZ A.N.	C-54						
GARCIA QUEIRUGA M.	P-44	P-77					
GARCIA REYES D.	C-53						
GARCÍA RUIZ A.J.	C-38						
GARCIA SALDAÑA P.	P-11						
GARCÍA SÁNCHEZ M.A.	C-92						
GARCÍA TORO R.	C-69	C-77					
GARCÍA TORRECILLAS J.M.	C-49	P-25	P-30	P-54	P-63	P-120	
GARCÍA TORRECILLAS M.B.	C-49	P-54					
GARCÍA VALENZUELA M.C.	T-10						
GARCÍA-AGUA SOLER N.	C-38						
GARCIÍA MAESO T.	C-36						
GARRIDO FERNANDEZ R.	T-35	P-23	P-121				
GARRIDO MARTÍN L.	C-3	P-4					
GARRIDO PEREZ J.I.	C-107	C-108					
GARZON LOPEZ S.	C-123	C-124					
GAVIRA R R.	C-124						
GIL AGUILAR V.	C-32	C-35	C-58				
GIMBERT DEL RIO M.	C-126						
GIMENO JORDÁ M.J.	T-19	P-86	P-88	P-101			
GOBERNADO CABERO M.A.	P-102						
GOICOCHEA SALAZAR J.A.	C-53						
GÓMEZ BONILLO L.	P-126	P-127					
GOMEZ BUJEDO L.	C-13	P-45					
GOMEZ CALVENTE M.	C-58						
GÓMEZ ENRÍQUEZ C.	P-100						
GOMEZ FERNANDEZ J.A.	T-24	C-82	P-75				
GOMEZ GARCIA S.	C-7	P-7					
GOMEZ JORGE O.	T-20						
GOMEZ LECHUGA P.	P-57	P-106					
GÓMEZ LLORENTE M.A.	T-13						
GÓMEZ MARQUEZ M.J.	P-20						
GÓMEZ MARTÍN J.A.	C-16						
GÓMEZ MUÑIZ M.P.	C-72						
GÓMEZ ROMÁN S.	P-46						

GOMEZ SALGADO J.	T-24	C-82	P-75	
GONZALEZ ARCOS S.	C-7	P-7		
GONZALEZ CARO M.D.	P-84			
GONZALEZ CONEJO J.M.	C-11	P-13	P-15	
GONZALEZ DELGADO M.C.	P-84			
GONZALEZ ESCOBAR A.	C-50			
GONZÁLEZ GARCÍA J.	P-69			
GONZALEZ GARCIA J.M.	P-115			
GONZALEZ GARCIA M.	P-82			
GONZÁLEZ GARCÍA M.J.	T-22			
GONZÁLEZ GUZMÁN M.J.	C-12	C-66		
GONZALEZ MEDINA M.C.	P-49	P-130		
GONZALEZ MENDEZ E.	C-61			
GONZÁLEZ MÉNDEZ M.I.	T-23	C-79	C-86	C-116
GONZÁLEZ ORIHUELA D.	C-102			
GONZALEZ PACHECO C.	C-71			
GONZALEZ PORTILLO S.U.	T-8			
GONZÁLEZ RAMÍREZ A.R.	C-59			
GONZALEZ REVUELTA M.E.	P-58			
GONZÁLEZ SIERRA P.	P-64			
GONZALEZ VAQUERO D.	T-19	P-86	P-88	P-101
GONZÁLEZ VERGARA D.	T-22			
GONZALEZ VINGUT A.	C-11	P-13	P-15	
GORETTI GORETTI S.	P-30			
GRACIA LOPEZ C.A.	C-4			
GRANADOS GARCÍA F.	T-29			
GRANADOS MATUTE A.E.	C-51			
GRANADOS MEDINA C.	P-58			
GRANADOS SERRANO M.T.	C-59			
GRANADOS VALVERDE R.	P-102			
GUERRA ÁLVAREZ J.C.	C-122			
GUERRERO GARCÍA M.A.	P-114			
GUERRERO PEÑA G.	C-107	C-108		
GUILABERT MORA M.	T-33			
GUTIERREZ CUADRA P.	C-127			
GUTIERREZ GIL J.F.	P-47	P-50		
GUTIÉRREZ MARTÍNEZ M.M.	C-46			
GUTIERREZ SEQUERA J.L.	T-4	T-11	C-56	
GUTIERREZ SEQUERA J.O.	T-17			
GUZMAN DE DAMAS J.M.	C-75			
HENARES MONTIEL J.	C-59			
HERNANDEZ ALCARAZ D.	P-55			
HERNÁNDEZ MARTÍNEZ ADRIÁN A.	C-39			
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ A.M.	P-85	P-131		
HERRERA GARCÍA B.	C-63			
HERRERA USAGRE M.	C-118	P-3	P-4	
HERRERÍAS ESTEBAN J.M.	P-6			
HERRERO GARCÍA V.	P-125			
HIDALGO LLONIS F.J.	T-22	C-24	P-35	P-72
HIDALGO MOLERO E.	C-44			
HIDALGO TENORIO C.	P-64			
HIDALGO URBANO R.J.	C-30	P-14		
HIERRO PEDROSA C.M.	P-88			
HIJANO CUETO M.C.	C-50	P-83		
HINOJOSA PEREZ R.	T-5			
HUERTAS FERNÁNDEZ M.J.	C-104			
HUERTAS MARTINEZ J.	P-12			
IBAÑEZ CAMACHO C.	C-67			
IBAÑEZ GIL E.	P-102			
IBAÑEZ RODRIGUEZ J.A.	P-129			
IRALA PÉREZ F.J.	C-44			
IZQUIERDO PELAEZ V.	P-14			
JACOBO SÁNCHEZ M.	C-78			
JANEIRO RODRIGUES L.M.	C-100			
JEREZ SAINZ I.	T-32			
JIMBER DEL RÍO M.	C-113			
JIMENEZ AGUADO J.M.	C-7			
JIMÉNEZ FERNÁNDEZ M.S.	C-45			
JIMENEZ LUQUE E.S.	T-8			
JIMÉNEZ MÁRQUEZ M.D.	P-79			
JIMENEZ MAZURE C.	C-61			

JIMÉNEZ NÚÑEZ F.G.	C-9					
JIMENEZ ROMERO M.R.	C-53					
JIMENEZ SUAREZ E.	P-22					
JIMENO PEREZ N.U.	P-74					
JÓDAR SÁNCHEZ F.	C-38					
JUÁREZ MORALES A.	P-1	P-99				
JULIÁN CARRIÓN J.	T-1	C-2				
JURADO JIMENEZ R.	C-13	P-45				
JURADO MELERO A.B.	P-122					
KAKNANI UTTUMCHANDANI S.	P-40	P-41				
LABRADOR BEJAR M.C.	T-6					
LAGUNA PARRAS J.M.	P-2					
LARA BLANQUER A.	P-118					
LARA DOMÍNGUEZ P.	C-102					
LEA PEREIRA M.C.	P-63					
LEAL ROMERO J.	P-6					
LEDESMA FIGUEROBA A.	C-90					
LEGAZ DOMENCH I.	C-53					
LEIVA ARANDA I.	C-110					
LEÓN CAMPOS A.	P-40	P-41				
LEON GEA F.	T-20					
LEÓN LÓPEZ R.	C-89					
LEÓN VERGARA M.R.	C-21	C-27				
LHASBELLAOUI , F.	T-12					
LIAÑEZ ANDRADE A.	P-124					
LIÉBANA LIÉBANA L.	C-27					
LINARES ARMADA R.	C-15	C-98				
LINARES COBACHO A.	P-32					
LLAMAS DEL CASTILLO M.D.	P-96					
LOPERA MORENO A.	T-34					
LOPEZ ACOSTA A.	C-40					
LOPEZ BURREZO P.	P-21	P-89				
LOPEZ CABRERA D.	P-1	P-60	P-61	P-99		
LÓPEZ CANO H.	C-63					
LÓPEZ CARRASCO C.	C-36					
LÓPEZ CASTILLO A.	T-21	P-8	P-9	P-108		
LOPEZ DOMINGUEZ M.V.	P-103	P-104	P-123			
LÓPEZ FERNÁNDEZ F.J.	C-122					
LOPEZ GARCIA I.	P-11					
LÓPEZ GARCÍA J.	P-1	P-99				
LÓPEZ GIJÓN V.L.	C-87					
LÓPEZ GONZÁLEZ M.E.	C-45					
LÓPEZ GUTIÉRREZ A.I.	C-19					
LOPEZ HERNANDEZ M.B.	C-33					
LOPEZ LIRIA R.	C-130	P-73	P-102			
LOPEZ LOPEZ J.	T-6					
LOPEZ MARCOS M.J.	C-30	P-14	P-42	P-43	P-78	P-81
LÓPEZ MARTÍN R.T.	C-16					
LOPEZ MEDINA A.N.	C-54					
LOPEZ MONTES L.	P-18					
LOPEZ MORALEDA I.	C-72					
LÓPEZ ORTEGA S.	C-63					
LOPEZ RODRIGUEZ L.	T-20	T-23				
LÓPEZ ROMERO R.	C-94					
LÓPEZ RUIZ N.	C-106	C-122				
LÓPEZ SANTANA E.	P-40	P-41				
LÓPEZ SEPÚLVEDA R.	P-65	P-66	P-67			
LOPEZ-MOSQUERA BAYON E.	C-13	P-45				
LOZANO ROBLES M.C.	P-97					
LUCENA DE LUCENA B.V.	C-72					
LUNA GALVEÑO M.P.	P-17					
LUNA GALVEÑO S.	C-85	P-17	P-80			
LUPIAÑEZ PÉREZ Y.	T-32					
LUQUE HERNÁNDEZ M.J.	C-110					
LUQUE MARTINEZ F.L.	C-10	C-87				
LUQUE ROMERO L.G.	T-14	C-23	C-31	C-70	C-73	
MACHUCA SANTACRUZ J.	T-28					
MACÍAS SANTIAGO L.	P-34	P-27				
MADRIGAL TOSCANO M.D.	C-123	C-124				
MANRIQUE ARIJA S.	C-9					
MANTECA GONZÁLEZ R.	C-63					

MANZANO MARTÍN M.V.	C-105	C-117			
MAÑAS RUIZ C.M.	P-51	P-52			
MARIN FERNANDEZ A.	P-11				
MARÍN LEÓN I.	T-23				
MARISCAL MAESTRE T.	C-95				
MÁRQUEZ NAVARRO J.	P-16				
MARQUEZ PASTOR F.J.	C-24	P-72			
MARTÍN BERRIDO M.	C-27				
MARTÍN CASTAÑO C.	T-23	C-79	C-86	C-116	
MARTÍN GARCÍA S.M.	T-1	C-2	C-3		
MARTIN GLEZ B.	C-15	C-98			
MARTIN GRUTMANCHER F.	P-128				
MARTÍN HERRANZ M.I.	P-44	P-77	P-94		
MARTÍN LÓPEZ C.	P-16				
MARTÍN LUNA M.	P-80				
MARTÍN SANCES M.S.	P-65	P-66	P-67		
MARTÍNEZ BAUTISTA M.J.	C-90	C-104	C-105		
MARTÍNEZ BÉJAR M.	P-77				
MARTÍNEZ BUENDÍA C.	C-110				
MARTÍNEZ BUGALLO A.	P-77				
MARTINEZ CAÑAVATE T.	C-28				
MARTINEZ CERVELLO A.R.	T-6				
MARTINEZ FERNANDEZ M.	P-21	P-89			
MARTINEZ GARCÍA O.	C-33				
MARTÍNEZ LARA C.	P-85	P-117	P-131		
MARTÍNEZ LÓPEZ J.F.	C-110				
MARTINEZ MARTINEZ E.	P-71				
MARTÍNEZ REPISO E.	C-129				
MARTOS CRESPO F.	C-38				
MARTOS ROSA A.	T-19	P-86			
MASEGOSA ATAZ J.	P-30				
MATA PALMA A.	P-121				
MATINEZ ABAD B.	C-41				
MEDINA CARMONA J.A.	T-32				
MEDINA JIMENEZ M.D.	P-10	P-11	P-29	P-42	
MEDINA LINARES M.C.	T-8				
MEDINA PÉREZ M.J.	C-91				
MEDINA PORQUERES I.	C-58				
MEDINA RODRIGUEZ M.P.	C-26				
MEJÍAS LEAL I.	P-125				
MELERO JIMÉNEZ V.	C-57				
MENDEZ MARTINEZ C.	C-25	C-26	P-24		
MÉNDEZ SERRANO B.	C-129				
MERINO BOHORQUEZ V.	C-52				
MERINO MARIO M.	C-67				
MESA GALLARDO M.I.	T-2				
MIGUEZ CRESPO M.R.	P-84				
MIGUEZ SANCHEZ C.A.	C-62				
MILLÁN LÓPEZ A.	P-45				
MILLÁN VÁZQUEZ F.J.	C-45				
MIÑARRO DEL MORAL R.	C-75	C-94	C-99	C-126	
MIRA SOLVES J.J.	T-33	C-120			
MOCHON DOÑA A.	P-12	P-62			
MOLINA CUADRADO E.	P-53				
MOLINA DIAZ P.	C-18	P-56			
MONCADA DÍAZ R.	C-59				
MONDELO GARCIA C.	P-44				
MONROY MORCILLO A.	T-31	C-76			
MONTECATINE ALONSO E.	P-65	P-66	P-67		
MONTERO ALBA T.E.	T-8				
MONTES RUIZ-CABELLO M.	P-69				
MONTESINOS GÁLVEZ A.C.	C-38				
MONTIEL LÓPEZ F.J.	C-17				
MONTILLA LÓPEZ M.C.	C-47				
MORA BANDERAS A.M.	P-24	P-112	P-118		
MORALES ASENCIO J.M.	P-40	P-41			
MORALES JIMÉNEZ P.	P-55	P-119			
MORALES ROMERO A.	C-46				
MORCILLO NIETO M.C.	P-2				
MORENO AGUILAR R.	C-127				
MORENO ALES D.	P-97				

MORENO ÁLVAREZ P.J.	C-70					
MORENO ARROYO V.	P-90					
MORENO DUARTE R.	C-116					
MORENO FERRER O.	C-110					
MORENO MILLÁN E.	C-49	P-54	P-63	P-120		
MORENO PEREZ A.	P-5					
MORENO PÉREZ M.O.	P-24					
MORENO RAMOS M.D.	C-92					
MORENO RAYA P.	P-48	P-91	P-105	P-130		
MORENO RODRÍGUEZ M.P.	C-16					
MORENO SALGADO J.L.	C-16					
MORENO SANJUÁN D.	P-20					
MORENTE GONZÁLEZ E.	T-29					
MORÓN ROMERO R.	P-130					
MOYA MOLINA M.A.	C-74					
MOYA SUÁREZ A.B.	P-118					
MOYANO JIMENEZ O.L.	T-11					
MUDARRA ACEITUNO M.J.	C-5	C-6				
MULA DOMÍNGUEZ M.J.	C-103					
MUÑIZ MARCOS J.M.	C-25					
MUÑOZ CARVAJAL I.	C-95					
MUÑOZ CASTRO F.J.	C-6	P-3				
MUÑOZ LUCERO M.T.	C-90					
MUÑOZ SANCHEZ C.	C-127					
MUÑOZ SOLER E.	P-20					
MUÑOZ VICO F.J.	P-70					
MUÑOZ VILLANUEVA M.C.	C-75					
NAVARRO ALBA A.	C-91					
NAVARRO ALBA L.	C-91					
NAVARRO CLEMENTE M.J.	P-30					
NAVARRO GALLEGO M.I.	T-4	T-11	T-17	T-18	C-56	
NAVARRO NAVARRO M.C.	T-23	C-79	C-86	C-116		
NAVASQUILLO LORDA A.	P-77					
NIEBLA CORSINO P.	T-10	C-19	C-34			
NIETO ARAGON E.	P-115					
NIETO GUINDO P.	P-53					
NIETO MORENO M.	P-19					
NUÑEZ LOPEZ R.	P-84					
NUÑEZ MONTENEGRO A.N.	T-17					
OCHOTORENA ZUBIZARRETA I.	C-8					
OLAYA CARO I.	T-27	C-84				
OLGOZO MORENO F.	C-20					
OLIVARES GRANADOS G.	C-27					
OLIVENCIA PÉREZ M.	P-129					
OLIVER VELA M.M.	P-36	P-38				
OLMEDO LLANES J.	P-125					
OLVEIRA FUSTER G.	C-80	C-81				
ONIEVA LUQUE F.	P-19					
ONTANILLA LÓPEZ A.	C-73	P-131				
ORTEGA CASANOVA C.	C-35	P-69				
ORTEGA MEJÍAS J.	C-90					
ORTIGOSA GARCÍA J.C.	C-20					
ORTIZ FLORES A.	C-92					
ORTIZ JIMENEZ F.	C-130					
OTERO ROMERO A.	T-32					
PACHECO MERA M.	C-125					
PADILLA GONGORA D.	C-130					
PADILLA MARIN V.	T-35	C-56	P-23	P-121		
PÁEZ VALLE R.	P-96					
PAJARES BERNALDO DE QUIRÓS I.	C-68	C-97	P-50			
PALANCO PARREÑO A.	P-79					
PALAZUELOS DÍAZ M.M.	P-120					
PALMA AGUILAR J.L.	C-47					
PALMA MORGADO D.	C-97	P-47	P-50			
PALOMO LARA J.C.	P-124					
PALOP DEL RÍO A.	C-1					
PANTION MISA A.	C-88					
PANTOJA BENÍTEZ J.M.	P-117					
PAPALEO PÉREZ R.	C-36					
PARADAS TORRALVO V.	T-29					
PAREDES ESTEBAN R.M.	C-107	C-108				

PARRALO PADILLA M.M.	T-16						
PASCUAL SOLER R.	T-21						
PASQUAU LIAÑO J.	P-64						
PAYAN IBARRA C.	P-73						
PENA ANDREU J.M.	C-35						
PEÑA DE LA CUEVA M.D.	C-42	C-100					
PEÑA MARTÍN P.	C-55						
PEÑA YAÑEZ C.	C-20						
PEREIRO HERNÁNDEZ R.A.	T-31	C-74	P-36	P-38	P-68	P-98	
PEREZ CORTES S.	C-123						
PÉREZ COSTILLAS L.	C-38						
PEREZ DE LA FUENTE M.J.	C-13	P-45					
PÉREZ GÓMEZ S.	P-126	P-127					
PÉREZ JIMÉNEZ J.M.	P-85	P-131					
PEREZ LOPEZ T.	C-42	C-51					
PEREZ MARTIN M.A.	C-15						
PEREZ MARTINEZ A.	P-60						
PEREZ MOREIRA R.	C-109	C-111	C-112	P-37	P-107	P-109	
PEREZ MUÑOZ A.	P-123						
PÉREZ MUÑOZ V.	P-104	P-103					
PEREZ NAVERO J.L.	C-40	C-41	C-99				
PÉREZ ORTIZ S.	C-80						
PÉREZ PÉREZ P.	T-33	C-1	C-118	C-119	C-120	C-125	
PÉREZ RAMOS J.	T-22	P-72					
PÉREZ ROZOS A.	T-32						
PEREZ SANCHEZ R.E.	P-71						
PÉREZ SANTOS L.	T-9						
PERONA MIGUEZ M.	C-42	C-100					
PILO LOPEZ M.C.	C-98						
PIMENTEL DE FRANCISCO B.	C-8						
PINEDA ZAMORANO R.	C-114						
PIÑA FERNANDEZ J.A.	P-12	P-62					
PIÑERO GARCIA DE VINUESA M.A.	P-110						
PIQUERAS ROMERO N.M.	T-12						
PIRIZ CAMPOS E.	P-6						
PLATA CASAS C.	P-110						
POSADILLO SANCHEZ-PUERTA L.	P-117						
POZO MUÑOZ F.	T-4	T-11	T-17	T-18	C-56		
PRADA PEÑA M.P.	C-29						
PRADOS BRAVO J.	P-97						
PRIEGO CHACÓN R.	P-19						
PRIEGO DOMINGUEZ M.C.	C-55						
PRIEGO FERNÁNDEZ J.F.	P-12	P-62					
PRIETO JIMÉNEZ S.	C-65	P-31	P-76				
PRIETO VALDERREY F.	P-63	P-120					
PUENTES SANCHEZ J.	P-1						
PUERTA ORDOÑEZ M.D.	P-51	P-52	P-103	P-104	P-123		
QUERO HARO M.	C-11	P-13	P-15				
QUERO HERNANDEZ F.	P-58						
QUINTERO GARCIA P.	C-52						
QUIÑOZ GALLARDO M.D.	C-46						
RAGA CHARDÍ R.M.	P-22						
RAMÍREZ LÓPEZ E.B.	P-124						
RAMÍREZ PLAZA S.P.	C-110						
RAMOS CALERO J.E.	C-68	C-97					
RAMOS LEÓN J.M.	C-53						
RAMOS RODRIGUEZ M.B.	C-11	P-13	P-15				
RAMUDO CELA L.	P-94						
REAL DE LA CRUZ M.P.	P-51	P-52					
RECA BUENO I.S.	P-74						
RECIO RUFIAN M.	C-94						
REDONDO FERNÁNDEZ C.	C-68						
REINA AROSTEGUI M.	T-24						
REINA TORAL A.	T-5						
REINOSA SANTIAGO A.	T-14	C-23					
REPULLO SÁNCHEZ S.	C-91						
REQUENA ALBIÑANA M.	C-68						
REYES GILABERT E.	T-14	C-23					
REYES TABOADA A.M.	P-122						
RIBEIRO GONZÁLEZ M.	C-61						
RICO DEL VIEJO A.B.	C-17						

RIOS ORTIZ M.M.	C-45								
RIOS PEREZ A.	C-50								
RIPOLL SORBAS M.C.	P-8	P-9	P-108						
RITA ACOSTA M.J.	T-22	C-24							
RIVAS CAMPOS A.	C-46								
RIVAS RUIZ F.	C-25	P-24	P-112						
RIVERA BAUTISTA J.M.	C-26								
RIVERA ESPINAR F.	C-96								
RIVERA ROMERO R.L.	T-5	C-83	T-25	T-26	P-87				
RIVERO ESTEBAN J.A.	P-106	P-119							
ROCAMORA PEREZ P.	P-73								
RODRIGUEZ ARJONA M.	P-22								
RODRÍGUEZ BENJUMEDA L.M.	C-31								
RODRÍGUEZ CABEZA L.M.	P-117	P-131							
RODRIGUEZ CAÑIZARES G.	P-97								
RODRIGUEZ CONTRERAS H.	C-125								
RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA M.M.	T-13								
RODRÍGUEZ DELGADO A.	P-91								
RODRÍGUEZ LIÉBANA J.J.	P-2								
RODRÍGUEZ MARESCA M.A.	P-70								
RODRIGUEZ MARIN M.	C-15	C-98							
RODRÍGUEZ MATEOS M.E.	P-59								
RODRIGUEZ MONTES J.M.	C-7	P-7							
RODRÍGUEZ MORCILLO R.	C-12	C-66	P-2						
RODRIGUEZ MORILLA F.	T-20								
RODRIGUEZ NIETO A.	C-60	C-93	C-121						
RODRÍGUEZ PAÑOS M.T.	C-30	P-124							
RODRIGUEZ PIÑERO DURAN M.	C-51								
RODRIGUEZ RODRIGUEZ J.M.	C-127								
RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ M.J.	P-100								
RODRIGUEZ RUBIO RODRIGUEZ A.	P-128								
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ M.	C-74	P-68							
RODRÍGUEZ SOLANO M.R.	C-19								
RODRÍGUEZ TOQUERO J.	T-15								
RODRÍGUEZ-CONTRERAS H.	C-37								
ROJAS DE MORA-FIGUEROA A.	T-1	C-2	P-4						
ROJAS ORTIZ A.M.	P-25								
ROJAS ORTIZ M.V.	P-54								
ROJAS PARRA P.H.	P-19								
ROJAS SERRANO A.	T-34								
ROJO AGUILERA C.	P-35								
ROLDAN MORALES J.C.	C-52								
ROMÁN FUENTES M.	P-6								
ROMÁN JOBACHO A.	T-32								
ROMÁN SANTOS J.	C-69	C-77							
ROMERO AGUILAR A.	P-64								
ROMERO ALONSO M.M.	P-110								
ROMERO BARCO C.M.	C-9								
ROMERO BRIOSO C.	P-124								
ROMERO CUEVAS M.	T-3	C-8							
ROMERO GARCÍA L.M.	T-34								
ROMERO HERNÁNDEZ I.	C-104	C-105	P-111						
ROMERO REINA C.	P-28								
ROMERO RUIZ A.	T-24	C-82	P-75						
ROMERO SÁNCHEZ M.T.	C-84								
ROMERO TROYANO M.M.	T-25	C-64	P-18	P-87	P-92	P-93			
RONDÓN SEGOVIA C.	P-114								
ROPERO ROMERO F.	P-29								
ROQUE NAVARRETE R.	C-80	C-81							
RUBIO BARRANCO M.A.	C-74	C-76	P-68						
RUBIO GUTIÉRREZ G.	C-69	C-77							
RUBIO JIMENEZ M.F.	C-32								
RUIZ ARAGÓN R.	C-55								
RUIZ ARRES J.	P-60								
RUIZ AZAROLA A.	C-33								
RUIZ BAYO L.	C-30	C-65	P-14	P-31	P-42	P-43	P-78	P-81	P-76
RUIZ BRAVO I.M.	T-8								
RUIZ DE CASTRO LEIVA D.	C-71								
RUIZ DÍAZ P.	C-20								
RUIZ EXTREMERA A.	T-13								
RUIZ FERNANDEZ M.D.	P-73								

RUIZ GARCÍA A.	C-113					
RUIZ GONZALEZ J.	P-53					
RUIZ LUPION M.B.	T-16					
RUIZ MERINO L.	C-65					
RUIZ PALOMINO A.	C-107	C-108				
RUIZ ROMERO M.V.	P-129					
RUIZ ROS M.D.	P-113					
RUIZ SÁNCHEZ M.J.	T-10					
RUIZ SIERRA M.	C-69	C-77				
RUMBAO AGUIRRE J.M.	C-40	C-41	C-99	C-126		
RUSPIRA SANCHEZ S.	C-43					
SÁENZ LUSSAGNET J.M.	C-31	C-70				
SALAS CASSINELLO M.	P-113					
SALAS HERRERO E.	C-47					
SALAS MUÑOZ A.S.	C-10					
SALDAÑA MORENO R.	C-123	C-124				
SALGUERO CABALGANTE R.	T-1	C-2	C-3	P-4		
SALGUERO OLID A.	C-104	P-111				
SALIDO CAMPOS M.A.	C-130					
SALIDO DE ANDRÉS E.	C-31	C-73				
SALINAS NAVARRO A.	C-35					
SALINAS PEREZ V.	C-60	C-93	C-121			
SALMERON MOCHON M.	C-61					
SÁNCHEZ BALLESTEROS L.	C-86					
SÁNCHEZ BASALLOTE J.E.	T-10	C-19				
SÁNCHEZ BOSQUET J.	T-21					
SÁNCHEZ CABANILLAS M.J.	C-17					
SANCHEZ CALVO J.M.	C-123					
SANCHEZ GALLARDO A.	P-92	P-93				
SANCHEZ GALLARDO A.L.	C-64	P-18	P-87			
SANCHEZ GALLARDO A.N.	C-64	P-18	P-87			
SÁNCHEZ GARCÍA E.	C-129					
SANCHEZ GÓMEZ S.	C-88	P-10				
SÁNCHEZ GONZÁLEZ A.M.	P-19	P-90				
SANCHEZ LOPEZ J.D.	C-87					
SANCHEZ LOZANO M.A.	P-22					
SÁNCHEZ MARTIN J.M.	C-33					
SÁNCHEZ MARTÍNEZ M.D.	C-17					
SÁNCHEZ MARTINEZ M.R.	P-20					
SANCHEZ MARTÍNEZ N.	P-56	P-106				
SÁNCHEZ MARTÍNEZ N.M.	C-115					
SÁNCHEZ MIRALLES M.D.	T-21	P-8	P-9	P-108		
SANCHEZ RIVAS C.	P-28					
SANCHEZ RIVAS M.	P-28	P-115				
SÁNCHEZ RIVAS M.I.	P-113					
SÁNCHEZ SIERRA M.	C-76					
SÁNCHEZ SIERRA M.J.	C-122					
SANTANA FLORES J.	P-82					
SANTANA LÓPEZ V.	C-3	C-37	C-118	C-119	C-125	
SANTIAGO GARCIA L.O.	P-26					
SANTOS PÉREZ J.J.	T-29					
SANTOS RAMOS B.E.	C-62					
SANTOYO SANTOYO J.	C-61					
SARRAMEA CRESPO F.	C-17					
SEBASTIAN MORELLO M.	P-116					
SEL ESCALANTE M.C.	C-85	P-17	P-80			
SEPÚLVEDA CAPACETE F.	C-81					
SEQUEIRA GARCIA DEL MORAL J.	C-115	P-57				
SERRANO CASTRO P.J.	C-49					
SIANES BLANCO A.	T-7					
SIERRA CAMERINO R.	C-106					
SIERRA GARCIA F.	P-53					
SILVESTRE BUSTO M.C.	C-120					
SOLANELLAS SOLER J.	C-71					
SOLVES ESPEJO C.R.	C-16					
SOSA CAYERO L.I.	C-86					
SPIRU BARNOIU O.	C-115					
SUÁREZ CARRASCOSA F.J.	C-104	C-105	C-117	P-59	P-111	
TACÓN REINA F.	C-69	C-77				
TAPIA SERRANO M.J.	C-40	C-41	C-99	C-101		
TEJEDOR FERNÁNDEZ M.	C-75	C-94	C-99	C-107	C-108	C-113 C-126

TEJEDOR VALCARCEL P.	C-50	P-83									
TEJEDOR BENÍTEZ A.	C-129										
TENA GARCIA B.	C-30	C-88	P-10	P-11	P-14	P-29	P-31	P-42	P-43	P-78	P-81
TERNERO PACHECO R.	C-24	P-72									
TIRADO MIRANDA R.	P-125										
TOLEDO PÁEZ M.A.	C-46										
TOME DELGADO E.	T-16										
TORIJANO CASALENGUA M.L.	C-120										
TORO CALVENTE D.	P-5										
TORO SANTIAGO J.	T-6	C-40									
TORREJÓN CARDOSO R.	C-57										
TORRES BUSTOS A.	C-127										
TORRES CAMPOS M.	T-5	T-25	T-26	C-64	C-83	P-87	P-92	P-93			
TORRES GÓMEZ A.	C-69	C-77									
TORRES JAÉN M.J.	C-8	P-113	P-114								
TORRES MARIN M.D.	P-79										
TORRES MORENO S.	C-55										
TORRES PEREZ L.F.	C-60	C-93	C-121								
TORRES RUIZ F.	P-21	P-89									
TORRES VERDU B.	T-4	T-11	T-17	T-18	C-56						
TORTAJADA GOITIA B.	P-112										
TRILLO LOPEZ P.	C-60	C-93	C-121								
TRINIDAD MARTÍN-ARROLLO J.M.	T-31										
TURIÑO GALLEGO J.M.	T-1	C-2	C-3								
URBAN CARMONA M.R.	T-23	C-116									
URDA ROMACHO J.	T-19	P-101									
UREÑA GARNICA I.	C-9										
UTOR FERNÁNDEZ D.A.	T-31										
VALDERAS MARTÍN C.	P-85	P-131									
VALDÉS SOLÍS A.	T-29										
VALDIVIA ROMERO F.	C-17										
VALERO CABEZA DE VACA J.A.	C-26										
VALERO UBIERNA C.V.	C-10										
VALLE CORPAS M.	P-48	P-49									
VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA A.M.	P-105										
VALLEJO GODOY S.	T-16										
VALVERDE GAMBERO E.	C-5	C-6	P-3								
VARELA RUIZ F.	C-47										
VAS RUIZ J.V.	C-29										
VÁZQUEZ ALARCÓN R.L.	P-126	P-127									
VÁZQUEZ CRUZ I.	C-44										
VAZQUEZ RICO I.	C-82	P-75									
VÁZQUEZ VÁZQUEZ M.	C-125										
VEGA LORA J.	T-20										
VEGA PÉREZ A.	T-10	C-19									
VEGA RAMIREZ F.	C-130	P-102									
VELAZQUEZ SALAS A.	C-97										
VERA GALLEGO D.	C-80	C-81									
VICENTE BAZ D.A.	C-62										
VICENTE RIPOLL M.A.	T-33										
VIDAL PULIDO M.	C-64	P-18	P-92	P-93							
VILLADIEGO SÁNCHEZ J.M.	C-12	C-66									
VILLALTA ANDUJAR T.	P-94										
VILLANUEVA GUERRERO L.	C-5	C-6	P-3								
VILLEGAS DEL OJO J.	P-63	P-120									
VILLENA MACHUCA M.L.	C-73										
VIÑA PÉREZ J.A.	C-86										
VOZMEDIANO CHICHARRO R.	P-55										
YAÑEZ ÁLVAREZ A.	P-35										
YAÑEZ BRAVO C.	P-115										
ZAMBRANO OLIVO C.	P-117										
ZAMUDIO SANCHEZ A.	P-22										
ZARZUELA RAMÍREZ M.	C-76										
ZAS GARCIA M.I.	P-94										

ORGANIZA

sadeca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

COLABORADORES

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Almirall
Soluciones pensando en ti

BAYER

Boehringer Ingelheim

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

OXIMESA
GRUPO PRAXAIR

MSD

SANOFI

ESTEVE

Bristol-Myers Squibb

Lilly

AstraZeneca

astellas
Leading Light for Life

AMGEN

AIR LIQUIDE
Healthcare

MERCK
Living Innovation

GESTIÓN CLÍNICA

www.calidadasistencial.es

XXXIV CONGRESO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

XXI CONGRESO

SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

19-21 *octubre* 2016

PALACIO DE CONGRESOS DE CÓRDOBA