

**XXVI Congreso
SADECA
2022**

El valor de
lo humano

2023

Edita: SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL
C/ República del Salvador, 4-1º 11004 Cádiz

Comité Editorial

Alvarez-Ossorio García de Soria, M. Reyes
Castro Ruiz, Maria José
Fernández Avagliano, Giulia
García Tormo, Consuelo
Mena Jiménez, Angel Luis
Moreno Campoy, E. Eva
Niebla Corsino, Patricia
Pérez Moreira, Rosalía
Sandoval Codoni, Javier L.

Revisores

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria, ex-presidenta de SADECA. Jefa del Servicio de Prevención y Vigilancia Epidemiológica del Hospital Universitario Poniente de Almería

Diseño y Maquetación: Miguel Salvatierra

ISSN.: 2792-9256

Ejemplo de cita de la revista:

Armenteros Ortiz PJ, Collantes Estévez E, Escudero Contreras A, Amor Almedina MI, López Medina C: Análisis de los problemas de seguridad de los pacientes reumáticos por la pérdida de adherencia al tratamiento durante la pandemia. *Rev. Soc. Andal. Calid. Asist.* 2022; 1: 185

Todos los derechos reservados. De las opiniones reflejadas en los artículos responden exclusivamente los autores.

Índice general

- IV** Presentación-Entrevista
- IX** Presentación del XXVI congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial
- X** Índice de comunicaciones
- 1** Comunicaciones premiadas
- 10** Comunicaciones orales
- 75** Índice de autores
- 78** Índice temático

Presentación

ENTREVISTA



D.ª. María Luisa del Moral
Secretaria General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo de la Consejería de Salud y Consumo



D.ª. Inmaculada Vázquez
Directora de Humanización, Planificación y Cuidados del Servicio Andaluz de Salud (SAS)



D.ª. Consuelo Artero
Coordinadora del Plan de Humanización Sistema Sanitario Público Andaluz

1. ¿Cómo definiría la Humanización en la asistencia sanitaria?

La humanización como concepto en la atención sanitaria gira en torno a dar una respuesta personalizada, de forma integral y holística a las necesidades de las personas, tanto físicas como emocionales, sociales o espirituales, teniendo en cuenta su dignidad prioritariamente. Alcanza no sólo a la atención de las necesidades del paciente, sino también a las de su familia, y de las personas que cuidan, así como a la atención de los profesionales de la salud, que son la pieza clave en su consideración como personas y como agentes fundamentales de la humanización.

El gran reto al que nos enfrentamos será apostar por una sanidad más amable, integral y holística y centrada en las personas, personalizar la asistencia escuchando las necesidades de los pacientes y familias y tener en cuenta que los profesionales son el principal agente para ello.

¿Se puede medir la Humanización?

Teniendo en cuenta la complejidad de medir resultados en el campo de lo intangible, los Patient Reported Outcomes (PRO) son una fuente de datos que debe de ser utilizada en Humanización, al incluir los resultados en salud reportados directamente por el paciente y nos ayudan a evaluar y realizar un seguimiento en la calidad percibida por el paciente.

Actualmente estamos trabajando a nivel macro en el diseño de la evaluación del Plan para el próximo año; también con la Agencia de Calidad Sanitaria en el Distintivo de Buenas Prácticas en Humanización donde los centros y Unidades podrán autoevaluarse de forma periódica, comenzaremos el pilotaje con algunos centros próximamente para comenzar a medir y avanzar en la mejora continua desde un nivel más operativa.

Conocer de primera mano la vivencia del paciente es clave para obtener una visión y trabajar en la mejora continua.

Además estamos trabajando con la Facultad de Psicología de la Universidad de Almería pilotando una escala que permite medir la humanización; se trata de la escala HUMAS que mide la humanización como un conjunto de competencias personales que permite desarrollar la actividad profesional, dentro del ámbito sanitario, velando por la dignidad y el respeto hacia el ser humano; nos permitirá identificar si las Unidades o centros con el nivel más alto de HUMAS tienen los mejores resultados en términos de evaluación de la calidad de la atención por parte de los pacientes; se puede aplicar a cualquier profesión y se está iniciando la investigación en el ámbito sanitario.

2. ¿En qué consiste el Plan de Humanización del SSPA y a qué retos se enfrenta?

El *Plan de Humanización del SSPA* está dirigido a avanzar en la búsqueda de la excelencia y la calidez de la asistencia sanitaria ofrecida a la ciudadanía.

Tiene como objetivo principal impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización que respeten la dignidad de las personas y sus derechos; que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, y condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales; que fomenten la escucha y la participación, en un entorno confortable, de marco ético, de equidad y de excelencia en la atención.

Los elementos clave del plan son:

- La construcción de una cultura de trabajo humanizada, en la que el buen trato al paciente se encuentre en el centro de las actuaciones sanitarias.
- La corresponsabilidad entre todas las disciplinas sanitarias en la construcción de esta cultura humanizada.
- La personalización de la asistencia, adaptada a las necesidades concretas de cada individuo.
- El compromiso con la calidad, concretamente con la dimensión de calidad percibida por el paciente.
- La mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias de calidad.

Los grandes retos a los que nos enfrentamos consisten en la apuesta por una sanidad más amable, integral y holística y centrada en las personas, personalizar la asistencia en la medida de lo posible, escuchando las necesidades de los pacientes y sus familias y tener en cuenta que los profesionales son el principal agente para ello.

3. ¿Qué papel tienen los profesionales sanitarios en el plan?

La fortaleza más señalada de nuestra organización son los profesionales que, con su alto nivel competencial y su demostrada responsabilidad, son los principales agentes de la humanización de la asistencia sanitaria. Su implicación y dedicación son las claves del éxito de esta estrategia.

Si bien el paciente es considerado como centro de todo el proceso de salud, la humanización pone también el foco de atención en los profesionales que los atienden, a los que es preciso cuidar, promoviendo su formación y sensibilización, fomentando su participación, reconociendo sus esfuerzos y logros, y favoreciendo su integración en equipos de trabajo saludables; en definitiva, poniendo en valor su profesionalidad y compromiso.

Resulta de vital importancia, por tanto, la participación activa de los profesionales sanitarios y no sanitarios, que son los encargados de ofrecer esa atención y cuidados a los pacientes y familias.

Debemos continuar trabajando con ellos en la formación y en dotarles de herramientas, ya que son los principales actores y agentes de cambio.

4. ¿Qué mejoras le aportan al paciente los planes de Humanización? ¿Por qué es importante?

Contribuye a la reducción de la ansiedad, minimización del estrés e incluso aceleración de la recuperación en un momento de vulnerabilidad como supone un episodio de enfermedad o pérdida de salud de las personas.

Es importante que las personas perciban una atención segura y a su vez cálida a lo largo de todo el recorrido itinerario sanitario.

Nuestra meta principal será incrementar la satisfacción y calidad percibida de los pacientes y familias; a modo de ejemplo se trabaja en:

- Actividades encaminadas a mejorar el confort de los pacientes.
- Adopción de medidas para garantizar la privacidad e intimidad.
- Detección de pacientes frágiles y valoración de apoyo familiar o social.
- Atención orientada a la recuperación en personas con procesos crónicos que requieren adaptación de su proceso vital.
- Utilización de asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos no sanitarios para pacientes y familias.

5. Cómo se desarrolla la coordinación efectiva de las actuaciones en materia de humanización con los centros sociosanitarios. Cuéntenos algún ejemplo.

El Plan está diseñado para toda la asistencia que incluye indudablemente la sociosanitaria; se está trabajando con los centros sociosanitarios desde un enfoque holístico con el objetivo de garantizar una atención personalizada en base a sus necesidades, y el acceso a la atención siempre que la necesiten; en la política de acompañamiento a familias, en la atención segura y eficiente, facilitando la continuidad asistencial y la agilidad en la atención la personalización de la asistencia, la accesibilidad y coordinación, fomentando los valores de respeto y responsabilidad social en todos sus actores y grupos de interés.

Somos conscientes de que nos queda mucho por hacer, pero consideramos que estamos en el camino correcto.

6. ¿Cómo está prevista la incorporación de los ciudadanos en la implementación del Plan de Humanización?

Otro pilar importante en el proceso de humanizar la atención sanitaria, consiste en incorporar a la ciudadanía desde la corresponsabilidad, para ir de la mano y construir juntos; se trata de un ejercicio global como sociedad, que trasciende incluso más allá del ámbito sanitario, con el fin último de conseguir lograr que el itinerario sanitario sea lo más confortable posible, sin perder de vista que todos somos profesionales pero a su vez también somos o seremos pacientes a lo largo de nuestro ciclo vital. "Somos personas que cuidamos personas".

Desde la perspectiva del sistema sanitario debemos señalar que la participación ciudadana contribuye a mejorar la asistencia sanitaria impulsando una mayor efectividad, satisfacción de los usuarios y motivación de pacientes y profesionales. Por tanto, la misma está justificada desde el punto de vista pragmático de su utilidad más inmediata, porque sirve para centrar las actuaciones del sistema sanitario en las necesidades de los pacientes.

Actualmente estamos trabajando en el diseño del Plan de Participación Ciudadana en la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que verá la luz en breve y que pivota sobre cuatro líneas estratégicas:

- La primera línea de trabajo tiene que ver con que los propios usuarios incluyan su punto de vista en las acciones que se van a realizar para humanizar la atención que van a recibir.
- La segunda línea de trabajo intenta favorecer una mentalidad en la que los usuarios participen en las decisiones organizativas y asistenciales que les afectan.
- La línea tercera busca concretar instrumentos que puedan servir para favorecer una cultura de trabajo humanizada.
- La cuarta línea de trabajo persigue crear una estrategia de mejora continua para la participación ciudadana en la humanización.

7. ¿Qué recursos y estructuras se destinan a la implantación del plan en el SSPA?

Desde el principio se definió una gobernanza del Plan para asegurar su correcta implantación y funcionamiento. El plan cuenta con un comité director, un comité técnico, un comité operativo y una comisión de humanización en cada centro sanitario del SSPA.

El Comité Director es el encargado de establecer, evaluar y aprobar las políticas a desarrollar. Se apoya en el Comité Técnico. Sus miembros son la Secretaría Técnica de la Consejería de Salud y Familias y la Dirección general del SAS, junto con la Coordinación del Plan y la Subdirección de Atención Sociosanitaria, Estrategias y Planes.

El Comité Técnico se encarga de planificar, operativizar y monitorizar las acciones propuestas. Se apoya en el Comité Operativo. Sus miembros son, junto con la Coordinación del Plan y Subdirección de Atención Sociosanitaria, Estrategias y Planes, las Subdirecciones del SAS con competencias en AP, AH, formación, personal, presupuestos e infraestructuras y salud laboral y la Dirección Gerencia del Centro de Emergencias Sanitarias 061 que es transversal a las ocho provincias andaluzas.

El Comité Operativo es el encargado de implantar en los centros las recomendaciones y líneas de acción, junto a la coordinación del Plan. Sus miembros son presidentes y secretarías de las comisiones de humanización de los distritos, áreas de gestión sanitaria y hospitales del SAS y 061, hasta un total de 20 personas. En ocasiones se crean grupos de trabajo concretos en el seno de esta comisión para temas específicos.

Se está destinando financiación en las diferentes áreas transversales del Plan: En el área organizacional (con una apuesta económica importante en la formación a profesionales desde el inicio), pero también en el área estructural, incorporando la filosofía humanística en la arquitectura, tanto, en las numerosas reformas de los centros sanitarios, como en aquellos centros de nueva creación; los equipos de las Direcciones Económicas y de Servicios generales han recibido formación específica y se han imbricado en las Comisiones de Humanización para trabajar conjuntamente en circuitos y en la confortabilidad de las instalaciones, que respeten la intimidad y la privacidad de los pacientes y familias.

8. ¿Hacia dónde debe dirigirse la asistencia sanitaria en cuanto a Humanización?

La ciudadanía nos indica que hemos de caminar hacia una armonización entre los valores procedentes del conocimiento científico-técnico y los valores del conocimiento humano de la persona.

Se pretende consolidar la humanización del SSPA de manera que la cultura de humanización sea un motor de cambio permanente que forme parte de nuestra filosofía de trabajo y se incluya en cada tarea que realicemos en nuestro día a día.

Para ello, vamos a continuar, desplegando las actuaciones de sensibilización, formación y orientación a la organización y a sus directivos y profesionales; poniendo en valor la participación de la ciudadanía y de los profesionales, escuchando sus opiniones y aportaciones al proyecto; con un enfoque basado en el establecimiento de alianzas y en la interdisciplinariedad; favoreciendo la corresponsabilidad y el establecimiento de sinergias; así como, poniendo en marcha nuevos retos y acciones de mejora para posicionar a los centros del SSPA como referente de la excelencia en humanización.

9. ¿Cómo se da visibilidad a los proyectos que se desarrollan en los centros sanitarios relacionados con la humanización?

La visibilidad de los proyectos que se desarrollan en los centros sanitarios es un ingrediente vital en la gestión exitosa de los mismos; perseguimos sistematizar prácticas para que todos los pacientes y familias se beneficien de los mismos indistintamente de la situación geográfica; para esto usamos la metodología.

Una mayor visibilidad equivale a una mayor implementación de buenas prácticas humanizadas.

Para visibilizar las diferentes estrategias que utilizamos son las siguientes:

1. Portal de Humanización (HumanizAndalucía). Disponemos de una web dirigida a ciudadanía, gestores y profesionales (www.humanizandalucia.es). Su objetivo es visibilizar, construir conocimiento e informar sobre humanización en el ámbito de la asistencia sanitaria.
2. Difusión en redes sociales de los contenidos que se van generando desde los centros sanitarios en el marco del Plan de Humanización (Twitter, Facebook e Instagram)
3. Participación en Jornadas y Congresos
4. Participación en certámenes habiendo recibido numerosos reconocimientos y galardones nacionales e incluso internacionales hasta la fecha.

10 ¿Existen otros planes, proyectos o iniciativas andaluzas actuales que tengan como objetivo la mejora de la investigación y formación en materia de Humanización?

La Humanización es uno de los ejes prioritarios para la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio Andaluz de Salud, junto a la accesibilidad y eficiencia en la actualidad.

Nuestro Contrato Programa para este año 2023, se articula en torno a estos tres pilares con un despliegue de objetivos e indicadores específicos de obligado cumplimiento.

Por otro lado, al ser una filosofía de trabajo incorporada a la organización, transversal para todos, decir que todos los planes y estrategias en Andalucía tienen la encomienda de incluir esta línea de trabajo de forma sistematizada.

También estamos trabajando con algunas Universidades iniciando líneas de investigación con perfiles interdisciplinarios y tesis doctorales para ir generando evidencia científica en Humanización.

11 ¿Cómo cree que SADECA contribuye al movimiento humanizador en Andalucía?

Como principal Sociedad Científica transversal centrada en la calidad, contribuye mediante la generación de escenarios de encuentro donde poder difundir el trabajo que se está realizando en Humanización, desde un punto de vista científico ; incorporando la investigación y la innovación como elementos clave de generación de evidencia para desplegar escenarios clínicos más efectivos, pero a su vez más afectivos para las personas, más confortables, pero sobre todo que respondan a las necesidades y expectativas de pacientes y profesionales.

Un ejemplo reciente lo tuvimos en el XXVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, que se celebró en El Ejido (Almería) del 16 al 18 de noviembre de 2022, con el lema principal “El valor de lo humano”; fue un congreso especial por la trascendencia y relevancia del tema y a la vez un espacio de encuentro y debate para cientos de profesionales que trabajamos por la mejora continua en el tratamiento y cuidado de las personas.

Presentación del XXVI congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

El sistema sanitario se sostiene sobre sólidos pilares que son sus valores, y entre ellos la humanización de la asistencia y los cuidados tienen especial significación para los profesionales, porque son la base del sentido de servicio a las personas que nos necesitan. Es nuestro propósito y nuestro compromiso.

La pandemia por Covid 19 ha supuesto un gran reto para organizaciones y profesionales en la forma de realizar ese acto tan humano como es la asistencia sanitaria, en un contexto donde la interposición de barreras ha sido clave para la seguridad de los propios profesionales y otros pacientes. La pandemia también ha venido de la mano de importantes avances tecnológicos que han permitido nuevas formas de interactuar con ciudadanos y usuarios sin el contacto directo. Otro reto para salvar las barreras en la comunicación, en la seguridad, en la confianza...

Y precisamente de retos en la humanización de la asistencia y cuidados es de lo que trató la línea temática principal del XXVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, SADECA, que celebramos en el Auditorio Municipal de El Ejido entre los días 16 y 18 de noviembre de 2022.

Presidir el Comité Organizador de este congreso, cuyo lema ha sido EL VALOR DE LO HUMANO, ha sido un honor ya que nos ha dado la oportunidad de acoger a más de 200 profesionales de toda Andalucía en El Ejido, por primera vez en un congreso de SADECA, que nos han mostrado buenas prácticas y experiencias impagables de su buen hacer.

Desde hace más de 5 años en el Hospital Universitario Poniente hemos trabajado intensamente el visibilizar las actuaciones de humanización que a día a día nuestros profesionales han puesto en marcha bajo el proyecto Poniente Contigo, compuesto a su vez por más de 30 microproyectos. Esto, unido al liderazgo de Chelo Artero, Directora Enfermera del HU Poniente y Coordinadora del Plan Andaluz de Humanización del SSPA, son razones para que estuviéramos convencidos de que íbamos a ser los mejores anfitriones para un congreso sobre un elemento intrínsecamente ligado a la calidad de la asistencial que prestamos. Y los profesionales de nuestra CCAA han respondido como esperábamos, en especial los de la provincia de Almería.

En este tercer número de la Revista de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial se presentan las mejores comunicaciones orales que tuvimos la oportunidad de ver en el congreso. Hay mucho conocimiento compartido y muchas buenas prácticas de las que aprender.

Enhorabuena a todos los ponentes, en especial a los premiados, y muchas gracias. Os animamos encarecidamente a seguir trabajando en esta línea.

Pedro Acosta Robles

Presidente del Comité Organizador del XXVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.
Director Gerente del Hospital Universitario Poniente



Índice de comunicaciones

Comunicaciones premiadas

AYUDANDO AL PACIENTE A COMPRENDER SU TRATAMIENTO. PROYECTO RINGFARMA COMO MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	2
PUESTA EN MARCHA DE ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS EN HUMANIZACIÓN EN LAS UNIDADES DE LESIÓN MEDULAR	5

Comunicaciones orales

RIESGOS PSICOSOCIALES EN UNA AGENCIA SANITARIA ANDALUZA TRAS LA CRISIS DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19	11
EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MUERTE FETAL INTRAÚTERO.....	12
¿SERÁ POSIBLE QUE LA MANERA DE CONTAR LAS COSAS CAMBIE LA REALIDAD EN POSITIVO? DIFERENTES USOS DE LA LITERATURA INFANTIL EN EL PROCESO DE DUELO	13
EL HOSPITAL Y LA CREACIÓN DE UN TEJIDO CONECTIVO EN HUMANIZACIÓN.....	15
UN NUEVO HORIZONTE PARA LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO.....	16
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ANÁLISIS INICIAL	17
RECONÉCTATE CON TU ESENCIA: HUMANIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE UN PROCESO DE COACHING.....	18
REFLEXIONES DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES EN UN PROCESO DE AYUDA A MORIR	19
AYUDA A MORIR: NUESTRO PRIMER CASO, UN EJEMPLO DE TRABAJO EN EQUIPO Y HUMANIZACIÓN	20
EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: UNA HERRAMIENTA QUE HUMANIZA.....	21
HUMANIZANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL FARMACÉUTICA DEL PACIENTE CON EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS	22
PROYECTO DE HUMANIZACIÓN "ACERCANDO EL HOSPITAL".....	23
VÍDEO DE ACOGIDA AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.....	24
NOS CONFINAMOS ¿Y AHORA QUÉ? EXPERIENCIA EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL	25
SISTEMA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE. TECUIDA.....	27
EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS DENTRO DE UNA MUTUA LABORAL.....	28
CALIDAD ASISTENCIAL: RESILIENCIA Y HUMANIZACIÓN EN LAS ENFERMERAS Y TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.....	29
PRESTACIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR. IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	30
PLAN DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS. SOPORTE EMOCIONAL AL PROFESIONAL.....	31
CONOCIENDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN DE LA VICTORIA	32
ELABORACIÓN DE UNA GUÍA/APLICACIÓN PARA MÓVIL DE ESTABILIDAD DE MEDICAMENTOS MULTIDOSIS.....	33
ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE ACTUACIÓN ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	34

FOMENTANDO CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS EDUCATIVOS DEL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR	35
IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GOBERNANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	36
PREVENCIÓN DE CAÍDAS.....	37
SEGUNDAS VÍCTIMAS ¿ERROR HUMANO? EVENTO CENTINELA. SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS	38
LA EVALUACIÓN CIENTÍFICA VINCULADA A LA COMPRA EN EL SAS. UNA ORGANIZACIÓN QUE AVALA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	39
PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN LA CONSULTA TELEFÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	40
LA RELEVANCIA DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN UNA IMPLANTACIÓN REAL DEL PROTOCOLO ERAS® EN EL PROCESO QUIRÚRGICO	41
RESUMEN ESTUDIO Y MEJORA EN RIESGO DE CAÍDAS EN MEDICINA INTERNA	42
ANÁLISIS CAUSA RAÍZ POR COMPRESA OLVIDADA EN ABDOMEN TRAN CESÁREA URGENTE.....	43
NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DAÑO MUSCULAR.....	44
CÓMO LOGRAR QUE UN CENTRO SANITARIO ESTÉ COMPROMETIDO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO	45
HACIA UNA RED DE REFERENTES EN CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO ANDALUZ	47
MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA A TRAVÉS DE LA CERTIFICACIÓN POR ACSA.....	48
CENTROS COMPROMETIDOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: MÁS ALLÁ DE LA ACREDITACIÓN	49
PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA	50
HOJA DE RUTA GESTIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES CLÍNICAS PARA CARGOS INTERMEDIOS.....	51
MODELO COLABORATIVO PARA CAPTACIÓN DE PACIENTES NO RESPONDEDORES A LA VACUNA COVID19 Y ADMINISTRACIÓN DE EVUSHELD	52
LA CONSULTA DE ACOGIDA DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL	54
CONSULTA DE ACOGIDA EN HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA	55
BENEFICIOS DE USAR UN ALGORITMO PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA PERSONA USUARIA DEL SERVICIO DE PREVENTIVA.....	56
ACTIVIDAD EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO REALIZADO MEDIANTE TELEFARMACIA	57
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.....	58
TELEFARMACIA: MÁS CERCA DEL PACIENTE	59
RECALIBRACIÓN Y EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DE UN MODELO DE MORTALIDAD EN ICTUS ISQUÉMICO SOBRE UNA COHORTE POSTERIOR.....	60
EFFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS DE ALTA COMPLEJIDAD.....	61
INFORMAR DE LA DEMORA EN LA ATENCIÓN EN URGENCIAS EN TIEMPO REAL.....	62
ANÁLISIS DE LAS ESTANCIAS SOCIOSANITARIAS OBSERVADAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS	63
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA: CÓDIGO ROJO	64
EL “ACOMPANIAMIENTO” COMO MODELO PARA EL IMPULSO, GESTIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD.....	65

ENFERMERAS REFERENTES DE CENTROS EDUCATIVOS ¿QUÉ OPINA LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE LOS BENEFICIOS DE SU INCORPORACIÓN?	66
PLAN DE MEJORA EN LA INDICACIÓN DE ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.....	67
CIRCUITO CENTRALIZADO DE CRIOTERAPIA EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	68
DONACIÓN MULTIORGÁNICA. LA CLAVE DE LA COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR.....	69
EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ACOGIDA.....	70
RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA EN LA LACTANCIA MATERNA.....	71
LA CONSULTA DE ACOGIDA COMO RETO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD.....	72
AVANZAMOS HACIA MAYOR SENSIBILIZACIÓN Y COMPROMISO EN LA DETECCIÓN DE VÍCTIMAS DE MALTRATO DE GÉNERO	73
ENSEÑANZA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO A PADRES: PROGRAMA "PAPIS SALVAVIDAS"	74

COMUNICACIONES PREMIADAS

AYUDANDO AL PACIENTE A COMPRENDER SU TRATAMIENTO. PROYECTO RINGFARMA COMO MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: URDA ROMACHO J, HIERRO PEDROSA CM, GÓMEZ DELGADO M, BRETONES PEDRINACI JI, JOFRE PERALTA A, CASTRO VIDA MA

Palabras Clave: Continuidad de la atención, Hospital, Reacción adversa a Medicamentos, Satisfacción, Telemedicina

Introducción/Objetivos

La Unidad de Farmacia de un hospital constituye un Servicio transversal que centra sus actuaciones en dos pilares básicos: los pacientes y los medicamentos. Cuando un paciente acude a las Consultas Externas de un hospital para recibir atención especializada y se le diagnostica una nueva enfermedad para la que debe iniciar un tratamiento nuevo, la Farmacia del Hospital suele ser el último lugar del circuito hospitalario al que el paciente visita. Y en ocasiones, algunos pacientes cuando llegan a la Consulta Externa de Farmacia (CEF), después de haber pasado por el resto de profesionales, lo hacen sobrecargados de información, nerviosos, cansados, con ansiedad y muy preocupados por su nueva enfermedad, no siendo capaces de asimilar toda la información que se le ofrece sobre el nuevo tratamiento que ha de iniciar. El objetivo de este trabajo es desarrollar un proyecto de comunicación entre paciente y profesionales de CEF para ayudar a los pacientes a comprender, recordar y cumplir el tratamiento que se le ha prescrito, detectar posibles problemas relacionados con la medicación (PRM) e incrementar el grado de satisfacción con la atención recibida en la CEF.

Material y Métodos

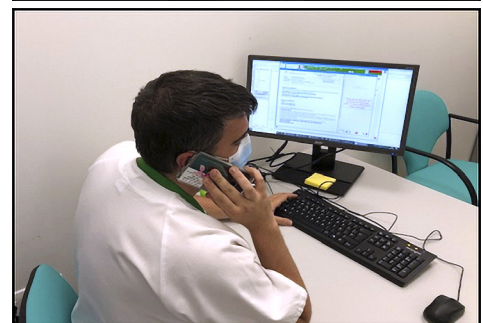
Proyecto iniciado en abril 2019. Se incluyeron a aquellos pacientes que acuden por primera vez a la CEF y que presentan alguna de estas características:

- Pacientes que presentan gran impacto psicológico debido a su enfermedad tras un diagnóstico reciente (VIH, VHC, pacientes oncológicos...)
- Pacientes que inician tratamiento con dispositivos que requieren manipulación específica y consideramos que pueden presentar dudas a la hora de realizar la administración en su domicilio.
- Pacientes que por sus condiciones especiales (idioma, edad...) se considere que necesiten un refuerzo de la información recibida durante su primera visita a Farmacia.

De este modo, cuando el paciente acude por primera vez a la CEF se le ofrece toda la información necesaria para iniciar su tratamiento y se le incluye en un programa de seguimiento. En los siguientes 3 – 5 días se le realiza una llamada telefónica para comprobar su estado de salud y su estado emocional y además confirmar que realiza el tratamiento correctamente, siguiendo lo indicado en su prescripción médica y según las recomendaciones del farmacéutico. Durante la llamada, se le pregunta por efectos adversos y se le resuelven posibles dudas acerca de la nueva medicación. En caso de detectar algún efecto adverso grave o alguna discrepancia, se informa al médico prescriptor. Toda la información obtenida en la llamada queda registrada en la historia clínica del paciente.

Cuando el paciente acude por segunda vez a la Consulta de Farmacia a por medicación para continuar su tratamiento, se le entrega una encuesta de satisfacción para valorar la atención recibida tanto en su primera visita en la Consulta de Farmacia como en la llamada telefónica realizada.

Este trabajo se engloba dentro del Proyecto de Humanización llevado a cabo en nuestro hospital



Informes del paciente (Doble Click ver Informes)	
Datos De Interés	Doc.: 1
Digestivo	Doc.: 3
Farmacia	Doc.: 1
RingFarma	22-06-2020 Joaquín Urda Romacho

Informe Clínico de Consulta Externa HOSPITAL DE PONIENTE AG. de FARMACIA	
 Agencia Pública Sanitaria Poniente Consejería de Salud y Familias	HIJCC: NOYBRE: TELEFONOS: F. JACIPIEN Y TO: DIRECCION:
MOTIVO DE CONSULTA Contacto telefónico con paciente para seguimiento farmacoterapéutico tras inicio de tratamiento con enzalutamida. TRATAMIENTO ACTUAL DISPENSACIÓN HOSPITALARIA Xtandi 40 mg (enzalutamida) 4 comprimidos/ 24h ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN REGISTROS DE FARMACIA Inicio de tratamiento: 19 junio 2020 Según registros de Farmacia, el paciente tiene medicación hasta el 17 julio 2020	
EFFECTOS ADVERSOS Mala tolerancia al tratamiento, refiere que desde el inicio con enzalutamida presenta malestar generalizado (frío, sudor...), pérdida de apetito y comenta posible descontrol en la anticoagulación con el acenocumarol (refiere sangrado al realizar enjuagues bucales)	
OTROS TRATAMIENTOS Recetas/Tratamientos Registrados en HSU: 1) NIOCTAMID 2MG 20 COMPRIMIDOS, toma 1 cada 24 HORAS 2) DUROGESIC MATRIX 100MG/H 5 PARCHES TRANSDERMICOS, toma 1 cada 72 HORAS 3) LORAZEPAM 1MG, 50 COMPRIMIDOS, toma 1 cada 24 HORAS 4) OMEPRAZOL 20MG, 28 CAPSULAS, toma 1 cada 24 HORAS 5) SERTRALINA 50MG, 30 COMPRIMIDOS, toma 1 cada 24 HORAS 6) ATORVASTATINA 20MG, 28 COMPRIMIDOS, toma 1 cada 24 HORAS 7) MONOPROST 50MCG/ML 30 ENVASE UNIDOSIS 0,2ML COLIRIO EN SOLUCION, toma 1 cada 24 HORAS 8) NATECAL D FLAS 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES, toma 1 cada 24 HORAS 9) PARACETAMOL 1G, 40 COMPRIMIDOS, toma 1 cada 8 HORAS 10) PREGABALINA 75MG, 56 COMPRIMIDOS, toma 1 cada 12 HORAS 11) SINTROM 1MG 60 COMPRIMIDOS, toma 28 cada 7 DIAS 12) ESIDREX 25MG 20 COMPRIMIDOS, toma 0,50 cada 24 HORAS 13) DOXA20SINA 2MG, 28 COMPRIMIDOS, toma 1 cada 24 HORAS	

ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTE PROYECTO RINGFARMACIA	
Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la incorporación de un nuevo Proyecto para reforzar la información facilitada el primer día de inicio de tratamiento en la Consulta Externa de Farmacia. Para ello le agradecemos su colaboración. SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y ANÓNIMA.	
Fecha inicio tratamiento: _____ Fecha llamada: _____ Edad: <input type="radio"/> menor 18 años <input type="radio"/> Entre 19-40 años <input type="radio"/> Entre 41-65 años <input type="radio"/> Más de 65 años Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	
Respecto a la información recibida durante la primera visita a la Consulta Externa de Farmacia:	
1. Se le informó sobre el correcto uso de los medicamentos: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
2. Se le resolvieron todas las dudas acerca del nuevo tratamiento: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. El tiempo de atención durante la primera visita, considera que fue suficiente: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
4. Grado de satisfacción con la atención recibida en la consulta, durante la primera visita: <input type="radio"/> Muy satisfecho <input type="radio"/> Satisfecho <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Insatisfecho <input type="radio"/> Muy insatisfecho	
5. En el caso de no haber sido incluido en el proyecto, ¿le hubiese gustado recibir una llamada de teléfono para reforzar la información recibida en la consulta y solucionar posibles dudas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Respecto a la información recibida durante la llamada de teléfono:	
<input type="checkbox"/> La llamada de teléfono fue de utilidad: <input type="radio"/> Sí <input type="checkbox"/> Aclaración de dudas de tratamiento. <input type="checkbox"/> Afianzó la información recibida sobre cumplimiento del tratamiento. <input type="checkbox"/> Otros.	
<input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> La información recibida en la Consulta de Farmacia fue clara y suficiente. <input type="checkbox"/> Otros.	
<input type="checkbox"/> ¿Considera que este proyecto aumenta el grado de confianza entre paciente y Farmacéutico aumentando así la adherencia del tratamiento?: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<input type="checkbox"/> Grado de satisfacción de la llamada telefónica recibida: <input type="radio"/> Muy satisfecho <input type="radio"/> Satisfecho <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Insatisfecho <input type="radio"/> Muy insatisfecho	
Si desea, indique cualquier comentario o sugerencia para mejorar la atención al paciente:	
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN	

Resultados

Los resultados obtenidos desde el inicio del proyecto hasta octubre de 2022 han sido los siguientes:

- Pacientes incluidos: 161 de los cuales 95 (59 %) eran hombres. Edad media 48,9 años (5 – 88 años)
- Llamadas realizadas al 100% de los pacientes, aunque 26 pacientes (16,2 %) no contestaron a la llamada.
- El motivo de realizar RingFarma fue:
 - En un 46,6% de las veces porque el paciente presentó impacto psicológico al iniciar tratamiento (pacientes VIH, pacientes oncológicos y pacientes con infección virus hepatitis C)
 - El 39,7 % de las llamadas se realizaron a pacientes que iniciaron tratamiento con dispositivos especiales (plumas autoinyectables, cámaras de inhalación que requieren montaje y desmontaje diario...)
 - El 13,7 % restante fueron pacientes con barrera idiomática o pacientes con edad avanzada o edad muy temprana.
- En cuanto a la tolerancia, 54 pacientes (33,5%) reportaron algún efecto adverso a la nueva medicación de los cuales, 42 (77.7%) evolucionaron favorablemente y no necesitaron ningún seguimiento especial. Por el contrario 12 pacientes (22,3%) presentaron efectos adversos de mayor consideración y tuvieron que suspender y/o modificar su tratamiento, precisando un control más estrecho por parte de su médico y farmacéutico.
- La intervención farmacéutica se clasificó en los siguientes apartados:
 1. No se requiere intervención: 90 pacientes
 2. Resolución de consulta referente a interacciones: 9 pacientes
 3. Resolución de consulta sobre posología o forma administración: 12 pacientes
 4. Necesidad de contacto con médico responsable: 19 pacientes
 5. Se debe realizar un seguimiento más estrecho y programar otra llamada de seguimiento: 5 pacientes.
- El 92,4% de los pacientes reportaron que la llamada de seguimiento les resultó de utilidad y el 95,8 % señalaron estar satisfechos o muy satisfechos tanto con la atención recibida en la primera visita a la Consulta de Farmacia como con la llamada de teléfono realizada.

Conclusiones

El proyecto RingFarma además de AYUDAR al paciente a cumplir correctamente con su tratamiento, potencia una atención personalizada y de calidad, aportando resultados tangibles en la mejora de la asistencia sanitaria.

La llamada telefónica tras inicio de tratamiento refuerza la información dada en consulta durante la primera visita a Farmacia y permite intervenir precozmente en la detección y PRM, lo que se traduce en una mejora de la calidad asistencial.

Un elevado porcentaje de pacientes muestran un alto grado de satisfacción tanto con la llamada telefónica como con la atención recibida en la CEF.

PUESTA EN MARCHA DE ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS EN HUMANIZACIÓN EN LAS UNIDADES DE LESIÓN MEDULAR

Autores: GALLEGO ESPINA MA*, GRANADOS MATUTE AE, PÉREZ GONZÁLEZ R, BAENA VILLALBA E, GARCÍA OBRERO I, AYUSO FERNÁNDEZ MA

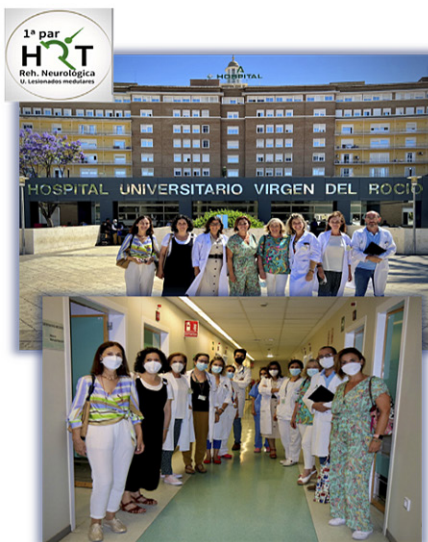
Palabras clave: Acreditación, Atención centrada en el paciente, Autoevaluación, Certificación, Hospital

Introducción

Las unidades de lesionados medulares (ULMs) son unidades de alta especialización y tecnificación basadas en el trabajo de un equipo multidisciplinar altamente especializado formado por profesionales, rehabilitadores, enfermeras, TCAEs, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y celadores, cuyo objetivo es que el paciente consiga la máxima independencia funcional posible y su reinserción en su entorno familiar, social y laboral, consiguiendo la adaptación a la nueva vida que supone vivir con una tetraplejia o paraplejia acompañándolos en este nuevo camino.

En las ULMs tratamos a pacientes que atraviesan una circunstancia especialmente traumática, no solo desde el punto de vista físico, sino también psicológico y social. Son unidades con una alta complejidad de cuidados y con una alta probabilidad de sufrir complicaciones.

Actualmente, en España, existen un total de 13 unidades de referencia en Lesión Medular. Unidades altamente especializadas con un gran equipo humano. Entre ellas, se encuentra la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla. Esta Unidad se caracteriza por estar dividida en dos espacios funcionales, por una parte, la Unidad de agudos situada en la Primera planta del Hospital de Rehabilitación y Traumatología y la Unidad de Subagudos situada en el Hospital Muñoz Cariñanos (HMC) antiguo Hospital Militar. Esta ULM permite que los pacientes con lesión medular en Andalucía Occidental puedan recibir un tratamiento y unos cuidados integrales humanizados en un mismo servicio, aunque con dos escenarios diferentes.



LAS UNIDADES DE LESIÓN MEDULAR EN ESPAÑA (ULMs)



Unidades de alta especialización y tecnificación

Tratan a pacientes agudos y subagudos que atraviesan una circunstancia especialmente traumática, desde el punto de vista físico, psicológico y social.



Asistencia de elevada complejidad y un equipo multidisciplinar altamente cualificado

Compuesto por médicos rehabilitadores y otros especialistas, personal de enfermería, auxiliares (TCAE), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos y otros técnicos.



La lesión medular es una patología compleja, ya que la médula es la parte del sistema nervioso central que proporciona la información al cerebro para que se produzca el movimiento, además influye directamente en la sensibilidad. Dependiendo del nivel donde se produzca la lesión afectará a unas partes u otras del

cuerpo abocando en una paraplejía o una tetraplejía. Las lesiones pueden ser completas o incompletas y a las pérdidas de movilidad y sensibilidad, se añaden alteraciones urinarias, intestinales, sexuales, así como la aparición de otras complicaciones médicas. Todo esto condiciona diferentes niveles de dependencia.

En España, 25000 personas presentan una lesión medular y se producen de 2 a 3 nuevos casos anuales por cada 100.000 habitantes. Las causas de estas lesiones (paraplejía o tetraplejía) pueden ser lesiones traumáticas como los accidentes de tráfico, caídas, zambullidas... y las causas no traumáticas como tumores, intervenciones quirúrgicas, etc. La estancia de estos pacientes es prolongada entre 3 y 6 meses, algunos incluso el año. Nuestro objetivo es atender a los pacientes lesionados medulares y a sus familias de forma integral con el fin de conseguir el mayor grado de independencia posible para mejorar su discapacidad y, por lo tanto, su calidad de vida, salud y participación social.

Es por todo ello que tenemos la gran necesidad de avanzar en humanización, teniendo cada vez más en cuenta la visión del paciente. Debemos tratar a las personas, no a las enfermedades. La idiosincrasia de las ULMS, donde el paciente y sus familias han pasado por una etapa disruptiva en sus vidas y toda la carga emocional que ello conlleva, nos ha dotado de un amplio bagaje en este abordaje de la atención. Fundamental y primordial el prestar unos cuidados humanizados, con calidad y calidez, personalizados, centrados en las personas y en sus derechos.

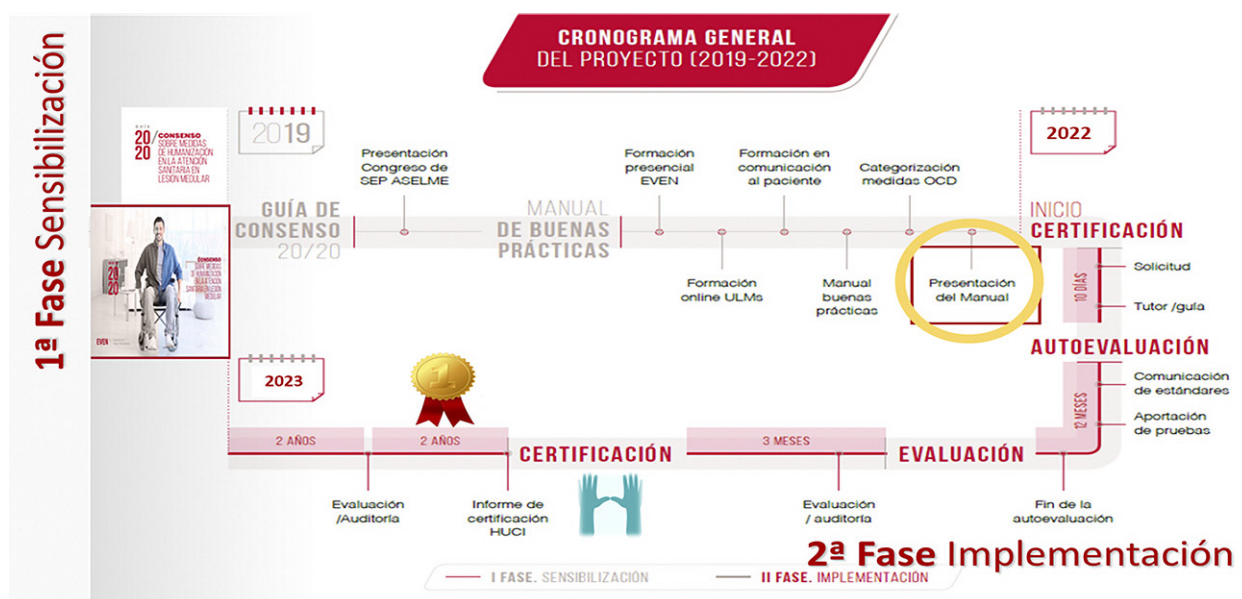
Objetivos

- Dar a conocer el Manual de Buenas Prácticas Humanizadas en pacientes con Lesión Medular y su proceso de elaboración.
- Conocer el grado de implantación de buenas prácticas en las unidades de Lesión Medular

Materiales y Métodos

En 2016 con objeto de realizar trabajos en común e intercambio de buenas prácticas se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para el abordaje de la vejiga neurógena con expertos de todas las ULMS de España, surge así el grupo EVEN.

En 2018 este panel de expertos propone un proyecto de Humanización en las Unidades de Lesión medular, creamos el proyecto HUMANIZALE, un proyecto integral para apoyar e impulsar la humanización de cuidados en el ámbito de la lesión medular. HUMANIZALE es un compromiso a largo plazo con la humanización como visión esencial dentro de nuestro papel en el entorno sanitario, tanto con los profesionales como con los pacientes.



En una primera **fase de sensibilización** se realizaron una serie de reuniones, llevando a cabo una tormenta de ideas sobre aspectos a mejorar en la asistencia humanizada al paciente, incluyendo la opinión del paciente/familia.

En este camino ha sido esencial la implicación y extraordinaria labor de médicos rehabilitadores y profesionales de enfermería que forman parte de EVEN, así como al apoyo permanente de la Sociedad Española de Paraplejía (SEP), la Asociación Española de Enfermería especializada en Lesión Medular (ASELME), la Asociación Española de Enfermería en Urología (ENFURO), la Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas (ASPAYM), la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) y Hollister (compañía independiente para el cuidado de la continencia).

Tras ello, se establece un **programa de formación masiva en Humanización** basándose en la literatura sobre el proyecto HUCI a más de 300 profesionales.

Las siguientes acciones para la elaboración y redacción del plan fueron:

- Conformar grupos de expertos. Un grupo de trabajo para llevar a cabo un Manual de Buenas prácticas en Humanización liderado por Proyecto HUCI al estilo del que ya se había realizado en Cuidados Críticos y Urgencias.
- Elaboración de un documento guía y elección de líneas de trabajo. Lo que pretendemos es conformar en un solo documento aquellas pautas de actuación que nos aseguren y garanticen la calidad de la humanización de nuestra asistencia.
- Elaboración de una propuesta inicial/final de buenas prácticas. A cada línea se le asignó a un equipo de trabajo y un coordinador.
- Clasificación de las buenas prácticas en básicas, avanzadas y deseables.
- Elaboración de una propuesta de criterios de medición.
- Aportación de las referencias bibliográficas.
- Revisión final del documento.

Tras varios meses de trabajo en red, se crea el manual con 145 buenas prácticas recogidas en 9 líneas estratégicas clasificadas en básicas o esenciales, avanzadas y deseables, con objeto de conseguir una certificación en humanización a través de AENOR.

Actualmente, nos encontramos presentando el manual y visibilizando nuestro trabajo para continuar con la **2ª fase de implementación** de estas buenas prácticas en las ULMs y así poder iniciar el proceso de certificación de unidades.

Gracias a este manual, podemos dar el paso a medir y evaluar realizando una autoevaluación, para poder tener esa fotografía inicial de nuestra unidad e iniciar el proceso de certificación en humanización. En la ULM de Sevilla hemos realizado la autoevaluación con un total del 70% de buenas prácticas ya implantadas o en proceso de implantación.

Resultados

Creación del manual de buenas prácticas en humanización en Lesión Medular en el que se establecen 9 líneas estratégicas que engloban un total de 145 buenas prácticas:

- Equipo multidisciplinar que garantice el tratamiento rehabilitador integral del paciente.
- Bienestar del paciente y familiares
- Apoyo e integración de la familia al equipo de cuidados
- Comunicación
- Cuidados al profesional
- Síndrome post-UCI y acogida en la unidad
- Planificación al alta y continuidad de cuidados
- Cuidados al final de la vida
- Espacios humanizados



Discusión

Dentro de las líneas estratégicas de nuestro manual podemos destacar algunas buenas prácticas:

Bienestar del paciente y familiares: cuidar el descanso y la confortabilidad del paciente, pero también de los familiares poniendo a su disposición una cama de acompañante. Aplicando medidas facilitadoras que mejoren el descanso de paciente y familia/cuidador y reforzando la información y educación sanitaria con los manuales de acogida para pacientes y familiares.

Comunicación: mejoras en la transferencia de información entre unidades, con nuestros informes de traslado y con la coordinación y comunicación directa del equipo multidisciplinar. Los fallos de comunicación suelen ocasionar conflictos entre pacientes, cuidadores y los propios profesionales, dificultando el trabajo en equipo y, sobre todo, contribuye a la generación de eventos adversos, aumenta los costes de la asistencia e influye de forma general en la atención. Es responsabilidad de los profesionales establecer una comunicación completa, clara, precisa, consensuada y adaptada a la situación de cada paciente y familia, como valor esencial durante todo el proceso asistencial.

Cuidados al profesional: fundamental, cuidando a los profesionales, a los pacientes y sus familias con nuestro "proyecto pienso en ti", haciéndoles sentir parte de la unidad. Los profesionales somos personas que cuidamos a otras personas y es muy importante que, en nuestro trabajo, nos sintamos cuidados, con ilusión y sentimiento de pertenencia, pertenencia al equipo y a la unidad, como una pequeña gran familia que somos. Así, celebramos sus logros, cumpleaños, eventos importantes, bienvenidas o despedidas o periodos estivales como la feria, semana santa, navidad... épocas en la que estar en un hospital siempre es duro, pero que se pueden acentuar aún más en esas fechas. Hacer una estancia lo más agradable posible, tanto para nuestros pacientes como para nuestros profesionales.

Espacios humanizados: teniendo espacios más cálidos y agradables con nuestro proyecto "tu rincón azul", donde nuestros pacientes y familiares pueden personalizar su habitación, la creación de un jardín vertical "healing gardens", nuestra sala de cine para los fines de semana... iniciativas que consiguen hacerles una estancia más agradable y entretenida.

BUENAS PRÁCTICAS

2. Bienestar Pacientes y familiares

Respetar EL DESCANSO DEL PACIENTE

- Evitar interrupciones nocturnas mediante la adaptación, en la medida de lo posible, de los cuidados (administración de medicamentos, cambios posturales...) para facilitar el descanso del paciente.
- Respetar el ciclo circadiano de vigilia/sueño. Las luces que no sean imprescindibles (pasillos, empujones, dispositivos...) deben apagarse para facilitar el descanso.
- Eliminar los ruidos producidos por el uso de aparatos y los propios profesionales (como de voz) así como facilitar el uso de tapones para los pacientes y/o de tapones para los profesionales.
- Autocuidado de todo el personal sobre el respeto al descanso del paciente (preferencias, horarios, cuidados, personal de limpieza...) a través de sesiones formativas que permitan evaluar la calidad del sueño de los pacientes.

BUENAS PRÁCTICAS

5. CUIDADOS AL PROFESIONAL

PROMOCIÓN DEL BIENESTAR

AUMENTO DEL SENTIDO DE PERTENENCIA

Establecer UNA RATIO DE CALIDAD

Establecer una ratio de calidad del número de profesionales/paciente para asegurar siempre el personal especializado necesario dentro de la U.L.M.

"Proyecto Pienso en Ti"

BUENAS PRÁCTICAS

9. Espacios Humanizados

HUMANIZACIÓN DE LA HABITACIÓN

- Espacio suficiente para maniobrar con la silla de ruedas en la habitación.
- Espacio de almacenamiento individual y armarios adaptados con baldas más bajas y barra accesible a media altura para colgar los perches.
- Luz natural en la habitación.
- Tierrómetro en cada habitación. Según el grado de la lesión medular, la temperatura se ve afectada y es conveniente poder adaptar la temperatura para garantizar el bienestar y descanso del paciente durante el ingreso.

Arquitectura HUMANIZADA

Conclusiones

La humanización de la asistencia es algo que los profesionales de las Unidades de Lesionados Medulares debemos llevar a cabo procurando en todo momento un trato amable y dando tiempo a que tanto el paciente como su familia, que también sufre con él, expresen todos sus sentimientos de negación, rabia, pacto y aceptación para así poder trabajar con ellos de cara a favorecer el autocuidado y la independencia aún en situaciones de gran dependencia.

La autoevaluación es un proceso fundamental para poder conocer cuál es el grado de presencia de las buenas prácticas en humanización en las unidades de lesión medular de España y tras ello poder llevar a cabo una implantación e inicio de certificación de las unidades.

COMUNICACIONES ORALES

RIESGOS PSICOSOCIALES EN UNA AGENCIA SANITARIA ANDALUZA TRAS LA CRISIS DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19

Autores: ZUFRI RODRÍGUEZ GZ *

Palabras clave: Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Gestión de personas, Percepción de los profesionales, Satisfacción

Objetivos

Tras los cambios organizativos consecuentes de la crisis del COVID 19, se realiza la Evaluación de Riesgos Psicosociales, al objeto de identificar las condiciones de trabajo que suponen un riesgo para los trabajadores. Objetivos: Describir y evaluar los riesgos psicosociales en una Agencia Sanitaria con sus centros adscritos tras la pandemia por la COVID-19, según las distintas unidades de segmentación (Agencia / Centro / Unidades de Análisis). Evidenciar si las distintas dimensiones afectan diferencialmente a las distintas unidades de análisis al objeto de establecer el plan de mejoras de manera transversal y específica conforme a los resultados obtenidos.

Materiales y Métodos

El método utilizado para la Evaluación de Riesgos Psicosociales, ha sido editado por el INSST. Consta de 44 preguntas. Ofrece información sobre 9 factores, algunos con subfactores. Son los siguientes: Tiempo de trabajo, Autonomía, Carga de trabajo, Demandas psicológicas, Variedad contenido, Participación/Supervisión, interés por el trabajador/Compensación, Desempeño de rol, Relaciones y apoyo social. La población considerada ha sido de 2341 profesionales y 76 mandos.

Se ha segmentado la población en unidades de análisis teniendo en cuenta, además de los criterios de homogeneidad y de anonimato, la naturaleza de la tarea, el nivel de gestión de personas y la autonomía en los puestos de trabajo.

En la medida que el tamaño de la unidad ha respetado el anonimato, se ha considerado la unidad dependiente de un referente como unidad en sí para preservar la información sobre un mismo referente. El nivel de participación global ha sido del 39%, un total de 914 participantes entre los 4 centros.

Resultados

Los resultados se obtienen cuantitativos y cualitativos presentándose a nivel de totales de agencia, centro y unidades de análisis a través de las distintas dimensiones. Como resultado se obtiene un mapa de riesgos, expresando los niveles de exposición mediante un sistema semafórico: **Exposición Muy elevada**>rojo / **Elevados Participación y supervisión** / **naranja** (carga de trabajo, demandas psicológicas/**Moderados**>amarillo **Relaciones y apoyo social, Desempeño de Rol, Autonomía, Tiempo de trabajo/Interés por el colaborador/compensación/Variedad y contenido del trabajo/Adecuado**>verde (resto)

Discusión

Tras valorar los riesgos psicosociales se prevee el plan de mejoras y se empieza a trabajar como medida transversal en el nivel de conflictividad entre profesionales. Se pone en marcha un procedimiento de resolución de conflictos con la creación de un Servicio de Atención al Profesional. Actualmente, el centro desarrolla un itinerario formativo en resolución de conflictos con Inteligencia emocional, en profesionales y mandos.

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MUERTE FETAL INTRAÚTERO

Autores: SALGUERO CABALGANTE R*, MUÑOZ BARRERA A, PÉREZ REAL C, PARTIDA MÁRQUEZ AL, FERNÁNDEZ MACÍAS R, CERRILLOS GONZÁLEZ L

Palabras clave: Enfermería, Evaluación de procesos, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Registros médicos

Objetivos

La OMS admite como definición de muerte fetal intraútero (MFIU): “aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo”. Tomando como referencia que la tasa de mortalidad intraútero en nuestro centro en 2020 fue de 5.24/1000 (tasa más elevada que la media debido a la complejidad asistencial por ser centro de tercer nivel), junto al importante impacto emocional que supone una muerte perinatal para la gestante, familia y profesionales implicados, se plantea la necesidad de disponer de un documento de consenso multidisciplinar para determinar el manejo de situación en el momento del diagnóstico, durante el ingreso hospitalario, así como el seguimiento posterior. Un adecuado manejo de la situación se ha evidenciado como facilitador de la pérdida. Ya que la comunicación de una mala noticia y el abordaje de la pérdida perinatal es una situación siempre estresante que puede influir en el riesgo de sufrir agotamiento laboral, el disponer una herramienta que incorpora la capacitación basada en la evidencia es útil para mejorar la calidad asistencial y el estado de salud de los profesionales. Una vez elaborado, difundido e implantado el protocolo, nos planteamos como objetivo evaluar el grado de cumplimiento del protocolo de atención a la muerte fetal intrauterina de nuestro Hospital.

Materiales y Métodos

Análisis descriptivo retrospectivo de las auditorías realizadas a los 9 meses postimplantación del protocolo. Se revisaron los registros en historia clínica del total de muertes fetales intrauterinas (excluyendo interrupciones legales del embarazo) atendidas en nuestro hospital desde 1 de Enero de 2022 a 30 de Septiembre de 2022, de 9 indicadores de calidad definidos.

Resultados

El número de muertes fetales intraútero acontecidas en este periodo fue de 17 casos de los 3329 atendidos en este periodo lo que supone un 5.1/1000. Se encontraron como indicadores con mayor cumplimentación el ofrecimiento de necropsia (100% de los casos que procede) y el ofrecimiento del acompañamiento continuo en el 88.23% de los casos. En un 82.35% de los casos se ofertó despedida, se derivó el caso a AP y se entregó informe de continuidad de cuidados y recomendaciones para elaboración del duelo perinatal. Los indicadores con más opción de mejora fueron la citación antes de las 8 semanas postparto (73.33% de los casos), registro en la historia del ofrecimiento de caja de recuerdos (64.7%) y solicitud de protocolo analítico completo en el momento de la muerte fetal (61.53%). En 15 casos (88.23%) el parto finalizó mediante parto vaginal no instrumentado.

Discusión

La auditoría de historias clínicas mostró el correcto seguimiento del protocolo para la mayoría de los criterios evaluados, si bien pone de manifiesto la necesidad de realizar estrategias periódicas tanto de refuerzo de información como de control de registros, para asegurar el correcto cumplimiento de todos los indicadores de calidad definidos en el protocolo.

¿SERÁ POSIBLE QUE LA MANERA DE CONTAR LAS COSAS CAMBIE LA REALIDAD EN POSITIVO? DIFERENTES USOS DE LA LITERATURA INFANTIL EN EL PROCESO DE DUELO

Autores: PACHECO SÁNCHEZ M*, GÓMEZ GONZÁLEZ C, CORREA CHAMORRO E, CHARLO MOLINA T, PÉREZ GONZÁLEZ R, CID CUMPLIDO M

Palabras clave: Hospital, Participación, Percepción de los profesionales, Percepción del paciente, Satisfacción

Objetivos

Justificación: La comunicación es una actitud clave para el éxito del día a día, y como profesionales del proceso de donación y trasplantes, la podemos convertir en un verdadero “arte”, llegando a dimensiones terapéuticas. Como elemento de comunicación en este caso, los cuentos infantiles destacan por la capacidad de ampliar la visión hacia el mundo interno de la persona como individuo, de sus narrativas y de sus emociones sea cual sea el momento vital que viva.

Objetivos:

1. Analizar el impacto positivo en el afrontamiento del inicio del duelo de la familia del niño donante y del equipo asistencial con el uso de cuentos infantiles como elemento de comunicación.
2. Ayudar las personas que de algún modo viven el proceso del duelo infantil.
3. Transformar nuestro mundo promoviendo una vida saludable a través de la Donación y el Trasplante con el uso de los cuentos.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo del trabajo realizado por el equipo de Coordinación de Trasplantes Hospitalario Las herramientas principales son cuentos infantiles creados por los coordinadores de trasplantes, basados en experiencias de historias reales, ilustrados por ellos o colaboradores del mundo del Arte de forma desinteresada.

Títulos creados:

- El corazón de Triana
- Reyes y las moléculas de oxígeno
- El corazón de Pegaso
- La tristeza se viste de color
- Un cuento espacial

Los cuentos creados para el abordaje en las familias de los niños donantes fueron enviados a su familia.

Estas obras han sido utilizadas en cuentacuentos y sesiones con el equipo de UCIP, coordinación de trasplantes, actos, sesiones informativas y actos sobre la donación.

Resultados

Las familias de los niños donantes manifestaron su enorme agradecimiento y la ayuda que les ha supuesto el cuento a modo de carta en las diferentes entrevistas que realizamos por vía telefónica.

Algunos padres y madres se animaron a escribir su propia historia.

Los cuentacuentos fueron valorados muy positivamente por la familias, niños y profesionales.

Los diferentes medios de comunicación se hicieron eco a través de diferentes actos, nos han manifestado un gran interés para seguir abordando el mundo la Donación y los Trasplantes infantiles a través de los cuentos.

Discusión

En tiempos de cambios vitales bruscos debemos trabajar en mejorar diferentes formas de comunicar para conseguir nuestro objetivo: transformar nuestro mundo de forma real, positiva y que perdure. En este sentido:

1. La creatividad, el arte y la capacidad de empatizar con las familias de nuestro equipo de coordinadores son una gran fortaleza.
2. Crear estas historias para las familias de los niños donantes, basadas en sus propias vivencias, y abordar la autogestión del duelo, no sólo les ha ayudado a ellos, sino que también ha abierto un universo a todo el equipo de UCI Pediátrica así como a todos los profesionales que los atendieron.
3. En cuanto a los diversos actos sociales de promoción de una vida saludable han tenido un impacto muy positivo.

EL HOSPITAL Y LA CREACIÓN DE UN TEJIDO CONECTIVO EN HUMANIZACIÓN

Autores: CRUZ SALGADO O*, CASASOLA LUNA N, BARROSO GUTIÉRREZ C, ROMÁN FUENTES M, CÁRCAMO BAENA J, DEL NOZAL NALDA M

Palabras clave: Derechos del paciente, Gestión de la calidad, Hospital, Percepción del paciente, Planificación Estratégica

Objetivos

Impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el sector sanitario es clave en las actuales políticas sanitarias autonómicas. A raíz de la creación de un Plan Estratégico el hospital puso en marcha una serie de acciones alineadas con el mismo. Se exponen las distintas acciones realizadas en el hospital para adaptar localmente el Plan de Humanización autonómico.

Materiales y Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal de las acciones realizadas en el hospital según directrices del plan de humanización (líneas estratégicas y objetivos específicos) durante 2021 hasta el tercer trimestre del 2022.

Resultados

Acciones realizadas Oct 2021-Sept 2022:

- Constitución de la Comisión de Humanización. 20 vocales (incluida Dirección Médica, de Enfermería y Subdirecciones) con representación de Unidades asistenciales de especialidades médicas y de enfermería
- Reuniones: 3 reuniones 2021 + 2 primer cuatrimestre 2022
- Detección de Objetivos y Priorización de los mismos. 2021 (Nº de objetivos identificados 2, consecución del 100%. 2022. En curso)
- Nombrar Referentes de Humanización en todas las Unidades
- Creación de un banco de recogida de "buenas prácticas" relacionadas con la Humanización
- Realización de un Análisis DAFO
- Creación de un Barómetro de Humanización (cuestionario basado en 50 preguntas divididas en 6 secciones: asistencia a pacientes, atención y formación a profesionales, coordinación y seguridad, apoyo emocional y acompañamiento, acceso a la información, estructura (instalaciones y recursos)
- Actualización de Guías de Usuario/Acogida con normas de acompañamiento
- Renovación del Portal Profesionales y Plan de Acogida a los profesionales
- Formación: cursos de Humanización ligados a objetivos
- Elaboración del Plan local de Humanización 2022-23
- Inicio de Charlas de sensibilización sobre aspectos de humanización

Discusión

Las diversas iniciativas, estrategias y esfuerzos (a nivel estructural, en el área asistencial y en el relacional) que se vienen desarrollando son conducentes a humanizar la atención sanitaria ofrecida a las personas. Esto va a va a permitir impregnar a toda la Organización Sanitaria, consolidar una cultura de humanización, y adaptar y avanzar en el nivel de desarrollo de buenas prácticas de Humanización que ya existen.

UN NUEVO HORIZONTE PARA LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Autores: CASADO ÁLVAREZ O*, CLAVERO MALDONADO S, MALDONADO VILLEGAS CI, GUERRERO SALGUERO CM

Palabras clave: Dolor, Enfermedad crónica, Participación, Percepción del paciente, Satisfacción

Objetivos

En enero del 2020, se creó en el Hospital De Poniente la primera Escuela de Pacientes con Dolor Crónico de Andalucía, orientada a afectados por diferentes patologías, pero que tienen en común la convivencia con el dolor de forma continuada.

El objetivo es que el paciente participe en el cuidado de su salud con los recursos y herramientas facilitadas en estas sesiones y así poder mejorar su calidad de vida. Ayudamos al paciente a comprender que la aceptación es fundamental para poder afrontar el dolor.

Materiales y Métodos

Los asistentes afectados por diversas patologías han participado en dos sesiones formativas de 3 horas de duración cada una, en las que se han abordado aspectos como la alimentación, el ejercicio físico, el descanso, el manejo de las emociones, la neurociencia del dolor, la adherencia al tratamiento, etc... Todo esto se les enseña a través de materiales escritos y audiovisuales atractivos, fáciles y comprensibles.

Con la creación de esta Escuela se le ha dado voz al paciente, algo que hasta ahora no se tenía en cuenta en estas dimensiones. Importante en la Escuela es la figura y experiencia de la paciente-docente, ya que comparte con ellos su mismo sufrimiento, dificultades, mismo lenguaje y un vínculo en común.

Las bases de la escuela son la escucha empática, la expresión emocional y mejorar el autocuidado y calidad de vida del paciente.

Resultados

La satisfacción de los pacientes al finalizar las sesiones, obteniendo una mejora de la intensidad del dolor, del estado de ánimo, descanso y sueño, mejoría de la actividad general, capacidad para caminar, relacionarse con otras personas y la capacidad de diversión. Aumentando también la sensación de tranquilidad y relajación; de esta manera se consigue evitar recaídas en la depresión y ansiedad.

Han compartido vivencias entre todos, han resuelto dudas, han comprendido un poco más de la biología del dolor y la influencia de la mente, han adquirido conocimientos y han sentido que no están solos en este camino.

Discusión

- Ser consuelo y guía para los pacientes, es como una gran familia donde todos aportan con sus experiencias, todos sumamos y todos aprendemos.
- Unimos a pacientes, cuidadores, profesionales de la salud para que entre todos puedan compartir experiencias, conocimientos, recursos y herramientas que les faciliten su día a día con el dolor.
- Se ayuda al paciente a resolver sus dudas y problemas cotidianos, haciéndoles más fácil seguir sus tratamientos e implicarse en su autocuidado.
- El rol del paciente pasaría de ser pasivo a ser activo y participativo, en definitiva tenemos pacientes empoderados.
- A los pacientes que participan en la Escuela de Pacientes y que quieren ampliar su nivel de conocimientos de una manera más amplia, se les ofrece la posibilidad de participar en unos Talleres de Enfermería sobre Educación en Neurociencia del dolor, Inteligencia Emocional e Iniciación al Mindfulness.

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ANÁLISIS INICIAL

Autores: MARTÍNEZ LOSCERTALES A*, MESTRAITÚA VÁZQUEZ A, REYES BURGOS MA, CARMONA ROMERO F, RIOJA ULGAR FJ, GARCÍA VARET AA

Palabras clave: Atención Primaria, Autoevaluación, Cultura organizacional, Evaluación de procesos, Percepción de los profesionales

Objetivos

En el contexto del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Andalucía, desde 2021 venimos trabajando en generar una Cultura de Humanización en Atención Primaria (AP) que impregne a todos los centros y sus tareas. Para lo que en el contexto de la comisión de humanización del centro se constituye un grupo de trabajo con el objetivo de diseñar una herramienta colaborativa que permita obtener una imagen de la situación de humanización desde el punto de vista de los profesionales en los centros, diferenciando puntos fuertes y áreas.

Materiales y Métodos

1. Constitución de un grupo de trabajo.
2. Creación de Herramienta colaborativa que nos permita identificar las fortalezas, debilidades y áreas de mejora en materia de humanización
3. Trabajo colaborativo de detección áreas de mejora, puntos fuertes y buenas prácticas desde el punto de vista de los profesionales
4. Generación de un foro de escucha a profesionales en el contexto de la formación en Humanización

Resultados

Como resultado del proceso se obtiene no sólo la herramienta de trabajo sino una representación de las principales debilidades y fortalezas que los profesionales de AP detectan en Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Discusión

En el área organizacional la principal fortaleza detectada es la naturaleza misma de la relación en AP y la motivación y formación de los profesionales, que sin embargo carecen de la formación necesaria y perciben que no tienen en muchos casos las condiciones de trabajo óptimas. Las fortalezas más potentes se encuentran en el área asistencial gracias a la longitudinalidad de la asistencia y la detección de buen número de buenas prácticas, la integración inspectoral de distintas estrategias como la seguridad de paciente, la unidad de atención a la mujer y la mejora de la accesibilidad a vulnerables. Sin embargo, los profesionales detectan como debilidad la formación en habilidades de comunicación y la identificación y movilidad de los profesionales. El acuerdo es muy alto al referir la fortaleza del área relacional en la participación ciudadana y la vinculación con la comunidad propias de la AP, señalando como área de mejora la gobernanza y los liderazgos así como la responsabilidad compartida en el uso de los recursos.

RECONÉCTATE CON TU ESENCIA: HUMANIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE UN PROCESO DE COACHING

Autores: COBO MONTORO MC*, MARTÍNEZ SALVADOR IM, CAMACHO MOLERO I

Palabras clave: Atención Primaria, Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Percepción de los profesionales, Satisfacción

Objetivos

Provocar en los Profesionales de Atención Primaria el despertar de la consciencia sobre su misión, visión y valores, es decir, su esencia, y que perciban que son el motor de la transformación para conseguir una Cultura Organizacional más humanizada.

Materiales y Métodos

El proyecto "reconéctate con tu esencia" se ha llevado a cabo en un Distrito Sanitario de Atención Primaria del SSPA, en un total de 22 Unidades de Gestión Clínica. Iniciaron el proyecto 367 profesionales de 16 categorías diferentes, finalizándolo 265 profesionales. La duración ha sido de 8 meses, iniciándose en el mes de octubre del 2021 y finalizando en mayo del 2022. El proyecto ha comenzado con 3 sesiones presenciales consecutivas de una hora y media de duración cada una separada entre sí por una semana, para permitir la reflexión y realización de las actividades propuestas en cada una de ellas. La primera sesión versa sobre el autoconocimiento, la segunda trabaja la comunicación y la tercera introduce al profesional en el mundo de las relaciones interpersonales centrándose en el equipo.

Resultados

Tras la finalización de las 3 sesiones se pasa una encuesta de satisfacción, resultando muy positivos los datos en cuanto a la necesidad de implementar este tipo de aprendizaje innovador en todo el SSPA donde casi el 100% de los encuestados lo ve necesario para su desarrollo personal y profesional. Ahora más del 60% de los profesionales conocen el Plan de Humanización y se reconocen como el motor de la transformación para conseguir una organización más humanizada.

Discusión

Un proceso de coaching consta de 3 fases bien diferenciadas para la consecución de los objetivos. El proyecto "reconéctate con tu esencia" se ha quedado en la primera fase que es la toma de conciencia y diagnóstico de la situación actual. Ha demostrado que el profesional ha adquirido a través de una metodología innovadora como es el Coaching, nuevas herramientas y aprendizajes que han favorecido su autoconocimiento, mejorado su comunicación y han adquirido conceptos tan necesarios como son: desarrollo personal y profesional y cultura organizacional donde han sentido una gran satisfacción al percibir que pertenecen a una gran organización. Han comprendido que el Proceso de Coaching les da la oportunidad de pararse y disfrutar de un tiempo y espacio para despertar su consciencia y poder reconectarse con su esencia, es decir, su parte más humana, mirarla, escucharla y sentirla para ponerla al servicio de los demás. Se han reconectado con su misión, visión y valores y los de la organización comprendiendo que son el motor de la transformación humana de la misma. Dificultades en su puesta en marcha como la falta de recursos materiales, tiempo y espacio se pueden sufragar dándole la importancia a la verdadera necesidad de llevarlo a su fin, poniendo en marcha la segunda fase que es el plan de acción para la consecución de los objetivos y la tercera fase de evaluación. Solo así se podrá evaluar este proyecto y que sirva para extrapolarlo a todo el SSPA.

REFLEXIONES DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES EN UN PROCESO DE AYUDA A MORIR

Autores: SÁNCHEZ BASALLOTE JE*, SÁNCHEZ MENA R, TOREZANO GONZÁLEZ L, SÁNCHEZ PALLERO M, JIMÉNEZ RUIZ J, GARCÍA LEÓN C

Palabras clave: Atención Primaria, Derechos del paciente, Evaluación de procesos, Percepción de los profesionales, Satisfacción

Objetivos

Reflexiones de los profesionales intervinientes en un caso de ayuda a morir (eutanasia) tres meses después de su finalización.

Materiales y Métodos

Preguntas abiertas a los profesionales que participaron en el proceso eutanásico de un varón de 75 años en su domicilio de un municipio rural el 21 de julio de 2022, tres meses después de haberse llevado a cabo, sobre cómo vivieron el proceso, en qué les hizo pensar, qué sacaron de positivo, de negativo, que cambiarían del proceso, qué sugerirían, cómo vivieron la coordinación con los compañeros y con sus equipos directivos.

Profesionales intervinientes: médico responsable 1, médico de cuidados paliativos domiciliarios, trabajadora social, médico consultor, servicio de Farmacia de Atención Primaria, médico responsable 2, equipo asistencial de enfermería (2 enfermeras de familia y enfermera gestora de casos).

Resultados

La médico responsable 1, objetora de conciencia, manifiesta que el caso le ha hecho plantear muchas cuestiones éticas, contó con apoyo del equipo directivo y mejoraría la comunicación con la Comisión de Garantías y sugiere que existan personas referentes para determinados pasos del procedimiento.

La médico de cuidados paliativos, también objetora de conciencia, valora la empatía a la que se llega con el paciente y su familia y le ha dado la oportunidad de reflexionar sobre todo el proceso y no mirar la ley con miedo, planteándose retirar su objeción. La trabajadora social siente gran satisfacción por la experiencia vivida y ha sido enriquecedora tanto a nivel profesional como personal.

La médico consultora, también objetora, respetó en todo momento el derecho del paciente a decidir, aunque no lo comparte, y considera que todo el proceso se realizó de forma muy correcta.

El farmacéutico de Atención Primaria valora de forma óptima y fluida la comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales implicados y hace una reflexión sobre tener que preparar unas dosis con el fin último de apagar una vida.

El médico responsable 2, por la objeción de la primera médico, al saber que sería el médico interviniente del acto en sí, manifiesta sus inquietudes e incertidumbres. El agradecimiento de los familiares tras el proceso es de las mejores vivencias profesionales que ha tenido.

Para uno de los enfermeros de familia, que una persona no quiere seguir sufriendo, y ayudarle a marcharse, te hace plantear la importancia de la profesión enfermera. Para el otro lo que hizo era cuidar y ayudar a un paciente.

Discusión

Todos los intervinientes en el proceso de ayuda a morir llevado a cabo muestran su satisfacción con el mismo, y tienen buenos recuerdos de cómo se desarrolló el proceso y la actuación. Consideran que fueron útiles para cumplir con el deseo del paciente e hicieron una labor de acompañamiento a la familia. El procedimiento administrativo resulta lento y complejo, pero les ha resultado muy positivo y la experiencia a nivel personal y laboral les ha sido muy gratificante.

AYUDA A MORIR: NUESTRO PRIMER CASO, UN EJEMPLO DE TRABAJO EN EQUIPO Y HUMANIZACIÓN

Autores: SÁNCHEZ BASALLOTE JE*, SÁNCHEZ MENA R, TOREZANO GONZÁLEZ L, GARCÍA LEÓN C, MARTEL DÍAZ AM, AGUILAR LUNA L

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Derechos del paciente, Ética, Percepción de los profesionales

Objetivos

Describir el primer caso de solicitud de la prestación de ayuda a morir en un Área de Gestión Sanitaria de Andalucía

Materiales y Métodos

Proceso sobre la solicitud de prestación de ayuda a morir de un varón de 75 años, residente en un municipio rural del Área de Gestión Sanitaria y diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica avanzada que el 6 de junio de 2022 demanda a su médico de familia información sobre dicha prestación.

Resultados

La médico de familia solicita asesoramiento sobre el procedimiento. Inicia el proceso informativo previo. El paciente solicita la prestación 4 días después y se comunica a la Comisión de Garantías y Evaluación. El médico responsable certifica que el paciente cumple los requisitos y la trabajadora social informa de la situación social y los recursos sociales. La médico responsable considera al paciente capaz. El 14 de junio, la médica responsable emite el primer proceso deliberativo. El día 15 de junio, la médico responsable solicita se le informe si debe continuar con el caso al ser objetora de conciencia. El 24 de junio, el paciente solicita la 2ª solicitud. El 28 de junio, la médico responsable realiza el informe del 2º proceso deliberativo. El 30 de junio, se entrega al médico responsable el documento de continuar con la solicitud de prestación de ayuda para morir. Llegado a este punto, se asigna un médico consultor. El 1 de julio, el médico consultor corrobora que el paciente cumple las condiciones. El día 4 de julio, la médico responsable pone en conocimiento del Presidente de la Comisión de Garantía y evaluación los documentos para que se realice el control previo previsto. El día 19 de julio se recibe la decisión favorable de la Comisión de Garantía y la médico responsable solicita el uso de medicamentos, en condiciones diferentes a las autorizadas en España para hacer efectiva la prestación, al Servicio de Farmacia Hospitalaria del AGS. Ese mismo día se procede al cambio de médico responsable motivado por la objeción de conciencia de ésta para la administración del tratamiento. El día 21 de julio de 2022 se lleva a cabo la prestación en el domicilio del paciente por el nuevo médico responsable junto con el equipo de enfermería. El nuevo médico responsable comunica a la comisión de garantía y evaluación que se ha llevado a cabo la realización de la prestación. En todo momento, hubo un acompañamiento a la familia mientras se llevaba a cabo la prestación por parte de la médico responsable objetora, de la enfermera gestora de casos y de la trabajadora social

Discusión

El proceso ha durado 41 días. Se han tenido que cumplimentar y gestionar 18 modelos distintos. El procedimiento administrativo resulta muy farragoso y se tiene poco conocimiento e información del mismo. Todos los profesionales intervinientes en el proceso han demostrado gran sensibilidad y humanización en todo el proceso y en el momento de la prestación. El proceso les ha resultado muy positivo y la experiencia a nivel personal y laboral les ha sido muy gratificante.

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: UNA HERRAMIENTA QUE HUMANIZA

Autores: PLAZA DEL PINO MD*, MUNERA FERNÁNDEZ C, MORALES RIVAS J, FUNES LUIS M, CALDERÓN JIMÉNEZ AM, TORRES GONZÁLEZ MD

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Enfermedad crónica, Manejo de Atención al Paciente, Procesos asistenciales, Satisfacción

Objetivos

El Acompañamiento Terapéutico (AT) es un acompañamiento activo del profesional con el usuario donde se establecen relaciones humanas con múltiples funciones: compartir, escuchar, apoyar, frenar impulsos, estimular... Se puede hacer a nivel comunitario y hospitalario, ya sea en un hospital de día o una comunidad terapéutica de salud mental (CTSM). CTSM es un dispositivo de red salud mental (SM) Andalucía donde ingresan personas con Trastorno Mental Grave (TMG) durante una estancia media-larga, entre 3, 6 ó más meses. El AT adquiere su máximo poder terapéutico en CTSM, pues la convivencia entre profesionales y usuarios es un factor constitutivo del ambiente terapéutico.

La presencia del acompañante terapéutico es en sí un acto terapéutico, o sea, cura, cuida y alivia. Algunas características del acompañante son propias de la persona, otras actitudes y muchas otras son competencias que se aprenden y desarrollan con formación, experiencia y actitud reflexiva continua.

Objetivos:

- General: Implementar el AT como herramienta terapéutica en una CTSM
- Específicos:
 - Crear vínculo con el usuario
 - Conseguir la autonomía personal del usuario
 - Ser apoyo psicosocial para el usuario en todo el proceso de recuperación

Materiales y Métodos

El equipo multiprofesional (psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social) evalúa cada caso y valora cual ha de ser el AT. Todos los profesionales realizan AT según área de intervención, yendo desde lo más elemental de las actividades básicas de la vida diaria hasta lo más complejo; se realiza tanto dentro como fuera de CTSM y es de lo más diverso: desde acompañar para ir a tomar un café, comprarse un pantalón, hacerse foto para DNI, ir al médico de familia, consulta al hospital, jugar al parchís, hacer una cama o poner una lavadora.

Resultados

- El 100% usuarios reciben AT en mayor o menor número
- AT en el último mes:
 - fuera de CTSM: 20 enfermería, 24 terapia ocupacional, 13 trabajo social, 4 facultativos. Más acompañamientos diarios a la salida mañana y tarde hechos por enfermería y terapia ocupacional,
 - dentro de CTSM: difíciles de contabilizar pues han ido desde el AT para el aseo o hacer la cama, hasta para hacer una búsqueda on line
- Se crea vínculo profesional - usuario
- El usuario reconoce al profesional como apoyo y sabe que siempre puede contar con él
- Resultado final, la recuperación de la autonomía del usuario

Discusión

El AT es la herramienta más potente de transformación con la que contamos en la CTSM; para su implementación se necesita de profesionales entrenados y con unas características peculiares.

En SM en general y en la CTSM en particular no se precisa de sofisticados y costosos aparatos, lo que de verdad se necesita son profesionales que conformen un EM potente que asegure AT para todos los usuarios.

HUMANIZANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL FARMACÉUTICA DEL PACIENTE CON EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

Autores: MOLINA BERENGUEL CS, MARTÍNEZ DE LA PLATA JE*

Palabras clave: Conciliación de medicamentos, Confidencialidad, Continuidad de la atención, Prescripciones de medicamentos, TIC y telemedicina

Objetivos

Establecer una línea de comunicación entre la farmacia comunitaria y hospitalaria para disminuir los problemas relacionados con la farmacoterapia.

Materiales y Métodos

- Periodo de estudio 1 de junio 2022 a 30 de junio de 2022.
- Se realizó un análisis DAFO para paciente con daño muscular.
- Se estableció equipo multidisciplinar interniveles que abarcase toda la terapéutica englobado por farmacéutica comunitaria y farmacéutico hospitalario.
- Se estableció un canal de comunicación directo y continuo.
- Se elaboró un protocolo de actuación. Se estableció un calendario de asambleas para análisis de casos.
- Se elaboró un protocolo de actuación.
- Se estableció un calendario de asambleas para análisis de áreas de mejora.
- Anonimización de los datos clínicos aportados en todo momento.
- Establecimiento de canal de comunicación encriptado y seguro a través de las plataformas WhatsApp y Telegram.

Resultados

En el análisis DAFO se detectaron debilidades tales como: falta de interacción interniveles asistenciales farmacéuticos, falta de interacción a nivel del tratamiento farmacológico. Como amenazas, se detectaron la posibilidad de agravarse las debilidades, así como el riesgo de intrusismo. Como fortaleza principal, se detectó la alta implicación de los profesionales solicitados para participar en el equipo de trabajo, así como su amor por el paciente. La principal oportunidad detectada fue el canal establecido entre los profesionales, por el cual se realizó una comunicación continua que favoreció los tiempos de espera para respuesta, así como una mejora en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes.

Se ha realizado intervención en 35 pacientes, 18 en atención ortoprotésica y 12 en visado. Así mismo, la comunicación entre profesionales farmacéuticos interniveles ha facilitado la continuidad asistencial y la conciliación de los tratamientos en los 35 pacientes, evitando el desplazamiento de los pacientes desde su lugar de residencia al centro hospitalario.

Discusión

Dentro de la farmacia actual, el paciente es transversal, por tanto necesita una continuidad asistencial. Dicha continuidad implica el trabajo de diferentes profesionales. La comunicación entre los mismos es primordial para poder conseguir unos resultados en salud y seguridad que aumenten la calidad asistencial recibida por los pacientes. El equipo de trabajo establecido por profesionales especialistas en Farmacia Comunitaria y Farmacia Hospitalaria establece un control de los pacientes entre niveles y entre centros que permite aumentar la eficacia de los tratamientos médicos establecidos, evitar errores relacionados con el tratamiento farmacológico tales como omisión, duplicidad y eficiencia tanto para el sistema como para el paciente.

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN "ACERCANDO EL HOSPITAL"

Autores: MESA RAMOS M*, MÁRQUEZ DE TORRES MP, BARBANCHO BARBANCHO AM, BARAHONA GARIBELLO NA, CARRETERO DIOS D, MESA RAMOS F

Palabras clave: Análisis Costo-Beneficio, Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Gestión de la calidad, Seguridad del paciente

Objetivos

La gran dispersión poblacional, las malas comunicaciones, los inadaptados traslados en ambulancia, las largas esperas o el pago de acompañantes crean discomfort, desorientación, malestar e incluso dolor en el paciente frágil fracturado, lo que nos llevó a establecer el proyecto de humanización asistencial y sociosanitario conjunto "Acercando el hospital". Es un modelo vivo, flexible, que está en permanente creación y adaptación a todas las particularidades de cada persona:

- Propicia la consecución de los objetivos propuestos, dirigidos a las 3 áreas de humanización de cuidados identificados por Busch, la humanización de la atención, la atención centrada en la persona y la atención centrada en el paciente.
- Busca el bienestar, la intimidad y comodidad de la persona y proveer de cuidados integrales al paciente sin que tenga que acudir a las consultas.
- Fomenta el compromiso de los profesionales, aumenta sus conocimientos, la innovación y la creatividad.
- Promueve la creación de canales de comunicación funcional y estable entre profesionales.
- Mejorar la utilización de los recursos hospitalarios y residenciales disponibles, tanto materiales como humanos evitando duplicidades ineficientes.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo. De octubre de 2019 a octubre de 2022 se realizaron 2.352 consultas de la FLA en las residencias, principalmente a los pacientes con fractura de cadera, 130, y con otras patologías que dificultan el desplazamiento.

Resultados

La demora quirúrgica y la estancia media hospitalaria de las 374 fracturas operadas son las más bajas del Registro Nacional de Fracturas de Cadera. Solo 3,18 días transcurren desde que el paciente llega a urgencias y retorna a su domicilio.

Se han realizado 2.352 consultas médicas especializadas en las residencias del Área Sanitaria con el consiguiente ahorro de desplazamientos en ambulancia y de molestias a los pacientes. El coste económico evitado de estos traslados con acompañante se eleva a 145.824€. El 93% de los pacientes recibieron tratamiento preventivo de nuevas fracturas al alta.

La labor de la enfermera gestora de fracturas ha redundado en una mejora de la adherencia al tratamiento y de la seguridad del paciente.

Este modelo ha propiciado que el porcentaje de fallecidos a los 30 días en residencias fue del 37,5% respecto al 62,5% restante en pacientes de la comunidad. La mortalidad intrahospitalaria de las fracturas de cadera en 2021 fue del 3,2%, al mes del 6,4% y al año del 8,8% cifras mucho más bajas que las publicadas internacionalmente.

En una encuesta de valoración anónima del proyecto, los profesionales de las residencias lo valoran muy positivamente.

Discusión

El proyecto es replicable en especial en aquellas áreas en que exista un gran número de ancianos en residencia. La bondad de los resultados en salud que obtienen las unidades UPFS o FLS y este modelo coordinado asistencial y sociosanitario precisan un respaldo institucional y la provisión de los recursos necesarios fundamentalmente humanos para funcionar con éxito.

VÍDEO DE ACOGIDA AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: GARCÍA OTERO MI*, MARTÍNEZ RUIZ F

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Derechos del paciente, Satisfacción, Sistemas de Información

Objetivos

En el contexto de la infancia, la experiencia de hospitalización se percibe como una situación amenazante manifestándose con miedo y ansiedad. Aunque la estancia media es breve, niños y padres sufren alteraciones emocionales relacionadas con el proceso de adaptación personal en una organización donde las normas se desajustan con su rutina diaria. Por tanto, para poder disminuir los efectos negativos es aconsejable, antes del ingreso, explicarle dónde va a ir, cómo es ese lugar, qué se le va a hacer, qué personal va a atenderle, mostrarle las instalaciones donde va a estar y qué actividades puede realizar en ellas, las rutinas de la unidad, para que de esta forma puedan familiarizarse con el proceso de la hospitalización. El objetivo es mejorar la calidad de la información que se ofrece a los pacientes y sus familias para que se sientan más seguros y preparados antes del proceso de hospitalización, tranquilizar a los pacientes ofreciendo información detallada y entendible y reducir su nivel de estrés y/o ansiedad.

Materiales y Métodos

Se crea un vídeo, dentro del plan de acogida, que muestra el proceso de hospitalización de una forma más amena, narrado por una niña, en un lenguaje adaptado a su edad, disminuyendo así, el impacto emocional y la inquietud que genera la estancia en un centro hospitalario. Se tomaron grabaciones durante todo el proceso de su hospitalización. Desde el punto de vista económico, no hubo inversión alguna, dado que se utilizaron dispositivos propios del personal de la unidad. El vídeo se proyecta en el momento del ingreso en la unidad, a través de un código QR, expuesto en todas las habitaciones; en la televisión de la sala de "estar" y en nuestra web corporativa.

Resultados

Mediante la observación directa a niños y sus familias tras su visualización, se muestran más relajados, tranquilos y reconfortados, e incluso se interesan y preguntan sobre algún aspecto que le ha llamado la atención del vídeo.

Manifestaban que al ser narrado por otro niño lo hacía divertido y se veían ellos mismos como protagonistas de una película; descubrían nuevos espacios de juego.

Algunos testimonios de los niños fueron: "¡puedo salir a jugar con el suero!", "me van a cuidar mucho y no hay que tener miedo" y de los profesionales: "se sienten reconfortados al ver que otro niño le explica el proceso".

Discusión

Tras la visualización, el afrontamiento al proceso de hospitalización mejoraba. Las consecuencias negativas que derivan del proceso de hospitalización en los niños y en sus padres, son un acontecimiento connatural a dicho proceso, por lo que es imprescindible minimizar estos efectos. Al ser narrado por un igual, se sienten identificados, empatizan mejor y la información proporcionada llega al niño con mayor impacto emocional. Tras los resultados cualitativos, nos generó una línea de investigación sobre medir el nivel de ansiedad/miedo, con escala validada y poder cuantificar los beneficios de esta intervención enfermera.

NOS CONFINAMOS ¿Y AHORA QUÉ? EXPERIENCIA EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL

Autores: PLAZA DEL PINO MD*, JUSTO JIMENO S, FUNES LUIS M, MORALES RIVAS J, CALDERÓN JIMÉNEZ AM, TORRES GONZÁLEZ MD

Palabras clave: Cultura organizacional, Derechos del paciente, Participación, Percepción de los profesionales, Percepción del paciente

Objetivos

La Comunidad Terapéutica Salud Mental (CTSM) es un dispositivo de la red de salud mental (SM) de Andalucía donde ingresan personas con Trastorno Mental Grave (TMG) durante una estancia media larga, entre 3, 6 ó más meses.

Tras decretarse en España el estado de alerta el 14 de marzo 2020, se nos plantean al equipo terapéutico (ET) diferentes problemas:

- ¿qué hacer para evitar los contagios teniendo en cuenta que nuestros usuarios permanecían en la unidad y que los profesionales éramos los que veníamos a diario del exterior?
- ¿cómo reorganizar toda la actividad?
- ¿qué podría sustituir las salidas, que ahora no podrán hacer y que tan importantes son en su proceso de recuperación?
- ¿cómo organizar las dinámicas grupales?
- ¿cómo relacionarnos con ellos, sin abrazo, sin tocar, cuando el contacto físico es esencial como intervención en SM?

Objetivos

- Evitar contagios
- Reorganizar todas las actividades generales (aseo, alimentación, ...)
- Sustituir las salidas
- Reorganizar todas las actividades grupales
- Establecer nuevos espacios de expresión y relación

Materiales y Métodos

El ET multiprofesional (psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social...), evalúa la situación y establece unas normas básicas que se comunican a los usuarios en la asamblea, se completan con lo que ellos proponen y se aprueban entre todos.

Nos hacemos todos CORRESPONSABLES (usuarios y profesionales). En la asamblea diaria revisamos la situación, nos expresamos y vemos qué hacer para cuidarnos. Ante la necesidad de EXPRESAR a diario lo que estábamos viviendo se retoma el blogspot de la CT y así nace "Diario de una Pan-ctdemia", en el que todos los días se escribía lo que en la asamblea se decía después de trabajarlo en el taller de terapia ocupacional

El ET revisaba con Medicina Preventiva y la Dirección del hospital las medidas preventivas que tomábamos, nuestro plan de contingencia, lo cual nos daba seguridad en nuestras decisiones.

Se establecieron unas indicaciones generales que se revisaban cada semana entre todos.

El momento de volver a salir, se hizo de forma pausada y fue realmente muy emocionante para todos

Resultados

Los resultados fueron muy positivos. Los usuarios, como siempre, nos sorprendieron con su capacidad de adaptación a la nueva situación:

- Entre ellos se cuidaban y nos cuidaban
- El trabajo fue muy intenso, el esfuerzo por mantener la esperanza y la ilusión fue una constante por parte de todos, a pesar de la incertidumbre y los miedos
- Nos hizo sentir más equipo, todos juntos, usuarios y profesionales
- El blog les permitió expresarse y difundir al exterior lo que estaban todos viviendo

Discusión

Todo este intenso trabajo nos demostró que:

- el trabajo en equipo resuelve muchas situaciones que por sí solos sería muy complicado solucionar
- las decisiones que se toman compartidas con los usuarios nos hacen crecer a todos
- es muy emocionante aun, pensar todo lo que vivimos en ese tiempo.

SISTEMA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE. TECUIDA

Autores: QUERO HERNÁNDEZ F*, GONZÁLEZ REVUELTA MA, MINGORANCE AGUADO MA, DÍAZ CORTÉS MM

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Gestión de cuidados, Manejo de Atención al Paciente, Satisfacción, TIC y telemedicina

Objetivos

Desarrollo de herramientas y uso de la tecnología para la mejora de la atención que se presta a los pacientes ingresados y sus familias, evitando desplazamientos innecesarios de los profesionales asistenciales a la habitación del paciente, consiguiendo que las actuaciones de los profesionales sean mucho más eficientes y prácticas, descargándolos de tareas reiteradas poco efectivas.

Materiales y Métodos

El proyecto comenzó realizando reuniones del Servicio de Tecnologías de la Información y Comunicación con profesionales del área enfermera para delimitar cuáles son las llamadas más habituales que realizan los pacientes desde el sistema de la "perilla", a fin de implementar un sistema que agilizará el circuito.

Viendo el vacío existente en el apartado de información sobre las tareas que habitualmente solicitan los pacientes, se decide desarrollar un sistema de mensajes, para poner en conocimiento de los profesionales de cuidados en tiempo qué atención solicita el paciente, evitando desplazamientos a la habitación o contactos previos para preguntar qué necesita.

El sistema consta principalmente de una aplicación que se carga en cualquier dispositivo móvil (para acceder a la aplicación se proporcionará un código QR, personalizado con sus datos, en el ingreso del paciente), que muestra las peticiones más habituales que requiere un paciente (Suero, aseo personal, aseo cama, dolor, emergencia, etc.).

Esto aparece en unos botones de gran tamaño dentro de la aplicación móvil. Al pulsar cualquiera de ellos, aparece en la pantalla-monitor situada en el control de enfermería la incidencia con los siguientes datos (habitación, cama y petición del paciente), además de un check para pulsar cuando se ha atendido la petición. La pantalla está dividida en filas. Esta pantalla estará conectada al sistema informático del hospital, y almacenando los datos de las atenciones para una posterior explotación de los mismos, herramienta importante para saber el volumen de la atención al paciente.

Resultados

Mejora sustancial de la atención al paciente y optimización del trabajo del personal a su cuidado en planta.

Discusión

La implementación de este sistema establecerá más fluidez y eficiencia en el proceso de atención al paciente, mejorando los tiempos de respuesta profesionales de enfermería y todo aquel que participe en el proceso. Sobre todo, evita desplazamientos innecesarios a la habitación y mejora tiempos de respuesta de las demandas habituales del paciente. La mejora de la calidad asistencial es un objetivo principal dentro del Hospital y con este sistema se garantiza una mejor y más eficiente atención a los requerimientos de los pacientes.

EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS DENTRO DE UNA MUTUA LABORAL

Autores: PERUCHO PONT C*, ULIBARRENA SAINZ M, RUIZ DÍEZ A, ARAUJO CAMAÑO K, ZARCO RODRÍGUEZ J, ETXENAGUSIA CAPELASTEGUI V

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Certificación, Cultura organizacional, Manejo de Atención al Paciente, Satisfacción

Objetivos

Nuestra entidad es una mutua colaboradora con la seguridad social. Las personas de nuestra entidad consensuaron los valores que querían que nos definieran: cercanía, eficiencia, equipo, transparencia, vanguardismo y profesionalidad. Nuestra actividad principal, se centra en ofrecer cobertura sanitaria y gestionar prestaciones económicas. Basándonos en los valores definidos, cada vez estamos encaminando más nuestro modelo asistencial hacia un modelo de atención centrada en las personas. El objetivo que nos marcamos es añadir valor a la atención que se presta, favoreciendo una cultura de atención a la persona por encima de la patología, con el objetivo de que nuestros pacientes se sientan tratados de forma única y personal.

Materiales y Métodos

Este proyecto se inicia con el trabajo del Equipo de Humanización, formado por diferentes personas de nuestra entidad de perfiles profesionales heterogéneos. Entre las acciones iniciales que se han desarrollado figuran: humanizar los espacios de atención, adhesión al proyecto Sueño (objetivo: facilitar y cuidar el sueño de las personas ingresadas), proyecto DIGA (objetivo: mejorar la accesibilidad de los centros), sistema Zeinuka (objetivo: garantizar una asistencia de calidad para las personas con déficits auditivos). El equipo de Humanización ha derivado en la creación de un Comité para la Personalización de la Asistencia Sanitaria, que tiene dentro de sus cometidos proseguir con la línea de trabajo iniciada dotándola de mayor metodología. Para conseguir este objetivo hemos establecido una colaboración con la Fundación Humans.

Resultados

Se ha consensado, conjuntamente con la Fundación Humans, un Plan de Atención Centrada en el Paciente, del que iniciaremos la implementación.

Discusión

Tras la implementación del Plan de Atención Centrada en el Paciente es esperable una mejora global en los aspectos de calidad percibidos tanto por paciente como por profesionales.

CALIDAD ASISTENCIAL: RESILIENCIA Y HUMANIZACIÓN EN LAS ENFERMERAS Y TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Autores: SÁNCHEZ-SÁNCHEZ E*, RUÍZ CANO M, DÍAZ JIMÉNEZ J, SÁNCHEZ GUERRERO JA, GARCÍA GARCÍA A

Palabras clave: Autoevaluación, Cuidados de enfermería, Desarrollo profesional, Eficiencia, Enfermería

Objetivos

La resiliencia, como factor de defensa antes situaciones estresantes y la humanización influyen en la prestación de los cuidados, y como consecuencia en la calidad asistencial. El objetivo es evaluar la relación entre la resiliencia y humanización del equipo de enfermería.

Materiales y Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal basado en un cuestionario autoconfeccionado online a través de una plataforma gratuita (Google Forms) en el siguiente enlace: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSccK8HZN09rwdpo56UjTs4TEj_LaMxFTtDr6ih7TxvZgWYeg/viewform?usp=sf_link.

Se utilizó un método de muestreo de conveniencia o bola de nieve, en el que los propios participantes difunden y reclutan a otros participantes, a través de WhatsApp o redes sociales. El cuestionario cuenta con preguntas de variables sociodemográficas, laborales, clínicas, psicológicas, de resiliencia (The 14-Item Resilience Scale) y humanización de profesionales (Escala de Humanización del Profesional Sanitario-HUMAS).

Resultados

Se estudió a un total de 153 sujetos, de los cuales el 48,4% eran enfermeras, el 47,7% técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y el 3,9% enfermeras con la especialidad de matrona. El 5,9% de las personas encuestadas muestran muy baja resiliencia, el 11,7% baja resiliencia, el 6,5% resiliencia normal, el 21,6% alta resiliencia y el 54,2% muy alta resiliencia. Los datos de la escala HUMAS reflejaron que el 37,2% de los sujetos presentaron una humanización media, seguidos del 34,6% de los sujetos presentaron bajan humanización y el 28,1% que presentaron alta humanización.

Dentro de las categorías del cuestionario HUMAS la comprensión emocional es la categoría un mayor número de sujetos en la categoría "alta" con un 77,1%, siendo la disposición al optimismo la que menos con un 28,1%. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativa entre la resiliencia y la humanización ($p=0,336$)

Discusión

Los resultados muestran que las enfermeras y TCAEs presentan valores de resiliencia muy alta, aunque sus valores en humanización son más bajos, especialmente en la categoría de optimismo. Se observa que la resiliencia y la humanización no están relacionadas entre ellas. Estos datos son preliminares y se debe seguir investigando hasta alcanzar un tamaño muestral más representativo.

PRESTACIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR. IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: GARCÍA LEÓN C*, SÁNCHEZ MENA R, SÁNCHEZ PALLERO M, JIMÉNEZ RUIZ J, MARTEL DÍAZ AM, AGUILAR LUNA L

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Cuidados paliativos, Derechos del paciente, Gestión de la calidad

Objetivos

Visibilizar la importancia de la AP ante una solicitud de eutanasia.

Materiales y Métodos

Varón de 75 años con ELA hace 3 años, en CCPP, de BIPAP 24 horas y disfagia, vida cama sillón, totalmente dependiente. Tras realizar sus VVA presenta la primera solicitud de prestación de ayuda a morir a su Médico de Familia.

La aprobación de la Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia en España conlleva el aumento en la valoración de la Autonomía del paciente, uno de los principios básicos, incluido en la fase final de la vida y por tanto en la Gestión de la muerte digna.

¿Qué siente el Médico de Familia responsable de un paciente de su cupo desde hace años ante su primera solicitud de prestación de ayuda médica para morir? Inseguridad, miedo e incertidumbre por un lado, y por otro la responsabilidad de acompañar y ayudar al paciente para que su solicitud sea valorada. Los principales problemas encontrados son la falta de protocolos claros y de formación en éste ámbito al ser un procedimiento de reciente aprobación y debido a la presión asistencial a la que se ve sometido el médico existe miedo a la falta de tiempo para poder atender y gestionar una solicitud de tanta importancia de tramitación larga. Por tanto es vital la implicación de todo el equipo de Atención Primaria, Equipo Directivo y Gestor, y la colaboración del Equipo de Cuidados Paliativos, todos apoyos fundamentales para que el Médico Responsable pueda atender en todos los ámbitos las necesidades del paciente.

Transcurren 28 días desde la primera solicitud hasta que el caso es valorado por el Médico consultor, quien estudia si dicha solicitud cumple los requisitos para su valoración por la Comisión de Garantías, periodo importantísimo de actuación del Equipo de AP que lleva a cabo un estricto procedimiento de humanización y deliberación donde prevalece la confianza, cuidado y acompañamiento del paciente y su familia, fortaleciéndose vínculos ya que no se trata sólo de aliviar el sufrimiento sino de garantizar un profundo respeto al paciente al final de la vida. En este tiempo el equipo de AP debe valorar de forma respetuosa la capacidad cognitiva, clarificar su deseo y asegurar que el paciente entiende todas las alternativas incluida la sedación paliativa, cuestionar si puede presentar un cuadro depresivo o de ansiedad que lo precipite a dicha solicitud, investigar por impacto en la calidad de vida, perspectivas de mejora, valorar situación sociofamiliar, creencias, preocupaciones e identificar áreas de sufrimiento físico, psicoemocional, social y existencial, pero sobre todo lo más importante: acompañar al paciente y su familia durante todo el proceso.

Resultados

Cumplimiento del derecho de Autonomía del Paciente en la solicitud de Eutanasia.

Discusión

Necesidad de implicación fundamental de todo el equipo de AP y equipo directivo para que la gestión de las solicitudes de prestaciones de eutanasia sean valoradas y llevadas a cabo dentro de los protocolos establecidos por la LO 3/2021 que regula la Eutanasia en España.

PLAN DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS. SOPORTE EMOCIONAL AL PROFESIONAL

Autores: JIMÉNEZ CASADO C*, ALONSO ARAUJO I, VARELA RUBIO RE, VIEGAS GONZÁLEZ MR

Palabras clave: Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Gestión de riesgos, Notificación de incidentes, Percepción de los profesionales

Objetivos

La Seguridad del Paciente se ha convertido en un reto y en una prioridad de todos los sistemas sanitarios. A pesar de ello, todavía son muchos los pacientes que sufren daños derivados de la atención sanitaria.

Aunque es evidente que los EA con consecuencias graves tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos, no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados. También son víctimas, aunque en un segundo plano, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el EA y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello.

Objetivo General: Minimizar el impacto negativo emocional que sufren las segundas víctimas como consecuencia de incidentes inesperados como son los EA ofreciéndoles el apoyo necesario.

Objetivos Específicos:

1. Contar con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas.
2. Procurar grupos de apoyo de los propios compañeros y colegas de la segunda víctima.
3. Garantizar la seguridad de los pacientes en las horas o días siguientes, hasta la recuperación del impacto del EA en el profesional segunda víctima.
4. Asegurar la calidad de la atención sanitaria procurando que los profesionales se sientan con capacidad suficiente para realizar su labor en un ambiente apropiado.

Materiales y Métodos

Para la realización de este documento desde la comisión de seguridad del centro se crea un grupo de trabajo multidisciplinar liderado por una Psiquiatra, se ha realizado búsqueda bibliográfica y se ha participado en el proyecto de investigación de segundas y terceras víctimas impulsado desde el Departamento de Salud de Alicante.

Asimismo, el procedimiento se integra en uno más general de actuación ante la ocurrencia de un evento adverso grave o suceso centinela elaborado por la propia comisión.

Este plan de actuación se inspira en el diseñado por Susan Scott (For You) pero adaptado a nuestro entorno hospitalario.

Resultados

Actuación y atención a los profesionales; se estructura en tres niveles de atención de intensidad progresiva dependiendo de la necesidad y respuesta del profesional.

Nivel 1: Primeros auxilios emocionales proporcionados por responsables del servicio y/o profesionales que sean fuentes naturales de apoyo en el mismo.

Nivel 2: El apoyo se proporciona por un grupo de atención a profesionales de perfil multidisciplinar formados para ello. También informará de los recursos que la institución pone a disposición del profesional si lo precisara.

Nivel 3: Atención especializada (Salud Mental y Asesoría Jurídica) para aquellos casos que lo requieran por persistencia o intensidad de síntomas.

La aplicación y resultados del procedimiento se evalúan por un conjunto de indicadores.

Discusión

Este procedimiento es una herramienta de apoyo a los profesionales por parte de la institución, que contribuye a una atención sanitaria de calidad.

CONOCIENDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN DE LA VICTORIA

Autores: DELGADO LOZANO C*, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ E, RAYA ORTEGA L, GÓMEZ FUENTES A

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Gestión de la calidad, Hospital, Percepción del paciente, Satisfacción

Objetivos

La medición de la satisfacción de los usuarios es esencial para la mejora continua de la calidad en la atención sanitaria prestada.

En los últimos años el Área Hospitalaria ha contado con diferentes encuestas de satisfacción orientadas a áreas específicas, haciéndose necesario disponer de una encuesta general, actual y digitalizada que permita aunar la información mediante la utilización de unos mismos criterios.

Objetivo: conocer la satisfacción de los usuarios para fomentar la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal realizado por la Unidad de Evaluación del HUVV donde se recogen los datos de la encuesta de satisfacción implementada en enero de 2022.

La muestra estudiada comprende los datos obtenidos desde el 01/01/2022 al 15/09/2022. Consta de 23 preguntas cerradas:

- 7 sobre datos demográficos
- 15 sobre la atención recibida, con una escala de respuesta cualitativa de 6 valores ("No sabe/No contesta"- "Muy Mala"- "Mala"- "Regular"- "Buena"- "Muy Buena").
- 1 valoración global referida a la experiencia como paciente, con una escala cuantitativa del 1 al 10, que permitirá obtener el indicador Net Promoter Score (NPS).

La encuesta se encuentra disponible en formato digital (código QR) expuesto en cartelería y en papel para paliar la brecha digital.

Resultados

Se han recibido 954 encuestas correctamente cumplimentadas y 5 nulas. Dentro del Área Hospitalaria el centro con mayor participación ha sido el HUVV con un 66,5% del total de las encuestas. En cuanto a Unidades, Medicina Física y Rehabilitación ha aportado un 28,4% del total. Siendo el área de consultas la más participativa con un 72,7%.

Sobre la atención recibida destacan las siguientes preguntas: "¿Cómo considera que han sido los tiempos de espera? (citas, pruebas, ingreso, alta...)" con un 23% de valoración "Muy Mala", "¿Cómo considera la organización de los horarios del centro?" con un 13,2% de valoración "Muy Mala" y "¿Cómo considera la profesionalidad y trato de ...?" Enfermería (53,7%), Facultativos (51, 6%) y TCAE (51,4%) de valoración "Muy Buena". En cuanto a la valoración global, la media aritmética simple es de 7,4 y el NPS de 23, destacando el área de consultas con 28.

Discusión

Conocer la experiencia del paciente nos permite abrir nuevas áreas de mejora para ofrecer la mejor atención posible. El análisis de los resultados pone de manifiesto la necesidad de incidir sobre los aspectos relacionados con tiempos de espera y organización horaria.

Los buenos resultados sobre trato y profesionalidad de los equipos de enfermería y facultativos resaltan "el valor de lo humano".

El Indicador NPS nos sitúa en el límite superior de la zona considerada de mejora y específicamente en al área de consultas en la zona considerada de calidad.

Existe poca literatura sobre NPS en hospitales públicos andaluces y españoles, siendo más numerosos en clínicas privadas que, según el "Barómetro de la Sanidad Privada 2020" presentan NPS de 40.

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA/APLICACIÓN PARA MÓVIL DE ESTABILIDAD DE MEDICAMENTOS MULTIDOSIS

Autores: MORALES GUERRERO C, PINTO NIETO CM, CASTRO VIDA MA, HIERRO PEDROSA CM*, MARTOS ROSA A

Palabras clave: Efectos de medicamentos, Hospital, Prescripciones de medicamentos, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

Disponer de datos de estabilidad tras apertura de los envases de medicamentos que contienen más de una dosis (medicamento multidosis), que aporte seguridad al profesional sanitario a la hora de usar un envase (con fecha de apertura marcada), evitando dudas y mejorando así la calidad de la asistencia.

Poner a disposición de los profesionales sanitarios recursos útiles de consulta sobre estabilidad de medicamentos multidosis en forma de guía y aplicación para móvil (APP)

Materiales y Métodos:

Se recogieron datos de los medicamentos multidosis incluidos en la guía farmacoterapéutica de nuestro hospital, con las diferentes presentaciones comerciales disponibles en el momento del estudio. Se incluyeron fármacos de diferentes formas farmacéuticas: aerosoles, cremas, geles, gotas, inhaladores, jarabes, plumas precargadas, pomadas, soluciones, suspensiones y algunos viales (sólo Insulinas). Se realizaron consultas en ficha técnica (FT) de la página de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. En caso de no disponer de información, se consultó con los laboratorios vía correo electrónico o vía telefónica

Resultados

Se revisaron 168 artículos: 141 medicamentos y 27 productos sanitarios (PS)

Estabilidad de PS: sólo 1 tenía reflejada la estabilidad en el envase, en los otros 26 se contactó con los laboratorios para saber estabilidad.

Estabilidad de medicamentos: 79 tenían en FT detallado tanto periodo de validez (PV), como estabilidad del envase una vez abierto.

5 no tenían ficha técnica y 2 no estaban registrados en la AEMPS, por lo que se consultó con los laboratorios 55 tenían sólo descrito el PV en su FT (de 3 a 5 años), pero no la estabilidad una vez abierto. Tras contactar con los laboratorios, notificaron que 32 de ellos tenían una estabilidad, una vez abierto el envase, diferente al PV de la FT; 23 daban por estabilidad el propio PV.

Éstos se incorporaron a una APP llamada "Guía de Estabilidad de Medicamentos Multidosis" creada a tal efecto en el portal farmacoterapéutico del hospital.

Discusión

Existe una falta de información tanto en FT como en el embalaje primario y secundario respecto a la estabilidad de estos fármacos una vez abierto el envase. Esto, junto con la demanda de información por parte del profesional sanitario, nos hizo plantearnos la necesidad de elaborar desde el Servicio de Farmacia una guía/APP para asegurar un uso seguro y eficaz de este tipo de fármacos.

Hemos encontrado que en gran parte de los medicamentos/PS no viene reflejada la estabilidad una vez abierto el envase (ni en la FT ni, en el caso de no existir FT, en el embalaje externo); casos en los que ha sido necesario contactar con los laboratorios fabricantes. Hemos detectado discrepancias en muchos fármacos que, aun teniendo PV definido en FT, éste difiere de la estabilidad que han comunicado desde los laboratorios, lo que hace pensar en la necesidad de actualizar la información en muchas de las FT.

Con la Guía elaborada y una vez lanzada la APP se ha conseguido que los profesionales tengan a mano la información obtenida.

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE ACTUACIÓN ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: MACÍAS COLORADO ME*, MARTÍNEZ LOSCERTALES A, MESTRAITÚA VÁZQUEZ A, CARMONA ROMERO F, RIOJA ULGAR FJ

Palabras clave: Atención Primaria, Cultura organizacional, Gestión de la Información, Gestión de riesgos, Seguridad del paciente

Objetivos

La ocurrencia de un solo evento adverso grave (EAG) o un evento centinela (EC) en una institución sanitaria es indicativa de un problema y debe conducir a un análisis de causas para rediseñar el proceso afectado y evitar que vuelva a producirse. En Atención Primaria (AP) el número total de EC identificados es menor que los incluidos para el ámbito hospitalario, dato coherente con el mayor nivel de complejidad del hospital. En el estudio APEAS se destaca que la prevalencia de sucesos adversos en AP fue de 18,63%, de los cuales el 7,3% fueron graves y de ellos el 80,2% eran evitables. Los EAG tienen consecuencias graves y directas para los pacientes que lo sufren, familiares y amigos..., pero también repercuten sobre los profesionales involucrados y en las instituciones y organizaciones sanitarias.

La gestión de los EAG debe seguir un modelo reactivo. Debería centrarse en un enfoque proactivo que permita transformar una amenaza en una oportunidad de mejora. Se hace imprescindible definir un plan de acción que dé respuesta institucional en las primeras horas tras la ocurrencia del EAG/EC, atienda adecuadamente al paciente y sus familiares, dé soporte a los profesionales implicados y articule mecanismos que preserven la reputación y credibilidad de la institución.

Los elementos esenciales del procedimiento serían la identificación de los EAG/EC, una estructura ágil y eficiente de comunicación, activación del procedimiento de respuesta, y disponer de un sistema eficiente de análisis. Nos planteamos elaborar este procedimiento tras realizar una búsqueda bibliográfica y de procedimientos y detectar que no existe un procedimiento de actuación ante un EAG en AP en nuestra comunidad autónoma. Los objetivos:

- Dotar a los profesionales del distrito sanitario de un documento para identificar los EAG/EC, desarrollar las actividades encaminadas a analizar lo ocurrido e introducir mejoras.
- Proporcionar una respuesta adecuada a las necesidades de pacientes y familiares ante un EAG.
- Dar atención a los profesionales involucrados y proteger el prestigio de la institución.

Materiales y Métodos

1. Constitución de un grupo de trabajo.
2. Revisión bibliográfica y elaboración de una lista de EA centinela en AP.
3. Revisión y análisis de procedimientos disponibles en organizaciones sanitarias similares y en no sanitarias.
4. Elaboración del procedimiento.
5. Evaluación por pares.
6. Difusión del procedimiento a los profesionales.

Resultados

Se elaboran 2 documentos. El procedimiento completo que se inicia con la identificación del EAG/EC y finaliza con la evaluación de las acciones incluidas en el plan de mejora y la recuperación de los profesionales; y una guía rápida con los diagramas de flujo y la descripción de los EAG/EC notificables.

Discusión

Este procedimiento permite a los profesionales identificar con mayor celeridad un EAG/EC, comunicar de una manera rápida y eficaz el hecho, determinar los profesionales gestores del incidente, y atender a primeras, segundas y terceras víctimas.

FOMENTANDO CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS EDUCATIVOS DEL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR

Autores: CAMACHO BUENOSVINOS A*, SALAS MONTILLA FJ, CABALLERO POZO MA, FERNÁNDEZ DORADO RM, ALCALÁ AGUILERA B, DE CRISTINO ESPINAR MS

Palabras clave: Atención Primaria, Cultura organizacional, Enfermería, Participación, Seguridad del paciente

Objetivos

Conocer la opinión del profesorado de las actividades formativas en primeros auxilios y Seguridad del Paciente en el ámbito escolar impartidas por la Enfermera Referente de centro educativo. Informar de la Estrategia de la Seguridad del Paciente de Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).

Materiales y Métodos

El diseño metodológico empleado ha sido un estudio descriptivo.

La población del estudio estuvo constituida por profesorado de Colegios de Educación Infantil y Primaria (CEIP) e Instituto Enseñanza Secundaria (IES) del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. El marco muestral, 105 participantes de 4 centros escolares de la ZBS de Montoro (Córdoba)

El trabajo consistió en cumplimentar un cuestionario online, inspirado en el empleado en Guía Forma Joven para profesionales de la Salud y creado *ad hoc* en GoogleForms (Drive) por el equipo de investigación del estudio.

Estructurado para la recogida de datos sociodemográficos, actuación ante problemas de salud y accidentes, conocimientos en seguridad del paciente, opinión sesiones formativas y mejoras/temas propuestos para introducir en actividades grupales en el Programa de Forma Joven.

Los datos fueron mecanizados automáticamente en GoogleForms y exportados a formato Excel para su estudio estadístico.

Resultados

Se obtuvieron un total de 60 cuestionarios. La tasa de respuesta fue del 57,14%, la edad media fue de 47,14 años con un rango de edad de 28 a 63 años. El 72% son mujeres. El 50,4% habían recibido formación en primeros auxilios y un 93,1% nunca habían oído hablar de la Estrategia de la Seguridad del Paciente del SSPA.

El profesorado nunca sabía reconocer y/o resolver: Pérdida de conocimiento (46,8%), convulsión (41,5%), Parada cardio respiratoria (47,2%).

El grado de satisfacción general de las sesiones formativas es del 93,3%. El profesorado propone para próximas ediciones: manejo situaciones de alergias, crisis epilepsia y bajadas de azúcar en diabéticos, accidentes en el entorno escolar y contenido de material de botiquines en los centros educativos.

Discusión

La seguridad del paciente está presente en el entorno escolar. Las enfermeras referentes escolares hasta ahora han desarrollado en los centros talleres de "Lavado de manos". Coincidiendo con la programación de cursos en Soporte Vital Básico dirigidos al profesorado se amplían conocimientos en Seguridad del Paciente. El entorno escolar es un espacio donde fomentar y visualizar las Estrategias de la Seguridad del Paciente dirigidas a la ciudadanía para su implicación activa. El entusiasmo, junto a dosis de deseos por mejorar, pueden ser buenos ingredientes, que con toda probabilidad se constituyan en sedimentos de la sostenibilidad de las innovaciones en los centros educativos.

Es necesario ahondar en este tema en futuros estudios no sólo para el profesorado también incluir a familias y alumnado.

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GOBERNANZA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: ALONSO ARAUJO I*, VARELA RUBIO RE, RODRÍGUEZ GONCET C, ROMERO RUIZ RM, JIMENEZ-HOYUELA GARCÍA JM, NAVARRO GARCÍA V

Palabras clave: Acreditación, Gestión clínica, Gestión de riesgos, Gobernanza, Seguridad del paciente

Objetivos

La gobernanza puesta en marcha por el liderazgo es fundamental para disponer de una buena cultura de seguridad, elemento esencial para garantizar la seguridad de los pacientes.

Dada la complejidad del centro, es necesario buscar herramientas que nos ayuden a garantizar una asistencia sanitaria de calidad, de esta forma la comisión de seguridad del paciente propone la creación de un sistema de gobernanza que facilite la gestión proactiva de los riesgos y la puesta en marcha, monitorización y evaluación de todas las medidas de mejora que promuevan la seguridad del paciente en todas las unidades de gestión clínica.

Objetivo: Impulsar en nuestro centro el liderazgo en seguridad del paciente a través de un modelo organizativo estable y competente, a través de un sistema de gobernanza estructurado, que defina los elementos necesarios que faciliten la creación del mismo.

Materiales y Métodos

Desde la comisión de seguridad del centro se establece un sistema de mentoría, en el que cada uno de los miembros de la comisión se hace responsable de dos Unidades de Gestión Clínica (UGC), con el fin de acompañar, aconsejar, enseñar y ayudar a los responsables de seguridad de cada una de las unidades.

Se elabora un cuestionario con 4 preguntas, que se rellena tras mantener una entrevista con los responsables de las unidades:

- ¿Tiene la unidad responsable de seguridad?
- ¿Tiene la unidad Subcomisión de seguridad?
- ¿En caso afirmativo con qué frecuencia se reúne?
- ¿Tiene la unidad mapa de riesgo actualizado (menos de 5 años)?

Toda la información recogida se pone en común en el seno de la comisión.

Del sistema de notificación de incidentes y eventos adversos del centro, se extraen el número de notificaciones recibidas de cada una de las UGC en el último año.

Resultados

Actualmente en el hospital hay 41 UGC, el 90,24% tiene responsable de seguridad, el 39% subcomisión de seguridad del paciente, y solo un 17% mantiene reuniones desde esta subcomisión al menos una vez al cuatrimestre.

El 80,48% tiene mapa de riesgos actualizado y el 73% está acreditada por la ACSA.

Todas las unidades han realizado al menos una notificación de incidentes en el último año y más de la mitad ha notificado más de 50 incidentes.

Discusión

La puesta en marcha de un sistema de gobernanza de seguridad del paciente, que defina una estructura de seguridad en las unidades de gestión clínica, acompañada por la tutorización de profesionales pertenecientes a la comisión de seguridad del paciente con amplias competencias en seguridad, es una herramienta fundamental para mejorar la calidad de la atención de los pacientes, con el fin de llevar a cabo una gestión del riesgo tanto de manera proactiva como de manera reactiva a través del análisis de los incidentes y eventos adversos notificados.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Autores: GONZÁLEZ FERNÁNDEZ I*, SÁNCHEZ MULLOR C

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Cuidados de enfermería, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Seguridad del paciente

Objetivos

Según la OMS, las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales no intencionadas. Las caídas se encuentran dentro del grupo de eventos adversos de la asistencia sanitaria, ya que se trata de un daño, lesión o complicación que acontece durante el proceso asistencial y que no está directamente producido por la enfermedad que ha motivado el ingreso y que además constituyen un problema de salud por su repercusión, tanto a nivel personal, como de costes a la institución. El 5% de las caídas producen lesiones con aumento de estancias hospitalarias, y complicaciones en el pronóstico.

Este procedimiento tiene por objetivo definir los criterios de actuación para prevenir la ocurrencia de caídas en pacientes atendidos en nuestro centro, así como el sistema de actuación ante la ocurrencia de una caída.

Mat_Me

El procedimiento aplica a dos tipos de pacientes: los hospitalizados y los pacientes ambulatorios de hospital de día, oncología, radiodiagnóstico, fisioterapia, laboratorio y CMA. Se realizará una evaluación al ingreso y se reevaluará siempre que ocurra una caída o el paciente sufra un cambio en su estado físico o mental.

Formularios utilizados:

- Valoración de enfermería al ingreso (adultos: escala de riesgo J.H. Downton. Pediátricos: escala Humpty-Dumpty
- Hoja de reevaluación de caídas
- Hoja de registro de caídas
- Informe de caída de pacientes

Medidas Preventivas:

- Folleto informativo de prevención de caídas para pacientes y familiares.
- Pegatina en cabecero de cama o pulsera identificativa naranja para identificar pacientes con riesgo medio-alto (adultos ≥ 3 pediátricos >12).

Resultados

La prevención de caídas es un proceso con impacto directo en la seguridad del paciente, por lo que los centros evaluarán periódicamente el cumplimiento de este procedimiento utilizando los siguientes indicadores:

- Valoración del riesgo de caídas: indicador que se evalúa con periodicidad trimestral mediante la revisión de una muestra de historias clínicas para valorar el grado de cumplimentación del formulario.
- Tasa de caídas respecto al total de estancias: indicador que se evalúa con periodicidad trimestral mediante la explotación de los registros de caídas cumplimentados en el periodo.
- Informe de caídas: con periodicidad mínima anual, el hospital realizará un análisis de las caídas registradas en el centro para identificar las características de las mismas e implantar acciones de prevención.

Discusión

Este procedimiento nos permite obtener datos precisos sobre la tasa de caídas de nuestro centro que serán evaluados por la comisión de calidad y seguridad del paciente para poder crear grupos de trabajo multidisciplinarios, haciendo énfasis especial en las conclusiones y elaborando planes de acción que nos ayuden a minimizar riesgos y costes derivados, mejorando la calidad de atención de nuestros pacientes.

SEGUNDAS VÍCTIMAS ¿ERROR HUMANO? EVENTO CENTINELA. SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS

Autores: GÓMEZ FUENTES A*, FERNÁNDEZ PLAZA P, RAYA ORTEGA L, MORALES ARJONA I

Palabras clave: Gestión de personas, Gestión de riesgos, Notificación de incidentes, Percepción de los profesionales, Seguridad del paciente

Objetivos

Desarrollar una cultura de seguridad que aborde la atención a las segundas víctimas y minimice las consecuencias emocionales en los profesionales tras la ocurrencia de un Evento Adverso (AE).

Materiales y Métodos

Análisis Causa Raíz (ACR) "Sangre y productos sanguíneos" en una unidad de Urgencias con implementación del Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) "Actuación ante un evento grave (centinela)". Análisis retrospectivo con herramienta BACRA. Descripción de factores contribuyentes que desembocan en la ocurrencia del EA. (Diagrama de Ishikawua).

Check list aplicados en las distintas fases del procedimiento y entrevista semiestructurada a segundas víctimas.

Sucedido en Agosto 2022. Coordinado por la Referente de seguridad del paciente.

Los participantes lo han hecho de forma voluntaria y anónima, sin conflicto de intereses.

Resultados

Segundas Víctimas. Seguimiento de profesionales implicados en el EA en octubre y diciembre.

Plan de mejora.

- Hematología: Banco de sangre. Distribución de productos sanguíneos de forma unitaria.
- Formación: Sesiones formativas. Tres enfermeras impartirán 7 sesiones formativas durante los meses de Octubre y Noviembre en todo el complejo hospitalario para fomentar el uso de la herramienta GRICODE y adquirir habilidad en su utilización.
- Verificación en la Unidad de Urgencias del uso de GRICODE comprobando datos en PDA y registros de transfusiones hasta diciembre 2022.

Incidente en estado de implementación pendiente de resolución tras evaluación de las acciones de mejora en la fecha propuesta.

Discusión

Implementar un PNT de actuación en eventos centinela garantiza el circuito y la atención a las víctimas implicadas en el evento adverso, ofreciéndoles atención personalizada de un modo riguroso y un seguimiento, con propuestas de mejora que fomenten el aprendizaje y así evitar que se vuelvan a producir este tipo de eventos adversos.

Es una herramienta de garantía para este abordaje de segundas víctimas.

El check list "Qué debemos hacer y " NO hacer" resulta muy útil y facilita la actuación de la atención a segundas víctimas.

LA EVALUACIÓN CIENTÍFICA VINCULADA A LA COMPRA EN EL SAS. UNA ORGANIZACIÓN QUE AVALA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: BENOT LÓPEZ S*, PRADOS REGUERA MD, ALDANA ESPINAL J, VALENCIA LIÑAN N, VÁZQUEZ CRUZ I

Palabras clave: Efectividad, Evaluación de resultados, Organización y administración, Seguridad del paciente, Servicios de salud

Objetivos

Establecer un circuito de comunicación entre las solicitudes de adquisición o incorporación a la cartera de servicios, de nuevas tecnologías sanitarias (NTS) y la evaluación científica de su eficacia/ efectividad y seguridad. El fin es homogeneizar los criterios de evaluación de las solicitudes de NTS para asegurar la equidad en el acceso a determinadas pruebas diagnósticas o terapéuticas.

Materiales y Métodos

Basado en la pregunta de investigación en formato PICO se elaboró un algoritmo de identificación de necesidad de evaluación ante la solicitud de compra/adquisición desde un servicio/unidad asistencial. Si, según este algoritmo, la NTS requiere evaluación para su adquisición, pasa a un circuito que conecta la solicitud (desde ámbitos asistenciales, plataformas logísticas provinciales o proveedores), y las unidades de catálogo de compras y de evaluación de tecnologías sanitarias y el servicio de cartera de servicios del SAS. Existe actualmente un flujo, entre éstas y las comisiones de evaluación de nuevas tecnologías sanitarias (CENTS), donde se canaliza toda la información.

Resultados

La solicitud a la unidad de catálogo se realiza desde la plataforma logística sanitaria (PLS) encargada de la compra, con el dictamen favorable de la CENTS. El dictamen está basado en estudios de síntesis con evidencia científica. Si se cumplen los criterios de validación establecidos en el servicio de cartera de servicios y la unidad de evaluación, entra a formar parte del catálogo del SAS.

Desde la constitución de las CENTS en 2015, se han registrado 209 solicitudes, siendo Sevilla y Córdoba las más activas con un 29,2% y 27,7% respectivamente.

Si la CENTS no tiene dictamen, se realiza una búsqueda de documentación y en función de ésta y según valoración de cartera se procede al alta del código. Cuando la NTS está en fase emergente, se traslada al observatorio de emergentes de AETSA.

Si la NTS no dispone de suficiente evidencia pero se identifica gran interés para la asistencia y no se han identificado problemas de seguridad, se pone en marcha un registro para evaluar la efectividad en nuestro medio.

Actualmente hay tres registros prospectivos en marcha que permitirán la toma de decisión sobre su incorporación definitiva a la cartera de servicios y la ampliación de su incorporación.

Discusión

El circuito creado entre el servicio de cartera y las unidades de catálogo y de evaluación de NTS, ha conformado una organización que refuerza la vinculación entre la evaluación y la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos en Andalucía, mejorando la eficacia en el trabajo, reduciendo la duplicidad y variabilidad y reforzando la seguridad de las intervenciones y actuaciones en el paciente.

PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN LA CONSULTA TELEFÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: MESTRAITÚA VÁZQUEZ A*, MARTÍNEZ LOSCERTALES A, RIOJA ULGAR FJ, MACÍAS COLORADO ME, ROMERO CARMONA F

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención Primaria, Confidencialidad, Cultura organizacional, Derechos del paciente

Objetivos

Objetivo general: Elaborar un procedimiento para la identificación inequívoca de pacientes (IIP) en la consulta telefónica (CT).

Objetivos específicos:

- Elaborar un sistema estandarizado de identificación.
- Revisar y analizar en la literatura, experiencias de IIP o personas y procedimientos disponibles de organizaciones sanitarias similares y no sanitarias.
- Describir y representar el procedimiento para la IIP en la CT en el ámbito de Atención Primaria (AP).

Materiales y Métodos

1. Constitución de un grupo de trabajo.
2. Identificación del modelo de procedimiento.
3. Revisión bibliográfica.
4. Revisión y análisis de procedimientos disponibles en organizaciones sanitarias similares o no sanitarias.
5. Elaboración del procedimiento.

Resultados

Se obtuvieron 492 artículos. Se excluyeron los estudios para los cuales no se pudo identificar un texto completo, por no tener acceso libre. Se incluyeron documentos que abordan temas clave para el presente trabajo (n=15), entre los cuales no se encontraron artículos que trataran de forma específica la IIP en la CT en el ámbito de la AP. Como resultado, se obtiene la elaboración de un procedimiento inédito hasta la actualidad.

Discusión

La CT puede contribuir a la accesibilidad y a reforzar la relación médico-paciente, capacita para la transmisión de datos clínicos, de resultados de pruebas diagnósticas y resolución de trámites administrativos. En esta pandemia, la CT en AP ha sido clave para permitir seguir trabajando a los profesionales sanitarios confinados, para el seguimiento de pacientes COVID y para resolver muchos otros problemas de salud.

Sin embargo, estas consultas pueden presentar problemas de confidencialidad y privacidad de la información, pudiéndose plantear problemas ético-legales.

La identificación inequívoca de pacientes y la verificación de su identidad tienen el propósito de reconocer de forma fidedigna al paciente como la persona a la que se va a prestar la atención, siendo ésta una prioridad dentro de las políticas de mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria tanto para la OMS como para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Identificar de forma inequívoca a los pacientes a los que va dirigida la asistencia sanitaria y, a su vez, relacionar cualquier actuación a realizar con cada paciente, debe ser el punto de partida para una atención segura y de calidad y una prioridad para todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios que tengan contacto con el paciente.

El establecimiento de medidas para garantizar la identificación inequívoca de pacientes, muestras biológicas, pruebas diagnósticas y toda la documentación clínica asociada a estos, son objetivos clave del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Carecer de algún procedimiento previo ha supuesto un reto y una oportunidad para su elaboración, aportando solidez y calidad a esta modalidad asistencial.

LA RELEVANCIA DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN UNA IMPLANTACIÓN REAL DEL PROTOCOLO ERAS® EN EL PROCESO QUIRÚRGICO

Autores: MAQUEDA MARTÍNEZ MM*, LÓPEZ RUIZ MM, CAPARRÓS BELMONTE J, DÍAZ SEGURA B, FERRER MÁRQUEZ MM

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Hospital, Manejo de Atención al Paciente, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

Demostrar la importancia de la implementación de la Rehabilitación Multimodal en Cirugía colorrectal, también conocida Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) como método multidisciplinar para sistematizar el proceso asistencial quirúrgico colorrectal, fundamentado en los principios de Recuperación Intensificada.

Materiales y Métodos

Revisión sistemática de la evidencia disponible, a través de una búsqueda de trabajos científicos en diversas bases de datos como PUBMED, Cinahl y Scielo, utilizando las siguiente palabras clave: Colorectal Surgery y Enhanced Recovery after Surgery (ERAS®), con operador booleano AND para todos los campos y filtros de Meta-Analysis y Revisiones Sistemáticas, para los últimos 10 años.

Resultados

En Pubmed hay cinco trabajos que responden a nuestros requerimientos y pertinencia del tema, en Cinahl tenemos seis trabajos en una primera búsqueda; tras su lectura dos son retirados por su contenido y otros dos por título. La base de datos Scielo no aporta ningún resultado que podamos incluir en nuestra búsqueda. Todo ello nos aporta un total de 7 artículos de tipo metaanálisis y revisiones sistemáticas. Los diferentes estudios destacan que la aplicación de los protocolos ERAS en población anciana aporta las ventajas de un menor postoperatorio, menor morbilidad y menor estancia hospitalaria. Así mismo, el programa ERAS es un protocolo mucho más eficaz y seguro para la cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal. Además, este programa, supone la colaboración de todos los profesionales que intervienen en el proceso quirúrgico.

Discusión

El protocolo ERAS® reduce el tiempo de ingreso en el centro hospitalario, mejora el confort del paciente, favorece su recuperación y minimiza las complicaciones posteriores a la cirugía. Todo lo anteriormente expuesto puede hacerse en principio extensivo a la población anciana, aunque estudios futuros deben seguir investigando en este campo. Es más seguro y eficaz que la cirugía laparoscópica en cáncer colorrectal. Es esencial trabajar desde unidades multidisciplinarias, si bien todo ello requiere cambios en mentalidades y disciplinas; un trabajo multidisciplinar es necesario para llevar a cabo correcta y completamente el protocolo. El programa ERAS es un ejemplo de mejora en la calidad asistencial, basado en valores con objetivos, que incluyen, entre otros, la satisfacción de los pacientes, su seguridad y el trabajo multidisciplinar trasversal.

RESUMEN ESTUDIO Y MEJORA EN RIESGO DE CAÍDAS EN MEDICINA INTERNA

Autores: MARTÍNEZ MOLINA E*, GARCÍA MIGUEL C, RUIZ RUBIO R

Palabras clave: Conciliación de medicamentos, Cuidados de enfermería, Evaluación de procesos, Gestión de personas, Seguridad del paciente

Objetivos

El objetivo que se planteó nuestra unidad es reducir al máximo las caídas y sus consecuencias.

Materiales y Métodos

Tras sesiones formativas en prevención de caídas en la unidad a todos los profesionales, organizadas por el grupo de trabajo de Seguridad liderado por M^a Teresa Segura García, haciendo partícipes de forma activa tanto a los familiares, dando díptico informativo, como al propio paciente, existiendo cartelería en las habitaciones y para los profesionales. Así favorecer un entorno seguro, proporcionado todo lo que necesita el paciente, haciendo rondas cada hora por cada habitación para que el paciente pueda pedir todo lo que necesite y haciéndole sentir que estamos pendientes de sus necesidades y dando seguridad y confort. El resto de medidas llevadas a cabo, como bajar el plano de la cama, elevar barandillas, calzado antideslizante, quitar fungible innecesario para evitar caídas, como sistemas de suero, sondas vesicales, todo ello consensuado con su facultativo.

Una habitación con una correcta iluminación y orden, como la insistencia al paciente que no se levante solo, que siempre pida ayuda.

Durante la valoración integral al ingreso como el recordatorio en el briefing de la unidad identificamos a los pacientes por colores: Verde: Bajo riesgo, Amarillo: riesgo medio y Rojo: riesgo alto. Sobre estos colores trabajamos para así aplicar las intervenciones más adecuadas.

Resultados

Tras la realización de las sesiones, y comenzar con las intervenciones anteriormente citadas, se ha comprobado que en el año 2021 se realizaron 80 notificaciones a la página Estrategia para la Seguridad del Paciente por caídas y desde la fecha de finalización de las sesiones en junio se han notificado 3 registros de caídas, con lo que el número de caídas ha descendido notablemente. Se sigue trabajando.

Discusión

La vigilancia estrecha, así como una correcta comunicación, tanto con el paciente como con sus familiares, haciéndolos partícipes de todo el proceso en todo momento, mejora considerablemente el riesgo de caídas.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ POR COMPRESA OLVIDADA EN ABDOMEN TRAS CESÁREA URGENTE

Autores: MALDONADO VALVERDE EC*, SÁNCHEZ PIEDRA MD, MORÁN SÁNCHEZ A, SEGURA LÓPEZ MT, ALVAREZ-OSSORIO GARCÍA DE SORIA R

Palabras clave: Evaluación de procesos, Gestión de riesgos, Hospital, Notificación de incidentes, Seguridad del paciente

Objetivos

Se recibe notificación en la Comisión de Seguridad del Paciente de la ocurrencia de un Suceso Centinela (SC), una compresa olvidada en abdomen tras cesárea urgente, por lo que se inicia una investigación de lo ocurrido.

Objetivo: determinar la secuencia de hechos en el procedimiento quirúrgico, los fallos, los factores contribuyentes y causas raíz implicadas en el SC y la propuesta de medidas de mejora para evitar que situaciones parecidas vuelvan a ocurrir.

Materiales y Métodos

Análisis Causa Raíz.

Se constituye un grupo de trabajo con profesionales de las unidades implicadas: Ginecología y Obstetricia y Bloque quirúrgico, con apoyo metodológico de Medicina Preventiva. Las Fuentes de información son la Historia clínica de la paciente, la información aportada en el grupo de trabajo, la observación directa de cómo se realiza el procedimiento de recuento de compresas, la revisión documental de protocolos y revisión bibliográfica.

Resultados

Se identifican como factores contribuyentes elementos relacionados con el paciente (obesidad), con las condiciones del trabajo (cambio de procedimiento programado a cesárea urgente, con sangrado importante), factores de comunicación (información exclusivamente verbal que puede haber ocasionado interferencias en la comunicación con un número importante de profesionales en quirófano), factores estratégicos (no percepción de necesidad de elaborar protocolos ni realización de simulacros).

Como Causas Raíz se identifican la ausencia de protocolo de prevención de olvido de cuerpos extraños, la falta de supervisión de la tarea y la falta de plan formativo en la materia.

A partir de los resultados se proponen áreas de mejora relacionadas con la elaboración e implementación de procedimientos, la supervisión de los mismos y la elaboración de un plan de formación.

Discusión

El ACR es un método de mejora ante la ocurrencia de eventos centinela que permite identificar de manera participativa las causas directamente implicadas en el desarrollo de los sucesos, además de otros factores contribuyentes.

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DAÑO MUSCULAR

Autores: MOLINA BERENGUEL CS, REYES GÓMEZ AL, SANDOVAL CODONI J, FERNÁNDEZ PRIETO E, GUTIÉRREZ SÁNCHEZ C, MARTÍNEZ DE LA PLATA J

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Seguridad del paciente, TIC y telemedicina, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

Establecer una línea de comunicación para el paciente con daño muscular entre el equipo multidisciplinar transversal intercentros interniveles.

Materiales y Métodos

- Periodo de estudio 3 de febrero 2022 a 12 de febrero de 2022.
- Se realizó un análisis DAFO para paciente con daño muscular.
- Se estableció equipo multidisciplinar interniveles que abarcase toda la terapéutica.
- Se estableció un canal de comunicación directo y continuo.
- Se elaboró un protocolo de actuación.
- Se estableció un calendario de asambleas para análisis de casos.
- Se elaboró un protocolo de actuación. Se estableció un calendario de asambleas para análisis de áreas de mejora.
- Anonimización de los datos clínicos aportados en todo momento.
- Establecimiento de canal de comunicación encriptado y seguro a través de las plataformas WhatsApp y Telegram.

Resultados

En el análisis DAFO se detectó debilidades tales como: falta de interacción interniveles asistenciales, falta de continuidad asistencial en el proceso crítico, falta de interacción a nivel del tratamiento farmacológico. Como amenazas, se detectaron la posibilidad de agravarse las debilidades, así como el riesgo de intrusismo por profesionales no sanitarios. Como fortaleza principal se detectó la alta implicación de los profesionales solicitados para participar en el equipo de trabajo, así como su amor por el paciente. La principal oportunidad detectada fue el canal establecido entre los profesionales, por el cual se realizó una comunicación continua que favoreció los tiempos de espera para respuesta, así como una mejora en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes.

Discusión

Dentro de la medicina actual el paciente es transversal, por tanto necesita una continuidad asistencial. Dicha continuidad implica el trabajo de diferentes profesionales. La comunicación entre los mismos es primordial para poder conseguir unos resultados en salud y seguridad que aumenten la calidad asistencial recibida por los pacientes. El equipo de trabajo establecido por profesionales especialistas en Farmacia Comunitaria, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina de Familia, Urgencias Hospitalarias y Farmacia Hospitalaria, establece un control de los pacientes entre niveles y entre centros que permite al paciente con daño muscular aumentar la eficacia de los tratamientos médicos establecidos, así como evitar errores relacionados con el tratamiento farmacológico tales como omisión, duplicidad, error en dosificaciones e interacciones posibles.

CÓMO LOGRAR QUE UN CENTRO SANITARIO ESTÉ COMPROMETIDO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Autores: CEBALLOS POZO M*, VILLANUEVA GUERRERO L, LEÓN AMADO ME, SUÁREZ RAMOS A, CAMPOS AGUILERA MJ, CAMPOS GARCÍA MT

Palabras clave: Acreditación, Evaluación de procesos, Gestión de la calidad, Política de salud, Problemas de salud

Objetivos

Analizar el nivel de cumplimiento de los estándares en el Distintivo “Centros Comprometidos contra la Violencia de Género” (CCVG) con el fin de detectar las líneas de gestión sanitaria prioritarias para su obtención.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado sobre centros sanitarios acreditados como CCVG en Andalucía desde el inicio del programa, 01/01/21 hasta el 31/07/22.

Dicho proceso se sustenta en un manual de 31 estándares, 17 de ellos esenciales. Para alcanzar la acreditación es necesario cumplir el 100% de los estándares esenciales y un 80% del total.

Variables definidas: cumplimiento de estándares, áreas de mejora, fortalezas.

Resultados

Son 19 (17 esenciales y 2 no esenciales) los estándares que se cumplen en todos los centros acreditados.

Por otro lado, 12 estándares (38,70%) han obtenido al menos un ‘no cumple’ en la evaluación de los centros acreditados (25):

6.2 Los indicadores clave relacionados con VG en el cuadro de mandos muestran una tendencia favorable en su cumplimiento (15)

1.4 El centro recoge y analiza su producción científica en VG (10)

3.3 El centro realiza auditorías periódicas sobre la calidad de las historias de salud en los episodios detectados de VG (10)

5.6 El centro ha definido los parámetros de calidad de su informe de salud y social en VG y controla la adherencia de sus profesionales al mismo (8)

3.4 El centro aborda con metodología estructurada el análisis de eventos centinela durante el proceso de atención a las víctimas de VG, ocurridos en su ámbito de competencias (7)

1.3 El centro fomenta la participación de sus profesionales en actividades de difusión científica relacionadas con la violencia de género (6)

5.4 El centro analiza los datos referentes a violencia de género proporcionados por sus profesionales en los sistemas de información institucionales, para encontrar espacios de mejora (6) 6.6 Existe un procedimiento conocido de gestión de los partes al juzgado emitidos que garantice el correcto flujo de la información evitando demoras indeseadas (6)

5.7 El centro dispone de circuitos establecidos para la coordinación con los Equipos de Atención Individualizada a víctimas de VG (EAI) (5)

4.3 El centro ha definido circuitos de atención diferenciados para los casos de atención a víctimas de VG (4)

6.4 El centro se involucra en el seguimiento de los casos (4)

3.2 El centro analiza de forma sistemática posibles mejoras con relación a las actuaciones de detección y, concretamente en los servicios de urgencias, en la clasificación avanzada de enfermería en violencia contra las mujeres (2)

Dichos estándares han reunido 253 áreas de mejora (33,42%) y 65 fortalezas (17,42%).

Discusión

Los principales aspectos en los que centrar recursos según el cumplimiento de estándares, son:

- Cuadro de mandos con indicadores claves.
- Producción científica de los profesionales.
- Calidad de las historias de salud.
- Calidad de los informes de salud y social.
- Análisis de eventos centinela.
- Gestión de los partes al juzgado.

HACIA UNA RED DE REFERENTES EN CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO ANDALUZ

Autores: ESCOBAR UBREVA A*, ESPÓSITO GONFIA T, SANTANA LÓPEZ V, DEL RÍO MAZA DE LIZANA JI

Palabras clave: Acreditación, Certificación, Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Servicios de salud

Objetivos

La calidad es la materia prima del aprendizaje organizacional, la tecnología más exitosa para construir organizaciones inteligentes. Sin embargo, la complejidad técnica, metodológica y cultural de esta disciplina requiere de perfiles especializados dedicados a su implantación en el sistema sanitario. Para hacer evolucionar el modelo de atención en salud, por tanto, es necesario crear una red de referentes de calidad con influencia en su organización y que promuevan esta cultura de calidad.

Materiales y Métodos

Se establece una baremación de las estructuras de calidad que existen en el sistema sanitario de Andalucía, de acuerdo a los siguientes parámetros: Influencia de la unidad de calidad en la dirección (peso 0.8); influencia de esta en las unidades/servicios del centro (0.6); antigüedad de la unidad (0.6); porcentaje de dedicación a calidad (0.4); estructura de la unidad (0.4); dimensión del equipo (0.2); experiencia del equipo (0.2).

Se plantean 6 reuniones por provincias durante el año 2022, con grupos de 5-6 referentes de organizaciones que ya tienen esta figura para compartir su experiencia y donde se les pide que se autoevalúen de acuerdo a esos criterios.

Resultados

Se han evaluado 44 estructuras de calidad. La unidad con puntuación más alta tiene 88 puntos y 8 no han podido valorarse. 13 estructuras no superan una puntuación de 30 (entre 0 y 30); hay 10 entre 31-55 y 12 entre 56-80.

Se han realizado 4 reuniones, donde han acudido referentes de distintos centros con diferente influencia en su organización.

Las reuniones se han valorado como positivas entre los asistentes, al poder compartir su experiencia y conocer el modo de trabajar de sus homónimos más cercanos.

La cartera de servicios de aquellos centros donde existe un referente es variada, habiendo centros en los que se incluyen entre las tareas labores no directamente relacionadas con la calidad: servicios de documentación, digitalización y mantenimiento de los contenidos de la web.

El 80% de los referentes solo dedica un porcentaje de su tiempo a tareas de calidad, repartiendo el resto del tiempo con tareas asistenciales y guardias.

Discusión

Es necesario definir y establecer una cartera de servicios común para que los referentes de calidad sean reconocidos en los centros asistenciales y puedan desarrollar políticas de calidad de forma coordinada y homogéneas en el sistema.

Se deben establecer redes de influencia entre los distintos referentes para que empujen hacia un modelo común y que permitan que las organizaciones evolucionen en la cultura de calidad.

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA A TRAVÉS DE LA CERTIFICACIÓN POR ACSA

Autores: HIERRO PEDROSA CM*, URDA ROMACHO J, CASTRO VIDA MA, MARTOS ROSA A, CANTO MANGANA J, MARTÍNEZ DE LA PLATA JE

Palabras clave: Acreditación, Autoevaluación, Certificación, Gestión de la calidad, Hospital

Objetivos

El modelo de certificación de la Agencia Sanitaria de Andalucía (ACSA) contribuye a prestar una atención sanitaria segura y de alta calidad, mediante el establecimiento de unos estándares basados en la evidencia y en las mejores prácticas. Los estándares se clasifican en grupos para alcanzar mayores niveles de calidad (Avanzado, Óptimo y Excelente). Nuestro Servicio de Farmacia (SF) decidió sumarse al modelo de certificación ACSA con el objetivo de promover la mejora continua de la calidad en la Unidad y alcanzar un nivel de certificación Óptimo.

Materiales y Métodos

En 2015 se consiguió por primera vez la certificación Avanzada y en la renovación de 2021, se planteó el reto de alcanzar el nivel Óptimo. Para ello, se realizó una revisión de los estándares que se debían cumplir. Los estándares se distribuían en 5 bloques: I. La persona, centro del sistema Sanitario, II. Organización de la actividad centrada en la persona, III. Profesionales, IV. Procesos de soporte y V. Mejora continuada. Se designaron 2 líderes para el proyecto global. Una vez revisados se repartieron los estándares entre todos los profesionales del equipo (de todas las categorías profesionales). El proceso de certificación constaba de 3 fases: autoevaluación, evaluación de los estándares aportados y visita de los evaluadores. Para alcanzar el nivel Óptimo era necesario cumplir el 100% de los estándares del grupo I y más del 40% de los estándares del grupo II.

Resultados

La autoevaluación se inició el 6 de agosto 2021 y el proceso de evaluación finalizó el 7 octubre 2021. Se evaluaron un total de 101 estándares, de los cuales se aplicaban 97 (96,04%). Se identificaron 33 áreas de mejora de las cuales se consiguieron implantar 27 (81,82%). En cuanto al porcentaje de cumplimiento por bloques, en el bloque I se alcanzó un 96% de cumplimiento, en el bloque II un 76,19%, en el bloque III un 70%, un 77,78% en el bloque IV y un 82,61% en el quinto.

Durante la revisión de los estándares se pudo observar que había falta de información de algunos procesos, actividades que se desarrollaban de forma distinta por falta de protocolos y mucha información repartida entre los diferentes equipos informáticos de la unidad. Para solucionar estas incidencias, se creó una carpeta compartida para todos los profesionales del SF con el fin de recopilar todos los documentos según los criterios establecidos en el SF por los líderes del proyecto. Al inicio de la acreditación, el SF contaba con 13 Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT), una vez finalizada se contaba con 56 PNT, lo que supuso un incremento del 330,7%. El 7 de octubre 2021 se obtuvo la certificación de calidad Óptima.

Discusión

Trabajar con altos niveles de calidad permite prestar una asistencia segura, eficaz y eficiente para el paciente. La certificación por ACSA ayuda a detectar áreas de mejora y poder implementarlas, en plazos establecidos de tiempo y de manera continuada. Para alcanzar la certificación es fundamental la implicación de todos los profesionales de la Unidad.

CENTROS COMPROMETIDOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: MÁS ALLÁ DE LA ACREDITACIÓN

Autores: CEBALLOS POZO M*, LEÓN AMADO ME, VILLANUEVA GUERRERO L, SUÁREZ RAMOS A, CAMPOS AGUILERA MJ, CAMPOS GARCÍA MT

Palabras clave: Acreditación, Autoevaluación, Gestión de la calidad, Política de salud, Problemas de salud

Objetivos

La Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPPOF) de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía puso en marcha el proceso acreditativo denominado "Centros Comprometidos contra la Violencia de Género". Desde el inicio en 2021 se han acreditado 25 centros sanitarios y otros 10 están en proceso.

Nuestro objetivo es dar a conocer los resultados del proceso acreditativo obtenidos hasta el momento.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado sobre 35 centros sanitarios privados y públicos de Andalucía (1/01/21 al 31/07/22).

Los tipos de centros definidos son: Hospitales, Áreas de Gestión Sanitaria (AGS), Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP) y Centros de Emergencias (CE).

El manual de estándares ofrece 6 criterios: Formación, Estrategia y Proyección en el Entorno, Detección, Intervención, Coordinación y Seguimiento. De dichos criterios emanan 31 estándares.

El proceso consta de una Autoevaluación (90 días) y una Evaluación Externa. Se logra la acreditación con al menos 24 estándares (17 obligatorios). Los centros que no alcanzan estos requisitos quedan pendientes de estándares y se les facilita un periodo adicional de 90 días.

En la evaluación se señalan fortalezas y áreas de mejora, además se distingue aquel criterio en el que un centro destaca en función del nº de fortalezas identificadas.

Variables definidas: a) Porcentaje de centros según fase y resultado inicial; b) Porcentaje cumplimiento global de estándares; c) Cumplimiento de estándares por tipo de centro; d) Cumplimiento de estándares por criterio; e) Nº de áreas de mejora; f) Porcentaje de áreas de mejora por criterio; f) Nº de fortalezas; Nº de fortalezas por criterio.

Resultados

Distribución por fases: 5 en registro (14,3%), 2 en autoevaluación (5,7%) y 25 certificados (71,4%); obtienen certificación en un primer intento 22 centros; pendiente de estándares, existe un total de 3 centros (8,6%).

Cumplimiento de estándares: 89 % global; por tipo de centros: Hospitales (92%), AGS(83%), DSAP(87%) y CE(97%).

Áreas de mejora (757); Formación 121(16%); Proyección en el entorno 105(14%); Detección 104(14%);

Intervención 144(19%); Coordinación 170(22%); Seguimiento 113(15%).

Fortalezas (373); Formación 87(23%); Proyección en el entorno 77(21%); Detección 31(8%); Intervención 40(11%); Coordinación 75(20%); Seguimiento 63(17%).

Discusión

Tanto las áreas de mejoras, como las fortalezas y los criterios en los que destacan los centros se basan en una distribución desigual de los estándares en cada bloque preestablecido. Esto puede conducir a que el número de áreas de mejora o fortalezas tenga una tendencia sesgada, como la puede haber en el criterio con mayor reconocimiento en cada centro. Es necesario continuar con un proceso de mejora que permita estudiar la viabilidad de equiparar el nº de estándares en cada criterio.

Se requiere al menos una evaluación de resultados intermedios para valorar si esta acreditación repercute en la calidad de la atención a las víctimas de violencia de género.

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

Autores: NÚÑEZ ORTIZ C*, OLMEDO PATRICIO MI, GARCÍA FLORES F, AGUILAR IBORRA S, RODRÍGUEZ MELÉNDEZ I, VILLALOBOS MÁRQUEZ JA

Palabras clave: Certificación, Derechos del paciente, Evaluación de resultados, Organización y administración, Planificación Estratégica

Objetivos

Describir el proceso de mejora de una institución sanitaria durante la certificación como Centro Comprometido contra la Violencia de Género (VG).

Materiales y Métodos

La institución inicia el proceso de certificación en enero 2022, según el programa de certificación de “Centros Comprometidos contra la Violencia de Género” de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Se crea un grupo de coordinación formado por 4 miembros (dirección, calidad y trabajo social) que analiza la situación basal y el grado de cumplimiento de los estándares y define los objetivos, los recursos y el plan de trabajo.

En febrero, se constituyen los grupos de trabajo distribuidos en 6 parejas de profesionales responsables de los 6 criterios de certificación: Formación, Estrategia y Proyección en el entorno, Detección, Intervención, Coordinación y Seguimiento. En las semanas 4 y 8 tras el inicio del proceso, se mantienen reuniones entre el grupo coordinador y los distintos grupos de trabajos con el objetivo de hacer un seguimiento del trabajo aportado.

En mayo 2022, durante las últimas 2 semanas previas al cierre del proceso, el grupo coordinador realiza una revisión final del trabajo y prepara la visita de evaluación, recopilando información y cerciorándose del cumplimiento de los estándares exigidos.

Resultados

Como consecuencia del proceso de certificación, la institución ha implementado las siguientes mejoras:

1. Formación: Plan de formación en VG, con perfil docente adecuado.
2. Estrategia y Proyección en el entorno: Creación de la Comisión de VG, Cuadro de Mandos para seguimiento y evaluación de indicadores, Programa de Actividades con entidades locales y estudio sobre tejido asociativo para diagnóstico de situación en VG.
3. Detección: Procedimiento de ayuda a la detección de VG, Procedimiento de gestión de eventos centinela, Procedimiento para incorporar áreas de mejora, Procedimiento de auditorías y Criterios de calidad para la evaluación de los registros.
4. Intervención: Protocolo de actuación en VG y agresión sexual, Espacios específicos de atención, difusión aplicación móvil.
5. Coordinación: Designación de responsable de auditoría interna. Comunicación con ayuntamientos para creación de comisiones locales de VG. Procedimiento con circuito de derivación de casos de VG. Guía de recursos locales.
6. Seguimiento: Procedimiento y hoja de registro para seguimiento de VG, análisis de intervención y de resultados. Hoja de registro de derivaciones y circuito de trabajo.

Discusión

El proceso de certificación ha permitido una mejora sustancial en los procedimientos y actuaciones en VG en la institución, con mejoras en el funcionamiento, registro, comunicación, difusión y evaluación e implicación de un mayor número de profesionales. Todo ello favorece una mayor sensibilización y mejora en la intervención con las víctimas de VG. Además se han detectado áreas de mejora en la difusión de conocimientos, mecanismos de coordinación y control de calidad de las que anteriormente no se era consciente.

HOJA DE RUTA GESTIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES CLÍNICAS PARA CARGOS INTERMEDIOS

Autores: CÓRDOBA GARRIDO L*, ALARCÓN MONTENEGRO C, POZO MUÑOZ F, JIMÉNEZ MARTÍNEZ B, GARCÍA LARROSA MJ, FONTALBA NAVAS A,

PalabrasClave: Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Gestión clínica, Gestión de la calidad, Gobernanza

Objetivos

- Analizar cuáles son las principales funciones y responsabilidades que debe desarrollar un cargo intermedio
- Instaurar un modelo de gobernanza en todas las unidades del Area Sanitaria que estandarice los criterios de organización y gestión interna
- Desarrollar una herramienta que planifique y monitorice anualmente las funciones y tareas que debe desarrollar un cargo intermedio en una unidad clínica

Materiales y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo transversal durante el primer semestre de 2022 en tres fases con la estandarización de las funciones y tareas básicas que deben desarrollar los cargos intermedios en una unidad en un año, en las 18 unidades del Area. Fase 1 (enero- abril 2022), se recopila información sobre las variables clínicas, organizativas, factores que intervienen en la comunicación, monitorización de resultados, formación, satisfacción e información a ciudadanía, seguridad de pacientes, relacionadas con las funciones y tareas principales de Director/Jefe de servicio, Supervisor y Coordinador de Cuidados de Enfermería de atención hospitalaria y primaria, mediante matriz y lluvia de ideas. Fase 2 revisión bibliográfica de estándares de calidad de programas de certificación y sociedades científicas. Fase 3 validación por cargos intermedios, Comisión de Calidad y finalmente presentación y aprobación en Comisión de Dirección del centro.

Resultados

El total establecido ha sido 20 de tareas y 30 funciones. Se creó un cronograma anual de actividades a desarrollar junto a un diagrama de Gantt por colores que permite la planificación y monitorización de las tareas en completado, programado, retrasado, cancelado. La adherencia a la herramienta del total de 19 unidades, tras el primer trimestre de su puesta en marcha es de 6 en atención hospitalaria y 4 en atención primaria, representando una adherencia del 52%

Discusión

La estandarización de las funciones y tareas en un cronograma de actividades anual mediante un diagrama de Gantt permite a los cargos intermedios tener clara cuáles sus tareas y funciones para una mejor gestión y organización clínica en su unidad, ha mejorado la planificación de su trabajo y su implicación, y tienen controlados aspectos estructurales y organizativos, permite monitorizar sus indicadores clave; redundando en una mejor organización interna para los profesionales y genera un impacto clínico en la atención de pacientes al incluir actividades que generan innovación, organización, monitorización de resultados clínicos, y comunicación con la ciudadanía y profesionales

La hoja de ruta para la planificación de actividades para cargos intermedios permite comparar las variables (funciones y tareas) que influyen en la mejor gestión clínica entre cargos intermedios y entre las unidades y monitoriza cuantas variables se cumplen en un año. Es una oportunidad para la valoración de objetivos individuales del cargo intermedio y cuantificar la eficiencia de desarrollo competencial en gestión clínica.

MODELO COLABORATIVO PARA CAPTACIÓN DE PACIENTES NO RESPONDEDORES A LA VACUNA COVID19 Y ADMINISTRACIÓN DE EVUSHELD

Autores: JULIÁ ILLESCAS MA*, ZARZUELA RAMÍREZ M, DÁVILA GUERRERO JM, ALCÁNTARA FLOR AJ, LLAMAS PORRAS S, BENÍTEZ RODRÍGUEZ E

PalabrasClave: Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Gestión clínica, Organización y administración, Sistemas de Información

Objetivos

Establecer un procedimiento de actuación para la gestión de los pacientes no respondedores a la vacuna COVID 19, que requieran anticuerpos monoclonales (Evusheld).

Específicos:

1. Identificar las fuentes de información para captación de pacientes candidatos.
2. Establecer mecanismos de petición y citación de prueba serológica.
3. Diseñar circuito automatizado con Microbiología para la recepción diaria de los resultados de las serologías realizadas.
4. Establecer circuitos de comunicación con otras especialidades para valorar la conveniencia de administrar el fármaco a los pacientes.
5. Elaborar guía para informar, recabar consentimiento del paciente, citar y administrar Evusheld en Preventiva.

Materiales y Métodos

Periodo de estudio: 15 de junio a 15 de septiembre 2022.

Para la captación de pacientes se utilizaron bases de datos de la UGC de Farmacia y de las distintas especialidades (trasplantados TPH y TOS, inmunodeficiencias primarias, tratamiento con inmunosupresores y pacientes en quimioterapia).

El listado de personas candidatas resultante se completó con la base de datos correspondiente al grupo 7 de la estrategia nacional de vacunación.

Se automatizó informáticamente la petición de prueba serológica a todos los candidatos. La extracción de la analítica se coordinó a través de los centros de Atención Primaria y el Hospital de Día Oncológico.

Se elaboró un circuito para la realización y recepción diaria de una hoja de cálculo con los resultados de la serología (medidos en BAU/ml).

Se estandarizó un proceso de comunicación informática con los distintos Facultativos especialistas para la valoración clínica individualizada sobre la conveniencia de administración de Evusheld.

El proceso de información y citación para la administración del fármaco se llevó a cabo a través del Servicio de Medicina Preventiva (a través de un guion diseñado ex profeso) y de los servicios implicados.

Resultados

- Se obtuvo un listado inicial de 2.083 personas potenciales candidatas.
- Se generaron 1.294 peticiones de pruebas serológicas para realizar a través de los centros de salud. Otras 702 peticiones de serologías se gestionan de manera oportunista a través del H. Día Oncológico y las 87 peticiones restantes a través de citación en punto de extracciones hospitalario.
- Se obtienen resultados de 775 serologías, de las que 174 cumplían el criterio serológico para la administración del fármaco.
- Se administraron los anticuerpos monoclonales a 157 personas.

Discusión

Se obtuvo una base de datos detallada y actualizada de la población de estudio.

El establecimiento de procedimientos automatizados y canales de comunicación específicos facilitó en gran medida la gestión de los pacientes.

El establecimiento de este modelo colaborativo ayudó a la administración de los anticuerpos monoclonales a los pacientes que lo requerían de forma ágil y eficiente.

LA CONSULTA DE ACOGIDA DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores: MORENO TINOCO M*, SÁNCHEZ MORENO L, SÁNCHEZ BASALLOTE JE, DÍAZ ORTA J, PÉREZ BOHÓRQUEZ Y, BERNAL MÁRQUEZ J

PalabrasClave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención Primaria, Enfermería, Satisfacción, Servicios de salud

Objetivos

Conocer la capacidad de resolución de la consulta de acogida de enfermería en un Centro de Salud rural desde su implantación y los motivos de consulta.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal.

Población objeto de estudio: Usuarios de un centro de salud rural que acuden para una atención presencial de demanda no demorable y son atendidos en la consulta de acogida de enfermería.

Periodo: desde septiembre 2021 a agosto 2022

VARIABLES de estudio: capacidad de resolución, motivo de consulta y análisis de resolución por cada protocolo.

Resultados

Tras un pilotaje desde mayo a agosto de 2021, la consulta de acogida se implanta plenamente en el Centro de Salud en el mes de septiembre de 2021. En el periodo de estudio, se han atendido un total de 3.848 consultas de acogida, lo que representa un 31,61% del total de consultas de acogida del Distrito al que pertenece el Centro de Salud, mientras que la población que atiende el Centro de Salud solo representa un 14,4% del total del Distrito.

Desde su implantación, el número de consultas de acogida ha ido aumentando progresivamente, salvo en los meses de diciembre y enero, y hasta el mes de mayo de 2022, en el que se alcanza el pico máximo, para después experimentar un leve descenso, que coincide con la implantación de la atención personalizada de enfermería en el Centro de Salud.

Un 21,23% de las personas han sido atendidas más de una vez en consulta de acogida del Centro de Salud, siendo la media del Distrito de un 15,79%.

La capacidad de resolución por enfermería del Centro de Salud ha sido del 71,83% (el 61,30% en el Distrito y el 54,17% en Andalucía), superando el nivel de resolución fijado por el SAS de >45% para 2022. El 28,17% restante fueron derivadas a medicina de familia (38,70% en el Distrito y 45,83% en Andalucía).

En el análisis de resolución por protocolos, el 90,8% de las consultas de acogida se clasificaron como protocolo "general" (63,67% en el distrito y 79,66% en Andalucía), el 9,2% restante se han clasificado como motivo de consulta en alguno de los protocolos de entidades clínicas concretas implantados por el Servicio Andaluz de Salud (36,33% en el Distrito y 20,34% en Andalucía), siendo los protocolos con mayores porcentajes de resolución, por parte de enfermería, el de trauma leve (87,5%), las molestias urinarias (65,79%) y el dolor lumbar (55,56%), siendo estos mismos en el Distrito y en Andalucía.

Discusión

La capacidad de resolución por enfermería es alta. Cada vez es más utilizada esta herramienta asistencial para resolver las demandas presenciales no demorables. Es necesario incidir en registrar correctamente el motivo de consulta. El cambio en el acceso de la población a la consulta de acogida para gestionar la demanda ha optimizado y empoderado la función de la enfermera de atención primaria. Es fundamental el conocimiento del procedimiento a seguir por los profesionales del Servicio de Atención a la Ciudadanía cuando el ciudadano acude de manera presencial y sin cita.

CONSULTA DE ACOGIDA EN HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

Autores: NAVARRO CRUZ A*, ORTEGA CARPIO A, MESTRAITÚA VÁZQUEZ A, RIOJA ULGAR F

PalabrasClave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Cuidados de enfermería, Gestión de cuidados, Triaje

Objetivos

La Consulta de Acogida (CDA) es un nuevo modelo de gestión enfermera para la demanda clínica sin cita con objeto de educar a la población y orientar adecuadamente las demandas no demorables según prioridad y categoría asistencial, potenciando a la vez el desarrollo de las competencias enfermeras. Su implantación y buenos resultados en horario de Centro de Atención Primaria (CAP) hacen recomendable ampliar el modelo al horario de Atención Continuada (HAC) en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), manteniendo los mismos protocolos y sistemas de registro.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo multicéntrico. Durante los meses de julio-agosto del 2022 se propuso a los centros costeros del Distrito extender la CDA al HAC con los profesionales de enfermería asignados a los equipos de guardia, para atender a los pacientes que demandaban atención no demorable que no supusieran una emergencia médica.

Determinamos la media y porcentaje de CDA diarias global y por centro, así como los motivos protocolizados de demanda y el grado de resolución de las mismas.

Resultados

Se incluyen los resultados de 9 de los 10 SUAP invitados a participar (90%); uno de los SUAP se descartó al no tener CDA en horario de CAP. Durante el periodo de estudio se realizaron 13.439 CDA, unas 24 CDA/día/centro, de las cuales un 12,4% se realizaron en HAC (3 CDA/día/centro), con una variabilidad intercentros importante (máximo 9 y mínimo 1). En el mismo periodo se atendieron 56.358 urgencias en HAC por lo que las 1.672 CDA realizadas supusieron un 2,4% de las urgencias atendidas.

De nuevo este porcentaje se sometió a una gran variabilidad intercentros con un máximo del 14,5%, 4,67% y 2,32% en tres SUAP, respectivamente. El Protocolo de Acogida más usado fue el general (64%), seguido del de molestias urinarias (7%), trauma leve (5%) y picaduras (5%), con escaso o nulo uso del resto. El nivel de resolución fue del 52,9%, con gran variabilidad entre centros, máxima de 96%, seguido de 74% y 70% en tres SUAP respectivamente y menor en otros dos de ellos con un 43% y un 31% respectivamente.

Discusión

A pesar del escaso periodo de evaluación, la CDA en HAC es una alternativa válida al modelo de trabajo asistencial de los SUAP centrado, hasta ahora, en la demanda y resolución médica. En estos primeros meses de inclusión la CDA en HAC ha supuesto el 12,4% de las CDA del Distrito y ha permitido dar respuesta a un 2,4% de las urgencias atendidas, con un porcentaje de resolución del 52,9%. Detectamos gran variabilidad tanto en los porcentajes de CDA por centros, como en el grado de resolución de las enfermeras, lo que refleja un diferente nivel de implantación y formación en cada centro. Es necesario generar nuevos protocolos de CDA y continuar con los programas de formación continuada para dar respuesta a las demandas asistenciales y aumentar la capacidad resolutoria enfermera.

BENEFICIOS DE USAR UN ALGORITMO PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA PERSONA USUARIA DEL SERVICIO DE PREVENTIVA

Autores: JULIÁ ILLESCAS MA*, SANTOS PÉREZ AM, CAMACHO SÁNCHEZ Y, ALCÁNTARA FLOR AJ GONZÁLEZ RODRÍGUEZ E, MONROY MORCILLO A

PalabrasClave: Atención centrada en el paciente, Gestión clínica, Organización y administración, Procesos asistenciales, Satisfacción

Objetivos

Establecer una metodología de actuación diferenciada para la gestión de la atención a la persona usuaria ofreciendo una respuesta de calidad acorde a las necesidades de los profesionales y de la ciudadanía que requiere los servicios de la UGC de Medicina Preventiva, optimizando los tiempos de respuesta y el trabajo de los profesionales de dicha Unidad.

Materiales y Métodos

Desde la secretaría de la Unidad:

1. Se identificó la tipología de las personas usuarias que requirieron los servicios de Medicina Preventiva.
2. Se identificaron las vías de contacto: presencial, telefónica, correo electrónico.
3. Se elaboró un formulario de demandas y una hoja de cálculo para su registro.
4. Se diseñó un algoritmo para estandarizar la respuesta a la necesidad de atención especializada.

Resultados

Desde su puesta en marcha en noviembre de 2021 se han registrado 2.283 actuaciones de consulta telefónica y/o presenciales y 4.656 consultas por correo electrónico. La incorporación del algoritmo ha supuesto un hito tremendamente positivo en el proceso de atención a las personas usuarias del servicio. La dinámica de trabajo ha optimizado y estandarizado los procesos en la Unidad, integrándose con facilidad en la mecánica diaria, mejorando el cumplimiento de la atención sanitaria, ofreciendo mayor calidad, minimizando errores, brindando apoyo al personal administrativo y siendo un recurso de mejora continua.

Discusión

La puesta en marcha de este nuevo procedimiento ha mejorado el circuito de gestión, control y trazabilidad de la atención ofrecida. Ha visibilizado y puesto en valor el trabajo a demanda no agendado, ligado al propio funcionamiento de la unidad. La sistemática de trabajo establecida ha contribuido a una mayor satisfacción y cohesión del equipo.

ACTIVIDAD EN EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO REALIZADO MEDIANTE TELEFARMACIA

Autores: JOFRE PERALTA A, CANTO MANGANA J,* , BRETONES PEDRINACI JI

PalabrasClave: Desarrollo profesional, Organización y administración, Procesos asistenciales, Reacción adversa a medicamentos, Telemedicina

Objetivos

Describir la actividad realizada tras los cambios en el proceso de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) de los pacientes atendidos por telefarmacia.

Materiales y Métodos

Estudio observacional descriptivo. Se diferencian dos periodos de 6 meses. Un primer periodo antes de los cambios aplicados en el proceso SFT y un segundo periodo tras aplicar los cambios en el proceso. Los cambios aplicados son que todos los pacientes tengan al menos un informe clínico de SFT en el último año realizado desde telefarmacia, y que sean estratificados mediante el modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos de la SEFH (MSAFPC). En los informes de SFT se indica la medicación actual del paciente, adherencia, observaciones, medicación dispensada desde la consulta, interacciones del tratamiento habitual y efectos adversos que presenta el paciente. Los datos recogidos en ambos periodos fueron: pacientes atendidos por telefarmacia, informes clínicos realizados y porcentaje de pacientes con al menos un informe clínico de telefarmacia en el último año. El porcentaje de pacientes estratificados mediante MSAFPC se obtiene en el segundo periodo.

Resultados

Durante el primer periodo se atendieron 173 pacientes distintos, se realizaron 36 informes clínicos y el 31,8% de los pacientes tuvieron un informe de telefarmacia reciente. Durante el segundo periodo se atendieron 177 pacientes distintos, se realizaron 102 informes clínicos y el 62% de los pacientes tuvieron un informe de telefarmacia reciente. Hubo un incremento del 95% en el porcentaje de pacientes con informe SFT reciente. El 50,8% de los pacientes de telefarmacia se estratificaron mediante el MSAFPC.

Discusión

Tras los cambios aplicados en el proceso de SFT de los pacientes atendidos por telefarmacia hubo un incremento de pacientes con informes clínicos recientes, lo que ayuda a tener una información clínica actualizada que mejora la coordinación con el resto de equipo asistencial y a tener un historial clínico más optimizado. Además, con la estratificación del paciente que se está realizando, se podría conseguir optimizar el SFT que se realiza en función del riesgo de cada paciente de presentar problemas relacionados con sus medicamentos.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

Autores: ESTEVE RODRÍGUEZ R*, CASTILLO FERNÁNDEZ N, LARA ROJAS CM, ÁLVAREZ MORENO ML

PalabrasClave: Autoevaluación, Desarrollo profesional, Evaluación de procesos, Gestión de la Información, Hospital

Objetivos

Objetivo principal

- Analizar la calidad del informe de alta hospitalaria de un servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal

Objetivos secundarios

- Proponer áreas de mejora en el informe de alta hospitalaria mediante revisión de la literatura médica

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo sobre la calidad de 51 IAH de un servicio de médico. Se seleccionaron 70 informes de alta hospitalaria, siguiendo una tabla de números aleatorios, entre los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel de un periodo comprendido entre el 1/1/2022 al 30/6/2022. Se excluyeron 19 IAH por corresponder a informes de exitus.

Se elaboró un protocolo propio con las variables que debería cumplir para ser un IAH estándar de calidad. Este protocolo incluía 18 variables sobre el contenido informativo y 3 variables sobre la forma (uso de abreviaturas no recomendadas, faltas de ortografía y acrónimos no comunes). Los informes se evaluaron por dos médicos pertenecientes al servicio evaluado.

Se revisó en cada informe de alta los componentes y cada componente se registró como "Presente/Ausente".

Resultados

Se revisaron las variables de contenido y forma del protocolo de los 51 informes de alta incluidos en el estudio.

La edad de los pacientes fue una mediana de 76 años (56-84) y el 53 % eran hombres.

Los antecedentes familiares solo estaban presentes en el 4%. Las pruebas complementarias realizadas y el plan de seguimiento al alta figuraron en todos los informes de alta. Los componentes de alergias a medicamentos, la exploración física y las indicaciones de tratamiento al alta con posología se incluyeron en la gran mayoría (95-98%). Otros componentes se incluyeron con menor frecuencia (51-76%): el motivo de ingreso (51%), las intervenciones quirúrgicas (64,5%), los hábitos tóxicos (67%), la modificación de medicamentos al alta (74,5%), la descripción del tratamiento previo (77%), y los factores de riesgo cardiovascular (76,5%). El diagnóstico principal y los secundarios estaban ausentes en la mayoría de los IAH (96%). El 47% de los informes no incluyeron recomendaciones de medidas higiénico-dietéticas.

Discusión

En nuestro estudio, la cumplimentación de los dominios recomendados de un IAH de calidad fue subóptima en la mayoría de los informes analizados del servicio de Medicina Interna. Los resultados reflejan que solo 8 de los 21 ítems propuestos se cumplimentaron correctamente en el 75% de los casos analizados.

Tras la revisión de la literatura, se han propuesto herramientas con el firme objetivo de mejorar las debilidades del IAH:

1. Realizar intervención educativa con auditorías internas y sesiones informativas sobre los componentes clave de un IAH de calidad y del uso correcto de abreviaturas.
2. Implementación de una historia estandarizada o uso de plantillas: crear una plantilla de IAH electrónica para asegurar que se rellenen los apartados necesarios para una historia de calidad.

TELEFARMACIA: MÁS CERCA DEL PACIENTE

Autores: MARTÍNEZ PÉREZ M, NIETO SÁNCHEZ MT*, SALMERÓN GARCÍA A, CABEZA BARRERA J

PalabrasClave: Atención centrada en el paciente, Gestión de la enfermedad, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria definió la telefarmacia como la "práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las Tecnologías de Información y Comunicación en Sanidad".

El objetivo del presente estudio es la descripción y análisis de la implantación de una consulta de telefarmacia en un hospital de segundo nivel:

- Seleccionar a los pacientes candidatos a incluir en la consulta de telefarmacia.
- Realizar el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos
- Proporcionar información y resolver dudas a los pacientes incluidos
- Detectar y resolver cualquier problema relacionado con la medicación.
- Comprobar que el seguimiento por parte del especialista sea el adecuado
- Analizar y mejorar la adherencia del paciente al tratamiento

Materiales y Métodos

Se identificaron 262 pacientes candidatos a participar en el proyecto de envío de medicación a sus respectivos centros de salud por presentar dificultades en el acceso a nuestro hospital; de todos ellos, el 94% (n=247) fueron seleccionados para ser citados y entrevistados asiduamente en la consulta de telefarmacia. El formulario diseñado para las entrevistas constaba de las siguientes partes: análisis de las revisiones por parte del especialista, identificación de posibles errores en el envío de la medicación; confirmación del conocimiento del paciente sobre su patología; confirmación de un uso adecuado de la medicación; análisis de la eficacia y seguridad del tratamiento; comprobación de la adherencia del paciente al tratamiento; resolución de dudas relacionadas con la medicación y efectos adversos provocados por la misma; valorar la satisfacción del usuario con la telefarmacia.

Resultados

Este estudio se llevó a cabo desde febrero/2021 hasta mayo/2022. Los resultados obtenidos fueron: al 100% de los pacientes seleccionados (n=262) se les envía la medicación a sus centros de salud; al 94,0% de ellos (n=247) se les realiza una consulta de telefarmacia cada 3, 6 o 12 meses; el 5,70% (n=15) de los pacientes seleccionados queda pendiente de contactar; el tiempo invertido en esta consulta ha sido 12h/mes dedicándole una media de 15 minutos a cada paciente; por último, en el 32,8% de los pacientes (n=86) se ha detectado algún PRM (23,2% aparición de efectos adversos, 22,4% errores en la dispensación, 9,6% errores en la prescripción, 8% problemas de salud insuficientemente tratados, 7,2% mala adherencia al tratamiento, 4,0% administración errónea del medicamento, 0,8% conservación inadecuada de la medicación, 24,8% otros).

Discusión

La telefarmacia supone:

Mejorar la adherencia al tratamiento y su seguimiento, detección de interacciones farmacológicas, detección e intervención de efectos secundarios.

Conseguir la optimización interna de la gestión de los recursos y de la carga asistencial.

Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para los pacientes, mediante la reducción de desplazamientos al hospital, consumo de tiempo y de recursos.

Garantizar un modelo asistencial continuado y centrado en el paciente.

RECALIBRACIÓN Y EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DE UN MODELO DE MORTALIDAD EN ICTUS ISQUÉMICO SOBRE UNA COHORTE POSTERIOR

Autores: GARCÍA TORRECILLAS JM*, AMAYA PASCASIO L, QUESADA LÓPEZ M, ARJONA PADILLO A, MEJÍAS OLMEDO MV, MARTÍNEZ SÁNCHEZ P

PalabrasClave: Atención centrada en el paciente, Efectividad, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Triage

Objetivos

El ictus isquémico no reperfundido constituye un porcentaje muy elevado de los episodios ictales atendidos en servicios de urgencias. Disponer de un modelo predictor del riesgo de mortalidad (IJERPH, Vol. 19:3182, 2022) es un método óptimo para mejorar la calidad y atención a estos pacientes. El objetivo principal fue conocer el rendimiento de un modelo basal (MB) bajo el supuesto de entrenamiento sobre una cohorte cronológicamente posterior (Ch2) y construida con la clasificación CIE10 frente a la previa. Secundariamente se evaluó la bondad de ajuste y clasificación del nuevo modelo con los slopes recalibrados.

Materiales y Métodos

Fuente de información: Grupo Relacionado de Diagnóstico 45 (Ictus isquémico) del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad. Todos los episodios de hospitalización durante el periodo 2016-18. Metodología: Regresión logística binaria para la creación del MB así como para el entrenamiento sobre la Ch2. Training del MB sobre la cohorte 2016-18 con evaluación de: rendimiento predictivo (área bajo la curva, AUC), recalibración de coeficientes (betas), bondad de ajuste (χ^2 -Pearson test) y tabla de clasificación. Variables consideradas en la base de datos original: edad, sexo, reingreso, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, hiperlipemia, diabetes, fibrilación auricular, clínica de fosa posterior. Modelo con coeficientes recalibrados: $P(\text{Exitus})=1/1+e^{-\text{EXP}(0.0004+1.072*\text{edad}+1.124*\text{Sexo}+1.186*\text{Cardiopatía_Isquémica}+0.722*\text{hipertension}+0.660*\text{dislipemia}+1.377*\text{fibrilación}+2.126*\text{insuficiencia_cardíaca}+0.756*\text{clínica posterior})}$ siendo 0=No, 1= Sí y Sexo 0=hombre, 1 = mujer.

Resultados

El MB inicial reportó un AUC de 0.742, IC95%: [0.74-0.75]. El training sobre la Ch2 proporcionó un AUC de 0.738, IC95% (diferencia de AUCs: 0.004). χ^2 de Pearson-Windmeijer: 0.04, todo ello para las variables equivalentes a las del MB pero extraídas de la CIE10 en la Ch2. El punto de corte de optimización de sensibilidad y especificidad fue de 0.13. El nuevo modelo fue poco sensible (48%) pero muy específico (99.9%), con un VPN del 89.33%. Clasificó correctamente el 89.26% de los eventos.

Discusión

1. El MB inicial puede considerarse validado externamente y con un razonable rendimiento sobre la Ch2. Si bien es normal que en cohortes distintas y externas disminuya discretamente la capacidad discriminativa, ésta sólo lo hace en 0.004 Unidades.
2. El modelo obtenido mantiene una performance moderada-alta a expensas sobre todo de ser muy específico y disponer de un alto valor predictivo negativo, suponiendo un elemento auxiliar confirmatorio más que de detección.
3. El cambio en el sistema de clasificación CIE 9 a 10 supone un reto para la validación de trabajos dados los importantes cambios entre ambas versiones.
4. Fue posible la recodificación de coeficientes para mantener activo y discriminativo el MB inicial.

EFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

Autores: FERRO EXPÓSITO AB*

PalabrasClave: Conciliación de medicamentos, Efectividad, Enfermedad crónica, Hospital, Prescripciones de medicamentos

Objetivos

Analizar los indicadores de proceso y de resultado de la implantación de una Unidad de pacientes de alta complejidad de cuidados (UACC).

Materiales y Métodos

Diseño: Análisis descriptivo de casos incluidos de forma prospectiva. Ámbito de estudio: hospital comarcal que atiende a una población de 115.000 habitantes aproximadamente. Se incluyeron pacientes hospitalizados de forma consecutiva en UCCC, frágiles y dependientes según criterios previamente publicados EPADI (Escala de fragilidad de Antequera) constituida por seis criterios/factores valorables: Edad, Pfeiffer, Barthell, Charlson, Sociofamiliar y Pluripatológico. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas. Se realizó análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central (media aritmética y mediana), percentiles y de dispersión (desviación típica), en el caso de variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas, en el caso de variables cuantitativas.

En análisis bivalente se utilizó test de Chi-cuadrado para comparar proporciones y test de Student para calcular medias. Se construyó un modelo de regresión logística multivariante, incluyendo como variable dependiente la condición de caso o control y como variables independientes las variables de exposición. Para las medidas de asociación se calculó el IC 95% y se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Durante el periodo de estudio ingresaron en la UACC 446 pacientes, con una edad media de $84,7 \pm 8,2$ años, siendo el 55,2% mujeres, Los pacientes procedían de urgencias (55,6%), área Medicina Interna polivalente (34,5%) y servicios quirúrgicos (8,9%). Tenían cuidador identificado 256 (57,4%) de los pacientes. Presentaban I. Barthel < 40 , 272 (67,2%) y I. Charlson > 2 , 283 (63,5%) pacientes.

Cumplían criterios de pluripatológico, 203 (45,5%) pacientes. Eran polimedicados 389 (88%), siendo el grupo farmacológico más frecuente el cardiovascular (84,8%). La estancia media fue $9,8 \pm 12$ días. Hubo 102 (22,9%) pacientes fallecidos durante el ingreso. La mortalidad se asoció con I. Barthel < 40 (82% por 63%; OR: 2,7; IC95%: 1,5-4,8; $p < 0,01$), E. Braden < 12 (85,3% por 57,5%; OR: 4,3; IC95%: 2,2-8,5; $p < 0,01$) y pluripatológico (52,9% por 43,3%; OR 1,5; IC95%: 1-2,3; $p < 0,05$). Tras análisis multivariante, solo E. Braden < 12 se asoció de forma independiente a fallecimiento (4,3; IC95%: 2,1-8,3). De los pacientes a alta, el 83% fueron a domicilio y el 16,9% a residencia. Se redujo el número de fármacos (de $10,6 \pm 4,5$ a $9,4 \pm 4,4$; media 1,2; IC95%: 0,6-1,8) con 78,8% de polimedicados al alta. El seguimiento medio de pacientes fue de $211,9 \pm 121,3$ días. Hubo un total de 58 (16,9%) de reingresos, de los que 46,5% fueron en < 30 días, 37,9% fueron entre 31-75 días y 15,5% fueron > 75 días. No se identificaron variables que se asociaran al reingreso.

Discusión

Las unidades específicas de atención a pacientes crónicos complejos favorecen la asistencia coordinada multidisciplinar y derivan en mejores indicadores de gestión clínica y de resultados en salud.

INFORMAR DE LA DEMORA EN LA ATENCIÓN EN URGENCIAS EN TIEMPO REAL

Autores: JAÉN CAÑADAS MM*, GARCÍA TORMO C

PalabrasClave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Derechos del paciente, Hospital, Percepción del paciente, Satisfacción

Objetivos

La demora en la atención en los servicios de salud en general y más concretamente en los servicios de urgencias es uno de los aspectos que más condicionan la satisfacción del paciente.

Este aspecto es mucho más importante en los centros privados y aun más en los servicios de urgencias, donde no es habitual encontrar información sobre el tiempo de espera para ser atendido.

El objetivo de este trabajo es desarrollar e implantar un sistema fiable que informe en tiempo real de la demora media en el servicio de urgencias, desde la llegada del paciente hasta la atención médica, diferenciando las urgencias de adultos y las de pediatría.

Materiales y Métodos

El nuestro es un hospital privado que cuenta con 4 consultas de urgencias y dos de pediatría, y una media de pacientes atendidos de 190/día en 2021, teniendo picos de 290 a 310 pacientes /día.

El servicio de TI analizó las posibilidades que ofrecía nuestro Sistema de Información para obtener datos fiables sobre los tiempos de atención en urgencias.

Para obtener el tiempo de demora la aplicación desarrollada por el equipo informático hace el siguiente calculo: $(T1+T2) / 2$.

-T1: media de los últimos cinco pacientes atendidos, desde registro en admisión hasta atención médica.

-T2: pacientes que están en ese momento en la sala de espera y no han sido atendidos.

El sistema hace los cálculos cada 3 minutos, y los datos se actualizan cada 6 minutos en las pantallas de la sala de espera de pacientes en urgencias.

Resultados

A través de una pantalla ubicada en sala de espera, se muestra, mediante un semáforo, la demora existente en cada momento en urgencias de adultos y en urgencias pediátricas a través del color que se va iluminando en función de la demora: verde, ámbar y rojo.

Ademas del semáforo, se muestran los datos de demora en minutos así como el número total de pacientes atendidos en el día.

Para conocer la opinión de nuestros pacientes, diseñamos una encuesta que cumplimentaron 166 pacientes con las siguientes preguntas y resultados:

- ¿Ha venido otras veces a este servicio? SI: 163 NO: 3
- ¿Ha ido a otros servicios de urgencias? SI: 153 NO: 13
- ¿Le parecería bien que le informemos de la demora? SI: 166 NO: 0
- ¿Su decisión cambiaría si no informáramos del tiempo de demora? SI: 144 NO: 22

Discusión

La información sobre los tiempos de demora en la atención en los servicios urgencias se considera un aspecto de calidad que tiene impacto sobre la valoración global del servicio.

Hemos podido conocer la opinión de nuestros pacientes respecto a la información sobre los tiempos de espera, mediante breves encuestas que hemos realizado en el área de urgencias, y podemos concluir que los pacientes agradecen y valoran la información.

Se ha confirmado que conocer el tiempo aproximado en el que va a ser atendido, refuerza muy positivamente la opinión del paciente sobre el global de la experiencia en la atención.

ANÁLISIS DE LAS ESTANCIAS SOCIOSANITARIAS OBSERVADAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Autores: MARTÍNEZ HERNÁNDEZ JM*, RAMOS MARTÍNEZ ME, CRUZ CAPARRÓS AM, CARO CABELLO AI, PENA GONZÁLEZ JM, CAÑADAS NÚÑEZ F

PalabrasClave: Continuidad de la atención, Evaluación de resultados, Gestión clínica, Gestión de la Información, Sistemas de Información

Objetivos

Medir el impacto de las estancias causadas por pacientes con diagnóstico social y su repercusión en la dinámica de los centros de agudos, incorporando sus resultados al cuadro de mandos del servicio y del centro, arroja luz a esta situación denominada por los profesionales como “problema social”.

Materiales y Métodos

En la Hoja Social del Sistema de Información del centro se registra la solicitud de interconsulta al Trabajador Social y las intervenciones realizadas y la batería de diagnósticos sociales que están presentes en el caso. Esta información se cruzó con el fichero CMBDA para así obtener la identificación de los servicios clínicos demandantes, los datos clínicos del episodio y las estancias observadas.

Resultados

Se identificaron 521 pacientes en el período de enero a agosto de 2022, el 55% hombres y el 45% mujeres, con una edad media de 66,12 años.

Los servicios que acogieron a esos pacientes fue por orden de frecuencia en magnitud de casos:

Medicina Interna, Neurología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía General y Digestiva, Oncología Médica, Obstetricia y la Unidad de Infecciosos, con más de 25 casos.

Los servicios que presentaron mayor tasa de estancias sociales fueron: Neurología, Oncología Radioterápica, Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Unidad de Infecciosos, con tasas superiores al 10 %.

La estancia media de estos pacientes fue, en el período mencionado, de 21,13 días, frente a los 7,32 días del centro.

La casuística de estos procesos se agrupó principalmente en los GRDAPR versión 38 en: el 137 Infecciones e Inflamaciones pulmonares mayores y el 133 Fallo respiratorio.

La distribución de nivel de gravedad de estos pacientes fue: nivel de gravedad menor, 14 %, moderada 34 %, mayor 35 % y extrema 17 %. El 11 % causó éxitus.

Los problemas sociales más frecuentes fueron el cuidado de persona enferma y problemas de dependencia/ discapacidad.

Importante es señalar que la media en días en solicitar la intervención de Trabajo Social fue de 11,09 días.

Discusión

La evidencia de que las estancias observadas por pacientes que presentan un problema social diagnosticado por profesional de Trabajo Social, suponen en nuestro centro casi el 10 % del total de las estancias, obliga a contemplar medidas para disminuir en lo posible dichas estancias evitables.

Una primera medida sería el disminuir ese tiempo de demora en la notificación del caso para permitir que los profesionales de Trabajo Social y/o de Enfermería de Enlace gestionen el recurso apropiado a cada caso con tiempo suficiente.

En los servicios en los que la tasa de estancias sociales es elevada, como es el caso de Neurología y de Medicina Interna habría que arbitrar algún sistema de alerta de paciente vulnerable y activar la actuación de los profesionales implicados.

Los organismos con competencia en asuntos sociales deben implicarse en la gestión de dichos casos, mediante reuniones multidisciplinares y el conocimiento compartido de situaciones y recursos disponibles.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA: CÓDIGO ROJO

Autores: MAÍLLO MARTÍN I*, RUBIO ROIG R, VICARIO HURTADO C, GARCÍA DEL ÁGUILA JJ

PalabrasClave: Autoevaluación, Desarrollo profesional, Eficiencia, Evaluación de procesos, Gestión del conocimiento

Objetivos

Dentro del hospital, pueden ocurrir situaciones de emergencia médica que requieran de la presencia inmediata de personal sanitario especializado. La situación más emergente es la Parada Cardíaca (PCR), que requiere de una rápida respuesta por personal entrenado específicamente en Reanimación Cardiopulmonar y uso de desfibrilador.

Las situaciones más complicadas son aquellas PCR que puedan ocurrir en las salas de espera, consultas externas, plantas de hospitalización y salas de diagnóstico. Se considerará una situación normal cuando ocurra en la UCI y en el Servicio de Urgencias.

Objetivos:

- 1º Establecer un procedimiento interno para atender las PCR intrahospitalarias en el menor tiempo posible y con las mayores garantías de calidad asistencial por parte de un equipo sanitario especializado.
- 2º Disponer del material necesario en el lugar para comenzar la atención sanitaria.
- 3º Establecer un sistema de alerta interno único disponible las 24 horas los 365 días del año.

Materiales y Métodos

- Implantación de un número de teléfono fácil de memorizar y conocido por todo el personal del hospital para dar la alerta. Este número fue el 505, fácil de recordar pues se asemeja a la palabra internacional SOS. Este número se incluyó en el directorio de teléfonos internos y se anunció con cartelería en todas las consultas, salas de diagnóstico y plantas de hospitalización.
- Instalación en la sala de triaje del servicio de urgencias un teléfono de sobremesa de color rojo, con un tono característico que recibiría dichas llamadas.
- Elaboración de un protocolo de actuación.
- Formación al personal no sanitario en medidas de Soporte vital básico y uso de desfibrilador externo semiautomático (DEA)
- Instalación de un DEA en consultas externas.
- Creación del comité hospitalario de PCR para analizar los casos.
- Realización de 2 simulacros anuales no programados.

Resultados

Se analizan los casos activados en el periodo entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2021 y los resultados de los 2 simulacros realizados.

Se activó el código rojo en 7 ocasiones, 2 en consultas externas, 1 en cafetería y 4 en hospitalización: 1 fue PCR, 3 dolores torácicos y 3 fueron lipotimias. La PCR recuperó pulso.

Los simulacros realizados, obtuvieron los siguientes resultados: Tiempo recepción de llamada: 11"; Tiempo llegada al lugar: 2'35" desde la alerta; Colocación del DEA: 4'30"; Inicio masaje cardíaco desde la llegada: 4'; Canalización vía venosa desde la llegada: 8'; Aislamiento vía aérea desde la llegada: 10'.

Discusión

La implantación de un teléfono único para activar ante sospecha de PCR intrahospitalaria, acorta los tiempos de actuación.

Protocolizar la respuesta mejora los resultados.

El entrenamiento periódico, acorta los tiempos y mejora el resultado.

EL “ACOMPAÑAMIENTO” COMO MODELO PARA EL IMPULSO, GESTIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Autores: VILLEGAS TRIPIANA I*, LÓPEZ VILLEGAS A, GARCÍA MARTÍN R, PÉREZ HEREDIA M

PalabrasClave: Atención Primaria, Desarrollo profesional, Evaluación de resultados, Gestión del conocimiento, Hospital

Objetivos

Debido a la necesidad de promocionar y facilitar el camino que salve las diferentes dificultades y etapas por las que los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía transitan a lo largo de su carrera profesional, se creó en 2006 la Unidad de Apoyo a la Investigación (UNIP), a través de la implementación de una estructura de soporte y acompañamiento a los profesionales con interés por investigar. A esta unidad, se incorporó en 2014 la estructura de apoyo a la Investigación del Distrito, creando así, un equipo multicéntrico e interniveles en un mismo ámbito geográfico. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados más significativos obtenidos a través del modelo del “Acompañamiento” tras la creación y funcionamiento de la UNIP.

Materiales y Métodos

Se ha realizado un análisis retrospectivo basado en el desarrollo de la actividad de “Acompañamiento” llevada a cabo por la UNIP desde su creación hasta la actualidad. Se muestran las principales herramientas utilizadas que han permitido motivar y potenciar las diferentes etapas de la investigación.

Resultados

Los resultados más destacados se han clasificado en:

a) Ensayos clínicos y otros estudios (131); b) Proyectos solicitados a convocatorias competitivas (128); c) Proyectos financiados (25); d) Creación de grupos de investigación PAIDI (5). Grupos SSPA (3); e) Cursos de formación en Investigación (84); f) Producción científica de artículos publicados e indexados en revistas con factor de impacto en Journal Citation Report y/o Scimago Journal Rank (782); g) Organización de Jornadas de investigación (13); h) Participación en actividades de divulgación científica como la Noche Europea de los Investigadores (10); i) Divulgación a la ciudadanía de los principales resultados de la investigación científicadesarrollada por los profesionales, a través de los diferentes canales de difusión (Redes Sociales institucionales, prensa, radio y televisión).

Discusión

La necesidad de promover la investigación con el fin de incrementar la mejora en la Calidad Asistencial, unido a las dificultades que conlleva todo estudio de investigación que se inicia, sigue siendo un reto compartido tanto por el profesional como por todas las instituciones sanitarias.

Así mismo, en base a los principales resultados obtenidos en este trabajo, se destaca la necesidad de crear y establecer una estructura organizativa que facilite el modelo de “Acompañamiento” en todas las fases estratégicas del proceso de Investigación, para su desarrollo profesional.

ENFERMERAS REFERENTES DE CENTROS EDUCATIVOS ¿QUÉ OPINA LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE LOS BENEFICIOS DE SU INCORPORACIÓN?

Autores: CAMACHO BUENOSVINOS A*, MONTERO SARMIENTO C, AGUILAR BERASTEGUI M, SILES JIMÉNEZ MD

PalabrasClave: Atención Primaria, Desarrollo profesional, Enfermería, Evaluación de resultados, Satisfacción

Objetivos

Conocer la opinión de los docentes de los beneficios de la incorporación de las Enfermeras Referentes de centros educativos del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir

Materiales y Métodos

Estudio observacional descriptivo, transversal. Se escogió como ámbito poblacional centros docentes pertenecientes al Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir (Córdoba). Se utilizó un cuestionario estructurado de 3 bloques para la recogida de datos sociodemográficos, implantación de la enfermera escolar y funciones identificadas por el profesorado como propias de esta figura.

Resultados

La tasa de respuesta fue del 52,8%. El 74,3% son mujeres, la edad media fue de 44,11 años; el tiempo trabajado medio era de 14,39. El 93,1% considera necesario la incorporación de una enfermera en el centro educativo. Los beneficios que generaría la implantación de la enfermera escolar serían el administrar una medicación 75,4%, formar a los alumnos, padres y personal del centro 82,1%, vigilancia de la salud de los estudiantes 73,8%, realizar recomendaciones sobre procesos patológicos y cómo prevenirlos 70%. Se observó relación estadística entre ser partidario de la existencia de la enfermera escolar y la titularidad del centro ($p=0,011$)

Discusión

La mayoría de los componentes de la comunidad educativa perciben como necesaria la figura de la enfermera escolar en sus centros educativos, por su papel como agente promotor de la salud que repercute positivamente en el Sistema Sanitario y Educativo.

PLAN DE MEJORA EN LA INDICACIÓN DE ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

Autores: SIANES BLANCO A*, SABORIDO CANSINO MC, CORRAL ROSADO S, MONTERO ROMERO A, MÁRQUEZ CRESPO E, SERRANO SÁNCHEZ B

PalabrasClave: Análisis Costo-Beneficio, Atención Primaria, Enfermería, Evaluación de resultados, Organización y administración

Objetivos

Adecuar la indicación de absorbentes de incontinencia urinaria (en adelante AIU) a los criterios establecidos, reduciendo los costes derivados de una práctica inadecuada.

Materiales y Métodos

Tras el análisis de datos sobre uso y consumo de AIU en julio 2021, se constituye en Octubre 2021 un grupo de trabajo (profesionales del Servicio de Farmacia, Subdirección Enfermería, 3 Coordinadores de Centros de Salud y 1 Enfermera Gestora de Casos) para analizar situación derivada de la tendencia creciente de consumo de AIU y aumento del gasto experimentado durante la pandemia Covid (ejercicios 2019 y 2020) y se consensua poner en marcha las siguientes estrategias

1. Mejoras en el proceso de Visado: recordar a los Centros de Salud del Área la importancia del visado y por tanto de la persona que realiza tal función en los centros al objeto de comprobar que conoce el protocolo y está formada
2. Revisión y actualización protocolo de indicación de AIU y difusión a responsables y profesionales de Centros de Salud. Se edita además una breve instrucción de "no hacer" sobre las principales prácticas erróneas en indicación que más se repiten
3. Estrategia con Residencias de Mayores: análisis de suministros y medidas de control para evitar duplicidades y mejorar la adecuación del consumo en estos centros
4. Establecimiento de un cuadro de mandos de control trimestral
5. Se establece igualmente con carácter trimestral, envío de usuarios que tienen prescrito AIU por CAP y Clave Médicoenfermera, para que cada CAP analice individualmente por claves sus pacientes por si es necesario revisar indicación y actualizarla (Ej. Éxitus, desplazamientos, cambios en el estado de salud,...).

Resultados

A pesar del aumento en nº de pacientes con indicaciones de Absorbentes (en cierta manera justificado como lógico por el aumento de la cronicidad), tras la puesta en marcha de las anteriores medidas y evaluándose en años de julio a julio:

- Tras 2 años seguidos de crecimiento interanual en el importe total (6.06% en 2020 respecto a 2019 y 4.41% en 2021 respecto a 2020), se consigue controlar tendencia con un crecimiento del 0% en julio 2022 respecto a 2021
- Reducción del coste por envase: tras 2 años seguidos con incrementos en los costes por envase (0.80% en 2020 y 0.51% en 2021), se consigue en julio 2022 revertir situación con un decrecimiento del 4.95%
- Adecuación de la indicación: tras 2 años seguidos con incrementos en costes por paciente (198,95 euros/paciente en 2020), se pasa en julio 2022 a 188.57 euros/paciente.

Discusión

- A pesar de seguir creciendo en nº pacientes con AIU el importe se ha contenido
- El coste medio por envase ha bajado en 2022 (al igual que el coste por paciente), permitiendo una contención del gasto manteniéndose al mismo nivel del año 2021, favoreciendo el coste oportunidad.
- Analizado en subtipos de AIU, esta mejora en indicadores cuantitativos se debe a un desplazamiento de la sobreprescripción de las formas de absorciones NOCHE y SUPERNOCHE a las formas de absorciones DIA.

CIRCUITO CENTRALIZADO DE CRIOTERAPIA EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: HERNÁNDEZ GÓMEZ JF*, ORTEGA CARPIO AJ, NAVARRO CRUZ A, PÉREZ AQUINO JL, RONCHEL ORTIGADO M

PalabrasClave: Análisis Costo-Beneficio, Atención Primaria, Efectividad, Eficiencia, Gestión clínica

Objetivos

Proponemos un modelo de circuito centralizado de crioterapia con uso programado y rotatorio del pulverizador en los centros, que concentra las medidas de bioseguridad de almacenamiento, llenado y recarga en la sede central, ahorrando costes derivados del consumo ineficiente, y optimizando el uso de pulverizadores de NL.

Materiales y Métodos

Material:

El análisis se ha realizado a partir de datos internos recopilados por la Gerencia de los Distritos Sanitarios donde se ha implantado el circuito.

Metodología:

Estudio descriptivo multicéntrico realizado desde enero 2020 a julio 2022. Se describe el circuito de llenado, almacenamiento y recarga de los pulverizadores en la sede del Distrito, así como el sistema de transporte periódico del pulverizador a los 17 centros de salud incorporados, rotándolo programadamente cada 7-15 días, interrumpiéndolo durante los periodos vacacionales. Se utilizó el circuito existente de traslado de paquetería y recogida de analíticas, adaptando los vehículos con un mecanismo antivuelco homologado. Se dispuso de una inversión inicial de 3.630€ (depósito) y 2.541€ (3 pulverizadores). Se midieron los llenados del depósito y dispensadores, el número de pacientes tratados, las lesiones más habituales y el coste del tratamiento.

Resultados

Durante los 30 meses de estudio se llenó el depósito en 25 ocasiones con un coste total de 6.100€ (244€/llenado).

Se realizaron 437 recargas de pulverizadores, tratándose 5.366 pacientes (178 pacientes/mes y 12 pacientes/pulverizador). El coste del tratamiento fue 2,28€/paciente incluyendo en el mismo el precio del llenado del depósito y la compra del depósito y pulverizadores (1,13€/paciente sin tener en cuenta el fungible). El mismo programa con un sistema de depósitos y pulverizadores descentralizados hubiera supuesto un coste de 19,14€/paciente (4,95€/paciente sin tener en cuenta el fungible), al tener un número estimado de llenados de 109 (un llenado cada 3 meses) y ser necesario comprar 17 pulverizadores (14.399€) y depósitos (61.710€), uno para cada centro.

Discusión

El circuito centralizado de crioterapia permite hacer un uso eficiente y seguro de la técnica de criocirugía con NL, dotando a los centros de una herramienta eficaz para el tratamiento de lesiones cutáneas benignas. El coste del tratamiento es de 1,09 €/paciente, cinco veces inferior tras amortizar el equipo, al que supondría descentralizar el llenado, almacenamiento y recarga de los pulverizadores. Tiene además un beneficio añadido de seguridad al concentrar las medidas de protección y formación de los profesionales en el mantenimiento y llenado de los dispositivos en un único punto del Distrito.

DONACIÓN MULTIORGÁNICA. LA CLAVE DE LA COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR

Autores: MALDONADO VILLEGAS C*, FIERRO ROSÓN LJ, CASADO ÁLVAREZ O, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ C

PalabrasClave: Cuidados Intensivos, Cultura organizacional, Eficiencia, Enfermería, Hospital

Objetivos

En enero de 2018 comenzamos en Hospital de Poniente a participar en el programa de Donación de la ONT, para lo que se creó un grupo multidisciplinar en el que participan profesionales del Hospital: FEA (Intensivos, Anestesiología, Cirugía, Oftalmología, Traumatología, Urología), Enfermería (UCI y BQ) y TCEs.

OBJETIVOS: conseguir que tanto los órganos donados como los tejidos puedan ser trasplantados en las mejores condiciones de calidad y seguridad a aquellas personas que lo necesitan.

Materiales y Métodos

Desde que se inició el programa de donación en 2018 hasta el día de hoy 48 familias han aceptado entrar en el proceso de donación con la muerte de su familiar, de los cuales 43 han podido culminar con éxito el proceso y llegar a mejorar las expectativas de vida de otras personas.

Para este proceso ha sido necesaria la participación de enfermeras de BQ y UCI del Hospital, así como TCEs, anestesiastas, intensivistas, traumatólogos, urólogos, oftalmólogos y cirujanos. Todo ello sin contar con el número de profesionales que han llegado a nuestro hospital derivado de Málaga y Granada para la extracción de hígado y pulmones, así como para participar en la donación en asistolia con ECMO.

Resultados

43 donaciones, de los que 15 donaron tanto órganos como tejidos, en 6 ocasiones sólo se donó órganos y en 22 casos se donaron los tejidos solamente. Como resultado directo se han trasplantado 2 pulmones, 6 hígados y 20 riñones. También se han trasplantado 47 córneas de las 64 que se han obtenido. Y también se han donado 114 unidades óseas que beneficiarán a unas 570 personas.

Discusión

Desde que aparece el posible donante hasta que los órganos y/o tejidos son obtenidos por el equipo quirúrgico, es imprescindible la labor profesional de cada uno de los participantes en el proceso.

Es por ello que el equipo multidisciplinar ha de estar coordinado en todo momento para lograr con éxito que la donación se lleve a cabo con la mayor de las garantías.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ACOGIDA

Autores: MORALES LABORIAS ME, RIVAS CASTILLO MT, MUÑOZ PEREGRINA S*

PalabrasClave: Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Cuidados de enfermería, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad

Objetivos

Las consultas de acogida están realizadas por enfermeras de Atención Primaria, valorando a los pacientes que acuden de forma presencial al centro de salud, con una demanda clínica no demorable excluyendo patologías graves. El objetivo es la resolución y/o reorientación de la demanda de una manera colaborativa con el médico de referencia.

Como instrumento hay establecido un total de 18 protocolos, donde se definen las intervenciones a desarrollar por la enfermera en los procesos sintomáticos de mayor prevalencia que se atienden en las consultas clínicas no demorables.

Objetivo: Analizar la resolución de la consulta de acogida en Atención Primaria.

Materiales y Métodos

Estudio observacional descriptivo. Se estudiaron las consultas de acogida de 10 unidades de gestión clínica de Atención Primaria de nuestra Área Sanitaria desde el 1 de enero hasta 30 de septiembre de 2022.

Se analizaron el número de consultas atendidas y los protocolos aplicados más prevalentes. El análisis de datos consiste en el estudio descriptivo de cada una de las variables, expresándose en frecuencias absolutas y relativas.

Monitorización: Herramienta de recogida de datos Infoweb.

Resultados

Se atiende un total de 17.931 consultas. De las cuales 3.947 (22.01%) fueron derivadas al médico de familia y 13.984 (77.99%) se resuelven por enfermería.

La demanda más prevalente resuelta por enfermería está clasificada en el protocolo general con un total 10.440 consultas, lo que supone un 74.65%. Y de todas las consultas incluidas en el protocolo general, enfermería resuelve un 80.19% y se deriva al médico de familia un 19.81%.

Las consultas con un porcentaje mayor de resolución son "anticoncepción de urgencia" e "hipoglucemia leve" con un 100% de resolución ambas, aunque debemos tener en cuenta que la muestra es pequeña.

El protocolo más atendido y resuelto es "molestia urinaria" con un total de 680 consultas (4.80%) sobre el total de las consultas resueltas por enfermería. Le siguen por orden de prevalencia el motivo de consulta "trauma leve" (n=464, 3.31%) y "artralgia" (n=362, 2.58%).

Discusión

Queda demostrado que la capacidad de resolución enfermera es muy elevada debido al alto número de consultas que resolvemos de forma autónoma. Además, las demandas no resueltas y derivadas a consulta médica están mejor orientadas, favoreciendo la eficacia de la organización de las numerosas demandas (sin cita previa) y potenciando la figura de la enfermera, tal y como apoyan estudios recientes.

Por otro lado, la implantación de este plan organizativo desarrolla las potencialidades de la Enfermería, aumentando la responsabilidad asumida por la enfermera que, bajo su criterio y un protocolo establecido, diagnóstica y prescribe de forma colaborativa, como se viene demostrando en los estudios más recientes.

Como futuras líneas de trabajo pensamos que se deberían ampliar los 18 protocolos actuales para acotar las consultas generales de manera eficiente.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA EN LA LACTANCIA MATERNA

Autores: GONZÁLEZ GÓMEZ AJ*, GARCÍA BLANCO N, PUEBLA ARGANDOÑA MT, MORENO MIRA L, PÉREZ CABALLERO A, ROJAS GUZMÁN MS

PalabrasClave: Acreditación, Cuidados de enfermería, Evaluación de resultados, Gestión de cuidados, Seguridad del paciente

Objetivos

La lactancia materna (LM) es el alimento recomendado durante los primeros seis meses de vida, por los beneficios que proporciona al lactante y a la madre, según la OMS. Nuestro centro pertenece al programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® donde se promueve la implantación de guías de buenas prácticas (GBP) de RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) para mejorar la práctica clínica.

El objetivo de este estudio es analizar la evolución de los cuidados para favorecer la LM: contacto piel con piel (CPP), implantación de escalas de valoración (LATCH), fomento de educación sanitaria (ES) y mejorar los resultados (tasas de LM) tras la implantación de la GBP.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo cuantitativo longitudinal en una unidad de Ginecología y Obstetricia de un hospital público previo (2021) y post (de enero a julio de 2022) tras la implantación de la GBP.

Variables: tipo de parto, CPP, LM exclusiva (LME) en la primera hora, ES, valoración de la toma (LATCH) y tasa de LME al alta hospitalaria. Se ha recogido información sobre la estrategia desarrollada: registros creados, número de profesionales formados y difusión.

Muestra: 5 días al mes de todas las altas hospitalarias. Los datos basales (DB) se recogieron en el mes anterior al inicio de la implantación. Se incluyeron recién nacidos a término de gestación única, con peso >2.500 gramos, Apgar >5 a los 5 minutos.

Para el análisis estadístico, se utilizaron frecuencias relativas y el Chi-cuadrado.

Resultados

De la estrategia:

- Se han elaborado 2 cuestionarios en la estación de cuidados.
- Se han formado a 150 profesionales.
- Difusión: proyecto #CadaSemanaunaRecomendación en redes sociales, cartelería en unidades, vídeos del CPP y folletos de ES y CPP para pacientes (con vídeos y acceso QR).

En términos clínicos:

- tipo de parto: DB (N=48): eutócico 27 (56,25%); cesárea 13 (27,08%); instrumental 8 (16,67%) y en implantación (N=393): eutócico 229 (58,27%); cesárea 101 (25,7%); instrumental 63 (16,03%), $p=0,72$.
- el CPP en los DB (N=44) se realizó en 14 pacientes (31,82%) y tras la implantación (N=393) en 186 (47,33%), $p=0,017$.
- la LME (primera hora) en DB (N=48) ha sido de 22 (45,83%) y en implantación (N= 371) 287 (73,02%), $p=0,00$.
- la ES en DB (N=46) ha sido 39 (84,78%) y en implantación (N=368) 330 (89,75%), $p=0,31$
- la valoración de la toma (LATCH) en DB ha pasado de (N=48) 0 (0%) a (N=368) 243 (66,03%) $p=0,00$.
- la tasa de LME al alta ha pasado en DB (N=48) 35 (72,92%) a (N=393) 266 (67,68%) en implantación, $p=0,42$.

Discusión

Los resultados obtenidos tras la implantación de la GBP son favorables. Se observa una implicación de los profesionales en la formación, implantación de nuevos registros y difusión. En cuanto a los resultados clínicos se observa un aumento del CPP, de la LM (primera hora) y en el registro de la escala LATCH con diferencias significativas. No se encuentran diferencias en la educación sanitaria ni en las tasas de LM al alta.

LA CONSULTA DE ACOGIDA COMO RETO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD

Autores: ALARCÓN MONTENEGRO C*, CÓRDOBA GARRIDO L, GÁLVEZ VARGAS R, FERNÁNDEZ MUÑOZ M, AGUILERA AYLLÓN C, FERNÁNDEZ CAMPOS M

PalabrasClave: Atención Primaria, Desarrollo profesional, Eficiencia, Enfermería, Gestión de cuidados

Objetivos

Desarrollar una estrategia que mejore la atención y disminuya la carga asistencial.

Análisis de del funcionamiento de la consulta de acogida en un consultorio local en Atención Primaria.

Materiales y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo cuantitativo a usuarios mayores de 14 años que presentan una demanda clínica no demorable. Desde marzo a octubre de 2022 se realiza la recogida de datos mediante tabla estadística de clasificación, según características clínicas que presenta el paciente y contaje diario de casos.

Como innovación se implanta la consulta de acogida en un consultorio local, con carga asistencial elevada, distinto del centro de cabecera de referencia, y donde no disponemos de un equipo de urgencias, dotando de un mayor empoderamiento para la gestión de dicha consulta al personal de enfermería e implementando 18 protocolos establecidos. Dichos protocolos complementan la valoración individualizada de los pacientes que atendemos, haciendo un reconocimiento de signos y síntomas a través de las intervenciones detalladas dentro de cada protocolo, con el fin de dar una respuesta resolutive y adecuada a los usuarios que acuden a la consulta de acogida.

Resultados

Desde el mes de marzo, en que se inició, hasta la actualidad, la evolución de la consulta de acogida ha sido bastante positiva, pasando de 203 citas mensuales, en su fase inicial, hasta alcanzar las 502 citas mensuales en el periodo estival, en una localidad con 5.300 habitantes. La media en este periodo ha sido de 316 citas mensuales, con un aumento del 33% en los meses de julio y agosto sobre la media, con un total de 2.535 citas en 8 meses. Esta estrategia ha obtenido los mejores resultados en comparación con el resto de unidades de Atención Primaria del área, incluidos centros que triplican nuestra población, que han presentado unos resultados de 231 consultas de acogida resueltas, con respecto a 1.236 consultas de acogidas resueltas en nuestro centro.

Discusión

La implementación de la consulta de acogida en ámbitos locales genera una disminución de la carga asistencial, mejora el ambiente laboral, aumenta la satisfacción del usuario. Ordena los flujos de trabajo, disminuye el volumen de episodios de urgencias durante la atención continuada. El empoderamiento del personal de enfermería es una estrategia clave para el desarrollo de iniciativas que demuestran eficiencia clínica.

AVANZAMOS HACIA MAYOR SENSIBILIZACIÓN Y COMPROMISO EN LA DETECCIÓN DE VÍCTIMAS DE MALTRATO DE GÉNERO

Autores: ALBARRACÍN VÍLCHEZ MF*, BERNAL ROSIQUE MS, GONZÁLEZ NAVARRO TJ, TEODORO SEGURA D, RAMÍREZ MARTÍN B

PalabrasClave: Atención centrada en el paciente, Autoevaluación, Confidencialidad, Derechos del paciente, Participación

Objetivos

- Valorar la implicación de otros servicios además de urgencias en la detección de mujeres víctimas de violencia de género
- Analizar la comunicación entre el hospital y la unidad de atención a la mujer
- Analizar si ha habido cambios en el perfil sociodemográfico de las víctimas de violencia de género en los últimos 5 años

Materiales y Métodos

Se han utilizados los datos obtenidos en los partes de lesiones emitidos al juzgado de guardia en los últimos 6 años.

Resultados

Desde 2017 a 29 de octubre de 2022 se han detectado un total de 297 mujeres víctimas de violencia de género, de ellas 65 agresiones sexuales. En el 34% la edad se sitúa entre 30 a 40 años; el 28% entre 40 y 50 años; el 22% entre 20 y 30 años. El 68,3% son españolas. Existen menores a su cargo en el 58% de los casos. Reconocen agresiones previas el 87,54%, habían denunciado previamente solo el 22,52%. Las lesiones físicas en forma de hematomas y contusiones leves constituyen el 72% de los casos; hay un 2,5% que acuden por violencia psicológica, (4 en 2021 y 4 en 2022). En el 71% de los casos el agresor es la pareja actual, el resto su expareja. El 52% de las mujeres acuden solas, 22% con fuerzas de orden público y el resto con familiares. El pronóstico de las lesiones físicas es leve en el 90,5% de los casos, 5 casos con pronóstico muy grave, 2 heridas por arma blanca y 3 TCE graves.

En 2022 se alcanza el 75,31% de partes de lesiones bien completados; se contacta con trabajadora social de hospital en el 95,33% de los casos frente a un 22,23% de 5 años previos. El 100% de los casos en 2021 y 2022 son seguidos por el equipo de la mujer de Atención Primaria.

En los meses de confinamiento: descenso del 72,6% frente a años previos. En los tres primeros años el 100% de los casos se detectan en urgencias; en 2020, 1 caso en planta; en 2021, 2 en planta; en 2022, 1 en consulta de oftalmología, 4 en planta (9,8% del total).

Discusión

La Comisión de Violencia de género se inicia en 2015. Se han conseguido importantes logros: se rellenan mejor los partes de lesiones, implicación de todos los profesionales, aumento de detección en otras áreas, aumenta contacto con trabajo social y, en todos los casos, con atención primaria.

En el perfil sociodemográfico: incremento entre 40 y 50 años; mayor número de mujeres españolas. Los efectos del confinamiento: en nuestro lugar de trabajo se han observados los mismos cambios que en el resto del país, con una disminución muy marcada durante ese periodo de los casos que acuden a ser atendidas; sin embargo, no se ha visto reflejado en el número de víctimas totales del año ni en el número de muertes por violencia de género.

-Como conclusión, creemos que nuestro trabajo con charlas continuas a los diferentes servicios, insistencia en la realización de partes de lesiones en todos los casos y que éstos estén bien cumplimentados, junto con autoevaluaciones continuas, está empezando a dar resultados y podemos decir que la sensibilización y compromiso de todos los servicios de nuestro hospital ha aumentado, viéndose reflejado en los datos de los últimos tres años.

ENSEÑANZA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO PEDIÁTRICO A PADRES: PROGRAMA "PAPIS SALVAVIDAS"

Autores: SÁNCHEZ ANTÓN M*, BORREGO VERA M, CARRILLO MARTÍNEZ MM, LINARES HERNÁNDEZ JC, GARCÍA DEL ÁGUILA JJ

PalabrasClave: Enfermería, Gestión de riesgos, Participación, Problemas de salud, Seguridad del paciente

Objetivos

Desarrollar un programa de formación dirigido a los padres que incluya las técnicas básicas para saber actuar ante la PCR, la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) y las convulsiones febriles en el niño, dirigido a los padres y madres de los niños que nacen en el hospital.

Materiales y Métodos:

El programa se desarrolla en tres tiempos. Un curso de formación en todas las técnicas de soporte vital básico (SVB), que incluía la actuación ante la PCR pediátrica y neonatal, la OVACE y las convulsiones febriles, impartido por un instructor en reanimación cardiopulmonar (RCP) a todas las matronas de un hospital. Desarrollo de material de apoyo para la formación, diapositivas y trípticos explicativos. Formación de los padres, en la misma habitación donde está ingresada la madre tras el parto, a cargo de las matronas, con un maniquí pediátrico, una tablet para las diapositivas y el soporte en papel. Las matronas explican y desarrollan las técnicas que posteriormente deben realizar los padres. La duración de la formación es de 60 minutos.

Al finalizar se les pasa una encuesta de satisfacción a los padres con los siguientes ítems: Satisfacción general de la actividad, Utilidad de la formación, Metodología, Organización y recursos de la actividad formativa y Evaluación al docente.

Posteriormente, se les ha pasado también una encuesta de satisfacción a las matronas para valorar su experiencia personal en la participación en el programa.

Resultados

El programa comenzó el 1 de julio de 2021. Han participado las 8 matronas del centro. Desde su comienzo y hasta el 30 de septiembre de 2022, se han formado a un total de 80 padres y 60 madres y 6 otros familiares.

Los resultados de la encuesta de satisfacción de los padres han sido:

- Satisfacción general de la actividad: 100% Muy adecuada.
- Utilidad de la formación: 83% Muy adecuada, 17% Adecuada.
- Metodología utilizada: 80% muy adecuada, 20% Adecuada.
- Organización y recursos de la actividad formativa: 91% Muy adecuada, 19% Adecuada.
- Evaluación al docente: 10/10.

Los resultados de las encuestas de satisfacción de las matronas han sido:

- Satisfacción general de la actividad: 100% Muy adecuada.
- Utilidad de la formación: 100% Muy adecuada.
- Metodología utilizada: 100% muy adecuada.
- Organización y recursos de la actividad formativa: 100% Muy adecuada.

Discusión

La enseñanza de las técnicas de SVB llevadas a cabo por las matronas en el mismo hospital aprovechando el tiempo de ingreso tras el parto, es una iniciativa bien recibida tanto por los profesionales como por los padres.

La extensión de este programa a todos los hospitales serviría para aumentar el grado de conocimiento de los padres en estas técnicas y podría contribuir a disminuir la mortalidad por PCR en edad pediátrica.

Índice de autores

AGUILAR BERASTEGUI M.....	66
AGUILAR IBORRA S	50
AGUILAR LUNA L	20, 30
AGUILERA AYLLÓN C.....	72
ALARCÓN MONTENEGRO C	51, 72
ALBARRACÍN VÍLCHEZ MF	73
ALCALÁ AGUILERA B.....	35
ALCÁNTARA FLOR AJ.....	52, 56
ALDANA ESPINAL J	39
ALONSO ARAUJO I.....	31, 36
ÁLVAREZ MORENO ML	58
ALVAREZ-OSSORIO GARCÍA DE SORIA R	43
AMAYA PASCASIO L	60
ÁNCHEZ-SÁNCHEZ E	29
ARAUJO CAMAÑO K.....	28
ARJONA PADILLO A.....	60
AYUSO FERNÁNDEZ MA	5
BAENA VILLALBA E.....	5
BARAHONA GARIBELLO NA.....	23
BARBANCHO BARBANCHO AM	23
BARROSO GUTIÉRREZ C.....	15
BENÍTEZ RODRÍGUEZ E.....	52
BENOT LÓPEZ S.....	39
BERNAL MÁRQUEZ J.....	54
BERNAL ROSIQUE MS	73
BORREGO VERA M	74
BRETONES PEDRINACI JI.....	2, 57
CABALLERO POZO MA.....	35
CABEZA BARRERA J	59
CALDERÓN JIMÉNEZ AM.....	21, 25
CAMACHO BUENOSVINOS A.....	35, 66
CAMACHO MOLERO I.....	18
CAMACHO SÁNCHEZ Y	56
CAMPOS AGUILERA MJ	45, 49
CAMPOS GARCÍA MT	45, 49
CANTO MANGANA J.....	48, 57
CAÑADAS NÚÑEZ F	63
CAPARRÓS BELMONTE J.....	41
CÁRCAMO BAENA J	15
CARMONA ROMERO F	17, 34
CARO CABELLO AI.....	63
CARRETERO DIOS D.....	23
CARRILLO MARTÍNEZ MM	74
CASADO ÁLVAREZ O.....	16, 69
CASASOLA LUNA N	15
CASTILLO FERNÁNDEZ N	58
CASTRO VIDA MA	2, 33, 48
CEBALLOS POZO M	45, 49
CERRILLOS GONZÁLEZ L.....	12
CHARLO MOLINA T	13
CID CUMPLIDO M.....	13
CLAVERO MALDONADO S.....	16
COBO MONTORO MC.....	18
CÓRDOBA GARRIDO L	51, 72
CORRAL ROSADO S	67
CORREA CHAMORRO E.....	13
CRUZ CAPARRÓS AM.....	63
CRUZ SALGADO O	15
DÁVILA GUERRERO JM	52
DE CRISTINO ESPINAR MS	35
DELGADO LOZANO C.....	32
DEL NOZAL NALDA M	15
DEL RÍO MAZA DE LIZANA JI	47
DÍAZ CORTÉS MM.....	27
DÍAZ JIMÉNEZ J	29
DÍAZ ORTA J	54
DÍAZ SEGURA B.....	41
ESCOBAR UBREVA A.....	47
ESPÓSITO GONFIA T.....	47
ESTEVE RODRÍGUEZ R	58
ETXENAGUSIA CAPELASTEGUI V	28
FERNÁNDEZ CAMPOS M	72
FERNÁNDEZ DORADO RM	35
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ E	32
FERNÁNDEZ MUÑOZ M.....	72
FERNÁNDEZ PLAZA P	38
FERNÁNDEZ PRIETO E.....	44
FERRER MÁRQUEZ MM.....	41
FERRO EXPÓSITO AB.....	61
FIERRO ROSÓN LJ.....	69
FONTALBA NAVAS A	51
FUNES LUIS M.....	21, 25

GALLEGO ESPINA MA.....	5	MALDONADO VALVERDE EC.....	43
GÁLVEZ VARGAS R.....	72	MALDONADO VILLEGAS C.....	69
GARCÍA BLANCO N.....	71	MALDONADO VILLEGAS CI.....	16
GARCÍA DEL ÁGUILA JJ.....	64, 74	MAQUEDA MARTÍNEZ MM.....	41
GARCÍA FLORES F.....	50	MÁRQUEZ CRESPO E.....	67
GARCÍA GARCÍA A.....	29	MÁRQUEZ DE TORRES MP.....	23
GARCÍA LARROSA MJ.....	51	MARTEL DÍAZ AM.....	20, 30
GARCÍA LEÓN C.....	19, 20, 30	MARTÍNEZ DE LA PLATA J.....	44
GARCÍA MARTÍN R.....	65	MARTÍNEZ DE LA PLATA JE.....	22, 48
GARCÍA MIGUEL C.....	42	MARTÍNEZ HERNÁNDEZ JM.....	63
GARCÍA OBRERO I.....	5	MARTÍNEZ LOSCERTALES A.....	17, 34, 40
GARCÍA OTERO MI.....	24	MARTÍNEZ MOLINA E.....	42
GARCÍA TORMO C.....	62	MARTÍNEZ PÉREZ M.....	59
GARCÍA TORRECILLAS JM.....	60	MARTÍNEZ RUIZ F.....	24
GARCÍA VARET AA.....	17	MARTÍNEZ SALVADOR IM.....	18
GÓMEZ DELGADO M.....	2	MARTÍNEZ SÁNCHEZ P.....	60
GÓMEZ FUENTES A.....	32, 38	MARTOS ROSA A.....	33, 48
GÓMEZ GONZÁLEZ C.....	13	MEJÍAS OLMEDO MV.....	60
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ I.....	37	MESA RAMOS F.....	23
GONZÁLEZ GÓMEZ AJ.....	71	MESA RAMOS M.....	23
GONZÁLEZ NAVARRO TJ.....	73	MESTRAITÚA VÁZQUEZ A.....	17, 34, 40, 55
GONZÁLEZ REVUELTA MA.....	27	MINGORANCE AGUADO MA.....	27
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ E.....	56	MOLINA BERENGUEL CS.....	22, 44
GRANADOS MATUTE AE.....	5	MONROY MORCILLO A.....	56
GUERRERO SALGUERO CM.....	16	MONTERO ROMERO A.....	67
GUTIÉRREZ SÁNCHEZ C.....	44	MONTERO SARMIENTO C.....	66
HERNÁNDEZ GÓMEZ JF.....	68	MORALES ARJONA I.....	38
HIERRO PEDROSA CM.....	2, 33, 48	MORALES GUERRERO C.....	33
JAÉN CAÑADAS MM.....	62	MORALES LABORIAS ME.....	70
JIMÉNEZ CASADO C.....	31	MORALES RIVAS J.....	21, 25
JIMENEZ-HOYUELA GARCÍA JM.....	36	MORÁN SÁNCHEZ A.....	43
JIMÉNEZ MARTÍNEZ B.....	51	MORENO MIRA L.....	71
JIMÉNEZ RUIZ J.....	19, 30	MORENO TINOCO M.....	54
JOFRE PERALTA A.....	2, 57	MUNERA FERNÁNDEZ C.....	21
JULIÁ ILLESCAS MA.....	52, 56	MUÑOZ BARRERA A.....	12
JUSTO JIMENO S.....	25	MUÑOZ PEREGRINA S.....	70
LARA ROJAS CM.....	58	NAVARRO CRUZ A.....	55, 68
LEÓN AMADO ME.....	45, 49	NAVARRO GARCÍA V.....	36
LINARES HERNÁNDEZ JC.....	74	NIETO SÁNCHEZ MT.....	59
LLAMAS PORRAS S.....	52	NÚÑEZ ORTIZ C.....	50
LÓPEZ RUIZ MM.....	41	OLMEDO PATRICIO MI.....	50
LÓPEZ VILLEGAS A.....	65	ORTEGA CARPIO A.....	55, 68
MACÍAS COLORADO ME.....	34, 40	PACHECO SÁNCHEZ M.....	13
MAÍLLO MARTÍN I.....	64	PARTIDA MÁRQUEZ AL.....	12

PENA GONZÁLEZ JM.....	63	SALAS MONTILLA FJ.....	35
PÉREZ AQUINO JL.....	68	SALGUERO CABALGANTE R.....	12
PÉREZ BOHÓRQUEZ Y.....	54	SALMERÓN GARCÍA A.....	59
PÉREZ CABALLERO A.....	71	SÁNCHEZ ANTÓN M.....	74
PÉREZ GONZÁLEZ R.....	5, 13	SÁNCHEZ BASALLOTE JE.....	19, 20, 54
PÉREZ HEREDIA M.....	65	SÁNCHEZ GUERRERO JA.....	29
PÉREZ REAL C.....	12	SÁNCHEZ MENA R.....	19, 20, 30
PERUCHO PONT C.....	28	SÁNCHEZ MORENO L.....	54
PINTO NIETO CM.....	33	SÁNCHEZ MULLOR C.....	37
PLAZA DEL PINO MD.....	21, 25	SÁNCHEZ PALLERO M.....	19, 30
POZO MUÑOZ F.....	51	SÁNCHEZ PIEDRA MD.....	43
PRADOS REGUERA MD.....	39	SANDOVAL CODONI J.....	44
PUEBLA ARGANDOÑA MT.....	71	SANTANA LÓPEZ V.....	47
QUERO HERNÁNDEZ F.....	27	SANTOS PÉREZ AM.....	56
QUESADA LÓPEZ M.....	60	SEGURA LÓPEZ MT.....	43
RAMÍREZ MARTÍN B.....	73	SERRANO SÁNCHEZ B.....	67
RAMOS MARTÍNEZ ME.....	63	SIANES BLANCO A.....	67
RAYA ORTEGA L.....	32, 38	SILES JIMÉNEZ MD.....	66
REYES BURGOS MA.....	17	SUÁREZ RAMOS A.....	45, 49
REYES GÓMEZ AL.....	44	TEODORO SEGURA D.....	73
RIOJA ULGAR FJ.....	17, 34, 40, 55	TOREZANO GONZÁLEZ L.....	19, 20
RIVAS CASTILLO MT.....	70	TORRES GONZÁLEZ MD.....	21, 25
RODRÍGUEZ GONCET C.....	36	ULIBARRENA SAINZ M.....	28
RODRÍGUEZ MELÉNDEZ I.....	50	URDA ROMACHO J.....	2, 48
RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ C.....	69	VALENCIA LIÑAN N.....	39
ROJAS GUZMÁN MS.....	71	VARELA RUBIO RE.....	31, 36
ROMÁN FUENTES M.....	15	VÁZQUEZ CRUZ I.....	39
ROMERO CARMONA F.....	40	VICARIO HURTADO C.....	64
ROMERO RUIZ RM.....	36	VIEGAS GONZÁLEZ MR.....	31
RONCHEL ORTIGADO M.....	68	VILLALOBOS MÁRQUEZ JA.....	50
RUBIO ROIG R.....	64	VILLANUEVA GUERRERO L.....	45, 49
RÚÍZ CANO M.....	29	VILLEGAS TRIPIANA I.....	65
RUIZ DÍEZ A.....	28	ZARCO RODRÍGUEZ J.....	28
RUIZ RUBIO R.....	42	ZARZUELA RAMÍREZ M.....	52
SABORIDO CANSINO MC.....	67	ZUFRI RODRÍGUEZ GZ.....	11

Índice temático

Acreditación-Certificación	45, 46, 47, 48, 49, 50
Ámbito institucional.....	39, 51
Atención comunitaria.....	20, 22, 35, 44
Atención en urgencias/emergencias	62, 64, 74
Atención hospitalaria	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 21, 24, 26, 27, 32, 33, 36, 37, 41, 42, 43, 48, 57, 59, 60, 61, 63, 65, 69, 71, 73
Atención primaria.....	17, 18, 19, 30, 34, 40, 54, 67, 68, 70, 72
Atención social y sanitaria.....	23, 47, 50
Atención socio-sanitaria	63
Competencias profesionales.....	64
Desarrollo profesional	65, 66
Eficiencia y sostenibilidad	67, 68, 69
Evaluación de resultados	70, 71
Gestión clínica.....	72
Humanización	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32
Modelos Organizativos-Gobernanza	51, 52, 53, 54, 55, 56
Otras.....	11, 45, 46, 49, 66
Participación.....	73, 74
Procesos asistenciales	57, 58, 59, 60, 61, 62
Seguridad del paciente.....	33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44
tención hospitalaria.....	25