

**XXVII Congreso  
SADECA  
2023**

El valor de la  
calidad Percibida

2024

Edita: SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL  
C/ Mozárabe, 1. Edificio Parque. Local 2, 18006, Granada  
Tlf. 902 430 960 - 683462698 | Fax. 902 430 959

### **Comité Editorial**

Alvarez-Ossorio García de Soria, M. Reyes  
Castro Ruiz, Maria José  
García Tormo, Consuelo  
Gutiérrez Amaro, Carlos  
Moreno Campoy, Eva  
Niebla Corsino, Patricia  
Pérez Moreira, Rosalía  
Sánchez Basallote, José Enrique

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

- IV** Artículo: Calidad Percibida: paradigma clave en el sector sanitario
- VIII** Presentación del XXVII Congreso SADECA
- X** Índice de comunicaciones
- 1** Comunicaciones premiadas
- 5** Comunicaciones por áreas temáticas
- 176** Índice de autores
- 182** Índice temático

## Artículo

# Calidad Percibida: paradigma clave en el sector sanitario

Oscar Cruz Delgado. Unidad de Calidad del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

La atención sanitaria ha evolucionado desde una visión tradicional paternalista hacia una relación más informada y participativa del paciente. Dentro de las dimensiones claves de la transformación de las instituciones, la “experiencia del cliente” es un factor fundamental. La atención centrada en el paciente, la calidad percibida y la seguridad son elementos claves de calidad en la atención sanitaria.

¿Conocen nuestras instituciones sanitarias realmente cuál es la percepción que tienen sus usuarios sobre la calidad de los servicios que presta?

La calidad de la atención sanitaria se define como la evaluación y prestación de una atención eficaz y segura, reflejada en una cultura de excelencia, que da como resultado una salud óptima o deseada (1). Es un tema de creciente interés y relevancia en el ámbito de la salud pública y la gestión sanitaria.

Focalizando en la “calidad percibida” podemos entenderla como la evaluación subjetiva que los pacientes hacen de los servicios de salud que reciben. La percepción de la calidad por parte de los pacientes no solo influye en su satisfacción y confianza en el sistema de salud, sino que también impacta en la utilización de los servicios y en los resultados de salud a largo plazo; es por tanto un tema crucial que afecta tanto a la satisfacción del paciente como a la eficiencia del sistema de salud.

Esta percepción puede diferir significativamente de las evaluaciones técnicas de calidad realizadas por profesionales de la salud. Por ejemplo, hay estudios donde se encontró una asociación negativa entre la calidad técnica y la calidad percibida por los pacientes, sugiriendo que mejorar solo la calidad técnica no necesariamente se traduce en una mejor percepción de la calidad por parte de los pacientes (2).

La percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención sanitaria es importante para el seguimiento y la evaluación continua, ya que se relaciona con la calidad real o absoluta que requiere una gestión crítica (3).

Es esencial escuchar activamente a los pacientes, comprender sus necesidades para ofrecer una atención sanitaria. La transformación de la experiencia del paciente pivota alrededor de acercarse al mismo y de medir. Si no medimos corremos el riesgo de no estar haciendo algo que deberíamos.

*¿Qué dimensiones sustentan la Calidad Percibida?* La calidad percibida en la atención sanitaria es un concepto multifacético que incluye varias dimensiones. Un análisis de la literatura identificó cuatro dimensiones principales: personal sanitario, instalaciones adecuadas, características de respuesta y seguridad (4). No obstante la calidad del servicio en salud se puede desglosar en dimensiones primarias como la calidad interpersonal, técnica, del entorno y administrativa (5), y a su vez en subdimensiones específicas incluyendo aspectos de comunicación y empatía, eficacia de tratamientos, habilidad técnica, área estructural y recursos materiales, así como la eficiencia en la gestión del tiempo (5).

Estas dimensiones reflejan la complejidad de la calidad en los sistemas de salud y subrayan la necesidad de un enfoque integral para mejorar la calidad percibida.

*¿Y que factores que influyen notablemente en la calidad percibida?* La satisfacción con la calidad del proceso es un factor importante de la calidad percibida por el paciente, mientras que la calidad clínica refleja mejor la calidad percibida por el médico (6).

Diversos estudios han identificado factores tanto a nivel individual como a nivel de las instalaciones que influyen en la calidad percibida. En un estudio se encontró que la comunicación entre el paciente y el sistema sanitario tenía la puntuación más alta en la percepción de calidad, mientras que la provisión de información

tenía la puntuación más baja, además de otros factores como el estado de salud percibido, la presencia de enfermedades crónicas y la experiencia laboral (7).

La calidad percibida del entorno/instalaciones, el empoderamiento y la relación médico-paciente impactan positivamente en la satisfacción física experiencial del paciente en la atención médica (8).

Los factores más determinantes de la calidad percibida están influenciadas por la consulta médica, costos de los servicios, proceso de admisión y tiempo de espera (9).

El trato del personal sanitario, la infraestructura/espacios y la información médica son igualmente factores clave que afectan directamente la satisfacción del paciente (10).

*¿Podemos afirmar entonces que existe por tanto una fuerte relación entre la Calidad Percibida y la Satisfacción del Paciente?* En efecto, la satisfacción del paciente es un indicador crucial de la calidad percibida (5) (11).

Un estudio sistemático sobre la gestión de la calidad total y la calidad del servicio percibida encontró que ambas tienen un impacto significativo en la satisfacción del paciente (12). La calidad de la interacción, en particular, mostró tener una influencia más fuerte en la satisfacción del paciente (13).

*¿A qué desafíos nos enfrentamos y que oportunidades se nos plantean?*

Además de las tradicionales resistencias al cambio, uno de los desafíos en la medición de la calidad percibida es la naturaleza subjetiva de las evaluaciones de los pacientes. La calidad no puede entenderse fuera de las normas sociales, las relaciones y los valores de las comunidades donde se presta la atención (14). Por lo tanto, es esencial considerar no solo la calidad técnica, sino también la aceptabilidad, la capacidad de respuesta y los niveles de confianza entre el paciente y las instituciones sanitarias.

*¿Cómo podemos entonces medir la calidad percibida en servicios de salud?*

Medir esta calidad es complejo debido a la naturaleza multifacética de los servicios de salud y la influencia de factores tanto técnicos como interpersonales. La evaluación de la calidad debe considerar tanto los aspectos técnicos como los interpersonales y los resultados de la atención (15).

Encontramos diversos modelos de medición de calidad. El modelo SERVQUAL es ampliamente utilizado para evaluar la calidad de los servicios de salud, enfocándose en dimensiones como la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (11) (16) (17). Existen otros modelos específicos como SERVPERF, HEALTHQUAL, PubHosQual y HospitalQual también se han desarrollado, aunque no existe un consenso sobre cuál es el mejor modelo (17).

Las encuestas y cuestionarios son métodos comunes para medir la calidad percibida, aunque pueden presentar sesgos. Métodos alternativos e innovadores con escalas como el Network Scale-Up Method (NSUM) pueden ofrecer estimaciones más precisas (15) (18).

El Net Promoter Score (NPS) es una métrica también utilizada en el sector sanitario, su aplicación busca evaluar la experiencia del paciente y la calidad del servicio percibido. Puede ser útil para la evaluación comparativa, ayudando a identificar deficiencias en la calidad del servicio y guiando los esfuerzos de mejora en la atención sanitaria (19).

Con respecto a las tradicionales encuestas de satisfacción del paciente, herramienta que debería estar asentada en todas las instituciones sanitarias, existen ítems esenciales que nos dan feedback sobre la calidad percibida como son el trato, intimidad, confort, la información sanitaria, tiempo de espera, dolor, descanso, etc., sin olvidar que es clave disponer de preguntas abiertas donde el usuario pueda expresar su experiencia.

Es importante asimismo hacer mención al uso de otro tipo de cuestionarios que se encuadran en los denominados PREMs (Patient Reported Experience Measures) y PROMs (Patient Reported Outcome Measures), instrumentos que permiten a los pacientes reportar sus experiencias y resultados de salud, proporcionando datos valiosos de calidad de vida para mejorar la calidad de la atención. Cuestionarios desarrollados para medir la percepción de la calidad de la atención prestada han mostrado alta validez y fiabilidad, siendo capaces de medir diferentes dimensiones de la experiencia del paciente (20) (21) (22).

## Conclusión

La calidad percibida es un componente esencial de la atención sanitaria que debe ser abordado de manera integral. Mejorar la calidad percibida no solo implica mejorar los aspectos técnicos de la atención, sino también optimizar la comunicación, la provisión de información y la relación entre el paciente y las instituciones sanitarias. Al hacerlo, podemos mejorar la satisfacción del paciente, aumentar la utilización de los servicios de salud y, en última instancia, mejorar los resultados de salud.

Con respecto a cómo podemos medirla podemos concluir que es un proceso complejo que requiere considerar múltiples dimensiones y factores. Modelos como SERVQUAL y otros específicos del sector salud son útiles, pero deben adaptarse a los contextos locales. No obstante, en función de donde queramos poner el foco existen mas alternativas como el NPS, uso de PREMS, PROMS, etc.

Se antoja necesario potenciar el uso de las encuestas de satisfacción y crear sistemáticas ágiles que puedan mejorar la tasa de cumplimentación de las mismas, generado un cambio de alto impacto en cuanto al procedimiento de recepción y gestión de la satisfacción de los usuarios atendidos y su potencial para explorar la calidad de atención.

Disponer en tiempo real de los niveles de satisfacción de todos los pacientes atendidos, es una potente herramienta de participación ciudadana que permite controlar posibles desviaciones de manera inmediata, observar tendencias y dar respuestas adecuadas para revertir descensos en los indicadores clave.

## Referencias Bibliográficas

1. Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum (Auckl)*. 2017 Oct 1; 52(4): 377–86.
2. Alhassan RK, Duku SO, Janssens W, Nketiah-Amponsah E, Spieker N, Van Ostenberg P, et al. Comparison of Perceived and Technical Healthcare Quality in Primary Health Facilities: Implications for a Sustainable National Health Insurance Scheme in Ghana. *PLoS One*. 2015 Oct 14; 10(10).
3. Iliadis C, Frantzana A, Tachtsoglou K, Lera M, Ouzounakis P. Quality and accreditation in health care services. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. 2021 Nov 30; 12(2): 539–43.
4. Weheba G, Cure L, Toy S. Perceived dimensions of healthcare quality in published research. *Int J Healthc Manag*. 2018; 13(S1): 357–64.
5. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A Hierarchical Model of Health Service Quality. *J Serv Res [Internet]*. 2007 Nov [cited 2024 Oct 22]; 10(2): 123–42. Available from: <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>
6. James TL, Villacis Calderon ED, Cook DF. Exploring patient perceptions of healthcare service quality through analysis of unstructured feedback. *Expert Syst Appl*. 2017 Apr 1; 71: 479–92.
7. Hussien M, Azage M, Bayou NB. Perceived quality of care among households ever enrolled in a community-based health insurance scheme in two districts of northeast Ethiopia: a community-based, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022 Oct 17; 12(10).
8. Bellio E, Buccoliero L. Main factors affecting perceived quality in healthcare: a patient perspective approach. *TQM Journal*. 2021; 33(7): 176–92.
9. Abbasi-Moghaddam MA, Zarei E, Bagherzadeh R, Dargahi H, Farrokhi P. Evaluation of service quality from patients' viewpoint. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2019 Mar 15 [cited 2024 Oct 22]; 19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3998-0>
10. Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India--a scale to measure patient perceptions of quality. *Int J Qual Health Care [Internet]*. 2006 Dec 1 [cited 2024 Oct 22]; 18 6(6): 414–21. Available from: <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZL049>
11. Singh D, Dixit K. Measuring Perceived Service Quality in Healthcare Setting in Developing Countries: A Review for Enhancing Managerial Decision-making. *J Health Manag [Internet]*. 2020 Sep 1 [cited 2024 Oct 22]; 22(3): 472–89. Available from: <https://doi.org/10.1177/0972063420963407>

12. Alshrbaji M, Mohammed M, Shamayleh A. The Impact of Total Quality Management and Perceived Service Quality on Patient Satisfaction in Healthcare: A Systematic Review. 2022 *Advances in Science and Engineering Technology International Conferences (ASET)*. 2022;
13. Mariana E, Apriyani W, Supriyanto S. Analysis of perceived health care quality on patient satisfaction. *Eurasian J Biosci*. 2020;
14. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ*. 2017 May 1; 95(5): 368–74.
15. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract [Internet]*. 2000 [cited 2024 Oct 22]; 17 1(1): 21–9. Available from: <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/17.1.21>
16. Tripathi SN, Siddiqui MH. Assessing the quality of healthcare services: A SERVQUAL approach. *Int J Healthc Manag [Internet]*. 2020 [cited 2024 Oct 22]; 13(S1): 133–44. Available from: <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1469212>
17. Endeshaw B. Healthcare service quality-measurement models: a review. *J Health Res [Internet]*. 2021 Mar 1 [cited 2024 Oct 22]; 35(2): 106–17. Available from: <https://doi.org/10.1108/jhr-07-2019-0152>
18. Carletti G, Soriani N, Mattiazzi M, Gregori D. A Social Network Approach to the Estimation of Perceived Quality of Health Care. *Open Nurs J [Internet]*. 2017 Nov 7 [cited 2024 Oct 22]; 11(1): 219–31. Available from: <https://doi.org/10.2174/1874434601711010219>
19. Adams C, Walpola R, Schembri AM, Harrison R. The ultimate question? Evaluating the use of Net Promoter Score in healthcare: A systematic review. *Health Expectations*. 2022 Oct 1; 25(5): 2328–39.
20. Hocking G, Weightman WM, Smith C, Gibbs NM, Sherrard K. Measuring the quality of anaesthesia from a patient's perspective: development, validation, and implementation of a short questionnaire. *Br J Anaesth [Internet]*. 2013 [cited 2024 Oct 22]; 111 6(6): 979–89. Available from: <https://doi.org/10.1093/bja/aet284>
21. Carey RG, Seibert JH. A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity. *Med Care [Internet]*. 1993 [cited 2024 Oct 22]; 31(9): 834–45. Available from: <https://doi.org/10.1097/00005650-199309000-00008>
22. Velikova G, Brown JM, Smith AB, Selby PJ. Computer-based quality of life questionnaires may contribute to doctor–patient interactions in oncology. *Br J Cancer [Internet]*. 2002 Jan 7 [cited 2024 Oct 22]; 86(1): 51–9. Available from: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600001>

# Presentación

## **XXVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. "El valor de la calidad percibida"**

*Cádiz, 15 a 17 de noviembre de 2023*

Durante los días 15 al 17 de noviembre la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial eligió a la ciudad de Cádiz y al Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital de San Carlos como sede del XXVII Congreso Andaluz. El inicio de la elección surgió a partir de la presentación de nuestra candidatura en el Congreso del 2022 con gran ilusión y con la idea de un trabajo de participación colaborativa de toda la provincia.

Ha sido un congreso en el que hemos explorado el vasto territorio de la calidad asistencial, bajo el inspirador lema "El valor de la calidad percibida". A lo largo de esos días, hemos sumergido nuestras mentes en el análisis detallado de cómo la calidad resuena en la experiencia de los pacientes, se moldea en tiempos difíciles y persiste en áreas de difícil cobertura.

Cada ponencia compartida ha sido un faro de conocimiento, iluminando el camino hacia un entendimiento más profundo de cómo mantener la calidad en cada rincón de la asistencia sanitaria. Desde la perspectiva de género hasta las estrategias de formación, desde la acreditación hasta el futuro de la investigación, hemos tejido una red de ideas que fortalece los cimientos de nuestro compromiso con la excelencia.

En el corazón de este congreso late la esencia misma de la calidad percibida, un valor que trasciende los números y las métricas para abrazar la experiencia única de cada individuo que busca atención. Hemos explorado cómo, incluso en los momentos más desafiantes, la calidad puede ser el ancla que guía nuestros esfuerzos y nos impulsa a superar obstáculos aparentemente insuperables.

La atención sanitaria se limita a las áreas de fácil acceso; hemos reflexionado sobre cómo extender la calidad a lugares remotos y desatendidos. El plan de calidad en Andalucía ha sido un testimonio de cómo una visión clara y un compromiso inquebrantable pueden transformar la atención de manera significativa.

La formación y la acreditación emergen como pilares esenciales en nuestra búsqueda de la calidad sostenible. Hemos discutido estrategias para nutrir no solo el presente, sino también el futuro, garantizando que la investigación continúe siendo el motor que impulsa nuestra evolución.

A medida que nos preparamos para cerrar este capítulo, recordemos que cada palabra compartida, cada idea intercambiada, contribuye hacia un mañana más saludable y equitativo. Aprovechemos la inspiración que hemos cosechado aquí para transformar nuestras prácticas y elevar la calidad percibida a nuevas alturas.

Aprovecho este medio para agradecer a todos los asistentes, colaboradores y ponentes por su participación activa, por compartir su experiencia y conocimiento. Sigamos trabajando juntos, con determinación y pasión, para asegurar que la calidad asistencial no sea solo un objetivo, sino una realidad palpable en cada interacción que tengamos con aquellos a quienes servimos.

Terminamos con la lista de temas que justificaron el lema y contenido del XXVII Congreso de SADECA.

Gracias y que cada paso que demos en pos de la calidad sea un testimonio viviente de nuestro compromiso con la excelencia en la atención sanitaria.

*Pilar Medina; Silvia Delgado*

Subdirectoras Médicas Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital San Carlos  
Presidentas del Comité Científico del XXVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial



## Preguntas que justificaron el lema del XXVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

### 1. ¿Cómo definiría el “valor de la calidad percibida”?

Se refiere a la importancia y significado que los pacientes asignan a la calidad de los servicios de salud desde su perspectiva individual. Ese valor no solo se basa en medidas objetivas, como eficacia clínica y seguridad, sino también en la experiencia subjetiva del paciente, sus expectativas y la forma en que perciben la atención recibida. En esencia, implica entender cómo los pacientes valoran la calidad de la atención médica en función de su percepción, satisfacción y resultados percibidos.

### 2. ¿Cuáles son los aspectos clave que abordó el XXVII congreso al respecto? Los aspectos que fueron objeto de discusión durante este congreso:

1. **Experiencia del Paciente:** explorar cómo las experiencias personales de los pacientes impactan su percepción de la calidad asistencial, desde la accesibilidad hasta la comunicación con los profesionales de salud.
2. **Medición y Evaluación:** Discutir metodologías efectivas para medir y evaluar la calidad percibida, considerando tanto métricas cuantitativas como cualitativas.
3. **Desafíos en la Calidad :** abordar los desafíos específicos que enfrentan diferentes grupos de pacientes y cómo estos desafíos afectan su percepción de la calidad en la atención-
4. **Género y Calidad:** Analizar cómo las diferencias de género pueden influir en la forma en que los pacientes perciben la calidad de la atención médica y cómo abordar estas disparidades.
5. **Calidad en Tiempos Difíciles:** Explorar estrategias para mantener y mejorar la calidad asistencial en situaciones difíciles, como crisis sanitarias o situaciones de emergencia.
6. **Áreas de Difícil Cobertura:** Discutir cómo asegurar altos estándares de calidad en áreas geográficas o comunidades con acceso limitado a servicios de salud.
7. **Planes de Calidad:** Presentar y analizar planes de calidad, destacando lecciones aprendidas y mejores prácticas.
8. **Estrategias de Formación y Acreditación:** Explorar cómo la formación continua y la acreditación contribuyen a mejorar la calidad percibida y cómo se están implementando estas estrategias.
9. **Futuro de la Investigación en Calidad Asistencial:** Mirar hacia adelante para discutir las tendencias y directrices futuras de la investigación en calidad asistencial.
10. **Integración de Tecnología:** Evaluar cómo la tecnología puede mejorar la calidad percibida, desde la telemedicina hasta soluciones innovadoras para la participación del paciente.

Estos temas reflejan la amplitud de consideraciones para comprender y mejorar la calidad percibida en el ámbito de la atención médica.

### 3. ¿Cuáles eran las expectativas del congreso?

Buscábamos que fuera una experiencia enriquecedora para todos los presentes. En nuestros esfuerzos colectivos por mejorar la calidad, no solo fortalecemos sistemas y protocolos, sino que también abrazamos la responsabilidad de brindar un impacto positivo en la vida de cada individuo y en la sociedad en su conjunto.

Con este lema “ el valor de la calidad percibida “ subrayamos la relevancia de la calidad en todos los ámbitos desde la atención al paciente hasta la ética y la formación del equipo. También es importante enfocarnos en como la calidad percibida influye en la confianza, satisfacción y resultados para los pacientes, así como en la importancia de la atención centrada en el paciente.

# Índice de comunicaciones

## COMUNICACIONES PREMIADAS

AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS: UNA VIDA MEJOR ES POSIBLE.....	2
NECESIDADES DE FORMACIÓN ESPECÍFICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DE TRAUMATOLOGÍA DEL H.U.P.M.....	3
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA CLIENTES INTERNOS. RELACIÓN INTERSERVICIOS EN UN HOSPITAL.....	4

## COMUNICACIONES

### Calidad Percibida

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL ÍNDICE DE CUMPLIMENTACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN .....	6
ANÁLISIS DEL NPS EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS .....	7
SATISFACCIÓN ANTE LA EXPERIENCIA Y VIVENCIA DEL PARTO ATENDIENDO A LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA .....	8
EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS MULTICOMPONENTES CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	9
¿NOS ESTAMOS ENTENDIENDO BIEN CON NUESTROS PACIENTES?.....	10
METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE MEDICIÓN CONTINUA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN NUESTRO HOSPITAL .....	11
CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .....	12
NET PROMOTER SCORE (NPS): MEDIDA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE NUESTRO HOSPITAL.....	13
OPTIMIZANDO LA CALIDAD PERCIBIDA: ADAPTACIÓN DE UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN UN CENTRO SANITARIO.....	14
GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES DE PRIMARIA EN CONSULTAS OFTALMOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN (ARPAP) vs CONSULTAS NORMALES .....	15
DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA RECOGER Y EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL CLIENTE DE UNA UNIDAD DE CALIDAD .....	16
ESTUDIO PILOTO DE UNA HERRAMIENTA (3Q) DISEÑADA PARA VALORAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL CLIENTE INTERNO DE UNA UNIDAD DE CALIDAD.....	17
EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE.....	18

### Gestión clínica y Procesos Asistenciales

PLAN DE MEJORA SOBRE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) A CONSULTA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (COT).....	19
IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA CICAHEH EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.....	21
EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN EL MUNDO REAL DE 15 AÑOS DE TRATAMIENTO ADYUVANTE CON TRASTUZUMAB EN EL CÁNCER DE MAMA PRECOZ .....	22
HISTORIA REPRODUCTIVA DE LA MUJER, SUBTIPO DE CÁNCER DE MAMA Y RESULTADOS EN SALUD DE SUPERVIVENCIA.....	23
CUADERNO DE MANDO TIPO "INFORME DIARIO" EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	24
IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO AMBULATORIO EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	25

CALIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES, ADAPTACIÓN DE LA COMISIÓN DE PROTOCOLOS DESDE LA PANDEMIA .....	26
CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA UNA MEJOR GESTIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES .....	27
CONSULTA Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL .....	28
AUTOMATIZACIÓN DEL PROCESO ELABORACIÓN ACUERDOS DE GESTIÓN DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL APLICANDO METODOLOGÍA LEAN.....	29
INTERVENCIÓN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL ABORDAJE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN DISTRITO SANITARIO .....	30
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA EN EL ÚLTIMO SEMESTRE .....	31
PLAN DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE INFORMACIÓN.....	32
CREACIÓN DEL NUEVO ROL DEL ENFERMERO DE ACOGIDA EN EL ÁREA DE URGENCIAS.....	33
RESULTADOS CLINICOS TRAS IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA DE FORMACIÓN CON TÉCNICAS DE SIMULACIÓN ANTE DISTOCIA DE HOMBROS.....	34
FARMAPEX: MEJORANDO EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.....	35
DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE AUTÓNOMO EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	36
OPTIMIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LAS TASAS DE RESPUESTAS DEL PACIENTE.....	37
CONSULTA TELEFÓNICA ENFERMERA COMO APOYO EN EL SEGUIMIENTO DE IAM. EFICACIA/IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS E .....	38
UTILIDAD DE LOS COMITÉS EN LA PRACTICA CLÍNICA EN LAS UGC .....	39
UNIDAD ENDOCARDIORRENAL: UN EJEMPLO DE CONSULTA MULTIDISCIPLINAR Y MULTIESPECIALISTA.....	40
REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LOS EPISODIOS CLÍNICOS DE INVESTIGACIÓN EN DIRAYA: EXPERIENCIA DEL PROYECTO NUTRIFAG .....	41
VOLUMEN DE SANGRE EN PRUEBAS DE LABORATORIO DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO.....	42
EVALUACIÓN DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTE FRÁGIL .....	43
EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MÚLTIPLE PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL LUGAR QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE MAMA.....	44
CREACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCION Y SEGUIMIENTO AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS COV 2.....	45
ACPROAND: SISTEMA DE SEGUIMIENTO BASADO EN TECNOLOGÍA MÓVIL EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA .....	46
RESOLUCIÓN ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ACOGIDA, INDICADOR DE GESTIÓN EFICIENTE DE LA DEMANDA ASISTENCIAL .....	47
IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO .....	48
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL.....	50
INCORPORACIÓN DE LA ORTESIS DE ESTIRAMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA FASCITIS PLANTAR.....	51
NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	52
TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON ROTURA DEGENERATIVA	

DEL MENISCO INTERNO Y ARTROSIS DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	53
EN BUSCA DE UNA NUEVA OPORTUNIDAD: RESCATE DE PACIENTES CON HEPATITIS C (PROYECTO RELINK-C).....	54
ASISTENCIA SANITARIA EXTERNA (ASE) - COORDINACIÓN INTERNIVELES CERCANÍA CON LOS PACIENTES I.....	55
CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	56
ASESORÍA DE ALTA EFICACIA EN LA MEJORA DE LA POLIMEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	58
SATISFACCIÓN EN FAMILIAS DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS PEDIÁTRICOS CON ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ.....	59
<b>Ciudadanía y Atención Socio-Sanitaria</b>	
IMPULSO DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA.....	60
CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS RECOMENDACIONES EN LA ATENCIÓN POR CONSULTA TELEFÓNICA.....	61
SOMOS LO QUE EL PACIENTE PERCIBE. CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE DE PREVENTIVA (HUPM). UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAR.....	62
MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA DE TELEMEDICINA EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.....	63
ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	64
ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL AÑO 2022 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	65
ANÁLISIS DE LAS SUGERENCIAS ESCRITAS DE LOS AÑOS 2019 A 2022 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	67
CALIDAD DE LOS PARTES JUDICIALES POR VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL DISTRITO COSTA DEL SOL DE MÁLAGA.....	68
MEJORA DEL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	69
MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA.....	70
LA CORRESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES EN UNA GESTIÓN EFICIENTE DEL SISTEMA SANITARIO.....	71
REDISEÑO DE LA SECCIÓN DE GENÉTICA CLÍNICA DEL HRU DE MÁLAGA.....	72
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “ESTRÉS PSICOSOCIAL COMO FACTOR DETERMINANTE EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES AGUDAS”.....	73
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA CUIDAT EN CASA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES.....	74
SISTEMA PARA LA DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS SOBRE LA INFLUENCIA DEL ENTORNO EN PACIENTES ASMÁTICOS.....	75
BUZÓN DE CONFIDENCIAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR. MI AMIGA LA ENFERMERA REFERENTE ESCOLAR.....	76
ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS AÑOS 2019 A 2022 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	77
PIDE ATENCIÓN DIRECTA HUVM: SISTEMA COMUNICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.....	78
RESULTADOS DEL TRABAJO COLABORATIVO ENTRE CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTRO SOCIOSANITARIO.....	79
CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PARTES AL JUZGADO EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	80
CÓMO CAMBIA LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA CIUDADANÍA EN UN HOSPITAL URBANO DE INTERIOR DURANTE LOS MESES DE VERANO.....	82

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES: MANUAL PARA PACIENTES QUE SE VAN A INTERVENIR DE CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	83
HECHOS Y VALORES EN UN PUNTO DE REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: ESTUDIO COMPARATIVO .....	84
"TODO POR EL PUEBLO, PERO CON EL PUEBLO" .....	86
<b>Seguridad del paciente</b>	
MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO ICTUS EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MOTRIL .....	88
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS CONCILIANDO PETICIÓN ELECTRONICA CON CÓDIGO DEL LABORATORIO.....	90
DEL <i>PRIMUM NON NOCERE AL ERRARE HUMANUM EST</i> .....	91
EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE DICLOFENACO SÓDICO TÓPICO FUERA DE LA INDICACIÓN DE QUERATOSIS ACTÍNICA.....	92
¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES REALMENTE MOTIVADOS A CAMBIAR SU VIDA TRAS UN INGRESO RECIENTE? .....	93
MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES: SIGUE SIENDO UNA NECESIDAD SUBYACENTE DE LOS PROCESOS.....	94
HISTORIA CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA SANITARIA .....	95
¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES LOS EFECTOS SECUNDARIOS DERIVADOS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA DURANTE EL INGRESO? .....	96
BENEFICIOS DEL USO DE AASTRE EN OBSERVACION DE URGENCIAS .....	97
CÓMO LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PUEDEN AYUDAR A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y A LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS.....	98
GESTIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE AL CUIDADO DEL ACCESO VASCULAR EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.....	99
ANÁLISIS IMPACTO TRAS PONER EN MARCHA MECANISMO NOTIFICACIÓN INCIDENTES DE SEGURIDAD PENDIENTES DE GESTIÓN EN NOTIFICASP .....	100
ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....	101
¿PUEDEN LOS TEST DIAGNÓSTICOS ADQUIRIDOS EN CANALES NO SANITARIOS ALTERAR EL ABORDAJE CLÍNICO EN LAS CONSULTAS?.....	102
IMPLICACIONES DE LA VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	103
EVALUACIÓN CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE PERTUZUMAB-TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO .....	104
CLUSTER DE ENDOFTALMITIS TRAS INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE ANTI VEGF EN EL HU PONIENTE .....	105
DIFERENCIAS DE SEXO EN LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	106
PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CÓRDOBA MEDIANTE AMFE .....	107
UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVO AUTOMATIZADO DE MEZCLA PARA MÚLTIPLES INGREDIENTES EN LA PREPARACIÓN DE NTP .....	109
IMPLEMENTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: GANANCIA DE OPORTUNIDADES EN LA MEDICINA DE PRECISIÓN .....	110
RESULTADOS IMPLANTACIÓN FLEBITIS ZERO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO PONIENTE 2021 A 2023: PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA Y SEGURIDAD.....	111

## Humanización

PRESENTACIÓN DE MODELO PARA OPTIMIZACIÓN DE EQUIPOS Y LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE LA MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL.....	112
HUMANIZACIÓN EN UNIDAD ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.....	113
OPINIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS SOBRE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA .....	114
ADECUACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA MIXTO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN .	115
HUMANIZANDO EL ÁREA MATERNO-INFANTIL DEL HUPR: PROYECTOS EN MARCHA Y COMPROMISO CONTINUO .....	116
LA CALIDAD PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE "HOTEL" HOSPITALARIO .....	117
HUMANIZANDO A TRAVÉS DEL SILENCIO: TurnoSAS EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	118
¿CÓMO PERCIBEN NUESTROS NUEVOS RESIDENTES LA HUMANIZACIÓN? .....	120
EUTANASIA. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	121
NUNCA EL TIEMPO ES PERDIDO. CREANDO CULTURA DE HUMANIZACIÓN .....	122
ESCUCHANDO A LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LA PERSPECTIVA DE LAS RECLAMACIONES HOSPITALARIAS.....	123
CARTA A NUESTRA ENFERMERA REFERENTE .....	124
LA RELAJACIÓN EN LAS AULAS COMO HERRAMIENTA PARA AFRONTAR SITUACIONES DIFÍCILES .....	125
RECHAZO A TRATAMIENTO EN PACIENTE CON ELA, ACEPTACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES TRATAMIENTO COMPASIVO AL FINAL DE LA VIDA .....	126
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS PROFESIONALES DE UN COMITÉ DE BIOÉTICA: ESTUDIO EXPLORATORIO CUALITATIVO .....	128
LA COMUNICACIÓN COMO PILAR FUNDAMENTAL EN LA HUMANIZACIÓN SANITARIA. MEJORANDO HABILIDADES .....	129
¿SE MEJORÓ IMPLANTANDO LAS MODIFICACIONES EN EL PROCESO DE MUERTE DIGNA? .....	130

## Competencias y Desarrollo de Profesionales

MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA.....	131
EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA PILOTO: ESTANCIA FORMATIVA DE LOS MIR DE FAMILIA EN LAS CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA .....	132
PAPEL DE LA MATRONA EN LA PLANTA DE OBSTETRICIA: SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN RECIBIDA .....	133
TABAQUISMO Y PROFESIONALES SANITARIOS ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LAS NUEVAS FORMAS DE CONSUMO? .....	134
DESCRIPCIÓN DEL PERFIL COMPETENCIAL DEL ENFERMERO DEL BOX DE EMERGENCIAS: ITINERARIO PARA NUEVAS INCORPORACIONES.....	135
OPTIMIZACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS: UN ESTUDIO EN UN HOSPITAL DE REGIONAL DE TERCER NIVEL .....	136
METODOLOGÍA DE LA CALIDAD. HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LAS UNIDADES ASISTENCIALES .....	137
EFFECTIVIDAD DE UNA CODIFICACIÓN SISTEMATIZADA PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	139
LA CALIDAD EN LAS UNIDADES DE FORMACIÓN COMO ÚNICO CAMINO PARA EL CRECIMIENTO PROFESIONAL .....	140
FORMANDO LÍDERES. DESARROLLO COMPETENCIAL DE ENFERMERAS GESTORAS.....	141
ACTIVIDAD FORMATIVA SOBRE DERECHOS Y SERVICIOS PARA LA CIUDADANÍA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.....	143
PERSPECTIVA ENFERMERA ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA PARA GARANTIZAR UNA MUERTE DIGNA....	144

OPTIMIZACIÓN DE LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN UNA ESTRATEGIA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA YA IMPLEMENTADA .....	145
--	-----

## **Accreditación - Certificación**

PLAN DE MEJORA SOBRE EL ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (PS) EN EL HUT .....	146
ACREDITACIÓN DE UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA COMO CENTRO COMPROMETIDO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO .....	148
TRANSFORMANDO LOS CUIDADOS: IMPLANTACION DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO CANDIDATO A LA EXCELENCIA EN CUIDADOS .....	149
IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CALIDAD COMO MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA.....	150
LA ACREDITACIÓN COMO CENTRO COMPROMETIDO CONTRA LA VG COMO EXPERIENCIA DE VALOR PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DIOS Y SUS USUARIOS.....	151
EL TRABAJO TRAS LA ACREDITACIÓN DE CENTRO COMPROMETIDO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: IMPORTANTE AVANCE EN CALIDAD .....	153
BeItIA: NUEVO SERVICIO ORIENTADO A PROPORCIONAR SOPORTE, ASESORAMIENTO E IMPULSO EN CALIDAD A ESQUEMAS DE CERTIFICACIÓN .....	155

## **Eficiencia y Gobernanza**

EVALUACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DE LOS REGISTROS DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA.....	156
EFICIENCIA EN LA REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN UBRIQUE POR ENFERMERÍA .....	157
APLICACION DE PROCEDIMIENTOS NO ASISTENCIALES EN UN HOSPITAL DEPENDIENTE DE OTRO DE 3 NIVEL CON GESTIÓN DE CALIDAD .....	158
EL PAPEL DE LA EVIDENCIA EN EL USO EFICIENTE DE RECURSOS MATERIALES SANITARIOS.....	159
PALIVIZUMAB: ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y COSTE ASOCIADO A PROTOCOLO DE USO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	160
EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS COMO MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: ACTIVIDAD DE UNA COMISIÓN PERMANENTE HOSPITALARIA.....	161
PROCEDIMIENTOS LLEVADOS A CABO EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE.....	162
ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA DIAGNÓSTICA DE UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL FRENTE A UN ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA .....	163
CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA TRAS REVISIÓN DE CASOS ENTRE MÉDICOS DE URGENCIAS, INTERNISTAS E INTELIGENCIA ARTIFICIAL .....	164
OBJETIVOS Y RESULTADOS DE LA COMISIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO BAJO UN NUEVO ENFOQUE.....	165
SITUACIÓN ACTUAL DE LAS UNIDADES DE CALIDAD EN ANDALUCÍA.....	166
PROTOCOLOS DE IMAGEN CON TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA PARA NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: UN MODELO DE CONSENSO ENTRE RADIOLOGOS EN LA REGIÓN DE ANDALUCÍA .....	167
UNIFICACIÓN DEL CATÁLOGO DE MATERIAL DE CUIDADO DE HERIDAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ. APORTANDO CALIDAD A LA UNIFICACIÓN EN LOS CUIDADOS .....	168
ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LAS CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA .....	169
EFICIENCIA EN ALTAS CLÍNICAS DE OFTALMOLOGÍA DE PACIENTES DE PRIMARIA EN CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN (ARPAP) vs CONSULTAS NORMALES .....	171
INFORMACIÓN MENSUAL SOBRE EVOLUCIÓN DEL ACUERDO DE CONSUMO DE CADA UNIDAD. TRANSPARENCIA Y ASESORAMIENTO.....	172

PROCESO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS DATOS QUIRÚRGICOS.....	173
LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN COMO ESTRATEGIA DE CAMBIO: HERRAMIENTA "SHERISH", ALGO MÁS QUE UN CUADRO DE MANDO.....	174
OPTIMIZACIÓN EN LA GESTION DE VACUNAS EN EL DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA.....	175



# COMUNICACIONES PREMIADAS

## AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS: UNA VIDA MEJOR ES POSIBLE

**Autores:** RUIZ ROMERO MV, PEREIRA DELGADO C, GÓMEZ HERNÁNDEZ MB, PORRÚA DEL SAZ A, MARTÍNEZ MONROBÉ MB, LÓPEZ TARRIDA AC

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Dolor, Efectividad, Evaluación de resultados, Participación

### Objetivos

Según el Barómetro del Dolor crónico (DC) en España, el 25,9% de la población tiene DC, a pesar de los fármacos empleados y de la alta tecnología. Actualmente se recomienda un enfoque integral, interdisciplinar, con terapias farmacológicas y no farmacológicas (TnoF), otorgando un papel protagonista a los pacientes en la mejora de su propia salud. Objetivo del estudio: evaluar la efectividad de un taller que integra distintas TnoF (relajación, meditación, control mental, coaching) en el control del DC no oncológico a corto y medio plazo.

### Materiales y métodos

Estudio cuasiexperimental antes-después con seguimiento a los 3 meses, midiendo: dolor, bienestar, calidad de vida, autoestima, resiliencia, ansiedad y depresión. Se evalúan los resultados aportados por los pacientes (PROMs) a través de un cuestionario ad hoc que valora el impacto del taller en el manejo del dolor y de los fármacos, en la mejora de hábitos y en el estado de ánimo. Se evalúa el impacto en recursos comparando las visitas a urgencias y consultas programadas, 4 meses antes del taller y 4 meses después; y el consumo de fármacos y la situación laboral que tenían tras 4-6 meses de haber finalizado los talleres.

### Resultados

Finalizaron el taller 142 pacientes; 131 (92,3%) eran mujeres, mediana de edad: 56,0. Disminuyeron: dolor (escala 0-10) (6,0 de mediana vs 4,0 al finalizar el taller; 5,0 a los 3 meses); ansiedad (12,9 vs 10,4; 8,8) y depresión (12,3 vs 7,23; 6,47), (escalas 0-21). Aumentaron: bienestar (escala 0-10) (4,0 vs 6,0; 4,0); calidad de vida (escala 0-1) (0,418 vs 0,580; 0,536); percepción del estado de salud (escala 0-100) (47,5 vs 60,0; 60,0); autoestima (escala 9-36) (24,1 vs 27,5; 26,7); resiliencia (escala 6-30) (14,8 vs 17,4; 18,6). PROMs: Lo realizaron 136 pacientes al finalizar el taller y 79 a los 3 meses. Disminuyeron el dolor con las técnicas 104 (76,5%) al finalizar el taller y 66 (83,5%) a los 3 meses; disminuyeron la medicación 96 (76,2%) y 60 (78,9%) respectivamente; mejoraron sus hábitos 112 (88,2%) y 69 (90,8%); y aumentó el estado de ánimo alegre (38; 27,9% y 25; 31,3%) y normal (68; 50,0% y 34; 42,5%). Hubo 40 pacientes que redujeron las visitas a urgencias, 56 las mantuvieron y 12 aumentaron; 40 disminuyeron las consultas programadas, las mantuvieron 21 y aumentaron 15; 44 disminuyeron el número total de fármacos, 21 no modificaron y 15 aumentaron.

Satisfacción global: 9,8 sobre 10 y múltiples agradecimientos de los pacientes.

### Discusión y Conclusiones

Este formato de taller dirigido al DC no oncológico y basado exclusivamente en TnoF es poco común.

Ofrece una atención integral y holística. No tiene efectos secundarios. El paciente aprende a controlar y mitigar su dolor, pero, además, se le facilita apoyo emocional, que mejora su bienestar, calidad de vida, autoestima y afrontamiento de la enfermedad, haciéndole plenamente partícipe en su autocuidado. Los efectos se mantienen tras 3-6 meses. El taller es aplicable al sistema sanitario público y privado y solo precisa formar al equipo de profesionales.

## NECESIDADES DE FORMACIÓN ESPECÍFICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DE TRAUMATOLOGÍA DEL H.U.P.M

**Autores:** VÁZQUEZ MARTÍNEZ I, SANTOS PACHECO T, PRIETO ALMAGRO I

**Palabras clave:** Hospital, Lavado de Manos, Lista de verificación, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

Identificar las necesidades de formación sentidas por las profesionales y sus responsables.

### Materiales y métodos

El grupo de trabajo exploró y analizó la información mediante la elaboración de un cuestionario ad hoc, realizado a todas las enfermeras del Bloque quirúrgico de Traumatología del H.U.P.M. La información que se pretendía recoger estaba dirigida a:

- Experiencia profesional como enfermera quirúrgica y específica en quirófanos de Traumatología.
- Conocimientos en medidas básicas de seguridad y manejo de equipamiento potencialmente peligroso para el paciente.
- Nivel de conocimientos sobre las 13 técnicas quirúrgicas más habituales en el área quirúrgica de Traumatología H.U.P.M.

### Resultados

- La gran mayoría de las enfermeras que actualmente trabajan en el bloque quirúrgico de Traumatología del HUPM tienen más de 10 años de experiencia en el ámbito quirúrgico. La experiencia en el área específica quirúrgica de Traumatología previa a trabajar en esta área del HUPM sigue siendo mayoritaria ya que un 72% dice tener experiencia previa en quirófanos de Traumatología en otros centros.
- El 100% de los profesionales del área conocen el Listado de Verificación Quirúrgica, pero casi un 40% de los encuestados manifiestan conocer solo parcialmente como se debe cumplimentar correctamente.
- Las medidas generales de asepsia quirúrgica eran conocidas por un 84% de los profesionales antes de su llegada al área quirúrgica de Traumatología del HUPM.
- En cuanto al manejo de equipamiento que puede suponer un mayor riesgo para el paciente, el 61% manifiesta que conocía el uso del electrobisturí y las medidas de seguridad para el paciente referentes a su utilización.
- El uso y manejo de motores de Traumatología de corte y fresado/brocado en el quirófano habían recibido formación y conocían su manejo, previa a su llegada al área de quirúrgica de Traumatología del HUPM el 72% de los encuestado.
- De las 13 técnicas quirúrgicas propuestas en el cuestionario, como las más habituales en el área quirúrgica de Traumatología del HUPM, el 72% manifiesta tener conocimientos específicos sobre todas ellas. El 16% manifiesta tener conocimientos específicos sobre al menos 8 de las técnicas quirúrgicas propuestas, y el 12% dice tener conocimientos específicos sobre solo 2 de ellas.

### Discusión y Conclusiones

Se han detectado carencias formativas en los profesionales que forma parte de esta área de forma habitual, a los que, de forma general, se les supone mejor formados por el simple hecho de ejercer en una determinada área asistencial.

La adquisición de los conocimientos específicos en el área quirúrgica del HUPM, ha sido la transmisión de unos profesionales a otros, sin entrar a valorar si estos conocimientos están basados en evidencias científicas. La falta de protocolos o la obsolescencia de estos favorecen esta práctica.

La falta de especialización de la Enfermería en España en estas áreas de práctica profesional, pueden hacer aumentar los riesgos de seguridad para los pacientes y la aparición de eventos adversos.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA CLIENTES INTERNOS. RELACIÓN INTERSERVICIOS EN UN HOSPITAL

**Autores:** CRUZ SALGADO O, BARROSO GUTIÉRREZ C, CASASOLA LUNA N, ROMÁN FUENTES M, GARCÍA GÓMEZ LC, SEGURA SÁNCHEZ C

**Palabras clave:** Evaluación de resultados, Gestión clínica, Gestión de la calidad, Gestión de personas, Satisfacción

### Objetivos

Conocer y exponer la satisfacción interna entre Unidades hospitalarias, los llamados "clientes internos" para crear un tejido conectivo fuerte en la relación que las distintas especialidades tienen entre sí y poder así focalizar en mejorar aquellos aspectos que se manifiestan como debilidades

### Materiales y métodos

Se seleccionaron una serie de especialidades diana sobre las que otros servicios del hospital iban a opinar. Se creó la tabla de participantes, cerrando quienes eran los encuestados a través de un cuestionario telemático.

Los ítems sondeados en una valoración de sí/no y 1- 5 fueron:

1. El tiempo de respuesta; 2. La resolución/facilidad para resolver el motivo de consulta; 3. El trato del personal de la Unidad; 4. Es fácil contactar con los profesionales; 5. Los horarios; 6. Identificados los teléfonos según el área con el que quiera contactar; 7. La gestión de trámites con la Unidad es ágil; 8. Los cauces y trámites para relacionarse con la Unidad son conocidos; 9. Colabora en la elaboración, implantación de guías clínicas y protocolos; 10. El contenido de los informes y documentos son emitidos de manera clara y comprensible; 11. Participación de los profesionales en Comisiones Hospitalarias y/o otros Grupos de Trabajo; 12. La fiabilidad que le aportan los resultados emitidos; 13. La calidad de los informes emitidos; 14. La adecuación de la cartera de servicios y tecnologías a la demanda de las unidades asistenciales; 15. El tiempo de emisión de informes; 16. La capacidad de respuesta de peticiones urgentes; 17. El circuito de recepción de muestras y/o solicitudes; 18. La disponibilidad y difusión de Guías de Práctica Clínica en relación a procedimientos más frecuentes; 19. El uso de protocolos de actuación consensuados; 20. El plan de actuación ante resultados no esperados; 21. Respuesta de los profesionales de la Unidad ante una propuesta de colaboración en estudios de investigación; 22. Valor de 1(mínimo) a 5 (máximo) su nivel de Satisfacción global.

### Resultados

En una transferencia de escala de 1-10, el promedio de la satisfacción de las Unidades fue de un 7,22.

Las valoraciones se movieron desde el 5,08 (servicio con un amplio margen de mejora) y el 8,46.

Si bien los resultados de cada unidad deben analizarse de forma individual se constató una debilidad transversal en los ítems 19-20-21.

### Discusión y Conclusiones

- Una adecuada relación y comunicación entre especialidades favorece entornos más seguros, efectivos y resolutivos.
- Continuar con esta sistemática de satisfacción dirigida hacia y por los propios servicios sondeando sobre todos los servicios va a permitir tener un mapa global del hospital que permitirá a las direcciones asistenciales conocer el clima laboral y su interrelación.
- El Hospital no es una estructura física, rígida y compartimentalizada, sino orgánica y viva, las organizaciones deben sondear sobre su forma de interrelacionarse entre ellos y esto es fundamental para una mejor gestión del mismo.

# COMUNICACIONES POR ÁREAS TEMÁTICAS

## ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL ÍNDICE DE CUMPLIMENTACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

**Autores:** CRUZ SALGADO O, ROMÁN FUENTES M, CASASOLA LUNA N, BARROSO GUTIÉRREZ C, GÓMEZ JEMES L, HERRERÍAS ESTEBAN JM

**Palabras clave:** Derechos del paciente, Gestión de la calidad, Participación, Satisfacción, Sistemas de Información

### Objetivos

En la actualidad el paciente es mucho más participativo y la “calidad percibida” es un factor fundamental, elemento clave de calidad en la atención sanitaria. Se estima necesario crear un sistema ágil que pueda mejorar la tasa de cumplimentación de las encuestas de satisfacción.

### Materiales y métodos

Los formularios nos arrojan resultados de indicadores clave en la percepción de la calidad percibida en el Hospital, los cuales ya tuvieron un salto cualitativo importante en 2021 al pasar del formato papel a la digital (enlaces y qr para dispositivos móviles) pero la tasa de respuesta era baja para poder considerarlo representativo.

En 2022, a partir de agosto, se introdujo la vía de envío de SMS a las “altas hospitalarias” invitándoles a rellenar la encuesta, incrementándose el nº de cuestionarios cumplimentados.

El sistema original se basaba en la identificación y extracción de pacientes de la base de datos réplica de Estación Clínica mediante aplicación desarrollada por Equipo Provincial TIC de Sevilla.

Los datos extraídos se procesaban y enviaban por parte de un tercero por SMS, con un coste por mensaje de céntimos de Euro. No obstante, se sectorizaba una muestra debido al coste considerando por tanto solo algunos días de la semana.

Recientemente desde septiembre se ha abandonado la fórmula anterior, y se está trabajando con la herramienta corporativa AVISAS.

Se han trasladado los criterios de identificación de pacientes y programado el envío de SMS a través de dicha plataforma corporativa, incluyendo ahora el envío de SMS a través de plataforma corporativa.

Una gran ventaja del sistema actual (avisas), es que los mensajes se envían automáticamente a las 24h del alta del paciente, sin necesidad de que intervenga nadie en el proceso y que, al tener un coste menor (10 veces menor) se puede enviar a todos los pacientes dados de alta.

Esto va a permitir también incorporar en el circuito a los pacientes atendidos en Consultas Externas en los próximos meses.

### Resultados

El índice de cumplimentación ha ido mejorando de forma exponencial pasando de 679 en 2020 (encuesta en papel ) a 1.512 en 2021, en la que se implantaron digitalmente y finalmente 3.706 fruto de la implantación de la vía de envío de sms con el enlace a las encuestas de hospitalización. Así como también la muestra de Unidades sondeadas, pasando de 13 en 2020 a 40 (totalidad de las Unidades Asistenciales en 2022)

No obstante, se detectan áreas de mejora:

Media de envío de SMS enviados cada semana fue de 553 y la media de cumplimentación fue de 50, lo que quiere decir que muestra una tasa de éxito del 9%.

### Discusión y Conclusiones

Se ha generado un cambio de alto impacto en el procedimiento de recepción y gestión de la satisfacción de los usuarios atendidos y su potencial para explorar la calidad de atención.

Incrementar exponencialmente el número de cuestionarios cumplimentados y la participación de las Unidades en las muestras, así como continuar con la medición de estos indicadores va a posibilitar el estudio de tendencias.

## ANÁLISIS DEL NPS EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS

**Autores:** CASASOLA LUNA N, ROMÁN FUENTES M, BARROSO GUTIÉRREZ C, CRUZ SALGADO O, CÁRCAMO BAENA J, SEGURA SÁNCHEZ C

**Palabras clave:** Efectividad, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Gestión de la Información, Satisfacción

### Objetivos

Presentar los resultados de un estudio detallado sobre el cálculo y análisis del Net Promoter Score (NPS) en el contexto de las consultas externas hospitalarias.

Proporcionar una comprensión más profunda de cómo esta ratio de satisfacción puede ser aplicada en el ámbito de la atención sanitaria, y cómo puede contribuir a mejorar la calidad de los servicios prestados.

### Materiales y métodos

Se siguió un enfoque metodológico que involucró las siguientes etapas:

Recopilación de Datos: Se recolectaron datos de satisfacción de pacientes atendidos en consultas externas durante en el año 2022 de las encuestas telemáticas.

Cálculo del NPS: Se utilizó la metodología estándar para calcular el NPS. Los pacientes fueron clasificados en tres categorías: Promotores, Pasivos y Detractores, en función de sus respuestas a la pregunta clave: ¿Cómo considera usted su satisfacción global con la atención recibida? valorada de 1 a10. El NPS se calculó restando el porcentaje de Detractores del porcentaje de Promotores.

Análisis, Segmentación y Comparación: Los datos se segmentaron según diferentes variables demográficas para identificar posibles patrones y diferencias en la satisfacción del paciente (edad, sexo y tipo de encuestado)

### Resultados

A. NPS General: • Promotores: 71,69% • Detractores: 9,67% • NPS 62,02%

B. Segmentación por Edad:

Entre 15-29 años: 279 (18,15%) • Promotores: (puntuación 9-10) 207 (74,2%) • Detractores (puntuación <6): 25 (8,9%) • NPS 65,3%

Entre 30-45 años: 518 (33,70%) • Promotores: 360 (69,50%) • Detractores: 53 (10,23%) • NPS: 59,27%

Entre 46-65 años: 579 (37,67%) • Promotores: 422 (72,88%) • Detractores: 62 (10,71%) • NPS: 62,17%

Más de 65 años: 161 (10,61%) • Promotores: 113 (70,19%) • Detractores: 9 (5,59%) • NPS 64,6%

C. Segmentación por sexo

Femenino: 919 (59,64%) • Promotores: 666 (72,47%) • Detractores: 81 (8,81%) • NPS: 63,66%

Masculino: 561 (36,40%) • Promotores: 398 (70,94%) • Detractores: 60 (10,69%) • NPS: 60,25%

D. Segmentación por tipo de encuestado

Total Acompañantes: 405 • Promotores 268 (66,17%) • Detractores 55 (13,58%) • NPS 52,59

Total Pacientes 1.139 • Promotores: 834 (73,22%) • Detractores: 94 (8,25%) • NPS 64,97%

### Discusión y Conclusiones

Es esencial escuchar activamente a los pacientes, comprender sus necesidades para ofrecer una atención sanitaria. La transformación de la experiencia del paciente pivota alrededor de acercarse al mismo y de medir.

La utilidad del NPS es una herramienta efectiva para medir la satisfacción en el contexto de las consultas externas hospitalarias. Si no medimos corremos el riesgo de estar haciendo algo mal o no haciendo algo que deberíamos.

La segmentación de datos por edad y otras variables puede ayudar a adaptar las estrategias de mejora de la satisfacción a grupos específicos de pacientes.

## SATISFACCIÓN ANTE LA EXPERIENCIA Y VIVENCIA DEL PARTO ATENDIENDO A LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

**Autores:** SILVA MUÑOZ G, SÁNCHEZ GUERRERO JA, MARTÍNEZ RUIZ F

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

### Objetivos

Conocer cómo se vive la experiencia del proceso de parto y puerperio en relación con la atención recibida en mujeres que dan a luz en el Hospital Universitario Punta Europa de Algeciras según su procedencia cultural.

### Materiales y métodos

Se realiza un estudio descriptivo, exploratorio y transversal a mujeres cristianas o musulmanas que han dado a luz a término en el Hospital Punta de Europa de Algeciras desde el 01/01/2021 al 30/04/2021, que el parto haya transcurrido con normalidad y que los recién nacidos hayan nacido sanos.

Conseguimos una muestra de 242 mujeres de las cuales 176 son cristianas y 66 musulmanas.

La recogida de datos se realiza a través de un cuestionario sociodemográfico, otro sobre preguntas de embarazo y parto y por último uno de satisfacción del parto de Mackey "childbirth satisfaction rating scale" (MCSRS).

Se realiza un análisis descriptivo, bivariante y multivariante.

### Resultados

La satisfacción general con la experiencia de parto puntuó de forma más elevada en el grupo de las mujeres cristianas que en el de las musulmanas, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios de satisfacción en el expulsivo, satisfacción con el obstetra y percepción del dolor durante el parto.

El grupo de las cristianas obtuvo puntuaciones más altas en estos tres dominios en comparación con el grupo de las musulmanas. Las incidencias de lactancia al nacimiento son superiores en el grupo de las musulmanas en comparación con el grupo de las cristianas.

### Discusión y Conclusiones

En discordancia con nuestro estudio

- Handelzalts, J. y su equipo (2017); Concluyeron que en los partos instrumentados y cesáreas urgentes, la satisfacción de las mujeres era menor que aquellas que no fueron sometidas a una intervención de urgencia.
- Luque-Fernández, M. y su equipo (2005); Afirman que las mujeres musulmanas son más exageradas a la hora de expresar su dolor en el parto

En concordancia con nuestro estudio

- Chavez-Díaz, E. y su equipo (2017); Concluyeron que las mujeres que estuvieron acompañadas durante el proceso de parto tuvieron niveles de satisfacción mayores respecto a las que no lo estuvieron.
- Luque-Fernández, M. y su equipo (2005); Muchas de las mujeres musulmanas son reticentes a la analgesia epidural debido a la falta de conocimientos.

### CONCLUSIONES

- Las mujeres cristianas percibieron el proceso de parto como una experiencia más dolorosa que las mujeres musulmanas. Por este motivo las cristianas hicieron más uso de métodos para alivio del dolor, siendo el nivel de satisfacción en el periodo expulsivo más alto en este grupo de mujeres.
- Las mujeres musulmanas dan el pecho en una proporción 2,5 veces más que las mujeres cristianas.
- Las mujeres cristianas tuvieron una puntuación total del test con niveles similares, pero algo superiores respecto al grupo de las musulmanas.



## EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS MULTICOMPONENTES CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL DOLOR CRÓNICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Autores:** RUIZ ROMERO MV, LOBATO PARRA E, PORRÚA DEL SAZ A, MARTÍNEZ MONROBÉ MB, GÓMEZ HERNÁNDEZ MB, PEREIRA DELGADO C

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Dolor, Manejo de Atención al Paciente, Percepción del paciente, Problemas de salud

### Objetivos

El dolor crónico constituye un problema de salud pública a nivel mundial que padece el 20% de la población. Los abordajes farmacológicos resultan insuficientes por lo que actualmente se propone un abordaje multi-terapéutico que incluya también terapias no farmacológicas (terapias psicológicas, relajación, meditación, ejercicio físico). El objetivo de este estudio fue revisar la evidencia científica existente sobre el efecto de los programas multicomponentes con terapias no farmacológicas en personas con dolor crónico no oncológico.

### Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda de artículos científicos en tres bases de datos (PubMed, Web of Science y PsycINFO) y se seleccionaron 17 artículos, siguiendo las recomendaciones PRISMA. Pregunta PICO (población, intervención, comparación y desenlace): ¿Cuál es la efectividad de los programas multicomponentes de terapias no farmacológicas en pacientes adultos con dolor crónico no oncológico, tras comparar medidas antes-después de la intervención, en comparación o no a otros tratamientos habituales, en cuanto al manejo del dolor y la calidad de vida? Se seleccionaron los publicados de enero 2013 a marzo 2023, en castellano y/o inglés.

### Resultados

Los pacientes que participaron en estos programas fueron mayoritariamente mujeres, de 18 a 80 años, que trabajaban o estaban de baja laboral por dolor, con estudios de secundaria o inferiores y casadas. Los dolores más frecuentes fueron de tipo musculoesquelético, principalmente lumbalgia.

Todos los estudios abordaban la efectividad de 2 o más terapias destacando las terapias psicológicas, el ejercicio físico y la relajación. Se obtuvieron resultados positivos en la disminución de distintas variables como el dolor, la catastrofización del mismo, la ansiedad y la depresión, además de mejorar la funcionalidad y la calidad de vida. Aunque hubo gran heterogeneidad tanto en las intervenciones, como en los métodos de evaluación utilizados y en los propios resultados obtenidos.

### Discusión y Conclusiones

Los resultados sugieren que, en la mayoría de los estudios, encuentran mejoría significativas con el programa en relación al dolor, a la funcionalidad, al estado de ánimo, o respecto a otros resultados como la calidad de vida, o el sueño. Los programas multicomponentes arrojan resultados positivos en el abordaje del dolor crónico, por lo que deben incorporarse como tratamiento terapéutico habitual.

## ¿NOS ESTAMOS ENTENDIENDO BIEN CON NUESTROS PACIENTES?

**Autores:** LUBIÁN ESPLUGUES JI, JIMÉNEZ MÉNDEZ C, PANERA DE LA MANO JA, TEY AGUILERA MJ, SILVANO GARCÍA E, VÁZQUEZ GARCÍA R

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Gestión de la Información, Manejo de Atención al Paciente, Percepción del paciente, Procesos asistenciales

### Objetivos

La comunicación es un aspecto importante de la profesión médica. La comunicación médico-paciente tiene efecto en la salud y el bienestar de los pacientes, así como en la calidad de la atención médica. Entre los diferentes propósitos de la comunicación médico-paciente se encuentra el intercambio de información. En este intercambio, el paciente tiene la necesidad de conocer y entender sobre su enfermedad y su tratamiento. Esta información debe ser transmitida de forma eficiente. No obstante, existen pocos trabajos que valoren la calidad de la información recibida por el paciente en el ámbito de la Cardiología.

### Materiales y métodos

Se interrogó mediante un cuestionario autorrellenable entregado a 45 pacientes ingresados por cualquier motivo en nuestro centro en el servicio de Cardiología. La participación fue voluntaria y el reclutamiento fue consecutivo. Se analizaron características demográficas, clínicas y se exploró el grado de información del paciente previo al alta, interrogando específicamente sobre las dudas que tuviera acerca de su enfermedad, causa, tratamiento y pronóstico.

### Resultados

Se incluyeron 45 pacientes, 46% mujeres. La edad media fue  $63 \pm 18$  años. El 46% tenían antecedentes de hipertensión arterial, el 33% de dislipemia y el 33% eran diabéticos. La mayoría de los pacientes 60% no tenían antecedentes de cardiopatía previa. El motivo de ingreso más frecuente fue la cardiopatía isquémica (53%). El 42% contaban con estudios primarios exclusivamente.

En el momento del alta hospitalaria, un tercio de los pacientes (33.3%) seguían teniendo dudas sobre su enfermedad actual, los factores causales de ésta y su pronóstico. Un 24.4% de los pacientes persistían con dudas sobre los riesgos derivados del tratamiento o intervenciones realizadas. Un 28.9% de los pacientes presentaban dudas sobre el tratamiento prescrito al alta.

### Discusión y Conclusiones

Tras el ingreso, el paciente sigue teniendo dudas acerca de su proceso médico en hasta un tercio de los pacientes. Es necesario desarrollar estrategias y formación específica que permita mejorar el intercambio de la información que proporcionamos a los pacientes durante el ingreso.

## METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE MEDICIÓN CONTINUA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN NUESTRO HOSPITAL

**Autores:** FERNÁNDEZ GÓMEZ MA, LLAMAS PORRAS S, DELGADO MORENO S, FUENTES CEBADA L, GARCÍA JUÁREZ MR, QUINTERO OTERO S

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Derechos del paciente, Gestión de la calidad, Indicadores, Participación

### Objetivos

Poner en marcha un sistema de medición continua del grado de satisfacción de los pacientes basado en encuestas de satisfacción al alta enviadas por mensajería móvil.

### Materiales y métodos

Periodo de implantación de 1 año con diferentes fases: 1. Análisis de situación del hospital al respecto; 2. Presentación del proyecto por parte de la unidad de calidad a gerencia, dirección médica, económica, de enfermería, servicio de atención a la ciudadanía e informática; 3. Aprobación del proyecto; 4. Puesta en marcha: diseño de encuestas y nivel de desagregación deseado mediante metodología cualitativa con grupos focales para cada tipo de encuesta (hospitalización y cirugía mayor ambulatoria); 4. Implantación progresiva del programa a lo largo de 2023. La participación en las encuestas fue totalmente anónima y gratuita para la ciudadanía, recogándose únicamente como variables demográficas el sexo y la edad de los pacientes.

### Resultados

Las encuestas se componían de 15 preguntas divididas en bloques conceptuales que permitieron conocer el grado de satisfacción del paciente con la información recibida durante su hospitalización, el trato recibido por cada perfil de profesional, la invitación recibida a participar en su propio cuidado, la satisfacción con los servicios de apoyo del hospital (hostelería, lencería, limpieza, etc.), con la confortabilidad y el grado de humanización de nuestra asistencia sanitaria. La implantación de las encuestas no sólo ofreció resultados cuantitativos si no también cualitativos al contener una pregunta de respuesta libre de 150 caracteres. A lo largo de 2023 y hasta el momento actual se han enviado un total de 12955 encuestas de satisfacción al alta (a los 9 meses de su implantación), y 477 encuestas en los casos de cirugía mayor ambulatoria (a los 1,5 meses de implantación). El grado de participación en ambos casos ha sido elevado, del 31% en las encuestas de satisfacción al alta y del 29% en las enviadas tras un proceso de CMA.

### Discusión y Conclusiones

Los sistemas de medición continua de la satisfacción de los pacientes constituyen una herramienta fundamental dentro del programa de mejora continua de la calidad (PMC) de nuestro hospital. El proceso de implantación se ha basado en el ciclo Deming (PDCA), y actualmente estamos trabajando para implantar dos tipos más de encuestas: área de urgencias y de consultas de nuestros hospitales.

## CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Autores:** FERNÁNDEZ GÓMEZ MA, LLAMAS PORRAS S, FUENTES CEBADA L, GARCÍA JUÁREZ MR, DELGADO MORENO S, QUINTERO OTERO S

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cultura organizacional, Gestión clínica, Gestión de la calidad, Satisfacción

### Objetivos

Analizar el resultado de introducir un sistema de medición continua de la calidad percibida por los pacientes ingresados en nuestro centro

### Materiales y métodos

Análisis observacional descriptivo de encuestas enviadas al alta por SMS a pacientes ingresados (todas las causas) entre enero y septiembre de 2023. Preguntas de opción múltiple, en su mayoría, y en formato tipo figuras representativas del nivel satisfacción (caritas). Información recogida: hospital, UGC y control de enfermería; información, trato y amabilidad recibida; implicación a paciente/familia en la participación de su cuidado; confortabilidad, horario de visitas y acompañamiento, servicio de hostelería; y seguridad percibida durante el ingreso. Se incluyó una pregunta de respuesta con texto libre (150 caracteres). Se emplearon valores absolutos y porcentajes para expresar los resultados según convenga. El análisis de datos se ha realizado con el paquete estadístico spss v15.

### Resultados

En nuestros centros sanitarios se produjeron un total de 15778 hospitalizaciones (14438 en uno y 1340 en otro), y se enviaron un total de 13304 encuestas (12364 y 940 en otro). El 97% de los participantes correspondió a pacientes ingresados en el centro 1, principalmente en las UGC de cardiología, cirugía general y obstetricia-ginecología (11,4%; 8,9% y 8,4% de participación respectivamente). Neumología, hematología, paliativos y dermatología fueron las UGC con menor participación. Más del 50% de los encuestados expresaron la necesidad de realizar mejoras en la información proporcionada sobre su proceso: antes, durante el ingreso y al alta: si bien el mayor porcentaje se acumuló en mejoras durante la hospitalización). El 75% se mostró muy satisfecho con el trato y la amabilidad recibida. Más del 60% fue de los participantes afirmó que el personal de enfermería se interesó por aspectos relacionados con su cuidado, y más del 50% confirmó haber recibido la invitación de sus familiares en ello. El 58% refirió encontrarse totalmente de acuerdo con el horario de visitas y acompañamiento establecido en el hospital; y sólo el 6,8 % refirió encontrarse en total o muy desacuerdo al respecto. El 40,5% refirió algunos de los aspectos valorados con la calidad de la comida, principalmente con la variedad. El 75,6% de los pacientes refirió sentirse seguro durante su asistencia sanitaria. Hasta el 72% de los participantes expresó la necesidad de mejorar la confortabilidad sobre todo en la comodidad (26,2%) e intimidad (23,8%) de las habitaciones.

### Discusión y Conclusiones

Medir el grado de satisfacción de los pacientes permite detectar puntos débiles de la asistencia sanitaria y que pueden ser susceptibles de mejora. Los resultados obtenidos de estas intervenciones deben acompañarse de un plan de mejora de las deficiencias detectadas.

## NET PROMOTER SCORE (NPS): MEDIDA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE NUESTRO HOSPITAL

**Autores:** FERNÁNDEZ GÓMEZ MA, LÓPEZ LOZANO E, DELGADO MORENO S, QUINTERO OTERO S

**Palabras clave:** Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Participación, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

El Net Promoter Score (NPS) es una métrica que mide la satisfacción del usuario respecto a un servicio y el grado en que lo recomendaría a un conocido/familiar. El objetivo de este trabajo es analizar el NPS de nuestro centro hospitalario y su posición en comparación con otros centros que utilicen este mismo indicador.

### Materiales y métodos

Entre enero y septiembre de 2023 se enviaron por sms encuestas de satisfacción a los pacientes ingresados en nuestros hospitales a las 24 horas del alta hospitalaria. Éstas, incluían la pregunta "¿con qué probabilidad nos recomendaría a un familiar/amigo?", con opción de respuesta del del 1 al 10, la cual permite obtener el NPS y categorizar a los participantes en: promotores (puntuaciones de 9 y 10), pasivos (puntuaciones de 7 y 8) y detractores (puntuaciones de 0 a 6). La puntuación final del NPS de la siguiente fórmula:  $(\text{número puntuaciones promotores} - \text{número total encuestados}) / (\text{número puntuaciones detractores} - \text{número total encuestados})$ . Un NPS superior a 0 sería un buen resultado; puntuaciones superiores a 30 indican que hay mas usuarios satisfechos que descontentos. Se realiza análisis observacional descriptivo del NPS para el hospital en general, para cada uno de los dos centros que lo componen y para cada una de sus unidades clínicas de hospitalización. Se comparan nuestros resultados con los de hospitales del resto del país que utilizan este mismo sistema de medida del grado de satisfacción de sus pacientes.

### Resultados

Se obtuvo un NPS global para el hospital cercano a la excelencia (61%); con un 70% de usuarios promotores; 20,7% de pasivos y sólo un 9,4% de detractores. Segmentando por centro, en el centro 1 se obtuvieron resultados muy similares a los anteriores; y en el centro 2, se obtuvo un NPS del 74%, con casi un 80% de promotores y únicamente un 3,2 % de detractores. El NPS global del hospital (61%) lo sitúa por encima del valor medio del NPS (45%) del resto de 203 centros sanitarios nacionales que utilizan este indicador. Nuestro NPS supera también al NPS medio de centros sanitarios de características parecidas al nuestro (más de 500 camas; NPS de 61 frente a 45). Dentro de Andalucía nuestro NPS fue casi el doble del NPS medio de los 36 hospitales andaluces participantes (61 vs 39).

### Discusión y Conclusiones

Conocer el NPS es una valiosa fuente de información para los centros sanitarios, ya que los datos recopilados ayudan a conocer el grado de recomendación que los usuarios realizan de nuestro centro pues es bien sabido que las personas tienen una creencia muy fuerte en experiencias anteriores de sus amigos/familiares. Además, un resultado malo del NPS permite detectar deficiencias y poder corregirlas, base del ciclo de PDCA de la mejora continua en calidad asistencial.

## OPTIMIZANDO LA CALIDAD PERCIBIDA: ADAPTACIÓN DE UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN UN CENTRO SANITARIO

**Autores:** CERVERA BARAJAS A, ECHÁVARRI GONZÁLEZ R, SÁNCHEZ JIMÉNEZ MT, MORENO ORTEGA M, LÓPEZ SOTO A

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Gestión de la calidad, Hospital, Satisfacción

### Objetivos

Modificar el modelo de encuesta de satisfacción hospitalaria en un hospital de tercer nivel mediante un estudio piloto.

### Materiales y métodos

Fase I: revisión bibliográfica de distintos modelos de encuestas de satisfacción de pacientes ingresados en hospitales. Análisis de la encuesta utilizada en nuestro centro hospitalario.

Fase II. Elaboración/actualización de nueva encuesta. Se analiza la temática de cada pregunta comparando con la revisión bibliográfica realizada y teniendo en cuenta los criterios que son necesarios para la acreditación de las Unidades de Gestión Clínica. Con todo ello, se confecciona una propuesta de encuesta nueva de satisfacción.

Fase III. Pretest y pilotaje. Con la nueva encuesta se realiza un pretest entre personas con diversa edad y nivel educativo con la intención de valorar el grado de comprensibilidad de la encuesta. Para ello, tras leer las preguntas y respuestas se les realiza las siguientes cuestiones: ¿Ha entendido la pregunta? ¿Qué modificaría? ¿Ha entendido la respuesta? ¿Qué modificaría?

Tras los ajustes necesarios detectados se realiza un pilotaje en una UGC para probar si la encuesta es cumplimentada de manera efectiva o se perciben dificultades no detectadas con anterioridad.

### Resultados

La nueva encuesta consta de 15 preguntas más un cuadro de diálogo abierto donde se invita a expresar cualquier información adicional. Las preguntas se relacionan con la atención recibida, la información otorgada, la satisfacción con el trato recibido, la identificación, la privacidad y seguridad, el manejo del dolor y la disponibilidad de los profesionales.

En el pretest de valoración del grado de comprensibilidad de la encuesta destaca que la mayoría de las preguntas han sido evaluadas como comprensibles y no se aportaban ni sugerían cambios. Ninguna recibe la valoración de "muy mala, ni mala".

En el pilotaje en la UGC las preguntas son respondidas en su totalidad sin observarse abandono durante una pregunta en concreto, ni señalar en el cuadro abierto ningún aspecto relacionado con esto.

### Discusión y Conclusiones

Las encuestas de satisfacción son fundamentales para poder incorporar la opinión de los ciudadanos en la mejora de los servicios. No hay duda acerca de que para poder mejorar los servicios las personas usuarias deben ser escuchadas y tenidas en consideración. Resulta imprescindible que los medios por los que se capta la información de las personas usuarias sean accesibles, de fácil lectura, ágiles y que no supongan sensación de pérdida de tiempo. Buscando poder operativizar la recogida de información se ha reducido el número de preguntas de las encuestas, hecho que disminuye el tiempo necesario invertir en su cumplimentación; se ha simplificado la redacción y el lenguaje, facilitando su comprensión.

Para nosotros, es absolutamente necesario disponer de una encuesta de satisfacción que resulte atractiva para el encuestado, que no conlleve un tiempo de cumplimentación demasiado excesivo y que garantice su comprensión por parte de la población a la que va dirigida.

## GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES DE PRIMARIA EN CONSULTAS OFTALMOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN (ARPAP) vs CONSULTAS NORMALES

**Autores:** BENÍTEZ-DEL-CASTILLO SÁNCHEZ J, VILLALBA CONDE M, FERNÁNDEZ-PRADA ROMERO I, FERNÁNDEZ TRONCOSO D, GARCÍA ÍÑIGUEZ M, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Evaluación de resultados, Hospital, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

Comparar el grado de satisfacción de los pacientes remitidos desde atención primaria (PAPs) a la UGC de Oftalmología atendidos en régimen de consulta de alta resolución, con la asistencia de un optometrista (ARPAP), frente a un régimen normal de consultas sólo con oftalmólogo.

### Materiales y métodos

Preguntas por escrito a pacientes atendidos por primera vez en consultas externas de Oftalmología a los que se le pide rellenar el modelo de encuesta de satisfacción utilizado en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para consultas externas, realizada en colaboración con el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA/CSIC). Se han analizado 7 parámetros que se han valorado con una puntuación entre 1 y 5, correspondiéndose la puntuación de 1, cuando está muy insatisfecho o muy mal y la puntuación de 5, con el muy satisfecho o muy bien. Para su análisis porcentual se han tenido en cuenta los valores 4 y 5 (satisfecho y muy satisfecho), sobre el total de las respuestas, como valoración positiva. Comparación de muestras independientes con U de Mann-Whitney y porcentajes con Chi cuadrado. P significativa si  $<0.05$ .

### Resultados

81 pacientes atendidos en consultas ARPAP con optometrista y 105 pacientes atendidos en consultas normales sólo con oftalmólogo (primeros 6 meses del año 2023). Menor tiempo de espera para ser atendido (E10) con diferencia estadísticamente significativa en consultas ARPAP frente a consultas normales ( $p=0.02$ ) y mayor porcentaje pacientes satisfechos respecto al menor tiempo de espera, aunque sin diferencia estadísticamente significativa, en consultas ARPAP frente a normales ( $p=0.12$ ).

Mayor satisfacción en la información recibida (E12) con diferencia estadísticamente significativa en consultas ARPAP frente a consultas normales ( $p=0.01$ ) y mayor porcentaje pacientes satisfechos respecto a la información recibida, aunque sin diferencia estadísticamente significativa, en consultas ARPAP frente a normales ( $p=0.11$ ). Mayor valoración satisfacción global (E5) con diferencia estadísticamente significativa en consultas ARPAP frente a normales ( $p=0.008$ ) y mayor porcentaje de pacientes satisfechos respecto a la satisfacción global, estadísticamente significativo, en consultas ARPAP (92,4%) frente a normales (98,8%) ( $p=0.04$ ).

### Discusión y Conclusiones

Según respuestas derivadas de las entrevistas de valor analizadas, la atención a los pacientes derivados de Primaria en consultas ARPAP (con optometrista) proporciona a éstos una mayor satisfacción global, estadísticamente significativa, frente a la atención en consultas normales sólo con oftalmólogo.

## DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA RECOGER Y EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL CLIENTE DE UNA UNIDAD DE CALIDAD

**Autores:** GIL HERNÁNDEZ SM, DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC, JIMÉNEZ YEPES J, MORENO CABALLERO R, MESA BLANCO P

**Palabras clave:** Efectividad, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Percepción de los profesionales, Satisfacción

### Objetivos

Como método de mejora de la gestión interna de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Reina Sofía surge la necesidad de crear un feed-back con el cliente en cuanto a resultado y satisfacción del cliente, cuyo propósito final es identificar las fortalezas y debilidades, y con ello mejorar la calidad del servicio. Así los objetivos de este trabajo son: elaborar un instrumento para evaluar la calidad percibida de los servicios prestados desde el punto de vista del cliente interno de una Unidad de Calidad como método de mejora de la calidad. Promover un plan de evaluación periódica del nivel de satisfacción del usuario interno de la Unidad de Calidad y la implementación de acciones para la mejora continua de la calidad de esta Unidad.

### Materiales y métodos

Estudio psicométrico, de tipo observacional y descriptivo.

Se definieron claramente los objetivos del estudio, y se realizó una revisión de la literatura de cuestionarios empleados para evaluar la satisfacción de los usuarios tanto en ámbito sanitario como en otras empresas. Posteriormente se identificaron las dimensiones a estudiar y los ítems o indicadores que eran relevantes para una Unidad de calidad. De esta manera se diseñó un cuestionario al que se le realizó una prueba piloto y posteriormente un análisis y validación de los datos.

### Resultados

Tras sucesivas depuraciones se obtuvo un cuestionario breve, con 36 ítems en 5 dimensiones, cuya aplicación dura de 3-4 minutos, en el que se enfocó combinando métodos cuantitativo y cualitativo, permitiendo el desarrollo de propuestas de mejora. El cuestionario mostró un índice de consistencia interna (alfa de Chronbach) de 0,966.

### Discusión y Conclusiones

Se ha obtenido un cuestionario válido y fiable en cuanto consistencia interna, y sensible para detectar diferencias en las diversas dimensiones de satisfacción en una Unidad de Calidad, donde hasta el momento no existen cuestionarios específicos ni validados. Es de fácil aplicación, breve, de bajo coste y de gran utilidad al poner de manifiesto las fortalezas y debilidades del servicio prestado. Su utilización permite el desarrollo de propuestas de mejora teniendo en consideración la opinión de los clientes.



## ESTUDIO PILOTO DE UNA HERRAMIENTA (3Q) DISEÑADA PARA VALORAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL CLIENTE INTERNO DE UNA UNIDAD DE CALIDAD

**Autores:** GIL HERNÁNDEZ SM, JIMÉNEZ YEPES J, DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC, MESA BLANCO P, MORENO CABALLERO R

**Palabras clave:** Efectividad, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Percepción de los profesionales, Satisfacción

### Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la validez, efectividad y la idoneidad de una herramienta diseñada para medir la percepción de los clientes con respecto a la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS).

### Materiales y métodos

Se administró el cuestionario a los clientes internos de una Unidad de Calidad de HURS, el cual utilizó un enfoque mixto que incluyó un análisis cuantitativo y cualitativo. Se recopilaron los datos sobre las respuestas de los participantes y se analizaron y validaron con posterioridad.

### Resultados

El estudio piloto del 3Q demostró ser válido y confiable para evaluar la calidad del servicio. Se destacaron temas clave que los clientes consideran importantes al evaluar la calidad del servicio.

### Discusión y Conclusiones

Tras el estudio piloto se ha demostrado la utilidad del cuestionario de satisfacción en la evaluación de una Unidad de Calidad demostrando ser una herramienta válida y fiable. Los resultados obtenidos, se utilizarán para mejorar y perfeccionar el cuestionario antes de su implementación. La retroalimentación de los participantes en el estudio piloto ha sido esencial para afianzar que esta herramienta garantice y capture de manera efectiva la percepción de los clientes de una Unidad de Calidad.

## EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE

**Autores:** JULIÁ ILLESCAS MA

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Organización y administración, Percepción del paciente, Servicios de salud

### Objetivos

Determinar la aportación del personal administrativo en la calidad de la atención recibida por parte de los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios públicos de Andalucía.

### Materiales y métodos

Revisión bibliográfica y legislativa.

Se analiza la cartera de servicios de 36 Unidades de Gestión Clínica mediante un estudio descriptivo de los mismos.

Comunicación continua con otros profesionales especializados.

### Resultados

El personal administrativo desempeña un papel crucial en la calidad percibida del paciente en un entorno de atención médica. Aunque su trabajo no está directamente relacionado con la prestación de servicios clínicos, su contribución es fundamental para garantizar una experiencia positiva para los pacientes. Las formas en las que el personal administrativo puede influir en la calidad percibida del paciente:

1. Eficiencia operativa
2. Comunicación clara
3. Gestión de quejas y preocupaciones
4. Gestión de datos y registros
5. Coordinación y seguimiento

### Discusión y Conclusiones

El personal administrativo no solo mantiene en funcionamiento la maquinaria administrativa de una instalación de atención médica, sino que también influye directamente en la experiencia general del paciente. Su contribución eficiente y efectiva ayuda a mejorar la calidad percibida del paciente y contribuye a una atención médica de alta calidad y centrada en el paciente.

## PLAN DE MEJORA SOBRE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) A CONSULTA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (COT)

**Autores:** CARO CABELLO AI, DÍAZ CORTÉS MM

**Palabras clave:** Análisis Costo-Beneficio, Atención Primaria, Gestión de la calidad, Hospital, Procesos asistenciales

### Objetivos

General

Diseñar un plan de mejora sobre el proceso de derivación desde Atención Primaria (AP) a consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), del HUT que garantice los tiempos de respuesta, mejore la atención en las Consultas Externas (CCEE), reduzca la Lista de Espera (LE), pudiendo cumplir con los tiempos para una primera respuesta asistencial, y evitar el desplazamiento al hospital, por parte del paciente.

### Materiales y métodos

- Constituir un grupo de trabajo con representantes de todas las partes implicadas, definir los objetivos y el plan de trabajo. Metodología: Panel de expertos.
- Análisis del proceso de derivación actual. Metodología: Consenso de expertos mediante la técnica de grupo nominal.
- Identificación de problemas, causas y oportunidades de mejora. Metodología: Elaboración de un Diagrama de Ishikawa mediante la técnica de "tormenta de ideas" o "brainstorming"
- Identificación y priorización de mejoras. Metodología: Lluvia de ideas dirigida y Matriz de priorización.

### Resultados

Una vez identificadas las causas del problema y priorizadas las áreas de mejora en relación a las categorías identificadas, se procedió a diseñar el plan de mejora sobre los cambios que debían incorporarse a los diferentes procesos de la organización. Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, permitiría llevar el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas, siguiendo el Ciclo de Mejora Continua.

El procedimiento de Teleconsulta quedó finalmente estructurado de la siguiente forma siguiendo formato Procedimiento Operativo Estandarizado (POE):

- Introducción
- Definiciones
- Propósito y/u Objetivos
- Alcance/ámbito de aplicación
- Desarrollo del procedimiento
- Responsable del procedimiento
- Bibliografía de interés
- Anexos

### Discusión y Conclusiones

Diferentes estudios han demostrado las múltiples ventajas de la Teleconsulta, entre otras, su capacidad para reducir listas de espera, consiguiendo a su vez una priorización de la patología urgente o de la tumoral, el acceso a una atención especializada con un menor coste, o permitir el acceso a la atención especializada a pacientes con dificultades de comunicación geográficas.

Podemos concluir que el sistema de Teleconsulta es una herramienta útil, que permite una rápida respuesta a un alto porcentaje de consultas, ayudando a evitar derivaciones innecesarias.

Además de mejorar la accesibilidad a un diagnóstico por parte de un especialista, permite priorizar a los pacientes con patología más urgente.

Finalmente, constituye un sistema que permite una formación constante de los médicos de AP, con un aumento progresivo en su capacidad de resolución. Es importante dirigir los esfuerzos en mejorar la formación en Teleconsulta, junto a la provisión de un buen equipo que permita llevar a cabo el proceso y que contribuya a la mejora de la Calidad Asistencial.

## IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA CICAHEH EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

**Autores:** DE IRIGOYEN DÍAZ A, ONETO ROMERO RM, CABEZA DE IRIGOYEN A, RECIO BULPE N

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Continuidad de la atención, Gestión clínica, Gestión de la calidad

### Objetivos

En el año 2021 EL Distrito Sanitario presenta el Plan de Comunicación de Incidencias de Centros de Atención Primaria Hospitalaria (CICAHEH). Se trata de un sistema de registro que permite recopilar, analizar, y gestionar las mejoras de las diversas incidencias que se producen en las interacciones de Atención Primaria y Hospitalaria. Estas son aportadas por los facultativos de los centros de Salud a través de una Herramienta accesible desde el entorno Diraya. En nuestra Unidad iniciamos su implantación y transcurridos dos años vamos a evaluar la satisfacción de los profesionales sobre su uso, analizar el número de incidencias comunicadas desde su implantación, identificar los Servicios Hospitalarios a los que se dirigen los profesionales y conocer las causas que lo motiva.

### Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo de las comunicaciones realizadas desde la Unidad a los servicios Hospitalarios en el año 2022 y primer semestre del 2023.

Se ha elaborado un check list en el que se registra la actividad realizada, se incluyen ítems de claves médicas y servicios distribuidos por meses y años. Se realiza cálculo de porcentaje del número de incidencias a los servicios hospitalarios, se analizan los informes emitidos y realiza encuesta a los profesionales sobre su uso, satisfacción, resolución y servicio al que dirigen mayoritariamente las incidencias.

### Resultados

El uso de la herramienta se inicia en 2022 con 42 informes emitidos por el 66 % de los profesionales. Las incidencias comunicadas a Servicios son: Reumatología un 60%, Neurología un 50%, un 40% en digestivo y traumatología; oftalmología y radiología en un 30% y un 20% Endocrino, Urología, Neumología, Cirugía Ortopédica, Hematología y Dermatología. El feed back en la resolución de las incidencias es mínimo.

En el primer semestre del año 2023 se han generado 28 comunicaciones con un uso de un 28%. Los resultados son: Neurología 50%, 40% ORL, y con un 30% traumatología y alergia.

En la auditoría realizada a las comunicaciones de incidencias en los años 2022 y 2023 se observa que entre los principales motivos son en un 45,7% la Gestión de cita de revisión en procesos no resueltos; gestión de citas para recogida de resultados 14,20%, 20 % la gestión de interconsultas, 17,14% prescripción de fármacos, no tributarias 2,8%.

En relación a la encuesta el 73% la han utilizado, al 66,7 % le es resolutiva y están satisfechos con su uso.

### Discusión y Conclusiones

La auditoría de la comunicación de incidencias muestra que desde su implantación el feed back en su resolución es mínimo. Progresivamente se va interiorizando en la práctica profesional como medio de comunicación con los servicios hospitalarios. Esta herramienta pone de manifiesto que puede mejorarse el feed back, para ello, sería deseable la creación de una comisión de seguimiento AP/AH en donde se debatan las áreas de mejora y realicen estrategias periódicas de refuerzo sobre su manejo y tipo de información a aportar para asegurar un uso correcto de la misma.

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN EL MUNDO REAL DE 15 AÑOS DE TRATAMIENTO ADYUVANTE CON TRASTUZUMAB EN EL CÁNCER DE MAMA PRECOZ

**Autores:** LLUCH-GÓMEZ J, NÚÑEZ-ÁLVAREZ V, DE LA TORRE HITTA C, BERNAL-GÓMEZ M, BENÍTEZ-RODRÍGUEZ E, BAENA-CAÑADA JM

**Palabras clave:** Efectividad, Efectos de medicamentos, Evaluación de resultados, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

La adición del trastuzumab a la quimioterapia adyuvante en el cáncer de mama de tipo HER2 reduce la recurrencia y mortalidad, por lo que desde 2006 es la terapia estándar. El objetivo del estudio fue analizar los resultados en salud en la población del mundo real.

### Materiales y métodos

Estudio observacional, retrospectivo con medicamentos, de mujeres con cáncer de mama infiltrante de tipo HER2, en estadios I-III, tratadas con trastuzumab adyuvante en los últimos 15 años. Se realizó análisis de supervivencia según número de ciclos y cardiotoxicidad.

### Resultados

De 1.479 pacientes tratadas entre enero de 2006 y diciembre de 2020, 275 eran de tipo HER2 (20.15%) y recibieron trastuzumab adyuvante (75%) o neoadyuvante (25%), concomitante con la quimioterapia (90%) o secuencial a ella (10%).

Con mediana de seguimiento de 72 meses (4-194), 49 pacientes (17.90%) han presentado eventos, 25 (9.16%) metástasis y 26 (9.52%) muertes. La probabilidad de supervivencia global (SG), libre de enfermedad (SLE) e intervalo libre de metástasis (ILM) a los 5 años fue 0.93 (IC 95% 0.89-0.96), 0.88 (IC 95% 0.83-0.92) y 0.92 (IC 95% 0.89-0.96). En las tratadas con trastuzumab neoadyuvante se consiguió 55.50% de respuesta patológica completa en mama y 72.22% en axila.

El número de casos con disminución significativa de la fracción de eyección ventricular y de insuficiencia cardíaca fue 54 (19,64%) y 12 (4,36%), respectivamente. Sesenta y ocho pacientes (24,70%) recibieron 16 ciclos o menos, especialmente aquellas mayores de 65 años (OR 0,371, IC 95% 0,152-0,903;  $p=0,029$ ) y con cardiotoxicidad (OR 15,02, IC 95% 7,437-30,335;  $p<0,001$ ). El riesgo de cardiotoxicidad se asoció con haber recibido radioterapia (OR 0,0362, IC 95% 0,139-0,938;  $p=0,037$ ).

La hipertensión arterial (HR 0,361, IC 95% 0,151-0,863,  $p=0,022$ ), el tratamiento neoadyuvante (HR 0,314, IC 95% 0,132-0,750,  $p=0,009$ ) y la cardiotoxicidad (HR 2,755, IC 95% 1,235-6,143,  $p=0,013$ ) mantuvieron una asociación significativa con la SG. Sólo el tratamiento neoadyuvante mantuvo una asociación significativa con la SLE (HR 0,437, IC 95% 0,213-0,899,  $p=0,024$ ).

### Discusión y Conclusiones

La eficacia del trastuzumab neo y adyuvante puede considerarse comparable a la de los ensayos clínicos. En el mundo real, se deben tener en cuenta factores como la edad, la hipertensión, la radioterapia, el tratamiento neoadyuvante y la cardiotoxicidad para optimizar los resultados.

## HISTORIA REPRODUCTIVA DE LA MUJER, SUBTIPO DE CÁNCER DE MAMA Y RESULTADOS EN SALUD DE SUPERVIVENCIA

**Autores:** BERNAL-GÓMEZ M, NÚÑEZ-ÁLVAREZ V, LLUCH-GÓMEZ J, DE LA TORRE HITTA C, BENÍTEZ-RODRÍGUEZ E, BAENA-CAÑADA JM

**Palabras clave:** Efectividad, Efectos de medicamentos, Evaluación de resultados, Hospital, Indicadores

### Objetivos

Los factores reproductivos influyen en el compartimiento epitelial mamario y en la expresión de receptores hormonales. Pueden influir en la progresión y en la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama. Hemos analizado la asociación de los factores reproductivos con el subtipo tumoral del cáncer de mama y con la supervivencia.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de mujeres premenopáusicas con cáncer de mama infiltrante, en estadios I-III, en los últimos 20 años. Se realizó una revisión de la historia reproductiva, se recogieron los datos clínicos y los tratamientos de las historias de salud.

### Resultados

En 661 mujeres premenopáusicas (32,40% de 1377 diagnosticadas de carcinoma de mama), la mediana de edad fue 47 años (19-53), de la menarquia fue 12 años (7-17), del primer parto fue 28 años (16-41) y de número de partos fue 2 (0-9). Fueron nulíparas 111 mujeres (18,20%). Sufrieron abortos 160 (26,20%). Emplearon la lactancia natural 359 (58,80%) con mediana de duración de 6 meses.

Consumieron anovulatorios 271 (44,40%), con mediana de 36 meses (1-396). La terapia hormonal previa como tratamiento de la infertilidad, fue confirmada en 29 mujeres (4,70%). En 8 (1,30%) el diagnóstico tuvo lugar durante la gestación.

Las mujeres con edad de la menarquia menor de 10 años tenían menos riesgo de carcinoma de mama de tipo luminal (OR 0,52, IC95% 0,28-0,94;  $p=0,03$ ). Las mujeres con edad de la menarquia mayor de 11 años tenían menos riesgo de carcinoma de mama de tipo HER2 (OR 0,50, IC95% 0,26-0,97;  $p=0,04$ ). Las mujeres con edad del primer parto por encima de 30 años presentaron menos riesgo de cáncer de mama de tipo triple negativo (OR 0,40, IC95% 0,17-0,93;  $p=0,03$ ).

La mediana de seguimiento fue 82 meses (1-247). La probabilidad de supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad e intervalo libre de metástasis a los 20 años fue 0,80 (IC 95% 0,71-0,90), 0,72 (IC 95% 0,64-0,79) y 0,79 (IC 95% 0,72-0,86). Las pacientes con uno o más partos presentaron mejor supervivencia global que las nulíparas (HR 0,51, IC 95% 0,27-0,96,  $p=0,04$ ).

### Discusión y Conclusiones

Los hallazgos sugieren que existe asociación entre la edad de la menarquia y del primer parto con el subtipo de cáncer de mama. La nuliparidad está asociada con peor supervivencia.

## CUADERNO DE MANDO TIPO “INFORME DIARIO” EN UN HOSPITAL COMARCAL

**Autores:** CASTELLANO ORTEGA MA, MARTÍNEZ LECHUGA MB, HORCAJADAS PÉREZ LA, TALAVERA RINCÓN J, RUIZ GORDO M, GARCÍA HERNÁNDEZ R

**Palabras clave:** Eficiencia, Gestión clínica, Gestión de la Información, Hospital, Indicadores

### Objetivos

Uno de los problemas más comunes al que se enfrentan los gestores clínicos hospitalarios diariamente es el poder tener disponible cierta información “ad hoc” o de las últimas 24 horas, que permita conocer cuál es la situación de ciertas áreas estratégicas del hospital cuando comienza la jornada para poder focalizar la toma de decisiones o gestionar y hacer seguimiento a determinados problemas.

En nuestro caso y dentro de un proyecto más amplio hemos diseñado un entorno denominado “Resumen/ Informe diario” (ID) que recoge y presenta determinada información estratégica que nos parece clave conocer antes de comenzar la jornada de trabajo.

Objetivos:

- Determinar la información clave que debe de aparecer en el ID.
- Elaborar un Cuaderno de Mando que presente esta información de forma ágil, gráfica y amigable.
- Determinar qué indicadores deben de ser a tiempo real o de resumen de las últimas 24 horas.

### Materiales y métodos

Constitución de Grupo de Trabajo formado por Dirección Médica, Responsables de atención a la ciudadanía y Dirección TIC en el que se han seguido los siguientes pasos:

- Determinación de las necesidades de información que deben de aparecer en el ID.
- Exploración de las bases de datos y propuesta de viabilidad por parte de Dirección TIC.
- Presentación de ID en pilotaje y validación de los datos.
- Puesta en producción del ID con acceso por perfiles.

### Resultados

Desde noviembre de 2022 disponemos de un Cuaderno de Mando que incluye el “Informe Diario”.

Este informe dispone de 3 apartados con información clave:

- Resumen de actividad Urgencias: aquí encontramos información de las últimas 24 horas sobre Urgencias atendidas (desagregando adultos y pediatría), Ingresos urgentes y pacientes ingresados en Observación (camas y sillones).
- Resumen de actividad Planta: aquí encontramos información de las últimas 24 horas sobre volumen de ingresos (programados y urgentes), y destino de los mismos, altas generadas (desagregando por especialidad), N.º de exitus, N.º de Aislamientos (VRS, Gripe, COVID, etc..) y resumen sobre situación COVID.
- Resumen de Ocupación: información sobre la ocupación de cada una de las plantas a tiempo real (desagregando por planta o por especialidad), con acceso a tablas e informes en las que disponemos de los días de estancia de cada uno de los pacientes, información clínica y situación de altas médicas. Esta información se puede explorar a tiempo real en 4 cortes diarios.

### Discusión y Conclusiones

El ID nos aporta una información valiosa sobre determinada actividad clave del hospital (actividad de urgencias y planta de las últimas 24 horas) y niveles de ocupación en diferentes momentos del día, que nos permite mejorar aspectos estratégicos como la gestión de camas y altas hospitalarias, planificar recursos humanos al poder monitorizar situaciones de presión asistencial o gestión de brotes epidémicos al tener identificados los aislamientos, entre otros aspectos.



## IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO AMBULATORIO EN UN HOSPITAL COMARCAL

**Autores:** CASTELLANO ORTEGA MA, MARTÍNEZ LECHUGA MB, TALAVERA RINCÓN J, GONZÁLEZ CARRERA V, TALAVERA MARTÍNEZ I, CONSTANTINO CHAHIN R

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Análisis Costo-Beneficio, Eficiencia, Gestión clínica, Hospital

### Objetivos

Una práctica frecuente en nuestro hospital consiste en el ingreso de pacientes con sospecha de patologías graves con el único fin de realizar las pruebas diagnósticas necesarias en el menor tiempo posible con el objetivo de obtener un diagnóstico rápido e iniciar un tratamiento precoz.

La implementación de una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) representa una alternativa asistencial dirigida al estudio diagnóstico de pacientes con sospecha de enfermedades potencialmente graves de manera ambulatoria, lo que nos permitiría realizar este tipo de asistencia ahorrando costes y estancias hospitalarias.

OBJETIVOS:

- Implementar una UDR, creando un circuito ambulatorio, independiente de la hospitalización, para el estudio y diagnóstico rápido de pacientes con sospecha de patologías potencialmente graves.
- Evaluar el impacto en costes y ahorro de estancias en nuestro hospital tras la implementación de la UDR.
- Evaluar el rendimiento diagnóstico de la UDR.

### Materiales y métodos

Revisión bibliográfica en PubMed, Scopus y Base Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas orientada a la búsqueda de la implementación de UDR, ahorro de costes y estancias generado por las mismas.

Análisis estadístico descriptivo de las estancias generadas por los pacientes ingresados en hospitalización durante el año 2022 con fines solo de diagnóstico rápido.

Análisis estadístico descriptivo del tiempo promedio hasta el diagnóstico de los pacientes incluidos para estudio en la UDR (febrero-agosto2023)

### Resultados

Durante el año 2022 se ingresaron en el hospital 92 pacientes como ingreso programado para realización de pruebas complementarias para diagnóstico rápido; generando 686 estancias hospitalarias con una estancia media de 7,46 días (5,79-9,13). La edad media de los pacientes 68,42 años (70,65% varones). El 36,9% de los pacientes fueron diagnosticados de neoplasia.

Desde febrero a agosto de 2023, periodo de implantación de la UDR, se han incluido 67 pacientes en el circuito con una edad media de 67,5 años (47,8% varones) con un tiempo medio desde el contacto inicial hasta el diagnóstico final de 9,18 días (7,39-12,13), dato muy similar a la bibliografía consultada. El 23,8% de los pacientes fueron diagnosticados de neoplasia.

Se estima que las estancias de hospitalización ahorradas durante el año 2023 sumarían un total de 499,82 estancias con un ahorro de costes fijos de hospitalización de entre 118.188/168.438 €, según la bibliografía consultada, lo que extrapolado al año 2022 habría supuesto un ahorro de entre 162.288/231.288 en € y 686 estancias.

### Discusión y Conclusiones

La UDR se posiciona como un circuito útil y eficaz para realizar las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico rápido de los pacientes con sospecha de patologías graves de forma ambulatoria, reduciendo costes y ahorrando estancias innecesarias, pudiendo considerarse como una estrategia de manejo alternativa a la atención hospitalaria convencional, en la que el paciente requiere ingreso hospitalario.

## CALIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES, ADAPTACIÓN DE LA COMISIÓN DE PROTOCOLOS DESDE LA PANDEMIA

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

**Palabras clave:** Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Gestión de la Información, Participación, Percepción de los profesionales

### Objetivos

Los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) son documentos fundamentales de cualquier sistema de gestión para estandarizar y normalizar un proceso. Describen de forma específica actividades y secuencia a realizar, quién, cómo, cuándo, dónde y con qué medios.

Para dotar a los documentos creados en el complejo Hospitalario Virgen de la Victoria de una estructura normalizada y actualizada, que garantice la calidad científica-técnica, hay que promover la visión de documento vivo que necesita ser revisado, fruto del consenso de expertos, basado en la mejor evidencia disponible.

Nuestro objetivo es dar a conocer la estrategia de adaptación de la comisión desde la pandemia y evaluar sus resultados.

### Materiales y métodos

Estudio observacional retrospectivo, donde se recoge los datos de la adaptación de la comisión de protocolos del HUVV desde la pandemia COVID-19 a la actualidad, se incluye la actividad realizada desde diciembre/2020 hasta junio/2023 y los resultados de una encuesta de calidad y satisfacción percibida dirigida a los responsables de las UGC.

Adaptación de la comisión a las nuevas necesidades:

- Paso de reunión presencial a virtual mediante ZOOM®.
- Reorganización de tareas asignadas (trabajo individual).
- Adaptación del sistema de revisión, pasando de los grupos a la revisión por pares.
- La revisión del material antiguo y valoración de necesidades de creación de nuevos documentos se incluye como objetivo de Acuerdo de Gestión Clínica 2022 en todas las unidades del complejo. En 2023 este objetivo se amplía incluyendo la necesidad de tener al menos un representante por unidad.
- Adaptación del circuito de validación y subida a la wiki del hospital.
- Evaluación a través de encuesta a responsables de las UGC.

### Resultados

Se han validado 156 PNT en estos 30 meses con una clara evolución al alza (gráfico 1), el 72% de nueva creación. El tiempo medio para su revisión y validación es de 3 meses, aunque en casos de necesidad (eventos centinelas) se ha reducido a dos semanas. Participan profesionales de 8 categorías. El número de miembros se mantiene entre 80-100 con una media de 3 profesionales por unidad.

Aunque la temática de la mayoría de PNT es propia de cada unidad (preparaciones, técnicas, organización...) el complejo HUVV cuenta con PNTs de uso general sobre seguridad, intimidad, violencia de género y agresiones a profesionales entre otros, elaborados por grupos multidisciplinares y multiespecialidades.

De los resultados de la encuesta (gráfico 2) destacar la mayor participación de unidades no asistenciales y la visión de compartir la documentación exclusivamente con la unidad propia en Caleta.

### Discusión y Conclusiones

La ACSA ha incluido en su nuevo manual un estándar obligatorio de gestión documental (indexación, actualización y accesibilidad) que respalda la necesidad detectada de crear cultura de gestión documental en nuestro complejo.

Como conclusión afirmar que la nueva estructura de la comisión permite optimizar el tiempo y esfuerzo consiguiendo los mejores resultados en los últimos años.

## CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA UNA MEJOR GESTIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES

**Autores:** CUARESMA GIRÁLDEZ M, MORENO CONDE J, SALAS FERNÁNDEZ S, CASASOLA LUNA N, CRUZ SALGADO O, MORENO CONDE A

**Palabras clave:** Efectividad, Eficiencia, Gestión clínica, Gestión de la calidad, Indicadores

### Objetivos

Gestionar y explotar cada vez más indicadores debido al incremento de los mismos, ha potenciado la necesidad de crear un sistema ágil e integrado que pueda arrojar resultados de los indicadores clave de rendimiento específicos para cada Unidad provenientes de distintas fuentes de datos hospitalarios.

Se plantea como objetivo principal crear una herramienta que de soporte a la gestión transversal de todos los indicadores presentes en los distintos sistemas de información y fuentes de datos y su accesibilidad a los profesionales que gestionan la Unidad.

### Materiales y métodos

El sistema, desarrollado por la Unidad de Innovación y en colaboración con la Unidad de Calidad, se ha desarrollado como una herramienta de recogida de datos estructurados relacionados con la asistencia en distintas áreas temáticas.

Tiene una adecuada accesibilidad, al alojarse en la intranet del hospital y donde aquellas personas autorizadas previamente logueándose de forma segura con sus credenciales, y permitiendo su trazabilidad, acceden a su cuadro de mando específico.

El cuadro de mandos se nutre tanto de fuentes de datos directas como indirectas, en estas últimas los datos son extraídos de otros sistemas como ocurre con la satisfacción, reclamaciones, indicadores de enfermería o seguridad. Cuando las fuentes indirectas no disponen de sistemas propios para obtenerlos, se solventa realizando auditorías, obteniendo así un resultado que se incorpora.

Agrupada en dimensiones el cuadro de mandos integral expone indicadores en relación a:

Satisfacción y Reclamaciones; Accesibilidad; Demanda quirúrgica; Pruebas Diagnósticas; Actividad en Urgencias; Información sobre Hospitalización y Consultas externas; Datos económicos; Seguridad; Enfermería y de Cuidados (Incluyendo indicadores de Prácticas Avanzadas); Calidad (Acreditaciones, Auditorías, etc; Comisiones Clínicas

### Resultados

El sistema permite realizar diferentes análisis parciales o totales de las variables o datos que se necesiten en cada momento de manera instantánea y personalizada, para llevar a cabo una gestión transversal y eficiente de todas las especialidades que integran la red de Unidades Hospitalarias.

El volcado de información para las fuentes directas es continuo y en tiempo real, para las indirectas dependerá de la periodicidad de extracción de los datos de los otros sistemas y posterior envío para su integración o elaboración de la auditoría correspondiente, no superando nunca el cuatrimestre.

### Discusión y Conclusiones

El acceso automatizado a todos los datos relevantes desde los sistemas, permite un análisis automático y continuo, lo cual favorece la toma de decisiones más ajustada a la realidad y permite reconducir acciones para la consecución de objetivos anuales planteados.

Continuar con la medición de estos indicadores va a posibilitar el estudio de tendencias de los mismos y su posterior análisis.

## CONSULTA Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL

**Autores:** SÁNCHEZ SÁNCHEZ E, GARCÍA GARCÍA A, VALENZUELA MATEOS ME, DÍAZ JIMÉNEZ J, SÁNCHEZ RELINQUE D

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Hospital, Problemas de salud, Procesos asistenciales, Servicios de salud

### Objetivos

El cáncer colorrectal tiene una alta prevalencia a nivel mundial. La desnutrición y el bajo rendimiento físico funcional pueden dar lugar a fragilidad y a la aparición de complicaciones posquirúrgicas, lo que afecta a su calidad de vida y aumenta los costes sociosanitarios. Se debe realizar una intervención nutricional a todos aquellos pacientes que presenten algún tipo de alteración nutricional o de rendimiento. Esta intervención debe ser precoz y realizada por personal con formación específica.

El objetivo del presente estudio es evaluar el papel de la consulta y seguimiento nutricional en el estado nutricional y la capacidad física funcional en pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal.

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio prospectivo en una cohorte única (pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal). Se usó la pérdida de peso y el Malnutrition Screening Tool (MST) para valorar el riesgo de desnutrición, el Short Performance Battery Test (SPPB) y la dinamometría para medir la capacidad física funcional. A todos los pacientes se le proporcionaron consejos dietéticos y a aquellos con riesgo de desnutrición se les pautaron suplementos nutricionales orales adaptados a sus necesidades energético-proteicas. Los datos fueron recogidos en la consulta previa a la cirugía colorrectal y a los 30 días tras la intervención.

### Resultados

Participaron 43 pacientes con una edad media de  $66.20 \pm 12.56$  años. En la visita previa a la cirugía el 51.16% no presentó pérdida de peso, siendo la pérdida superior al 10% en el 23,26%. Los resultados del MST mostraron que el 32.56% de los pacientes presentaron riesgo de desnutrición. El 16.28% de los sujetos presentaron un resultado en la dinamometría por debajo del p10, el 30.23% por debajo del p50 y el 53.49% por encima del p50. El desempeño en el SPPB mostró que el 4.65% de los participantes presentaron un desempeño muy bajo y bajo, el 37.21% un desempeño moderado y el 53.49% un desempeño alto. Este último resultado coincide con el resultado  $p > 50$  en la dinamometría.

Los resultados a los 30 días post-cirugía mostraron mejoría en el estado nutricional, siendo el % de pacientes con riesgo de desnutrición del 18,6% y la pérdida de peso superior al 10% del 4,65%, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en ambas ( $p > 0,05$ ). El 23,26% tenían un resultado en dinamometría  $p < 10$  y del 25,58%  $p < 50$ . El desempeño en SPPB empeoró ya que el 11,63% presentaron desempeño muy bajo, el 9,30% bajo, el 25,58% desempeño moderado y el 53,49% desempeño alto.

### Discusión y Conclusiones

Aunque la muestra no es representativa, los resultados muestran que una consulta y seguimiento nutricional mejora el estado nutricional de los pacientes, aunque no hay mejoría de su capacidad física funcional. Esto nos indica que se debe incorporar pautas de ejercicio físico individualizado en esta consulta y seguimiento nutricional, ya que podrían mejorar la capacidad funcional de los pacientes.

## AUTOMATIZACIÓN DEL PROCESO ELABORACIÓN ACUERDOS DE GESTIÓN DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL APLICANDO METODOLOGÍA LEAN

**Autores:** DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC, JIMÉNEZ YEPES J, MESA BLANCO P, MUÑOZ REQUENA JJ, GIL HERNÁNDEZ SM, ÁLVAREZ DE LARA SÁNCHEZ MA

**Palabras clave:** Efectividad, Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión clínica, Indicadores

### Objetivos

1. Estudiar la situación de partida para la elaboración de AGC: Gemba (análisis situación).
2. Analizar propuestas de mejora aplicando los principios Metodología Lean: Realizar AMFE, elaborar circuito de trabajo, automatizar proceso.
3. Comprobar la eficiencia del funcionamiento del circuito establecido, así como elaboración del Procedimiento Operativo Estandarizado (POE).

### Materiales y métodos

1. Análisis Gemba. Para esta revisión se constituyó un equipo multidisciplinar.
2. Utilizar herramientas ágiles: Diseño del mapa de flujo de valor (VSM), eliminando lo que no aporta valor, utilizando 5S, definir normas y códigos de colores y diseñar correo tipo para las UGCs y control de versiones, crear Kanban para controlar el flujo de trabajo, trabajar en paralelo. Reuniones cortas y periódicas (método Scrum)
3. Elaboración de listado de objetivos tanto comunes como específicos de cada Unidad de Gestión clínica (UGC). Se utilizaron las herramientas disponibles (Excell y Access).
4. Modificación de objetivos según propuesta de UGC y aprobación de Dirección Médica/Dirección Enfermería y elaboración documento final para firma.

### Resultados

Como resultado de este plan de mejora se ha simplificado bastante la mecanización de datos y la elaboración del Acuerdo final remitido a la UGC, reduciendo considerablemente el tiempo de elaboración y permitiendo así ajustarse a los plazos establecidos para envío.

Además, la automatización incluye numerosas mejoras:

- Unificación y normalización de criterios para todas las UGCs según su morfología (quirúrgica, médica, interniveles, transversal)
- Disponer de información actualizada
- Permitir análisis y comparación de datos
- Disminuir los errores y simplificar modificaciones
- Permitir importación y exportación de datos a otros sistemas (evaluación de acuerdos, acuerdos centralizados, documentos, etc)
- Disponer de un POE consensuado y probado por todos

### Discusión y Conclusiones

Se puede concluir que la metodología Lean mejora considerablemente el procedimiento ganando en eficacia, ahorrando tiempo y reduciendo considerablemente el número de errores. Permite la unificación de formatos y la estandarización y normalización de criterios principalmente en los objetivos comunes, simplifica las modificaciones y el control de cambios con el uso de herramientas de metodologías ágiles (Metodología lean): VSM (mapa de flujo o de valor), 5S (ordenar, poner en orden, limpiar, estandarizar, mantener), Kanban, Scrum, automatización y mejora continua. Como salida de todo el proceso obtenemos resultados definitivos en varios formatos (documento, hojas de cálculo, etc) para las distintas necesidades. A esto hay que añadir que se ha definido un procedimiento operativo (POE) que permite realizar todo el proceso y puede ser desempeñado por cualquier profesional de la Unidad.

## INTERVENCIÓN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL ABORDAJE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN DISTRITO SANITARIO

**Autores:** ROMÁN ROMERA I, SIERRA FERNÁNDEZ M, GARCÍA PALACIOS J, GARCÍA GIRALDO PT, GARCÍA PÉREZ S, MARTÍN RUBIO MI

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Efectividad, Gestión clínica, Organización y administración, Planificación Estratégica

### Objetivos

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, tanto por su incremento en los últimos años como por sus complicaciones y secuelas. Provocan una alta morbilidad, consumiendo importantes recursos materiales y humanos. Es necesario un cambio en el paradigma de su manejo, con perspectiva de Salud Pública y enfoque comunitario.

El objetivo es describir la metodología de implantación de una Intervención de Mejora de la Calidad (IMC) en el abordaje de las ITS en un Distrito Sanitario (DS) y los resultados de ésta.

### Materiales y métodos

La IMC tuvo comienzo en abril 2021. Los 2 elementos claves fueron establecer la principal puerta de entrada de las ITS en Atención Primaria (AP) y la realización de los estudios de contacto (EECC) por parte de Enfermería.

Previamente, se realizó un análisis de situación para conocer los recursos humanos y materiales, accesibilidad y circuitos de comunicación y derivación existentes. Posteriormente, se construyó una matriz DAFO, para diseñar las principales líneas estratégicas: 1) creación de un Equipo de Trabajo multidisciplinar e interniveles; 2) promoción del diagnóstico y tratamiento precoces; 3) realización de EECC y encuestas epidemiológicas por Enfermería; 4) implementación de medidas preventivas (vacunación VHB, VHA, VPH, Mpox y profilaxis pre-exposición al VIH); 5) formación de profesionales sanitarios; 6) realización de actividades de promoción de la salud; 7) investigación.

El Equipo de Trabajo estaba formado por Epidemiología, Enfermedades Infecciosas, AP, Microbiología, Farmacia y Medicina Preventiva. Se unificaron criterios diagnósticos-terapéuticos entre AP y Hospitalaria, mejorando el acceso en AP a pruebas de diagnóstico molecular, así como a ceftriaxona para el tratamiento de la gonococia. Se formó a Enfermería para la realización de los EECC.

Epidemiología se encargó de la coordinación, registro y análisis de la información generada. El seguimiento de casos y contactos se realizó por Epidemiología, AP y Enfermedades Infecciosas, según la complejidad de éstos. Se establecieron circuitos de comunicación y derivación para medidas preventivas.

### Resultados

Del 2019 al 2022, nuestro DS ha pasado del puesto vigésimo tercero al segundo con mayor incidencia de toda Andalucía (180,46 casos/100.000 habitantes). En los 2 últimos años, el incremento de diagnósticos de ITS ha sido del 275,8%, siendo AP en la actualidad el servicio que más declara casos (58%).

En el 2022, a través de los EECC se logró diagnosticar 187 casos secundarios, lo que supuso el 30,2% del total de ITS de ese año. El 61% de ellos eran asintomáticos.

### Discusión y Conclusiones

Se han establecido circuitos eficaces para el abordaje diagnóstico-terapéutico en todos los niveles asistenciales e identificado casos secundarios a través de los EECC, logrando interrumpir cadenas de transmisión, especialmente en asintomáticos. Además, se han instaurado medidas preventivas que tienen gran impacto en la salud colectiva.

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ANTIOTERAPIA DOMICILIARIA EN EL ÚLTIMO SEMESTRE

**Autores:** CORREA MATOS M, MARTÍN PERAL P, OROZCO CÓZAR MJ, ESCOBAR LLOMPART D

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Manejo de Atención al Paciente, Prescripciones de medicamentos, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes incluidos en el programa de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) desde marzo de 2023 - septiembre de 2023 de nuestro hospital.

### Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes incluidos en TADE desde marzo de 2023 a septiembre de 2023. Análisis de las variables (edad, sexo, unidad hospitalaria, foco infeccioso, aislamiento microbiológico, antibioterapia endovenosa, dosis, duración de tratamiento, acceso vascular y lugar de recambios de infusor) en el programa estadístico SPSS versión 21.0.

### Resultados

Se estudiaron 9 pacientes (55.6% varones y 44.4% mujeres), con una edad media de 63.33 años, de los cuales el 44.4% presentaban una edad comprendida entre 46 y 60 años. El 66.7% de los pacientes pertenecían a la unidad de Medicina Interna. Con respecto a la indicación de antibioterapia endovenosa, 3 casos fueron endocarditis infecciosas (33.3%), 2 colecciones intraabdominales postquirúrgicas (22.2%) y 2 osteomielitis crónicas (22.2%). En cuanto al microorganismo identificado, en el 33.3% de los casos se aisló una *Pseudomonas aeruginosa* (resto de microorganismos: *Abiotrophia defectiva*, *Klebsiella pneumoniae* BLEE, *Enterobacter cloacae* AmpC, *Proteus mirabilis*, *Streptococcus gallolyticus*, *Candida parapsilosis*). Con respecto al antibiótico endovenoso seleccionado, en 3 casos se optó por ceftriaxona (33.3%); en 2 por ceftazidima y ertapenem (22.2%); y en 1 caso por piperacilina/tazobactam y caspofungina (11.1%). La duración media de la antibioterapia endovenosa en el total de casos fue de 22.77 días (45-4). El acceso venoso seleccionado en el 66.7% de los casos fue la línea media, y el lugar de recambio del infusor fue el Hospital de Día de Medicina Interna en el 66.7% (33.3% en Atención Primaria).

### Discusión y Conclusiones

El programa TADE es una modalidad asistencial que permite el tratamiento de patologías infecciosas en el domicilio de los pacientes, donde se administran tratamientos antimicrobianos por vía intravenosa. Empleado para iniciar o completar tratamientos antibióticos de cualquier tipo de infección, siempre y cuando se realice una selección adecuada del paciente en base a criterios establecidos. En nuestro centro, constituye un pilar básico que ofrece calidad asistencial, disminuyendo efectos no deseados derivados de la hospitalización y reduciendo la presión asistencial. Para su ejecución es necesario que el paciente cumpla los criterios, y de un equipo multidisciplinar constituido por enfermería especializada, facultativo médico, farmacéutico, atención primaria, gestor de casos y hospital de día. En la muestra analizada, observamos que evita una media de 22.77 días (45-4) de hospitalización, con los recursos económicos y sociales que ello conlleva (ahorro en estancias hospitalarias, disminución de infecciones nosocomiales, mejora de calidad de vida de pacientes y familiares...).



## PLAN DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE INFORMACIÓN

**Autores:** JIMÉNEZ YEPES J, GIL HERNÁNDEZ SM, MORENO TEMPRADO J, MUÑOZ REQUENA JJ, DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC, MESA BLANCO P

**Palabras clave:** Efectividad, Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Gestión de la Información

### Objetivos

Se decide realizar un plan de mejora tras la incorporación de la unidad de información al servicio de calidad y documentación clínica, para realizar un exhaustivo análisis de la situación y así establecer todas las áreas susceptibles de mejora.

El propósito es contribuir a mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad de los servicios y recursos que se ofrecen, ayudando a identificar áreas problemáticas y proponer acciones concretas para abordarlas, desde el aporte de una unidad de información.

### Materiales y métodos

El primer paso ha sido crear un equipo de mejora, multidisciplinar.

Se decidió por consenso realizar un análisis DAFO.

La solución de un problema, y por lo tanto la superación de un área de mejora, comienza cuando se conoce la causa que lo originó. El equipo de mejora se reunió nuevamente para el análisis de causas, haciendo uso de la tormenta de ideas

Por último, se recogieron todos los problemas en un documento con el fin de priorizar las oportunidades de mejora a realizar, utilizando la técnica "La ordenación simple". El grupo decidió realizar la priorización en base a varios criterios decantándose al final por el criterio factibilidad del abordaje e importancia.

### Resultados

Los problemas detectados entre otros son, falta de registro de actividad, ausencia de mapa de procesos de la Unidad, carencia de procedimientos operativos estandarizados, falta de manual de acogida para la unidad, deficiente transferencia, falta de feedback del cliente interno, escasa visibilidad, cartera de servicios desconocida, déficit de formación específica, escaso nivel en investigación y producción científica.

Se establecen 5 objetivos ya priorizados siguiendo la metodología SMART;

1. Desarrollar y establecer una cartera de servicios completa y actualizada de la unidad de información.
2. Elaborar y mantener actualizado un mapa de procesos de la unidad de información del servicio de calidad y documentación clínica para mejorar la comprensión, eficiencia y alineación de las actividades
3. Diseño, implementación y posterior actualización de los procedimientos operativos estandarizados necesarios en la unidad de información.
4. Elaboración de un formato estructurado que permita capturar y organizar la información relevante sobre las actividades realizadas por la unidad de información del servicio de calidad y documentación clínica.
5. Realización de un manual de acogida para los profesionales que se incorporen a la unidad de información.

Para cada objetivo se establecen un mínimo de 5 acciones.

### Discusión y Conclusiones

Se puede concluir que realizar un plan de mejora es el mejor camino para ofrecer un servicio de calidad como definió Parasuraman, accesible, con capacidad de resolución, empático, fiable, tangible y con seguimiento a lo largo del tiempo.

Para su seguimiento se ha establecido un cronograma, señalando al responsable para cada acción. Y para su evaluación se han creado 9 indicadores.

Se han completado varias acciones de mejora y se ha comenzado a medir la voz del cliente, con algunos resultados.



## CREACIÓN DEL NUEVO ROL DEL ENFERMERO DE ACOGIDA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

**Autores:** LOSADA PARENTE A, BUSTAMANTE TORNEIRO L, GALLARDO GONZÁLEZ G, FERNÁNDEZ CABALLERO MA, RAMOS FARELO M

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, Efectividad, Evaluación de procesos, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente

### Objetivos

Definir el rol del enfermero de Acogida en el Área de Urgencias de un hospital de tercer nivel.

Mejorar los circuitos asistenciales en respuesta a las necesidades de la enfermera de acogida y de la población atendida en el Área de Urgencias Hospitalarias.

### Materiales y métodos

El programa propuesto va dirigido a todos los profesionales enfermeros de Urgencias, que periódicamente ocupan la posición estructural de el/la enfermero/a de acogida de los pacientes que se encuentran en espera de ser visitados. La metodología que se llevará a cabo para la creación e implantación del nuevo rol, se realizará mediante un estudio descriptivo observacional donde se contemplarán las funciones realizadas hasta el momento, con el propósito de establecer e implantar nuevos circuitos adecuados al nuevo rol.

Para ello se creará un grupo de trabajo multidisciplinar, con el propósito de definir un procedimiento normalizado de trabajo (PNT), donde se detallarán las nuevas funciones del profesional.

### Resultados

Mejorar la atención y manejo del paciente frágil en urgencias, elaborando modelos de atención especializados para el paciente frágil.

Diseñar e implementar tres circuitos asistenciales dentro del Área de Urgencias medicina, paciente autónomo (vertical), paciente no autónomo horizontal y frágil (NAFRA) y paciente no autónomo horizontal y no frágil (NANFRA).

Mejorar la eficiencia y el flujo para cada paciente optimizando los recursos.

Reducir tiempos de espera y tiempos de estancia en urgencias, especialmente para los pacientes verticales autónomos.

### Discusión y Conclusiones

Los equipos multidisciplinarios atesoran un alto grado de experiencia en aspectos de prevención y promoción de la salud. Tienen capacidad para llevar a cabo funciones complejas de manera más independiente con una gran capacidad de juicio y adquieren mayores responsabilidades.

Se espera que la estandarización de los nuevos procesos para llevar a cabo las nuevas competencias de la enfermera de acogida garanticen la seguridad del paciente y de los profesionales así como la calidad de los cuidados, reforzando a su vez los algoritmos de actuación.

## RESULTADOS CLINICOS TRAS IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA DE FORMACIÓN CON TÉCNICAS DE SIMULACIÓN ANTE DISTOCIA DE HOMBROS

**Autores:** SALGUERO CABALGANTE R, CERRILLOS GONZÁLEZ L, CANDAU CÁCERES S

**Palabras clave:** Evaluación de resultados, Gestión clínica, Gestión del conocimiento, Problemas de salud, Registros médicos

### Objetivos

La distocia de hombros (DH) se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza. Su incidencia se sitúa entre el 0,2 a 3% de los partos vaginales. Aunque la incidencia aumenta en función del peso fetal, existe consenso entre expertos de que no es posible predecir de manera certera una DH por factores de riesgo antenatales o intraparto. Esta situación se considera una emergencia obstétrica poco predecible por lo que requiere que todo el equipo asistencial esté formado para esta atención.

En nuestro Hospital, la incidencia de DH oscila entre el 1.31% en 2020 al 1.51% en 2022, encontrándose gran variabilidad en la atención clínica proporcionada y el registro realizado en la historia clínica. Nos planteamos la organización de un programa de formación multidisciplinar en Distocia de Hombros impartido por el grupo de simulación obstétrica de nuestra Unidad. Se impartieron desde 2018 un total de 6 ediciones, consiguiéndose hasta la actualidad la formación de 19 obstetras y 102 matronas, lo que supone un 86,3% de matronas y 47,5% de obstetras de plantilla actual.

El objetivo del trabajo ha sido evaluar la evolución de indicadores de calidad en la atención clínica ante una distocia de hombros tras la implantación de un programa de formación con técnicas de simulación de entrenamiento en maniobras frente a distocia de hombros.

### Materiales y métodos

Análisis descriptivo retrospectivo de historias clínicas de los 155 casos de DH desde el 1 de Enero de 2020 hasta el 31 de Diciembre de 2022.

### Resultados

La incidencia en DH fue del 1.31% en el año 2020 (48/3643 partos vaginales), 1.47% en el año 2021 (53/3598 partos vaginales) y del 1.56% en el año 2022 (54/3440 partos vaginales).

Respecto al inicio del parto, los partos inducidos con DH fueron más frecuentes que los de inicio espontáneo en los últimos 2 años. El 49.03% del total de los casos revisados finalizaron por parto eutócico frente al 50.96% instrumentados, siendo la ventosa el instrumento más frecuentemente utilizado. Las maniobras de primer nivel fueron las que resolvieron la situación de emergencia en los años auditados siendo la más frecuente la combinación MCRoberts/presión suprapúbica. Las maniobras de segundo nivel resolvieron el 29% de los casos restantes, siendo Jacquemier la maniobra más frecuente. El tiempo medio de resolución en segundos ha ido descendiendo, desde los 97" en 2020 (15" a 480"), a 82" en 2022 (15"-240").

En el 34.58% de las emergencias acontecidas, fue la matrona quien resolvió la situación, frente al 65.16% resueltos por obstetras. Respecto a las complicaciones neonatales, se verificó un descenso en la incidencia de parálisis braquiales obstétricas(PBO) producidas, pasando del 10.53% en 2020 al 7.54% en 2022.

### Discusión y Conclusiones

La revisión de casos realizada ha mostrado una mejoría en los resultados en tiempo de resolución e incidencia de PBO tras la puesta en marcha del programa de formación.

## FARMAPEX: MEJORANDO EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

**Autores:** GARCÍA HERNÁNDEZ R, HORCAJADAS PÉREZ LA, TORIBIO ONIEVA JR, MARTÍNEZ LECHUGA MB, RUIZ GORDO M, ORTEGA MA

**Palabras clave:** Atención Primaria, Evaluación de resultados, Hospital, Indicadores, Sistemas de Información

### Objetivos

El gran volumen de información que manejan los servicios de farmacia, su tratamiento y distribución es una tarea que se realiza en su mayor parte de forma artesanal.

Ofrecer información personalizada y periódica a cada profesional de sus indicadores, con consejos o ayudas para mejorar dichos indicadores, requiere mucho tiempo, trabajo y personal dedicado a este fin.

FARMAPEX es una herramienta de ayuda, cuyos objetivos son mejorar el seguimiento de los indicadores de Contrato Programa relacionados con el Uso Racional del Medicamento, proporcionando información de forma periódica, actualizada y personalizada a cada profesional, de manera que les permita corregir sus posibles desviaciones, y que finalmente esto repercuta de forma positiva en los pacientes.

### Materiales y métodos

Mensualmente y de forma automática se cargan en FARMAPEX los indicadores de Contrato Programa relacionados con el Uso Racional del Medicamento junto con sus correspondientes objetivos. Esta información se ofrece a los distintos niveles de la organización de Áreas de Gestión Sanitaria, Hospitales y Distritos Sanitarios de toda Andalucía: dirección gerencia, servicio de farmacia, direcciones de unidades de gestión clínica y profesionales.

Todo este proceso es transparente para los servicios de farmacia, por lo que se les libera de parte del trabajo que les suponía esta tarea.

Además de mostrar los resultados que cada profesional obtiene, se está trabajando en ofrecer información de cómo mejorar aquellos indicadores que, con poco esfuerzo, el profesional puede mejorar. Algunas de las estrategias son: ofrecer listados de pacientes susceptibles sobre los que poder actuar o simulaciones de resultados si se llevan a cabo las recomendaciones ofrecidas.

### Resultados

El acceso a FARMAPEX principalmente es por parte de los servicios de farmacia y de las direcciones de las distintas UGC, pero progresivamente los profesionales ven que esta herramienta les puede servir de ayuda y acceden con más frecuencia (de 6.300 médicos de Atención Primaria dados de alta, el 43,07% ha accedido en este año).

### Discusión y Conclusiones

Con esta estrategia se agiliza el acceso a la información, se facilita el trabajo y mejora el seguimiento de los indicadores tanto a profesionales como a las direcciones.

Al ser una plataforma web, el seguimiento para todos los niveles (Gerencia, Dirección de UGCs y Servicios de Farmacia) es en tiempo real.

El trabajo administrativo se reduce, se mejoran los tiempos de respuesta y se disminuye el soporte papel.

La consecución de los objetivos que se fijan en contrato programa depende del trabajo y la implicación de las distintas Direcciones y los Servicios de Farmacia, pero fundamentalmente de los profesionales.

De nada sirven los sistemas de información si las direcciones, farmacéuticos y profesionales no se implican y hacen lo posible para mejorar los resultados.

## DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE AUTÓNOMO EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

**Autores:** GALLARDO GONZÁLEZ G, LÓPEZ BARBEITO B, BRAGULAT BAUR E, GARCÍA MARTÍNEZ A, ASENJO ROMERO M, SÁNCHEZ SÁNCHEZ M

**Palabras clave:** Enfermería, Procesos asistenciales, Satisfacción, Seguridad del paciente, Triage

### Objetivos

Reducir tiempo de espera y de estancia en el Área de Urgencias del paciente autónomo de niveles de triaje 3, 4 y 5.

En los últimos años la actividad en el área de urgencias ha experimentado un aumento progresivo en todos los niveles asistenciales, lo que ha provocado un incremento significativo de los tiempos de espera, especialmente en aquellos niveles de triaje no urgentes/emergentes, que se corresponderían mayoritariamente con los niveles 3, 4 y 5 de la escala de triaje.

En el 2022 se realizaron un total de 103.191 visitas en el Área de urgencias, de las que 61.275 corresponden a nivel 3 con un tiempo de espera promedio de 135 min; 20.166 corresponden al nivel 4 con un tiempo de espera promedio de 86 min; 2.679 corresponden al nivel 5 con un tiempo de espera promedio de 82 min. Cabe destacar que actualmente los niveles 4 y 5 se atienden en una zona diferenciada de los niveles 3.

Se estima que un número importante de este grupo de pacientes son autónomos, entendiéndose por autónomo la capacidad para llegar por sus propios medios a urgencias y deambular/desplazarse por ella sin necesidad de soporte o limitación.

### Materiales y métodos

A partir del análisis de los datos de actividad del 2022 se estableció una primera aproximación al volumen de pacientes autónomos. En este primer análisis solo se incluyeron las variables de edad (< 75 años) y medio de llegada a urgencias (propios medios). Según esta primera valoración el 63% de los pacientes atendidos por medicina, el 61% por traumatología y el 70% por cirugía, cumplían estos criterios.

En el último trimestre de 2022 se realizó una prueba piloto de diferenciación del circuito de atención al paciente autónomo de medicina, que permitió definir los criterios de "paciente autónomo": ausencia de dificultad de movilidad, alteración cognitiva, diversidad funcional o patología psiquiátrica, y sin necesidad de aislamiento activo.

En mayo de 2023 se consensuaron los siguientes aspectos a trabajar:

- necesidades estructurales y de equipamiento
- dotación de personal para cada uno de los circuitos
- describir los procesos asistenciales respectivos y confeccionar la documentación formal correspondiente
- plan interno de comunicación

La puesta en marcha del proyecto está prevista para el primer trimestre del 2024.

### Resultados

Una vez en funcionamiento los tres circuitos diferenciados, esperamos conseguir mejorar los flujos estandarizados de trabajo y en consecuencia disminuir los tiempos de espera y la permanencia en el Área de Urgencias.

### Discusión y Conclusiones

El tiempo de espera y la permanencia en un área de urgencias, teniendo en cuenta que se trata de un entorno hostil, repercute directamente en la satisfacción del usuario. De igual manera, está estrechamente relacionado con la posibilidad de incidentes de seguridad del paciente.

Se espera que la puesta en marcha de estos circuitos diferenciados nos permita disminuir estos tiempos de espera y de permanencia, impactando positivamente también en las condiciones y entorno de trabajo de los profesionales.

## OPTIMIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LAS TASAS DE RESPUESTAS DEL PACIENTE

**Autores:** CERVERA BARAJAS A, ECHÁVARRI GONZÁLEZ R, SÁNCHEZ JIMÉNEZ MT, TERNERO VEGA JE, ORTIZ RUBIO P

**Palabras clave:** Gestión de la calidad, Gestión de la Información, Hospital, Participación, Satisfacción

### Objetivos

Analizar la efectividad del envío de SMS sobre las tasas de respuestas del cuestionario de satisfacción en la Unidad de Medicina Interna

### Materiales y métodos

Se llevará a cabo un estudio piloto en dos fases. En la Fase 1, se analizarán las tasas de respuesta de la Unidad de Medicina Interna entre 2018-2022 y se modificará la encuesta con 15 nuevas preguntas. En la Fase 2, se realizarán tres enfoques distintos: primero, se enviarán SMS manualmente a números móviles actualizados utilizando M-Servicio Móvil y la plataforma RATE-NOW durante marzo y abril de 2023; luego, se automatizará el envío mediante AVISAS a pacientes dados de alta a las 24h utilizando la base de datos única (BDU) y CitaWeb en julio y agosto de 2023; finalmente, en el Hospital XX, se usará un código QR en las pantallas de televisión de las camas en marzo y abril de 2023, empleando la plataforma LIME-SURVEY para la encuesta.

### Resultados

Las cifras que se obtuvieron de los años 2018-21 no llegaron a superar más de un 1,7% de tasa de respuesta. Se modificó la encuesta de satisfacción que contenía 35 preguntas y se adoptó otra más sencilla, con 15 preguntas y adaptadas a las necesidades de los pacientes.

Análisis datos estudio piloto: En el envío manual del SMS, la tasa de respuesta fue del 39,60% (139/351), con 351 SMS enviados y 139 encuestas cumplimentadas.

Cuando los SMS se enviaban de manera automática, se obtuvo una tasa de respuesta del 15,81% (142/898) con 142 encuestas cumplimentadas enviadas a 898 pacientes.

En cambio, cuando los pacientes tenían que cumplimentar la encuesta a través de los códigos QR, la tasa de respuesta fue del 5,03% con 15 encuestas cumplimentadas de los 298 pacientes atendidos.

### Discusión y Conclusiones

En el período de 2018 a 2022, las tasas de respuesta de las encuestas de satisfacción en el área de hospitalización de un centro sanitario se mantuvieron alarmantemente bajas, no superando el 1.5%. La Comisión de Calidad Percibida reconoció la necesidad de mejorar la participación de los pacientes y sus familiares en las encuestas mediante estrategias tecnológicas. Se realizaron pruebas y se descubrió que el envío manual a través de M-Servicio Móvil por parte de dos miembros del equipo generaba tasas de respuesta cercanas al 40%, mientras que el envío automático con AVISAS desde el Servicio de Informática, usando la Base de Datos Única (BDU), alcanzaba un 16%. El aumento se atribuyó a encuestas simplificadas y una plataforma amigable. Aunque el método manual fue eficaz, la automatización es más rentable, pero exige una BDU actualizada. Estos hallazgos demuestran la importancia de mejorar la participación del paciente y la eficiencia en la recopilación de datos para la gestión de la calidad asistencial.

## CONSULTA TELEFÓNICA ENFERMERA COMO APOYO EN EL SEGUIMIENTO DE IAM. EFICACIA/IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS E

**Autores:** NOVAL TOIMIL MJ, FERNÁNDEZ-PALACIOS ROVIRA VE, OROZCO CÓZAR MJ

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Conciliación de medicamentos, Continuidad de la atención, Cuidados de enfermería, Gestión de la enfermedad

### Objetivos

El objetivo de la consulta es conseguir, mediante la educación sanitaria enfermera, la prevención de los FRCV para conseguir alcanzar un objetivo de perfil lipídico c-LDL por debajo de 55 mg/dl en pacientes Post SCA para evitar eventos CV recurrentes.

Se analizará la eficacia en la modificación de los hábitos de vida, adherencia al tratamiento lipídico del paciente coronario durante 1-2 meses posteriores de haber tenido un evento cardiovascular.

### Materiales y métodos

Es un análisis realizado desde el inicio de la consulta telefónica de enfermería desde el mes de Abril del 2023 al 31 de Agosto del 2023 donde participaron 142 pacientes coronarios, tras haber sido dados de alta en la UGC de Cardiología. Se realizaron 160 llamadas telefónicas en pacientes de ambos sexos y tratados con estatinas de alta densidad. Se les realizaron 2 controles analíticos transcurridos 1-2 meses del evento.

Intervención enfermera:

EDUCACION SANITARIA: Hábitos de alimentación cardiosaludables; Evitar sedentarismo; Hábitos tóxicos (Tabaquismo, Alcohol, Drogas...); Control Peso/IMC; Control TA; Adherencia al Tratamiento; Control analítico (perfil lipídico).

Todas estas actividades son llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar.

### Resultados

Los resultados revelaron que desde el inicio de la consulta en el mes de Abril- Agosto del 2023 se realizaron 160 llamadas. De los 142 pacientes incluidos en el programa, consiguieron alcanzar el objetivo del perfil lipídico 102 pacientes tras un mes del evento cardiovascular, con buena tolerancia a estatinas y con la notable mejora de sus hábitos cardiosaludables.

### Discusión y Conclusiones

En la totalidad de los casos, la intervención de enfermera en la consulta de lípidos ha supuesto controlar a los pacientes en un tiempo récord, con resultados en reducción de eventos cardiovasculares, y por tanto, resultados en salud.

Para obtener unos buenos resultados, requieren de una continuidad en el tiempo y en los cuidados.

La enfermería juega un papel clave en el control del paciente.

El colesterol es uno de los FRCV que más impacto tiene en evitar un segundo evento en los pacientes que sufren un SCA, pero el control de los demás FRCV también es fundamental en el proceso.

Del análisis de los resultados obtenidos podemos extraer las siguientes conclusiones:

Los resultados demuestran la eficacia de la educación continuada a largo plazo realizada en consulta de enfermería especializada, en el hospital, para la modificación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes coronarios sometidos a ACTP.

## UTILIDAD DE LOS COMITÉS EN LA PRACTICA CLÍNICA EN LAS UGC

**Autores:** RIQUE DORMIDO J, SANZ PEÑA B, CATARY MAELLA L, PRADA VEGA A, MESA COLLANTES D, RODRÍGUEZ PEÑA F

**Palabras clave:** Continuidad de la atención, Eficiencia, Evaluación de resultados, Hospital, Procesos asistenciales

### Objetivos

Exponer la utilidad de los comités científicos en las diversas tomas de decisiones en una UGC.

### Materiales y métodos

Revision de resultados tras el uso de comités de carácter multidisciplinar, en la toma de decisiones en las diferentes áreas de subespecialización en Neurocirugía.

### Resultados

Se analizaron 3 comités multidisciplinarios en la practica clínica en Neurocirugía (Vascular, oncología, funcional). Se comprobó que mediante el uso de los mismos los profesionales reducen el tiempo de atención en consultas externas en 14 días. Se comprobó una reducción no significativa en el inicio de diferentes tratamiento oncológicos o quirúrgicos. Al optimizarse tratamientos de forma multidisciplinar se evitan pruebas diagnósticas o quirúrgicas innecesarias.

### Discusión y Conclusiones

El uso de comités multidisciplinarios en diferentes subespecialidades de Neurocirugía permite un ahorro importante en tiempo de atención de pacientes, un ahorro de recursos en el sistema sanitario, así como el empleo de tratamientos más eficaces y eficientes en las distintas patologías analizadas.

## UNIDAD ENDOCARDIORRENAL: UN EJEMPLO DE CONSULTA MULTIDISCIPLINAR Y MULTIESPECIALISTA

**Autores:** DELGADO LOZANO C, JIMÉNEZ VILLODRES M, JIMÉNEZ RUBIO C, VEGAS AGUILAR IM, GARCÍA ALMEIDA JM

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Cultura organizacional, Gestión clínica, Manejo de Atención al Paciente

### Objetivos

La Unidad Cardiorrenal (UCR) como modelo asistencial se define como el conjunto de intervenciones coordinadas y multidisciplinarias diseñadas para estabilizar, enlentecer o incluso revertir la progresión del Síndrome Cardiorrenal (SCR) con una perspectiva de atención personalizada. Los componentes del SCR son la Insuficiencia Cardíaca (IC) y la Enfermedad Renal Crónica, enfermedades con un alto coste de morbilidad a la sociedad. Al abordar el SCR, vimos necesario controlar aspectos metabólicos y nutricionales desde el punto de vista funcional. Se nos hizo necesario poner en marcha la cooperación de varias especialidades y profesionales sanitarios: cardiólogos, nefrólogos, endocrinólogos, internistas, enfermería especializada y nutricionistas para obtener un abordaje adecuado de estos pacientes (Unidad Endocardiorrenal, UEER). ¿Pero cómo se coordina algo así? Explicamos nuestra experiencia por si puede serles de utilidad en el futuro a otras unidades futuras.

### Materiales y métodos

El personal adscrito a la UEER son un cardiólogo y un nefrólogo que pasan la consulta presencial un día a la semana. Además supervisan el programa de ultrafiltración peritoneal ambulatoria (UPA), la consulta de enfermería especializada cardiorrenal (CEEER) y el busca de la Unidad. Una nutricionista les acompaña para realizar la valoración morfofuncional nutricional con la supervisión de un Endocrinólogo, en calidad de consultor.

Por último, dos enfermeras que pasan la CEEER una vez a la semana, atienden al busca para descompensaciones de los pacientes y se coordinan con la enfermera de la Unidad de Peritoneal para los pacientes en UPA.

Los enfermos entran en el circuito de la UEER desde las consultas de IC o de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), y se proponen en comité, junto con la consulta de IC de Medicina Interna, aquellos pacientes a valorar para estabilización de su patología y a derivar de vuelta a su consulta de origen.

### Resultados

Desde el inicio del programa en febrero de 2022 se han atendido más de 100 pacientes muy frecuentadores de urgencias y reagudizadores que requieren varios ingresos al año por descompensación de su patología de base. Observamos mejora en varios aspectos:

- Mejora en la atención del enfermo con una alta satisfacción por parte del paciente.
- Coordinación en el tratamiento ajustado a la situación del paciente en cada momento.
- Aumento de la adherencia a los tratamientos.
- Disminución de las consultas a otros especialistas, siendo una atención de Acto Único.
- Ser referente para el paciente complejo y comórbido.
- Disminución de frecuentación de las urgencias y de los ingresos.

### Discusión y Conclusiones

A pesar de la aparente sobredimensión de personal de la unidad, la atención de estos enfermos seleccionados permite una correcta atención, una disminución de consultas en otros especialistas y una reducción de uso de urgencias y hospitalización.



## REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LOS EPISODIOS CLÍNICOS DE INVESTIGACIÓN EN DIRAYA: EXPERIENCIA DEL PROYECTO NUTRIFAG

**Autores:** GONZÁLEZ BLANCO RM, MORANO TORRESCUSA MJ, FRANCO ROMERO JA, JALDÓN HIDALGO G, CAMACHO BEJARANO R, RODRÍGUEZ PÉREZ M

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, Derechos del paciente, Gestión de la Información, Percepción de los profesionales, Sistemas de Información

### Objetivos

Describir la experiencia desarrollada por el equipo investigador del proyecto NUTRIFAG sobre el registro de los episodios de investigación.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo y análisis DAFO con los profesionales implicados para valorar el proceso de registro y seguimiento de los episodios de investigación clínica.

### Resultados

La apertura de los episodios de investigación a través de la estación clínica de Diraya en el proyecto Nutrifag, ha sido una experiencia innovadora donde un equipo de investigación enfermera ha asumido íntegramente el registro y seguimiento de los pacientes en coordinación con la Unidad de Calidad Asistencial.

Se han abierto episodios de investigación al 100% de los pacientes: al ingreso, en los seguimientos semanales y al alta, documentado la participación de los pacientes en la historia clínica. El análisis DAFO destaca:

**Debilidades:** Resistencia al cambio, falta de adherencia al uso de las TIC,s, lenta renovación de los recursos informáticos, falta de personal y falta de tiempo, baja participación enfermera en investigación y necesidad de entrenamiento previo.

**Fortalezas:** Mejora en la calidad de la asistencia a paciente, soporte legal para el profesional, mayor accesibilidad, mejora de la comunicación interprofesional y fomento de la investigación enfermera.

**Amenazas:** Uso inapropiado, resistencia institucional, baja ratio enfermera-paciente y desconfianza de los pacientes.

**Oportunidades:** Auge de la investigación clínica, fomento de la actividad científica, reconocimiento de la capacidad investigadora de las enfermeras, mejora de las TIC,s para los registros enfermeros.

### Discusión y Conclusiones

Desde el Servicio de Coordinación de Sistemas de Información de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud de la Consejería de Salud y familias de la Junta de Andalucía, se han elaborado unas directrices para el registro de todos los pacientes incluidos en alguna investigación, aunque hasta ahora este sistema ha estado limitado a ensayos clínicos y a algunos profesionales.

## VOLUMEN DE SANGRE EN PRUEBAS DE LABORATORIO DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO

**Autores:** MÉRIDA DE LA TORRE FJ, RUIZ ESCALERA JF, SÁNCHEZ-MONTES MORENO S

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Gestión de cuidados, Hospital, Manejo de Atención al Paciente, Seguridad del paciente

### Objetivos

La cultura de seguridad del paciente detecta situaciones que pueden causar daños al paciente antes de que se produzcan. Se describen los daños derivados de actuaciones médicas y se proponen estrategias para reducirlos: listas de verificación quirúrgica, verificación de la medicación y doble comprobación de la identidad del paciente.

El laboratorio causa pocos acontecimientos adversos, el 2,5% del total, pero el 85% son evitables.

Se han estudiado los errores preanalíticos. Aunque no se ha medido la cantidad de sangre utilizada en los análisis.

Un ingreso hospitalario requiere pruebas diagnósticas, radiológicas y de laboratorio. Hace tiempo se diseñó una estrategia para controlar la dosimetría radiológica por paciente y detectar situaciones de riesgo ante dosis elevadas. En el hospital se solicitan pruebas diarias de forma rutinaria. Sería útil informar al clínico del volumen de sangre perdido por el paciente en los análisis de sangre durante el ingreso hospitalario.

El objetivo será determinar el volumen de sangre perdido por un paciente en pruebas de laboratorio durante su estancia en el hospital.

### Materiales y métodos

Se calculó una muestra del número total de ingresos hospitalarios en 2022, 24288 casos. El intervalo de confianza 0,95; la precisión 0,03 y la muestra ajustada por pérdidas fue de 237 casos. También se analizó el nivel de hemoglobina.

Se analizaron aleatoriamente 394 pacientes durante 2022, el número de tubos extraídos, el volumen de sangre y los días de ingreso. Los datos se analizaron con SPSS.

### Resultados

Rango de días de ingreso hospitalario: 1 día a 30 días. Duración media de la estancia: 4,15 días.

Volumen de sangre extraído diariamente: 3mL a 48,71mL. Volumen medio extraído: 12,6 mL diarios.

Volumen de sangre utilizado durante el ingreso hospitalario: de 3 mL a 536,1 mL de sangre. Volumen medio por ingreso: 55,7 mL. Hubo anemia en el 5% de los pacientes.

### Discusión y Conclusiones

El uso de pruebas de laboratorio debe controlarse, no sólo porque no están indicadas, sino también porque tienen un impacto negativo en el paciente. La extracción de sangre es un procedimiento cruento y la pérdida de sangre puede ser importante. Una idea a desarrollar sería incluir un contador del volumen de sangre utilizado en las pruebas durante el ingreso para concienciar a los clínicos, similar al contador de radiación para pacientes en el que se está trabajando.

## EVALUACIÓN DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTE FRÁGIL

**Autores:** GÓMEZ RODRÍGUEZ AT

**Palabras clave:** Continuidad de la atención, Enfermedad crónica, Evaluación de resultados, Gestión de cuidados, Úlcera por presión

### Objetivos

En nuestra área sanitaria se ha implantado una estrategia de atención al paciente crónico complejo usando la escala EPADI para medir la fragilidad, clasificándola en tres niveles: bajo, medio y alto. Se ingresan en una unidad de hospitalización específica para pacientes frágiles los incluidos en los niveles medio y alto. Se pretende conocer qué modalidad de atención sanitaria (hospitalaria o primaria) requiere en mayor medida cada grupo así como otras características de este tipo de paciente que nos permiten obtener indicadores y resultados de salud.

Principal: Conocer la modalidad de atención sanitaria más frecuente en cada nivel de fragilidad de los pacientes crónicos.

Secundarios: Analizar los indicadores de proceso de la unidad de hospitalización específica para pacientes frágiles.

### 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 439 pacientes hospitalizados de forma consecutiva en una unidad de hospitalización específica para el paciente frágil, en la cual el criterio de ingreso es tener epadi mayor o igual a 4, ocasionalmente ingresan con un epadi menor.

Período de inclusión: Enero 2023 hasta septiembre 2023.

Variables: sexo, edad, patología principal, destino al alta, epadi, exitus, cuidador identificado, barthel, braden, informe de continuidad de cuidados

### Resultados

Tras el análisis de los datos se obtiene que:

sexo: mujer 56,9%, hombre 43,1%.

edad media: 83,5% +- 10 años

tipo de patología principal: médica 80,2%, quirúrgica 19,8% (resalta COT con 10,5%)

cuidador identificado 97,9%

epadi realizado 84,5% de los cuales un 77,6% son epadi nivel medio, 18,1% epadi nivel alto y 4,3% de nivel bajo.

Barthel <40 (alta dependencia) 80,8%

Braden <16 (alto riesgo de UPP) 49,6%

Mortalidad 17,5%. Se muestra asociación estadística de la mortalidad con la alta dependencia (76,1% por 58,7%) y con el alto riesgo de UPP (82,9% por 45,8%)

Destino al alta: domicilio 65,14%, residencia asistida 16,8%.

Recomendaciones al alta: 100%.

### Discusión y Conclusiones

El grupo de pacientes con nivel de fragilidad medio es el que mayoritariamente precisa de la modalidad de atención sanitaria hospitalaria. La mayoría de los pacientes ingresados son de sexo femenino e ingresan por patología médica y presentan una alta dependencia funcional. Así mismo se muestra una importante relación entre mortalidad y alta dependencia y riesgo elevado de UPP. Un gran porcentaje de los pacientes ingresados va a domicilio tras el alta y todos reciben un informe de continuidad de cuidados.

## EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MÚLTIPLE PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL LUGAR QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE MAMA

**Autores:** POZO JIMÉNEZ I, SUÁREZ VÁZQUEZ M, VILA ALBA M, FORNIELES BALMIZA J, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ I, MUÑOZ MARTÍNEZ AM

**Palabras clave:** Efectividad, Evaluación de resultados, Infección hospitalaria, Registros médicos, Seguridad del paciente

### Objetivos

Evaluar la efectividad de un paquete de medidas para reducir la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) en cirugía de la mama en el Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

### Materiales y métodos

A finales de enero de 2023 la detección en una unidad de hospitalización quirúrgica de dos casos de infección de herida quirúrgica en cirugía de mama -procedimiento no incluido en el programa de vigilancia del Hospital de Jerez-, puso en marcha una investigación retrospectiva de un posible exceso de casos. Se seleccionaron los códigos de procedimientos CIE-9 MC (85.2 a 85.9) y se revisaron todas las intervenciones de los 7 meses previos (n=204) por profesionales de Medicina Preventiva.

En la investigación inicial se detecta una elevada tasa de ISQ en relación con el estándar (<2%), y se identificaron varios posibles factores asociados. Se conformó un Grupo de Mejora con la participación de las direcciones asistenciales, direcciones y supervisiones de las tres unidades quirúrgicas implicadas -Ginecología, Cirugía General y Plástica, Medicina Preventiva y Anestesiología a principios de febrero. Se puso en marcha un paquete de medidas que incluyeron (1) la extensión del uso de profilaxis antibiótica perioperatoria en todos los casos (opcional hasta entonces), (2) estandarización de los procedimientos de curas al alta, (3) monitorización continua de la incidencia y retroalimentación a las unidades involucradas.

Se completó el periodo de estudio hasta septiembre de 2023 (7 meses post-intervención de mejoras con n=186 cirugías). Se comparan los resultados con los datos de los 8 meses pre-intervención con n=240 cirugías.

### Resultados

El riesgo quirúrgico en los pacientes fue similar antes y después de la intervención (ASA promedio 1,97 en periodo previo y 2,01 en posterior). La complejidad de los procedimientos también fue comparable en ambos periodos (alrededor de 2/3 correspondían al código 85.2 - Extirpación o destrucción de tejido de la mama). La incidencia de infecciones descendió de 12,5% (30/240) a 2,1% (4/187),  $p<0,001$ . Entre ambos periodos el uso de profilaxis antibiótica con cefazolina i.v. perioperatoria pasó de 38,7% a 87,6% en conjunto ( $p<0,001$ ). Por unidades los incrementos en el uso de profilaxis fueron de 6,0% a 85,1%, de 64,0% a 89,9% y de 40,4% a 66,7%.

### Discusión y Conclusiones

1. El abordaje en equipo de un exceso de casos de ISQ permite identificar con rapidez los diversos puntos de mejora en la asistencia.
2. El paquete de intervenciones ha sido efectivo en la reducción de la ISQ de cirugía de mama hasta límites comparables con estándares internacionales.
3. El uso sistemático de la profilaxis antibiótica en procedimientos de cirugía limpia como tumorectomías y cuadrantectomías, que no tienen indicación absoluta en todas las guías, parece ser un factor de impacto en nuestro contexto.
4. La monitorización continua y la retroalimentación periódica a los profesionales involucrados se propone como medida clave en la intervención.

## CREACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS COV 2

**Autores:** ESCOBAR LLOMPART D, OROZCO CÓZAR MJ, MARÍN PATRÓN C, MONTESINOS NAVARRO VM

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Cuidados de enfermería, Percepción del paciente, Problemas de salud

### Objetivos

El síndrome respiratorio agudo severo surgió en diciembre de 2019 y evolucionó hacia la pandemia por COVID-19. A pesar de que nos encontramos en el fin de la pandemia, esta enfermedad sigue planteando nuevos retos para las organizaciones sanitarias.

Factores de riesgo como la edad avanzada, el sexo masculino, la hipertensión, las neoplasias hematológicas, la función renal deteriorada, la enfermedad respiratoria crónica y otras condiciones inmunosupresoras como el trasplante de órganos sólidos se han asociado con un aumento de la mortalidad por COVID 19.

La mayoría de los estudios muestran una eliminación viral prolongada en pacientes inmunodeprimidos mayor de 20 días.

Aunque no hay una definición exacta de COVID PERSISTENTE, se propusieron criterios de diagnóstico basados en hallazgos virales, clínicos y radiológicos en un huésped inmunodeprimido. Los pacientes deben tener una PCR positiva persistente  $\geq 21$  días después de la infección inicial.

Las largas estancias hospitalarias, el aislamiento necesario y la sensación de bloqueo en el enfermo mientras se le administra el tratamiento, afecta negativamente en el plano psicoafectivo al paciente/familia, así como, organizativamente en nuestra unidad y en el hospital.

En abril de este año, se acuerda con la Dirección del hospital la creación de una consulta de Hospital de día Médico dentro de la Unidad de Enfermedades Infecciosas para atender esta nueva tipología de pacientes.

- Administración de tratamiento antiviral IV ambulatoria y otros requeridos por el paciente, seguimiento y trazabilidad del proceso.
- Mejorar la adhesión terapéutica del paciente y su estado psicoafectivo. Control de Riesgos relacionados con la asistencia hospitalaria.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo y transversal de los pacientes atendidos en la consulta Covid desde abril a septiembre del 2023.

Análisis de las variables sexo, edad, factor de riesgo, tratamiento administrado, dosis, seguimiento de paciente (PCR, efectos adversos, accesos venosos).

### Resultados

Se ha atendido a 31 pacientes, 19 hombres y 12 mujeres. La edad media de los pacientes atendidos es de 64,4 años.

Por factores de Riesgo: 48,38% hematológicos; 16,12% oncológicos; 9,68% Renal; Otros: 25,80%.

El 45,16% recibieron 3 dosis de Remdesivir(DR);19,35% entre 5-10 (DR);25,80% >10(DR); El 6,45%% sólo recibieron tto antiviral oral.

Reingresaron 9 pacientes, dos no relacionados con Covid19

### Discusión y Conclusiones

La consulta logra una atención integral e individualizada de paciente de Riesgo que ha supuesto la coordinación de infecciosos, hematología, COMITÉ HOSPITALARIO DE SARS COV2, urgencias y Enfermería de Infecciosos que integran los los cuidados. Intervenciones de enfermería individualizada : PCR, analíticas, hemocultivos, gestión de pruebas diagnósticas, cuidado de dispositivos de acceso venoso.

## ACPROAND: SISTEMA DE SEGUIMIENTO BASADO EN TECNOLOGÍA MÓVIL EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

**Autores:** CUARESMA GIRÁLDEZ M, MÍGUEZ SÁNCHEZ C, MORENO CONDE A, ILLESCAS VACAS A, MORENO CONDE J, SALAS FERNÁNDEZ S

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Derechos del paciente, Hospital, Procesos asistenciales, Sistemas de Información

### Objetivos

Ante la necesidad de optimizar el control de los pacientes oncológicos a largo plazo, se han desarrollado diversas estrategias basadas en la aplicación de tecnologías móviles.

Los modelos de atención que incluyen resultados informados por los pacientes muestran beneficios en factores asociados a la calidad de vida de los pacientes. Estos modelos gozan de aceptación, permiten una detección temprana de los síntomas y pueden mejorar la comunicación médico-paciente, contribuyendo a una mejor gestión de síntomas y teniendo impacto en la salud de los pacientes.

El objetivo principal es desarrollar, pilotar y evaluar un modelo de atención personalizada para pacientes con cáncer de próstata. Se apoya en un sistema orientado al control y seguimiento de pacientes, en combinación con una app que permite al paciente registrar información sobre su salud de forma sistemática, acceder a contenido educativo y mantener un control de alertas, citas y medicación.

### Materiales y métodos

Actualmente, se están realizando las últimas revisiones y mejoras en la app y el sistema de seguimiento. Hemos comenzado con la fase de pilotaje que durará 16 meses.

Tras finalizar el pilotaje, se analizará el nivel de uso de la aplicación (núm accesos y registros) y su impacto en la salud de los pacientes: Asistencia a urgencias, ingresos hospitalarios, efectos adversos (CTCAE), calidad de vida (EORTC), supervivencia, consumo de recursos sanitarios. Se evaluará además la aceptación (TAM) y usabilidad (SUS) percibida por los profesionales sanitarios y pacientes.

### Resultados

El proyecto comenzó en 2021; desde entonces se ha desarrollado el sistema de seguimiento y la app móvil hasta obtener un producto mínimo viable sobre el que se están realizando mejoras. El sistema de seguimiento tiene actualmente funcionalidades como: Integración con sistemas de información (demográficos, laboratorio, diagnósticos, prescripciones, dispensaciones, procedimientos, estancias...), monitorización de variables clínicas y visualización gráfica de los datos de seguimiento, información de cuestionarios, edición y validación de formularios y recomendaciones para el paciente, sistema de mensajería, alertas y recomendaciones personalizadas entre profesional y paciente.

Por otra parte, la app móvil del paciente posee las siguientes funcionalidades: registro de información sobre estado de salud y calidad de vida de forma sistemática mediante cuestionarios validados (basados en los propuestos por ICHOM), acceso a contenido educativo contrastado proporcionado por sus especialistas médicos, control de alertas, recordatorios, citas y medicación...

### Discusión y Conclusiones

El proyecto representa un paso significativo en nuestro hospital y región de cara a adoptar estos nuevos modelos de atención basada en valor y centrada en el paciente.

El sistema de seguimiento y la app móvil sentarán las bases de futuras intervenciones en otras patologías. Por otra parte, el pilotaje planteado demostrará el impacto clínico, económico y de este modelo de atención y la tecnología desarrollada.

## RESOLUCIÓN ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ACOGIDA, INDICADOR DE GESTIÓN EFICIENTE DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

**Autores:** CAZORLA NAVARRO JF, MARTÍNEZ ORTEGA AB, SORIANO PINAR C, SÁEZ MOLINA E, ABAD BERENGUEL EE

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención Primaria, Cuidados de enfermería, Eficiencia, Manejo de Atención al Paciente

### Objetivos

Valorar si la resolución enfermera en la consultas de acogida de los centros de salud de atención primaria ha supuesto una mejora en la gestión eficiente de la demanda asistencial.

### Materiales y métodos

Dentro de la Estrategia de Atención Primaria 2020-2022 del Servicio Andaluz de Salud se han establecido una serie de medidas para mejorar la asistencia en Atención Primaria entre las que se encuentran la instauración y desarrollo de la Consulta de acogida con la que se pretende dar respuesta por parte de las enfermeras de atención primaria a consultas de baja complejidad y orientar el resto al profesional que mejor pueda dar respuesta al motivo de consulta, reduciendo el número de pasos que tiene que realizar el paciente hasta llegar al profesional adecuado para resolver su problema y, por tanto, contribuir a la reducción de la demora y mejorar la satisfacción de la persona atendida.

La enfermera puede tener una actuación finalista (resolución enfermera), aplicando una serie de protocolos asistenciales, o bien derivar al profesional que estime necesario.

Se han revisado los porcentajes de resolución por parte de enfermería en las consultas de acogida desde su instauración en enero de 2021 hasta junio de 2023. Los datos han sido explotados de la plataforma Infoweb, plataforma creada por el Sistema Sanitario Público Andaluz para la recopilación de datos de accesibilidad al sistema sanitario entre otros.

### Resultados

Durante el primer semestre de 2021 se atendieron a 102 pacientes en la consulta de acogida, lo que supuso una media de 17 pacientes atendidos al mes. El porcentaje de resolución enfermera fue de un 27.45 %.

Durante el mismo periodo de 2023, se atendió a un total de 13.624 pacientes en la consulta de acogida, con una media de 2.270'66 pacientes atendidos al mes y con un porcentaje de resolución enfermera del 65.41%.

En dos años de evolución de la consulta de acogida tanto el número de pacientes atendidos como la resolución enfermera de la consulta de acogida han aumentado sustancialmente, lo que ha supuesto que de los 13.624 pacientes que han pasado por la consulta de acogida en el primer semestre de 2023, 8.911 han visto resuelta su demanda asistencial y solo han precisado ser atendidos por la enfermera en una consulta finalista.

### Discusión y Conclusiones

Tras valorar los datos obtenidos de Infoweb acerca de la resolución enfermera de la consulta de acogida podemos asegurar que esta nueva medida se ha consolidado como un servicio más en Atención Primaria, y se posiciona como un indicador de la gestión eficiente de la demanda asistencial, demandado por los pacientes y valorado por los profesionales, ya que facilita la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario resolviendo uno de los grandes problemas del sistema y visibiliza más si cabe la labor de la enfermera de atención primaria con el aumento de sus competencias profesionales.

## IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

**Autores:** AYUSO FERNÁNDEZ MA, PÉREZ GONZÁLEZ R, GALLEGO ESPINA MA, RUIZ TRILLO CA, SANTACRUZ ÁLVAREZ P, SOTO MORENO A

**Palabras clave:** Efectividad, Evaluación de resultados, Gestión clínica, Indicadores, Satisfacción

### Objetivos

La hiperglucemia tiene impacto negativo en el pronóstico de los pacientes, está asociada a un incremento en mortalidad y estancia hospitalaria. Es preciso conseguir normo glucemia en los pacientes hospitalizados, no obstante, son diversas las barreras que encontramos para conseguirlo.

Como avance y mejora en la atención a este perfil de pacientes, se diseña y pone en marcha un Plan con un abordaje multifactorial, proactivo, multidisciplinar y con la formación como eje central del mismo.

#### OBJETIVOS

Mejorar la atención a pacientes diabéticos hospitalizados.

- Unificar criterios de control, registro, seguimiento y pautas de tratamiento.
- Difundir y Formar a los profesionales
- Evaluar los resultados.

### Materiales y métodos

Diseño del Plan de Mejora en sucesivas fases:

1ª FASE: Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar; Análisis de situación e identificación de áreas de mejora.

2ª FASE: Revisión y actualización de protocolos y documentación clínica.

3ª FASE: Diseño de un plan de formación y difusión.

4ª FASE: Implementación paulatina en las Unidades de Hospitalización (UGC)

5ª FASE: Evaluación mediante el establecimiento de un conjunto de indicadores pre y post a través de auditoría de Historia Clínica Digital.

Apoyo Institucional: Direcciones Asistenciales Comisión Central de Calidad (CCC).

### Resultados

- Los protocolos se actualizaron y se aprobaron para todo el HUVR.
- Se materializó adaptándolo al Programa de Prescripción electrónica (Athos®).
- Se diseñó todo el material formativo e informativo: Presentaciones, Vídeos, Píldoras formativas, creación de espacio en la intranet del centro y difusión del plan por correo electrónico dirigido a profesionales de enfermería y médicos.
- Resultados de indicadores:
  1. Casi la totalidad de las UGC de hospitalización han implementado el Plan de mejora de Atención al paciente diabético hospitalizado.
  2. El 95% de los profesionales de estas UGC han recibido la formación,
  3. El Control Glucémico (70-180) ha mejorado considerablemente ya que ha pasado del 31% en el pre a un 66% de media después de la implementación del Plan.
  4. Adecuación de la prescripción: en el pre evaluación las cifras fueron del 30% y en el post se alcanzaron el 87%



5. Registro ECC de glucemias capilares (GC) y pauta de insulina (IA) administrada: El Registro GC pre fue del 57% y en la evaluación post se alcanzó el 94%. En cuanto al registro de las IA los valores medios alcanzados fueron de 19% en el pre y del 79% en el post.

### **Discusión y Conclusiones**

La evaluación de indicadores en una fase previa a la implantación del plan y la evaluación posterior a la misma, nos ha permitido comprobar que el diseño e implementación de las medidas propuestas en nuestro Plan de Mejora han resultado efectivas.

El compromiso de profesionales y el apoyo institucional han sido igualmente determinantes.

## ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

**Autores:** MORENO TINOCO M, SÁNCHEZ MORENO L, SÁNCHEZ BASALLOTE JE, DÍAZ ORTA J, MARTEL DÍAZ AM, BERNAL MÁRQUEZ J

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención Primaria, Cuidados de enfermería, Evaluación de resultados, Indicadores

### Objetivos

Analizar la actividad de enfermería de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria de ámbito rural y compararla con su Distrito de Atención Primaria y Andalucía.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo transversal.

Población objeto de estudio: Usuarios de una UGC rural que demandan consultas y servicios de enfermería.

Periodo: año 2022.

Variables de estudio: solicitudes de citas, actividad de enfermería, distribución por tareas y consultas de acogida (actividad, motivos de consulta y capacidad de resolución).

Fuente: InfoWEB.

### Resultados

El número de citas solicitadas a consultas de enfermería en la UGC en el año 2022 ha sido de 152777, de las que el 10,53% no fueron realizadas, mientras que en su Distrito fue de 11,07% y en Andalucía fue del 10%.

Se han realizado 136682 consultas de enfermería, lo que supone 37,3 consultas por 100 habitantes, mientras que en su Distrito ha sido algo mayor (40,5) y similar a la de Andalucía (38).

Las tareas de enfermería más frecuentes han sido la demanda clínica (17,3%), seguida de las curas (16%) y la recogida de muestras (14,8%), mientras que en el resto de su Distrito han sido la demanda clínica (18,5%), la recogida de muestras (17,1%) y las curas (14,2%) y la de Andalucía han sido la demanda clínica, pero en un porcentaje mucho mayor (30,7%), vacunas (15,6%) y la recogida de muestras (12,8%).

Durante el año 2022 se realizaron en la UGC, 4172 consultas de acogida, lo que representa un 13,6 por cada 100 habitantes, cifras por debajo de la de su Distrito (16,6) y muy por debajo de Andalucía (21,5).

Los motivos de las consultas de acogida más frecuentes fueron: protocolo general (52%), molestias urinarias (15%) y dolor lumbar (8%), mientras que, en el Distrito, el protocolo general fue del 68%, seguido de las molestias urinarias (9%) y dolor lumbar (4%), mientras que, en Andalucía, el protocolo general fue del 83%.

La capacidad de resolución por enfermería en la UGC ha sido del 72%, cifra muy superior al Distrito (61,30%) y a Andalucía (55,11%), y superando ampliamente el nivel de resolución fijado por el SAS de >45% para 2022. El 28% restante fueron derivadas a medicina de familia (38,70% en el Distrito y 45,83% en Andalucía).

### Discusión y Conclusiones

Las citas solicitadas a consultas de enfermería son similares al Distrito y Andalucía. El porcentaje de citas no realizadas se sitúa intermedio entre su Distrito y Andalucía. La realización de consultas es similar al resto de Andalucía y menor que su Distrito. La demanda clínica es la tarea de enfermería más frecuente, aunque en un porcentaje similar a su Distrito, pero mucho menor que en Andalucía. Las consultas de acogida en la UGC deben potenciarse más, ya que se realiza un porcentaje menor que en su Distrito y que en Andalucía, sin embargo, la capacidad de resolución de la UGC por enfermería es muy alta, siendo una herramienta asistencial para resolver las demandas presenciales no demorables.

## INCORPORACIÓN DE LA ORTESIS DE ESTIRAMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA FASCITIS PLANTAR

**Autores:** BERNAL MÁRQUEZ M, CUEVAS GONZÁLEZ C, PÉREZ MOREIRA R

**Palabras clave:** Dolor, Efectividad, Eficiencia, Evaluación de resultados, Hospital

### Objetivos

- Disminuir el dolor que padecen los pacientes con diagnóstico de fascitis plantar, principalmente a continuación de un espacio de reposo.
- Mejorar la funcionalidad del pie.
- Reducir tiempos de limitaciones funcionales.

### Materiales y métodos

- Se aplicará al paciente el tratamiento de electroterapia fundamentalmente basado en ultrasonidos.
- Se complementará con crioterapia y ejercicios de estiramiento.
- Al termino de la sesión se colocará el inesiotope específico para ello.
- Se recomendará la férula de estiramiento para periodos de descanso.

### Resultados

Se obtiene una reducción en el tiempo de recuperación.

Se consigue una facilitación funcional de la marcha.

Se reducen casi en su totalidad las molestias sobretodo ocasionadas por los espacios de reposo.

### Discusión y Conclusiones

La fascitis plantar es un problema mecánico que fundamentalmente ocasiona dolor e impotencia funcional.

Todos los tratamientos conservadores, de fisioterapia y ortoprotesicos cuya efectividad ha quedado demostrada contribuyen a minimizar el dolor y a acelerar la funcionalidad del pie

## NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**Autores:** BERNAL MÁRQUEZ M, CUEVAS GONZÁLEZ C, PÉREZ MOREIRA R

**Palabras clave:** Continuidad de la atención, Evaluación de procesos, Gestión de riesgos, Hospital, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

Analizar la efectividad del tratamiento mediante las nuevas tecnologías como Wii y Xbox entre pacientes con Esclerosis Múltiple llevando a cabo ejercicios con videojuegos de equilibrio, potenciación y coordinación.

### Materiales y métodos

Se han usado 4 bases de datos (Pubmed, Scopus, Cinhal y Cocrane) obteniendo 10 artículos, de los cuales los ECAs tienen una validez de 5 o más según la escala PEDro, además se incluye una revisión sistemática en este estudio.

### Resultados

El uso de videojuegos en fisioterapia para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple es eficaz en el control del equilibrio y postural, como consecuencia hay una mejora en el patrón de la marcha que contribuye a disminuir el riesgo de caídas, adquieren una mayor independencia y esto conlleva a mejorar la calidad de vida.

Al comparar este tratamiento con el convencional se han evidenciado mejoras, pero las más destacables, con respecto al otro tratamiento, han sido la confianza, superación personal e independencia que le otorgan al paciente, así como los beneficios psíquicos para su vida diaria.

### Discusión y Conclusiones

El tratamiento mediante videojuegos hace que los pacientes se adhieran más a la terapia, pudiendo extrapolar los ejercicios al domicilio y compartirlos con familiares para fomentar relaciones sociales y mejorar su calidad de vida.

Disminuye la fatiga y mareos consiguiendo progresivamente una mayor independencia en sus actividades de la vida diaria.

Disminuye el riesgo de caídas.

No se ha llegado a un acuerdo sobre el tiempo y la frecuencia de tratamiento.

## TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON ROTURA DEGENERATIVA DEL MENISCO INTERNO Y ARTROSIS DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** BERNAL MÁRQUEZ M, CUEVAS GONZÁLEZ C, PÉREZ MOREIRA R

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Evaluación de resultados, Hospital, Seguridad del paciente

### Objetivos

Describir un caso clínico de un paciente con rotura degenerativa del menisco interno, y artrosis de rodilla.

### Materiales y métodos

Se realizó una evaluación inicial y final de:

Dolor, volumen muscular, inflamación articular, fuerza muscular, rango de movimiento, longitud muscular y función. A continuación se aplicó un tratamiento fisioterápico de 15 sesiones conformado por: información y educación del paciente, movilizaciones articulares, masaje, estiramientos, ejercicio terapéutico, propiocepción, crioterapia y vendaje neuromuscular.

### Resultados

El dolor disminuyó un 50%, aumentaron el grado de flexión pasiva de rodilla y la extensión pasiva libres de dolor; mejoró la posición de la rótula y se normalizó su deslizamiento latero-medial.

### Discusión y Conclusiones

El tratamiento fisioterápico ha resultado ser efectivo en este estudio, aunque al tratarse de un estudio de un solo caso no es posible establecer relaciones de causa-efecto

## EN BUSCA DE UNA NUEVA OPORTUNIDAD: RESCATE DE PACIENTES CON HEPATITIS C (PROYECTO RELINK-C)

**Autores:** ALADOS ARBOLEDAS JC, HERNANI ÁLVAREZ J, CAMPOS GONZAGA L, MATEOS MILLÁN D, LÓPEZ PRIETO MD, LÓPEZ-CEPERO ANDRADA J

**Palabras clave:** Continuidad de la atención, Evaluación de resultados, Gestión clínica, Gestión de la Información, Sistemas de Información

### Objetivos

La infección por virus de la hepatitis C (VHC) es tratable con un tasa de respuesta cercana al 100%.

Según el 2º Estudio de seroprevalencia VHC (Ministerio de Sanidad) de 2019, se calcula que habría más de 300.000 personas con anticuerpos frente a VHC (AcVHC), y más de 76.000 pacientes pendientes de ser tratados. Una de las acciones a desarrollar según el Plan para la eliminación de la Hepatitis C en Andalucía (3) es el rescate de "personas diagnosticadas de VHC que no han recibido tratamiento". Con este objetivo surge el proyecto ReLink-C.

### Materiales y métodos

Fase I. Búsqueda retrospectiva de pacientes "perdidos" con infección VHC durante el periodo 2012-2021 a través de los Sistemas de información (SIL-historia clínica). Se recogieron datos demográficos y de microbiología clasificando a la población en: pacientes virémicos (AcVHC+/ARN-VHC+) y pacientes con AcVHC (+) sin datos de ARN-VHC. Fase II: Selección, localización, citación y seguimiento de pacientes (prescripción de tratamiento).

### Resultados

Fase I. Se detectaron 1550 pacientes AcVHC(+) de los que 831 (54%) habían resuelto la infección, 601 (39%) portaban el virus (380 de ellos no vistos por el especialista) y de 118 (7%) no se dispone de ARN-VHC. Se seleccionan para la fase II estos 118 pacientes más los 380 no derivados al especialista. Fase II. Del subgrupo de 380 pacientes solo se consiguen datos de localización de 250, 37 de ellos habían fallecido. De los 213 restantes 126 habían sido tratados, 15 casos se descartaron por ser falsos positivos, 12 se trasladaron a otra comunidad, 6 eran pluripatológicos (sin indicación de tratamiento) y 5 rechazaron seguimiento, por tanto 49 pacientes eran candidatos de cita/seguimiento. Tras llamada telefónica 9 fueron ilocalizables, 6 habían cambiado de área hospitalaria, uno rechazo seguimiento y otro había fallecido. Se citaron a consulta 32 pacientes, acudiendo a consulta 16 (50%), de los cuales 9 iniciaron tratamiento; 4 estaban pendientes de comprobar respuesta y 3 (18,7%) estaban pendientes de confirmar viremia. En el subgrupo 2, se obtuvieron datos de localización de 113 de los 118 pacientes, tras revisar historias: 22 habían fallecido, 17 habían sido tratados con RVS, 20 presentaban ARN-VHC indetectable, 12 falsos positivos, 6 trasladados de área sanitaria, 5 eran pluripatológicos y 5 en seguimiento por Enfermedades infecciosas, 6 pacientes tratados sin comprobar respuesta y un paciente pendiente de iniciar tratamiento. De este grupo se seleccionaron 25 pacientes para citar (en este momento pendientes de cita).

### Discusión y Conclusiones

La estrategia relink C de búsqueda activa ha permitido rescatar a más de 50 pacientes con infección VHC de en nuestro AGS que sin un tratamiento adecuado podrían avanzar en su enfermedad hepática a cirrosis incluso HCC.

El trabajo conjunto y coordinado de Microbiología y Digestivo, junto a los sistemas de información ha permitido mejorar la calidad de la asistencia y avanzar en la eliminación de la hepatitis C en nuestro AGS.

## ASISTENCIA SANITARIA EXTERNA (ASE) - COORDINACIÓN INTERNIVELES CERCANÍA CON LOS PACIENTES I

**Autores:** RUIZ DÍEZ A, GONZÁLEZ CALVO I, TORRONTEGI GEDERIAGA I, UDAETA URIARTE A, MARINO ISIDRO C, ULIBARRENA SÁINZ M

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

### Objetivos

Proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a toda la población protegida por parte de nuestra entidad (MCSS) que precisa asistencia sanitaria fuera nuestro ámbito territorial (CAV).

Dotar de un valor añadido a la prestación de la asistencia, realizando un acompañamiento humano tanto al paciente como a la familia y acompañantes, haciéndoles sentir parte del proceso de una forma cercana y activa, eliminando cualquier sensación de desamparo por encontrarse en la distancia, priorizando el bienestar del paciente y su seguridad clínica.

### Materiales y métodos

El departamento de Asistencia Sanitaria Externa (ASE), es el núcleo de la coordinación interniveles entre los servicios asistenciales de otras mutuas, centros concertados y la red sanitaria pública.

Para ello contamos con conciertos sanitarios donde no tenemos centros propios, ASE consta de personal sanitario y administrativo, siendo estos los que se encargan de realizar un seguimiento de proceso manteniendo contacto continuo tanto con el personal sanitario que presta la asistencia in situ como con el paciente y su familia.

Se tramitan las necesidades y especificidades que puedan surgir en cada caso resolviendo las dudas que se les puedan generar y resolviendo las distintas particularidades de cada caso ya sea por necesidad terapéutica, de diversidad cultural, religiosa, lingüística o económica. Realizando repatriaciones de pacientes accidentados en el extranjero, traslados de pacientes para optimizar recursos propios y que estén más cerca de sus familiares, detectando necesidades de ayuda en el ámbito domiciliario, o especiales en relación a ayudas técnicas, psicológica o asesoramiento jurídico.

Se realiza una Coordinación Interdepartamental para facilitar al paciente y su familia la resolución de dudas y contratiempos que puedan surgir durante su proceso clínico manteniendo un interlocutor único.

### Resultados

Las acciones desarrolladas por parte del departamento de Asistencia Sanitaria Externa buscan incrementar la satisfacción de los pacientes en relación con el trato recibido. Se trabaja para conseguir un acompañamiento al paciente, que se encuentra fuera del área de influencia de la Clínica propia. Siendo el resultado final de nuestras acciones el de una percepción humanizada del trato recibido por parte de nuestra entidad.

### Discusión y Conclusiones

A través del departamento de Asistencia Sanitaria Externa avanzamos hacia la prestación de una asistencia sanitaria de calidad dirigida a los pacientes que se encuentran fuera del territorio de influencia de nuestros centros, aumentando la percepción de atención personalizada por parte de los pacientes y sus familias, consiguiendo una atención personalizada en un contexto de enorme complejidad.

En base a la experiencia acumulada se ha identificado como área de mejora la creación de una guía que contenga la información más relevante y que mayor duda genera al paciente que se encuentra fuera de nuestra área de influencia.

## CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**Autores:** JULIÁ FLORES JJ, DELGADO MORENO S, FUENTES CEBADA L, FERNÁNDEZ GÓMEZ MA, GARCÍA JUÁREZ MR, MOYA MOLINA MA

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Derechos del paciente, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente

### Objetivos

La historia clínica del paciente es un documento médico-legal cuya correcta cumplimentación es un deber de los profesionales sanitarios. La importancia añadida en el caso de mujeres víctimas de violencia de género, radica en la repercusión legal posterior.

El objetivo de este estudio es conocer la calidad de la cumplimentación de la Historia Clínica de mujeres en situación de violencia de género atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital, desarrollando medidas de mejora para las debilidades detectadas.

### Materiales y métodos

Realización de una auditoría del episodio de la Historia Clínica de las mujeres atendidas en el Servicio de Urgencias hospitalarias que han sufrido violencia de género, emitidos en 2021, 2022 y a 31 de mayo de 2023, mediante un cuestionario de 10 preguntas de acuerdo al "Procedimiento para la cumplimentación de las historias clínicas de mujeres en situación de violencia de género".

### Resultados

Un porcentaje muy elevado de historias recogen correctamente los datos identificativos de la mujer y la descripción detallada de las lesiones.

Aproximadamente tres cuartas partes de profesionales detallan los antecedentes clínicos de la paciente.

Muy pocos facultativos han recogido datos sobre antecedentes de Violencia de Género en la historia, y menos aún la existencia de menores o personas dependientes a cargo.

El número de historias donde se refleja que la mujer reconoce la existencia de malos tratos por parte de la pareja o ex pareja, es muy elevado (88%).

Algo más de la mitad de profesionales han dejado constancia de la cumplimentación del parte de lesiones.

El número de historias que recoge la existencia de una situación de peligro o de haber proporcionado al alta la guía de recursos locales, es insignificante.

La comparativa por años presenta datos muy similares.

Como Plan de Mejora:

- Presentación de los datos de la auditoría por el Jefe de Servicio de Urgencias a todos los profesionales del Servicio.
- Realización de sesiones formativas sobre cumplimentación de historia para todos los profesionales del servicio, con especial insistencia en nuevos contratos y residentes que realizan guardia en la puerta.
- Auditoría mensual de las historias por parte del Jefe de Servicio, cuyos resultados se transmitirán a la Comisión contra la Violencia de Género del hospital.
- Entrevista personal e individual del Jefe de Servicio con los profesionales que no rellenen correctamente la historia de estas mujeres, con seguimiento posterior.



## Discusión y Conclusiones

La atención sanitaria de una mujer víctima de violencia de género en los servicios sanitarios es una oportunidad de asistencia, y a veces, para descubrir un problema encubierto pudiendo actuar consecuentemente a tiempo para evitar desenlaces indeseables.

La cumplimentación del episodio de historia clínica por la atención a estas mujeres, es fundamental para el proceso posterior, y presenta un importante margen de mejora para un registro de mayor calidad, como contribución a la actuación en los casos de violencia de género.

## ASESORÍA DE ALTA EFICACIA EN LA MEJORA DE LA POLIMEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Autores:** SIERRA SÁNCHEZ JF, RUIZ PÉREZ D, FLORES DORADO M, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Evaluación de resultados, Prescripciones de medicamentos, TIC y telemedicina

### Objetivos

Medir el efecto de una herramienta informática para la revisión de pacientes polimedicados sobre la calidad de la farmacoterapia.

### Materiales y métodos

Estudio observacional prospectivo en el que se compararon los resultados referentes a la calidad de la farmacoterapia en dos cohortes de pacientes, una en la que se utilizó una intervención formativa, con el uso de una herramienta informática que permite una revisión estructurada del tratamiento, con el no uso de esta herramienta. Se organizaron sesiones formativas sobre desprescripción, en la que participaron especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, coordinados por un Farmacéutico de Atención Primaria. En estas sesiones se revisaron los principios de la desprescripción, y se prestó asesoría en el uso de una herramienta informática para la revisión de pacientes polimedicados (VIGIA). Esta herramienta permita identificar cinco tipos de potencial inadecuación: duplicidad, bajo valor terapéutico, alta carga anticolinérgica, prolongación del intervalo QT cardiaco y presencia de cascadas terapéuticas. Como medida de resultado se determinó el número total de medicamentos, así como los cinco tipos de inadecuación. Estos resultados se midieron en la cohorte de pacientes polimedicados revisados, en comparación con los no revisados durante estas jornadas de asesoría.

### Resultados

Se realizaron un total de 12 sesiones de revisión, entre el 20 de junio de 2023 y el 18 de octubre de 2023. Durante estas sesiones estuvieron disponibles para su revisión un total de 10.264 pacientes polimedicados. Durante estas sesiones fueron revisados 1.945 pacientes (18,95%), produciéndose una reducción en todos los indicadores medidos en comparación con los resultados en la cohorte de pacientes no revisados (8.319; 81,05%): número de medicamentos (- 6,49% vs -3,73%), alta carga anticolinérgica (-21,95% vs -8,11%), prolongación del intervalo QT (-13,04% vs -5,41%), bajo valor terapéutico (-23,26% vs -8,57%), cascadas terapéuticas (-14,29% vs -11,76%), duplicidades (-24,21% vs -17,57%).

### Discusión y Conclusiones

El uso de una herramienta informática para la revisión estructurada de pacientes polimedicados, empleada durante sesiones de asesoría a especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria se traduce en una mejora de la calidad del tratamiento, así como en una reducción de la carga farmacoterapéutica en comparación con su no uso.

## SATISFACCIÓN EN FAMILIAS DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS PEDIÁTRICOS CON ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ

**Autores:** RUIZ TUDELA JM, ROMERO MONTERO AM

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cuidados paliativos, Enfermedad crónica, Percepción del paciente, Procesos asistenciales

### Objetivos

Analizar el grado de satisfacción en familias y cuidadores de pacientes pediátricos con patología crónica compleja que reciben atención domiciliaria y telefónica en la provincia de Cádiz.

### Materiales y métodos

Se trata de un estudio de intervención, donde se realiza una asistencia sanitaria e integral al paciente pediátrico crónico complejo y su entorno familiar.

Para hacer las visitas domiciliarias se siguen los criterios de derivación y atención domiciliaria de la Red Andaluza de Cuidados Paliativos.

Se seleccionan diez niños pertenecientes a diferentes grupos de la ACT (Association for Children with life-threatening or Terminal Conditions and their Families), de dos áreas sanitarias, en la provincia de Cádiz.

El estudio es también descriptivo, pues tras la intervención se evaluará el grado de satisfacción mediante el análisis de variables sociodemográficas y datos clínicos, además de la cumplimentación de una encuesta.

### Resultados

Los datos recogidos y analizados muestran un alto grado de satisfacción entre los familiares y cuidadores.

### Discusión y Conclusiones

Los resultados respaldan la necesidad de ampliar y fortalecer la atención domiciliaria para pacientes pediátricos con patología crónica compleja en la provincia de Cádiz, para mejorar el cuidado de los niños y la calidad de vida de sus familias.

## IMPULSO DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA

**Autores:** GONZÁLEZ GALÁN CM, ROMERO RAMÍREZ E

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Gestión de la calidad, Manejo de Atención al Paciente, Participación, Planificación Estratégica

### Objetivos

La Unidad de Nefrología plantea una propuesta organizativa que permita vehiculizar el proceso de toma de decisiones a través de la participación profesional multidisciplinar para detección y registro de posibles problemas y/o necesidades estructurales o humanas que se pongan de manifiesto en el proceso asistencial integrado de enfermedad renal crónica.

Este estudio plantea como objetivos:

- Potenciar los autocuidados y la autonomía del paciente para retrasar, en lo posible, la progresión de la enfermedad.
- Apoyar al paciente y su familia en la toma de decisión sobre la evolución de su enfermedad y coordinar la planificación del tratamiento sustitutivo de la Función Renal o de terapia conservadora.
- Programar el inicio de la terapia renal sustitutiva elegida, evitando complicaciones y uso de accesos temporales.

### Materiales y métodos

Se ha utilizado la metodología PDCA (Plan-Do-Check-Act), de carácter cíclico.

Se definió un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 4 miembros: 1 DUE y 1 FEA Nefrología, supervisora y directora de la Unidad (FEA Nefrología).

Tras análisis de la situación actual (identificación de problemas, recursos disponibles y objetivos finales), se realiza un debate de consenso, con detección de áreas de mejora y la implantación de medidas correctivas como la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo elaborado, implantado en la Unidad de Nefrología con el fin de unificación de criterios de calidad establecidos basados en la evidencia científica actualizada.

### Resultados

Se han detectado como pilares fundamentales:

1. Reunir toda la información disponible de la persona y de su enfermedad, lo que permitirá al sanitario evaluar lo que sabe el paciente y su visión de futuro respecto al pronóstico.
2. Ofrecer información entendible en función de los valores y las creencias del paciente.
3. Ofrecer habilidades de comunicación que disminuyan el impacto emocional que genera la transmisión de la noticia.
4. Crear un plan de tratamiento entre los profesionales y paciente que permita una educación de la enfermedad y una óptima adherencia al tratamiento elegido.

### Discusión y Conclusiones

Los profesionales de la Unidad ofrecen en base al procedimiento normalizado de trabajo implantado, un tipo de comunicación adaptada a los valores del paciente para que la toma de decisiones sea compartida e individualizada.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial de la relación profesional sanitario-paciente, que contribuye al respeto de la autonomía y promueve su participación en el propio cuidado a través de la toma de decisiones.

En este proceso se debe tener en cuenta lo que resulta prioritario para el paciente y para la familia, la escucha activa. La familia en la mayoría de las ocasiones son el soporte emocional y físico del paciente.

Por lo tanto, deberemos concederles el protagonismo que ese papel de cuidador principal les confiere e intentar establecer una alianza terapéutica con ellos.

## CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS RECOMENDACIONES EN LA ATENCIÓN POR CONSULTA TELEFÓNICA

**Autores:** NUÑO MORALES P, BUZÓN MELGAR JA, VÁZQUEZ GONZÁLEZ A

**Palabras clave:** Atención Primaria, Confidencialidad, Derechos del paciente, Gestión de la Información, Seguridad del paciente

### Objetivos

La CT se ha convertido en rutinaria y ha quedado implantada en las agendas de los profesionales sanitarios tras la pandemia. Es de carácter prioritario conocer cómo se lleva a cabo esta intervención y si se está realizando ajustado a las recomendaciones.

Conocer el grado de conocimiento de los profesionales clínicos del centro de la Guía Técnica para la CT.

### Materiales y métodos

Cuestionario autodiseñado con múltiples respuestas sobre las recomendaciones de como realizar una adecuada consulta de atención telefónica.

Análisis de datos: paquete office.

### Resultados

Conocimiento de la existencia de una guía para la CT: 100% no la conocían.

Revisión de la HC previa a la consulta:100% si lo hacían.

Conocimiento sobre la CT está sujeta a la normativa actual sobre la protección de datos:70 % de los profesionales consideran.

Solicitud de autorización del paciente para informar a un tercero:25%.

Utilización de dos indicadores inequívocos: 30%.

Consideración de solicitar el consentimiento verbal previo para la realización de la CT:65%.

Presentación correcta cuando contactan con el paciente: 80%.

Disposición de un lugar adecuado para realización CT:80%.

Llamadas mínimas realizadas para registrar "No contesta": 85% 6 Tonos de espera:15%.

Información sobre prueba anómala (citología):35%

### Discusión y Conclusiones

Los profesionales del centro no conocen la Guía Técnica para la Consulta de Atención Telefónica, si revisan las historias clínicas antes de realizarla.

En cuanto a la protección de datos, se observa que más de la mitad de los profesionales tienen conocimiento de la normativa.

En la identificación casi un tercio de profesionales utilizan un solo identificador.

En cuanto a la solicitud del consentimiento verbal,los profesionales consideran esta solicitud de consentimiento es necesaria y casi la mitad lo registran en la historia clínica.

Casi todos se presentan de forma correcta a los pacientes.

Consideran que el lugar donde la realizan es adecuado.

La mayoría indican que realizan registro de ello en la historia clínica digital.

Ante los resultados se evidencia una necesidad clara de formación(sesiones o cursos).

## SOMOS LO QUE EL PACIENTE PERCIBE. CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE DE PREVENTIVA (HUPM). UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAR

**Autores:** JULIÁ ILLESCAS MA

**Palabras clave:** Confidencialidad, Gestión de la calidad, Participación, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

1. Medir la calidad percibida y la valoración global de la satisfacción con la atención recibida por los pacientes de la consulta de vacunas de M. Preventiva del HUPM.
2. Analizar los resultados obtenidos e Identificar oportunidades de mejora a través de la percepción de los pacientes para avanzar en el camino de la excelencia.

### Materiales y métodos

Estudio transversal. Población de estudio constituida por los pacientes atendidos en la consulta de vacunas de M. Preventiva en el período 20/07/2023 al 15/09/2023.

Para medir los objetivos planteados se diseña un modelo de cuestionario electrónico (Formulario Google) para evaluar la experiencia del paciente en el momento de la prestación sanitaria (tiempo real).

Compuesto de un total de 20 preguntas repartidos en las siguientes dimensiones: información, atención personal, intimidad, procedimiento, seguridad y confortabilidad.

La encuesta es anónima, confidencial y voluntaria. El cuestionario es multirespuesta con escala de valoración de Likert.

### Resultados

El número de pacientes atendidos en consulta de vacunas en el periodo comprendido es de 555 (112 Interconsultas y 443 Sucesivas). Se realizan 350 encuestas (63,06 %).

En términos generales el 77,7 de los pacientes están muy satisfechos con el servicio de M. Preventiva del HUPM.

El aspecto mejor valorado fue el tiempo que el FEA le dedica en consulta (99,4) y su disposición para explicar su proceso vacunal. La limpieza, temperatura y confortabilidad de la sala son aspectos con los que los pacientes están muy satisfechos (99,4).

El aspecto peor valorado fue el tiempo de demora transcurrido desde la hora de la cita hasta que es atendido en consulta, el 7,4 % tuvo que esperar más de 45 minutos, el 7,1% tuvo que esperar entre 31 a 45 minutos, el 22,3% tuvo que esperar de 16 a 30 minutos y el 63,1% tuvo que esperar menos de 15 minutos.

Solo el 59,2 % de las personas conocían el nombre del médico que le atendió.

### Discusión y Conclusiones

Disponer de los niveles de satisfacción de las personas atendidas, es una potente herramienta de participación ciudadana que permite implantar acciones derivadas del resultado.

En relacion al item de conocimiento del nombre del médico que le atendió en la consulta se realiza propuesta para visibilizar a través de un soporte identificador sobremesa con el nombre del personal facultativo que atiende la consulta.

La unidad valora positivamente los resultados de satisfacción obtenidos.

## MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA DE TELEMEDICINA EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

**Autores:** GONZÁLEZ DUARTE D, BRUTTINI O, ALONSO SÁNCHEZ MJ, KOSAKA ZANABRIA V, DOMÍNGUEZ MONTOJO T, GONZÁLEZ MONEDERO F

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Eficiencia, Gestión de la calidad

### Objetivos

El apoyo a la innovación en los servicios sanitarios es parte constitutiva de la misión interna de los sistemas de salud en general. La utilización de las nuevas tecnologías, incluyendo la teleconsulta, como parte de los procesos asistenciales puede mejorar la calidad de la atención clínica y optimizar el uso de los recursos sanitarios.

El objetivo de nuestro trabajo es valorar la utilidad clínica y asistencial de una plataforma de telemedicina de comunicación entre profesionales especialistas en Endocrinología y Nutrición y Atención Primaria.

### Materiales y métodos

En el Hospital Punta Europa de Algeciras, perteneciente al AGS Campo de Gibraltar Oeste se implantó una plataforma de telemedicina para la gestión de teleconsultas internivel entre profesionales de atención primaria(AP) y atención hospitalaria(AE) de la UGC de Endocrinología y Nutrición. Se utilizó Teleconsulta v1.0 , que se creó enriqueciendo a Telederma v2, incluyendo mejoras orientadas a la incorporación de nuevas especialidades que ofertan consulta telemática.

Se fueron incluyendo progresivamente Centros de Salud de nuestro área asistencial(Algeciras, Los Barrios y Tarifa), de forma progresiva. Todas las teleconsultas fueron contestadas por un mismo endocrinólogo. Las patologías endocrinológicas incluidas fueron diabetes tipo 2(DM 2), patología tiroidea y paratiroidea, hiperprolactinemia y patología endocrina del embarazo.

Evaluamos las teleconsultas realizadas entre 14 de Diciembre de 2022 y 15 de Septiembre de 2023.

### Resultados

Se contestaron un total de 132 teleconsultas. 115 de ellas( 87%) fueron altas directas. 6 de ellas necesitaron seguimiento en AP, 3 fueron no tributarias y 1 fue finalizada por el solicitante. Por tanto, un total de 125 pacientes (95%) fueron solucionados sin necesidad de derivación a Endocrinología. Solo 7 pacientes (5%) precisaron de consulta especializada, que además pudo ser agilizada por el propio especialista.

Con respecto a las distintas patologías, la patología tiroidea fue la más consultada con un total de 79 teleconsultas del total de 132(60%). Del total de la patología tiroidea, un 58% tenían disfunción tiroidea y 42% patología nodular.. En segundo lugar hubo un total de 23 teleconsultas de DM 2(17%) seguido de alteraciones paratiroideas con total de 20 casos(15%). Hubo también 8 consultas sobre trastornos de prolactina y 2 sobre patología endocrinológica durante el embarazo.

### Discusión y Conclusiones

La implantación de la teleconsulta en Endocrinología y Nutrición es de gran utilidad para mejorar la calidad asistencial y optimizar el uso de los recursos sanitarios.

Además es una arma de enorme trascendencia para mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Especializada, fomentando el aprendizaje mediante formación continuada y evitando las derivaciones innecesarias y que sobrecargan nuestro sistema sanitario.

En conclusión, la innovación mediante telemedicina en Endocrinología y Nutrición es una herramienta útil y eficiente para mejorar la calidad de nuestro sistema sanitario.

## ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Autores:** LINARES BARRIOS M, GARCÍA NAVAS A, MOYA MOLINA MA, GONZÁLEZ MONEDERO F, KOSAKA ZANABRIA V

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención Primaria, Planificación Estratégica, Telemedicina, TIC y telemedicina

### Objetivos

Evaluar la estrategia de implementación de la teledermatología en atención primaria en el distrito sanitario Bahía de Cádiz-La Janda y Campo de Gibraltar-Oeste del Servicio Andaluz de Salud y analizar sus resultados y la aceptación tanto por parte de los médicos como de los pacientes.

### Materiales y métodos

La estrategia se basó en los siguientes items:

Formación de un equipo multidisciplinario con dermatólogos, médicos de atención primaria y expertos en tecnología de la información.

Selección de una plataforma segura de teledermatología.

Capacitación de médicos de atención primaria en el uso de la plataforma y técnicas de captura de imágenes dermatológicas.

Establecimiento de protocolos de derivación y evaluación de casos por dermatólogos.

Comunicación activa con pacientes.

### Resultados

Se analizan los resultados desde la implantación del programa destacando los siguientes aspectos:

Aumento significativo del acceso a la atención dermatológica en atención primaria.

Reducción notable de los tiempos de espera para la atención dermatológica.

Mejora en la detección temprana de lesiones cutáneas potencialmente malignas.

Alta satisfacción de los pacientes al poder acceder a la atención rápidamente.

Reducción de costos para el sistema de salud y los pacientes debido a la disminución de desplazamientos.

Alta aceptación entre médicos de atención primaria, con una mejora percibida en la eficiencia.

Participación activa de los dermatólogos en la evaluación de casos, fomentando una atención colaborativa.

### Discusión y Conclusiones

La estrategia de teledermatología en atención primaria ha demostrado ser altamente efectiva y beneficiosa.

La reducción de los tiempos de espera, la mejora en la detección temprana de afecciones cutáneas importantes y la satisfacción de los pacientes respaldan su implementación. La aceptación de los médicos y la colaboración con dermatólogos destacan la eficiencia de esta modalidad de atención.



## ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL AÑO 2022 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Autores:** GONZÁLEZ MÉNDEZ MI, MARTÍN CASTAÑO C, VÁZQUEZ FERNÁNDEZ A, ANAYA CARRIÓN MN, MURIANA JIMÉNEZ R, BAZÁN BÁEZ P

**Palabras clave:** Cuidados Intensivos, Evaluación de resultados, Hospital, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

Desde hace 20 años se plantea que la opinión de los usuarios de los Servicios de Salud es importante en cuanto a futuros replanteamientos de la planificación de los servicios y en lo referente a la participación de la comunidad en la orientación y ordenación de dichos servicios.

Objetivo: identificar el nivel de satisfacción de los usuarios, pacientes o familia, de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cuidados Intensivos de nuestro hospital.

### Materiales y métodos

Diseño: Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Ámbito: UGC de Cuidados Intensivos de tercer nivel con una dotación de 83 camas.

Participantes: La unidad de muestreo ha sido cada uno de los pacientes/familia ingresados en la UCI a lo largo del año 2022.

Fuentes de información: cuestionario de elaboración propia con 32 ítems que se facilita al paciente en el momento de su alta en formato papel. Está disponible también para su cumplimentación on line en la página de nuestro hospital.

Asimismo, el díptico de acogida a la familia dispone de un código de barras que enlaza directamente con la encuesta.

VARIABLES: sociodemográficas, procedencia, información recibida, comodidad, limpieza, horario de visitas, seguridad clínica, intimidad, valoración de profesionales, puntuación global de la unidad.

### Resultados

Se cumplimentaron un total de 177 encuestas. un 37,80% de las encuestas ha sido respondida por el propio paciente y un 62,20% por un familiar. Un 61,59% de los encuestados era hombre.

En relación con el ítem ¿Qué grado tuvo de intimidad durante el ingreso?: un 42,17% de los usuarios lo valora como muy bueno, un 46,25% como bueno y un 11,58% lo valora como normal. Ningún usuario lo valora como malo o muy malo.

En relación con el ítem ¿Le han facilitado al ingreso la Guía de Usuario o Plan de Acogida de la Unidad?, un 10,21% ha respondido negativamente.

En relación al ítem ¿Recibió toda la información adicional que solicitó o estimó conveniente?: el 93,79 de nuestros usuarios consideró que sí.

Un 2,73% de nuestros usuarios consideró que los horarios de visita de familiares y allegados eran malos o muy malos.

Un 99,31% de nuestros usuarios opina que los profesionales están adecuadamente identificados.

Un 0,68% de los encuestados afirma no haber tenido colocada su pulsera identificativa.

Un 19,17% de nuestros usuarios afirmó no haber tenido dolor durante su estancia en UCI y un 73,97% que sí lo tuvo pero que se controló.

Un 13,47% de nuestros pacientes refirió haber dormido un 60% o menos de lo que suele dormir habitualmente en su mayoría por dolor o ruidos.

La nota media obtenida por la unidad fue de 9,21.

### **Discusión y Conclusiones**

Somos conscientes de las dificultades para favorecer la intimidad que tenemos en 3 salas de la unidad con 7-8 camas separadas por cortinas.

Es evidente el esfuerzo diario que realizan todos los profesionales por comunicarse con paciente y con familia.

Con el nuevo plan de visitas implantado en el mes de diciembre de 2022 esperamos mejorar la satisfacción en relación a los horarios de visita.

## ANÁLISIS DE LAS SUGERENCIAS ESCRITAS DE LOS AÑOS 2019 A 2022 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Autores:** GONZÁLEZ MÉNDEZ MI, VÁZQUEZ FERNÁNDEZ A, MARTÍN CASTAÑO C, MURIANA JIMÉNEZ R, BAZÁN BÁEZ P, SÁNCHEZ PAYÁN E

**Palabras clave:** Cuidados Intensivos, Evaluación de resultados, Hospital, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

Las Unidades de Gestión Clínica (UGC), realizan encuestas sistemáticas a una muestra de los pacientes dados de alta. Tales encuestas son la base principal para obtener información sobre la satisfacción de los usuarios, siendo el procedimiento formal de primer orden.

Sin embargo, tenemos que considerar las sugerencias y quejas que quedan por escrito sobre muy diferentes aspectos relacionados con las expectativas y experiencias de los usuarios, familiares o pacientes, durante su hospitalización. Esta información debe ser tratada de forma estructurada de modo que permita su análisis sistemático por parte de los responsables de la UGC.

Objetivo: Analizar las sugerencias presentadas por nuestros usuarios, familiares o pacientes, a través de los buzones habilitados para ello en la UGC de Cuidados Intensivos.

### Materiales y métodos

Diseño: Estudio observacional descriptivo de corte longitudinal.

Ámbito: UGC de Cuidados Intensivos de tercer nivel con una dotación de 83 camas.

Participantes: La unidad de muestreo ha sido cada uno de los pacientes/familia ingresados en la UCI a lo largo de los años 2019 a 2022.

Fuentes de información: sugerencias escritas en cualquier formato que se hacen llegar a los responsables de la UGC a través de los tres buzones de sugerencias disponibles o de otros profesionales de la UGC.

### Resultados

Se procedió a realizar una clasificación de las sugerencias en cuatro grupos en función de sus causas o motivos. Estos grupos fueron: instalaciones y confort, administración, asistencial y agradecimientos.

1. Instalaciones y confort. No se recibió ninguna sugerencia.
2. Administrativas. Se recibieron un total de cuatro sugerencias que hacen referencia a no permitir la entrada de menores, a la demora en las horas de visita y a la falta de sillas para sentarse durante la espera.
3. Asistenciales. No se recibió ninguna sugerencia.
4. Agradecimientos un total de 22.

### Discusión y Conclusiones

Esta fuente de información es de enorme interés para incrementar y mejorar el conocimiento que la UGC puede alcanzar sobre la percepción que los usuarios reciben de la atención prestada, aportando ideas y áreas de mejora de elevado valor.

Se ha vuelto a recordar a todos nuestros profesionales acerca de la necesidad de respetar los horarios de visita, aunque es cierto que, a veces, es imposible hacerlo por la inestabilidad hemodinámica de algún paciente, por presentarse una situación emergente o por nuevo ingreso de paciente entre otros motivos.

En el nuevo plan de visitas de nuestro Hospital, aunque se aconseja la no inclusión de menores de 12 años, sí lo considera como visita terapéutica valorando cada caso por los profesionales sanitarios de forma individualizada.

Los agradecimientos recibidos por parte de familiares y/o pacientes que se han sentido muy satisfechos por la atención prestada constituyen para nuestra unidad una importante motivación para continuar trabajando en esa línea y que todos nuestros pacientes se sientan atendidos con la calidad, trato y profesionalidad que merecen.

## CALIDAD DE LOS PARTES JUDICIALES POR VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL DISTRITO COSTA DEL SOL DE MÁLAGA

**Autores:** DELGADO SÁNCHEZ N, RIVAS RUIZ F, ABAD SÁNCHEZ A, CASTANEDO CÓRDOBA I, GARCÍA MONTENEGRO T, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ A

**Palabras clave:** Certificación, Derechos del paciente, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Sistemas de Información

### Objetivos

Dentro del proceso de acreditación ACSA en Violencia de Género (VG) del Distrito Sanitaria Costa del Sol (DSCS), en cuyo proceso estamos inmersos; uno de los estándares propuestos por la ACSA es la auditoria de los partes judiciales VG emitidos en el último año.

Elegimos el años 2022 en el que se emitieron 570 partes VG. La finalidad es no solo cumplir con este estándar de calidad de cara a la acreditación del DSCS; sino conocer y mejorar la ejecución de los profesionales en la elaboración de los mismos, facilitando así, la actuación judicial derivada de los mismos, y consecuentemente la protección y asistencia a las mujeres víctimas de VG y menores a su cargo.

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo de periodo a través de revisión de los partes judiciales por Violencia de Género en el DSCS del año 2022 en el que se registraron 570 partes.

Estimando un 50% de calidad en el grado de cumplimentación, para un nivel de confianza del 95%, precisión del 5%, y un efecto de diseño del 25% por variabilidad de centros de salud, se determinó una muestra de 276 partes a seleccionar de forma aleatoria simple. Tomando como base los 14 criterios de calidad propuestos por la ACSA, cada una de las historias fue evaluada por pares con 6 equipos de profesionales elegidos entre los 27 miembros de la Comisión de Violencia de Género del DSCS. Se determinó el porcentaje de cumplimentación de cada criterio junto con un promedio sobre el total de criterios.

### Resultados

Se determinó diferencias en la cumplimentación en un rango superior al 90%, al comprenderse el 0,4% de cumplimiento en criterio 11 (si sospecha, justificar) hasta el 97,4% en criterio 14 (firma del profesional que cumplimenta el parte). Así, de los 14 criterios revisados, en 3 se determinó un cumplimiento superior al 80%, mientras que en 6 criterios el nivel de cumplimiento fue inferior al 50%. El nivel de cumplimiento promedio de todos los indicadores fue del 54%.

### Discusión y Conclusiones

En una amplia muestra de partes judiciales se ha identificado un nivel subóptimo de cumplimiento de partes judiciales de violencia de género. Ello hace pensar en la necesidad tanto de establecer procedimientos estandarizados y formación específica que mejore la cumplimentación, junto con la necesidad de establecer herramientas que faciliten su cumplimentación de forma exhaustiva e inequívoca.

Las sugerencias de mejora consensuadas por el equipo auditor, son compartidas en sesión de formación a todos los miembros de la Comisión de VG del DSCS, quienes a su vez lo comparten en formación continuada con los profesionales de su Centro de Salud. Asimismo, dichas conclusiones y sugerencias de mejora, son trasladadas tanto a la ACSA como al S.A.S.

## MEJORA DEL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

**Autores:** CORRALES TAPIA PG, RODRÍGUEZ MORENO S, MURILLO ROSALES MV

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Derechos del paciente, Hospital, Participación

### Objetivos

Proyecto que nace con la intención de ofrecer a nuestros pacientes con una determinada patología, los recursos de que disponen las asociaciones malagueñas. El Hospital necesita de las asociaciones como complemento a la asistencia sanitaria que prestamos, allí donde no somos capaces de llegar.

Desde ellas, se defienden los derechos de estos pacientes, apoyando a las personas y sus familias que tienen en común una enfermedad. Conseguir un nexo de unión entre los pacientes y las asociaciones, para dar respuesta a las necesidades de los primeros. Valorar de manera conjunta, qué necesidades no están cubiertas y caminando de la mano, abrir nuevos proyectos que empoderen al paciente sobre el control de su salud. Fomentar la ayuda mutua, creando un lugar de encuentro donde los pacientes puedan conectarse entre sí, compartir experiencias y brindarse apoyo común.

### Materiales y métodos

Material: Video explicativo de los recursos de que dispone la asociación. Relato en primera persona o a través de testimonios de pacientes que cuentan su experiencia tanto en la unidad como en la asociación.

Método: De manera previa al encuentro, se le expone a la unidad asistencial el funcionamiento y oportunidades que ofrece la asociación, para su valoración y detección de oportunidades. Esa exposición se llevará a cabo a través de la participación del personal de la asociación, haciendo uso de algún video, presentación o material gráfico, donde se refleje el contenido de su actividad.

Posteriormente se convoca el encuentro, en el que participan los pacientes, iniciándose con el vídeo explicativo. En este video se presentan aquellos recursos que puedan contribuir a poder prevenir posibles complicaciones, a promover el bienestar físico, el apoyo emocional, y la comprensión de la situación del paciente para poder afrontar la enfermedad con mayor fortaleza y confianza. Basándonos en los resultados obtenidos del encuentro, se llevarán a cabo encuestas valorando si en estos encuentros los pacientes han desarrollado habilidades de autogestión para poder afrontar y superar la enfermedad a largo plazo.

### Resultados

Se pilotará con las distintas asociaciones con las que el Hospital tiene firmados Convenios de Colaboración. Estableceremos un sistema que promueva el intercambio de conocimientos entre ciudadanía y profesionales, con especial atención al papel que juegan las asociaciones en el manejo cotidiano de determinados problemas de salud.

### Discusión y Conclusiones

Nuestra aspiración es escuchar a nuestros pacientes y ofrecerles los recursos que posee el impresionante tejido asociativo malagueño. Muy involucrado en la prevención de la enfermedad, promoción de hábitos de vida saludables, acompañamiento durante la enfermedad, apoyo emocional e inserción laboral. Mejorar la experiencia de nuestros pacientes no es solo tratarlos de su enfermedad, sino escucharlos, empoderarlos y ofrecerles todo el apoyo posible. Se trata de sumar actuaciones al considerar a las asociaciones como complemento de la asistencia sanitaria.

## MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

**Autores:** VILLALOBOS MÁRQUEZ JA, OLMEDO PATRICIO MI, AGUILAR IBORRA SJ

**Palabras clave:** Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Gestión de riesgos, Indicadores, Sistemas de Información

### Objetivos

La violencia de género (VG) es un problema de salud pública que tiene un abordaje multidimensional que incluye la atención sociosanitaria. Este abordaje requiere un registro, seguimiento y evaluación permanente que permita conocer la calidad de la atención que se presta a las mujeres víctimas de VG (VVG) y, de este modo, conocer mejor la magnitud del problema en el ámbito de atención de esta área de salud. El objetivo principal es describir la utilidad de una herramienta única de registro que permite monitorizar la atención a las mujeres VVG mediante el establecimiento de indicadores y criterios de calidad que sirven para monitorizar los casos y evaluar las actuaciones. Como objetivos específicos se pretende obtener un perfil de la VVG, conocer la calidad de los registros realizados a VVG y proponer mejoras en la calidad de estos registros y los procedimientos de atención a VVG.

### Materiales y métodos

Miembros de la Comisión de VG proponen la monitorización de una serie de indicadores que se incorporan al cuadro de mando para el registro de casos de VG. Esta herramienta permite la alimentación de una base de datos en la plataforma "phpMyAdmin.net" en código abierto sin gestión corporativa. Se dispone de un procedimiento de comunicación de casos de VG en todas las unidades de Atención Primaria y Hospitalaria además de instituciones de coordinación y derivación. Toda la comunicación, se traslada a través de correo corporativo, que un profesional técnico se encarga del registro a la base de datos. La información enviada es revisada por el trabajador social referente en VG. El análisis de los datos se realiza sobre el total de los registros realizados, en los que se evalúan los indicadores registrados. Los criterios de calidad se obtienen de una muestra significativa a través de los informes sanitarios y sociales, partes al juzgado y otros incluidos en DIRAYA, verificando la uniformidad y exhaustividad de la información.

### Resultados

Como resultado se ha logrado disponer de un registro actualizado de los casos de VG atendidos y conocer la calidad de la atención a VVG. Se ha obtenido información sobre la calidad de los registros permitiendo reconocer las debilidades y carencias sobre los que proponer estrategias y actividades encaminadas a mejorarlos. Esta información permitirá analizar, detectar y mejorar los procedimientos y protocolos de actuación, consiguiendo un impacto positivo tanto en la población atendida como en la seguridad de profesionales, promoviendo la prevención, la formación y una atención sanitaria de calidad.

### Discusión y Conclusiones

La implementación de este sistema contribuye a una mejor atención de la VG. Se reconoce la necesidad de seguir perfeccionando el sistema y se aboga por una plataforma corporativa unificada en el sistema sanitario para desarrollar el registro, emitir informes y evaluar indicadores de forma homogénea en la organización que permita el benchmarking.

Pensamos que la monitorización de indicadores clave en la atención a la VG es una estrategia de mejora efectiva.

## LA CORRESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES EN UNA GESTIÓN EFICIENTE DEL SISTEMA SANITARIO

**Autores:** CALLEJÓN GIL MM, CÓRDOBA GARRIDO LD, GÁMIZ LUQUE N, GÓMEZ MACHUCA MG, MEDINA LINARES C

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Cultura organizacional, Eficiencia, Gestión de personas, Participación

### Objetivos

Mentalizar a la ciudadanía de la importancia que tiene su toma de decisión sobre la eficiencia de la gestión de los recursos del SSPA, la sostenibilidad del sistema y sobre otros pacientes que no pueden ser atendidos en su lugar.

Trasladar a la población la importancia de sus acciones cuando deciden “no acudir” a una cita con el especialista y además “no cancelan” la misma.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo de junio 2022-2023, en un hospital comarcal.

Se contrató a una empresa externa (Servicio Móvil) para realizar el recordatorio de las citas de especialista hospitalario a través de SMS una semana antes de la cita y la recepción y feedback de los mismos si decidían no acudir.

Analizó y evaluó los datos la unidad de Atención a la Ciudadanía sin conflicto de intereses.

### Resultados

Número de pacientes que contestaron al SMS que no acudirían 1.100. Se reutilizaron la mayoría de citas.

### Discusión y Conclusiones

Aunque el porcentaje de respuestas de cancelación no ha sido muy alto, las personas se van implicando y mentalizando de la importancia de la misma.

Se recibe feedback con información adicional que ayuda a gestionar mejor las citas.

El estudio realizado se expone en la Comisión de Participación Ciudadana del Área y se sensibiliza a la población de la importancia de la participación y colaboración en el sistema para lograr la eficiencia.

## REDISEÑO DE LA SECCIÓN DE GENÉTICA CLÍNICA DEL HRU DE MÁLAGA

**Autores:** MÉRIDA DE LA TORRE FJ, RUIZ ESCALERA JF, SÁNCHEZ-MONTES MORENO S

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Manejo de Atención al Paciente, Seguridad del paciente

### Objetivos

Tradicionalmente la sección de Genética Clínica del HRU de Málaga ha soportado una demora muy importante (superior al año y medio) y un alto grado de insatisfacción por parte de los pacientes y de los profesionales. A esto había que unirle una falta de digitalización de la información por lo que la misma estaba en formato papel, lo que dificultaba su consulta y manejo por el resto de profesionales.

### Materiales y métodos

En enero de 2022 se reestructura toda la sección, se definen nuevos circuitos de acceso a las pruebas, por DIRAYA principalmente. Se procede a cumplimentar la historia clínica en el formato digital y en paralelo a la digitalización. Se reduce el número de proveedores externos lo que agiliza todo los procesos de gestión y facturación, pasando de catorce proveedores a cinco. Se habilita un circuito específico para la extracción de muestras atendiendo a las necesidades especiales de consentimiento informado y todo lo relativo al uso de material genético.

### Resultados

Durante 2021 se realizaron 1.600 actos médicos y en los primeros ocho meses de 2022 se realizaron 7.560 actos médicos.

La demora en estos momentos es de aproximadamente cuatro meses.

Toda la información está digitalizada y se ha establecido un único mecanismo de acceso a las pruebas así como un único mecanismo de información, todo ello a través de la historia clínica digital.

### Discusión y Conclusiones

Estas acciones se realizaron con el mismo número de personas. Aunque ha supuesto un gasto importante en pruebas, esto se ha traducido en una mayor accesibilidad de las pruebas por parte de los ciudadanos y de los profesionales. También ha supuesto una reducción en el tiempo de demora para solicitud de pruebas e información en consulta de resultados.

Como conclusión, el acceso a pruebas de alta complejidad como son los estudios genéticos, no deben verse limitados por criterios organizativos, pudiendo encajar en la misma dinámica que el resto de servicios y consolidando un mismo sistema de acceso al servicio y a la información.



## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “ESTRÉS PSICOSOCIAL COMO FACTOR DETERMINANTE EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES AGUDAS”

**Autores:** FUENTES RUIZ M

**Palabras clave:** Atención Primaria, Continuidad de la atención, Participación, Percepción del paciente, Procesos asistenciales

### Objetivos

La asociación del estrés psicosocial con el riesgo de enfermedad cardiovascular aguda es más controvertida en comparación con factores de riesgo vascular más tradicionales. La mayoría de los estudios están limitados por el enfoque en la conceptualización del estrés y por el carácter no prospectivo.

Principal: Analizar la efectividad de un programa de intervención psicoeducativa grupal en la reducción de la tasa de recidiva de evento cardiovascular combinado.

Secundarios: Calcular la reducción en la tasa de morbimortalidad cardiovascular, la reducción en la tasa de reingresos. Analizar diferencias en la supervivencia libre de recidiva de evento cardiovascular entre grupo experimental y grupo control. Calcular los cambios tras la intervención en la calidad de vida relacionada con la salud y en el estrés autopercebido.

### Materiales y métodos

Estudio de intervención aleatorizado, controlado y abierto (ensayo clínico) para comparar la eficacia en reducir eventos cardiovasculares de dos brazos a razón 1:1 consistentes en:

- 1) programa grupal psicoeducativo junto a las medidas terapéuticas y recomendaciones de cambios de estilo de vida habituales de prevención secundaria (grupo experimental).
- 2) comparado con un grupo en el que solo se realizarán las medidas terapéuticas y de prevención secundaria (grupo control).

Se incluirán pacientes adultos que han padecido un evento cardiovascular agudo (coronario y enfermedad cerebrovascular).

El equipo investigador esta formado por un equipo multidisciplinar, tanto del ámbito de la atención primaria como de la atención hospitalaria.

En este contexto, enfermería valora la calidad de vida relacionada con la salud y el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar, incorporando la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud.

Herramientas y escalas usadas por enfermería: Short Form-36, Seattle Angina Questionnaire, Escala para la Calidad de Vida del Ictus.

Descripción de la intervención; Consta de dos partes: 1 grupos psicoeducativos. 2 valoración psicológica.

Seguimiento: Ambos grupos tendrán un seguimiento de un año.

### Resultados

El estudio pretende demostrar que un programa de intervención grupal psicoeducativo, integrado en las actuaciones habituales de prevención secundaria de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular agudo reduce la tasa de recidiva de nuevos eventos cardiovasculares.

### Discusión y Conclusiones

El estrés siempre se ha descrito como un factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular, sin embargo este factor esta condicionado por la conceptualización del estrés, que es auto-informado y podría ser subjetivo, por lo tanto difícil de medir. El uso de herramientas estandarizadas para la detección de estrés y el análisis posterior de la intervención psicoeducativa grupal, nos permitirán confirmar su relación determinante sobre las ECV.

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA CUIDAT EN CASA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES

**Autores:** EXPÓSITO PUERTA MR, ARANDA LÓPEZ JA, LOZANO PERALES F, RODRÍGUEZ GARCÍA R, CALERO GARCÍA MJ, ORTEGA MARTÍNEZ AR

**Palabras clave:** Continuidad de la atención, Gestión de cuidados, Problemas de salud, Seguridad del paciente, Telemedicina

### Objetivos

Desarrollar un innovador servicio de atención integral, para el apoyo a las personas en situación de dependencia, que garantice los cuidados adecuados en el entorno domiciliario, mejorando su calidad de vida y permitiéndole seguir en su domicilio de la forma más autónoma posible, así como validar el modelo de atención domiciliaria a personas dependientes desde centros socio-sanitarios a través de un servicio de monitorización remota del hogar.

### Materiales y métodos

La población objeto de estudio estuvo formada por personas mayores dependientes, en situación de fragilidad o con enfermedades crónicas. Todos los participantes fueron derivados por parte de los respectivos ayuntamientos de los municipios o SS.SS.

Se administraron a los participantes en el proyecto, una vez firmado el consentimiento informado, los siguientes instrumentos en las visitas domiciliarias que se realizaron al inicio del proyecto, a los 3 meses y a los 6 meses

- Hoja inicial de recogida.
- Índice de Barthel (IB, Mahoney y Barthel, 1965, adaptación española de Baztán, González y del Ser, 1994)
- Escala de Lawton y Brody (IADL, Lawton y Brody, 1969, adaptación española de Vergara et al., 2012)
- Test de las fotos o Fototest (Carnero, Pardo y Montoro, Rios, 2004).
- Cuestionario de Morinsky-Green (validado por Val Jimenes y cols., 1992)
- Escala de depresión geriátrica Yesavage et al., 1983 (adaptación española)

Además, en función de sus patologías, se le hizo entrega de:

- Sensores de movimiento: que consiste en una solución tecnológica que nos permite la monitorización de la actividad de las personas mayores en su domicilio.
- Sistema de telecuidados domiciliarios: formado por dispositivos de Teleasistencia, que dispone de geolocalizador, detector de caídas y/o botón de emergencia.
- Reloj inteligente: el cual mide frecuencia cardiaca, PA, saturación de oxígeno y pasos.
- Aplicación para dispositivos móviles para el familiar.

### Resultados

Los resultados obtenidos muestran que en la variable Calidad de Vida existen diferencias significativas en función del Tiempo,  $F(1,48)=8,98$   $p=.004$ .al comienzo del estudios, a los 3 y 6 meses. Igualmente, se encontraron diferencias en la variable Depresión (Test de Yesavage),  $F(1,48)=4,62$   $p=.037$ . En este caso, las diferencias se establecieron entre las puntuaciones obtenidas al inicio del estudio y al finalizar el mismo (6meses) en el sentido de que el promedio en depresión disminuyó.

### Discusión y Conclusiones

Los datos obtenidos muestran que, aunque las capacidades funcionales de los participantes no han mejorado, tampoco han empeorado y teniendo en cuenta el perfil de estas personas, es un éxito. Todos los participantes han sido personas mayores y con patologías crónicas, que con el paso del tiempo, desarrollan un empeoramiento de su situación, repercutiendo muchos factores y con este sistema de telecuidados se han ido manteniendo. cabe destacar, como ha ido disminuyendo el grado de depresión de los participantes, gracias al cuidado y atenciones prestadas por todo el equipo multidisciplinar.

## SISTEMA PARA LA DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS SOBRE LA INFLUENCIA DEL ENTORNO EN PACIENTES ASMÁTICOS

**Autores:** CUARESMA GIRÁLDEZ M, MORENO CONDE A, DE LUQUE PIÑANA V, MORENO CONDE J, NÚÑEZ BENJUMEA F, GIRÁLDEZ ÁLVAREZ M

**Palabras clave:** Análisis Costo-Beneficio, Eficiencia, Manejo de Atención al Paciente, Planificación Estratégica, Sistemas de Información

### Objetivos

Los sistemas de información geográfica (SIGs) han revolucionado la investigación en salud ambiental. La suma total de los múltiples factores de exposición (contaminantes ambientales, radiación, alimentación, actividad física, etc.) en la vida de una persona, pueden ayudarnos a entender patologías con fuerte influencia ambiental.

El objetivo de este proyecto es desarrollar un sistema para la gestión y análisis de información procedente de la investigación clínica, epidemiológica y traslacional incluyendo datos ambientales asociados a su geolocalización. Además se pretende demostrar el valor del sistema mediante el análisis de la influencia del entorno en la salud de pacientes asmáticos de nuestra región

### Materiales y métodos

El sistema integra datos sociodemográficos y medioambientales con datos clínicos, permitiendo aplicar técnicas de minería de datos, análisis multivariante y multinivel. Permitiendo elaborar modelos predictivos o identificar factores de riesgo y pronósticos que contribuyan a optimizar la toma de decisiones en el ámbito clínico.

Actualmente el sistema se está usando para analizar la influencia de factores ambientales en pacientes asmáticos de nuestra región. El estudio en cuestión, emplea el sistema desarrollado para analizar datos de la historia clínica de pacientes asmáticos en los últimos 15 años, siendo la mayor muestra de pacientes reportados hasta el momento.

Este estudio resultará en el desarrollo de modelos predictivos sobre el riesgo de exacerbaciones en pacientes asmáticos podrían ser incorporados en la práctica clínica

### Resultados

El sistema integra datos sociodemográficos (renta, población, estudios, tasa de desempleo y mortalidad) y medioambientales (meteorología, contaminantes, polen, calidad del aire, concentración de radón) obtenidos a nivel de la región censal del paciente.

El estudio retrospectivo descrito permitirá desarrollar modelos predictivos que serán implementados en un sistema de ayuda a la toma de decisiones y una app móvil para el seguimiento del paciente.

Los modelos predictivos se validarán prospectivamente y, posteriormente, el sistema de ayuda a la toma de decisiones y la app móvil se pilotarán en un estudio que contará con 6 centros y 214 pacientes asmáticos de Andalucía durante 12 meses. Se evaluará el impacto clínico, coste-efectividad de la intervención y aceptación y usabilidad por parte de pacientes y profesionales.

### Discusión y Conclusiones

Se espera que el estudio piloto en asma permita incorporar el sistema en el día a día de las Unidades Alergología de nuestra región, optimizando el control de los pacientes y disminuyendo coste socio-sanitario.

Además, el estudio demostrará el potencial de la herramienta en la investigación epidemiológica y traslacional, así como para la definición de modelos predictivos y de riesgo en distintas patologías con influencia ambiental. De hecho, su uso está ya planeando en otro proyecto financiado por la comisión europea que analizará la influencia del ambiente en pacientes con cáncer de pulmón en nuestra región.

## BUZÓN DE CONFIDENCIAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR. MI AMIGA LA ENFERMERA REFERENTE ESCOLAR

**Autores:** GARCÍA LEÓN C, GALLARDO GALLEGO MJ, CEBALLOS GARCÍA R

**Palabras clave:** Atención Primaria, Confidencialidad, Enfermería, Gestión de la calidad, Participación

### Objetivos

Valorar el trabajo de la enfermera referente escolar en " patologías no comentadas " dentro del ámbito educativo.

### Materiales y métodos

En las sesiones informativas de la enfermera escolar en los diferentes centros educativos, se plantea la figura de dicha enfermera como una persona que puede ayudar, desde fuera del claustro de profesores, porque nos demandaban los directores que ellos no destacaban problemas o no se los comentaban directamente ni a través del equipo EOE.

Así que decidimos aportar la figura de la enfermera escolar como confidente de alumnos en sus inquietudes, sobre cualquier situación que les inquietase, tanto escolar como familiar, así como personal o de algún amigo. Se dieron charlas sobre maltrato, sexualidad, viogen, ITS, etc... Al final de cada charla se le ofrecía un tiempo para preguntas, y tras resolver algunas de ellas, se comentaba que por privado se podían tener sesiones individuales o colectivas de más o menos 5 personas para tratar algunos de los temas que se habían expresado: Salud mental, dejar de fumar, sexualidad, maltrato en la pareja, en su casa, etc

Se les proporciona un correo electrónico para que planteen sus dudas y sus necesidades.

### Resultados

Se recibieron 18 correos electrónicos individuales y luego algunos más que querían sesiones grupales para su núcleo de amigos, en este caso fueron dos grupos de mujeres.

Gracias a este programa, descubrimos la necesidad imperiosa que tienen los alumnos por el sexo con todas sus variantes.

Pero cabe destacar dos alumnos que manifestaban depresión y lo demostraban autolesionándose, sólo a la enfermera referente escolar se atrevían a contárselo.

Dos chicas que querían información y ayuda para decirle a su familia que querían cambiar de sexo.

Otro chico trans que sufría maltrato familiar por su condición.

La enfermera referente escolar trabajó con todos ellos, siempre con el consentimiento verbal para que se pueda derivar a los profesionales implicados, atención primaria, salud mental, trabajo social, así como familia y sobre todo profesores que en ninguno de los casos sospechaban nada ni les habían comunicado nada los alumnos.

Cabe destacar que no hubo ningún correo que manifestase que sufría acoso escolar.

Tras varias sesiones con la enfermera referente escolar y los profesionales implicados en cada proceso, manifestaban la mejoría en su salud y relaciones personales.

### Discusión y Conclusiones

Ha sido un acierto y hemos ganado en calidad con tener una enfermera referente escolar, la sienten como una compañera mayor sanitaria que les ayuda, no como un profesional maestro que puede que en su vida escolar los condicionase.

Sólo con estos casos ya ha merecido la pena poner ese buzón de confidencias

Como punto negativo indicar que tenemos una barrera con salud mental, ya que no deja llegar a ellos directamente desde el ámbito de la enfermera referente escolar.

## ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS AÑOS 2019 A 2022 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Autores:** GONZÁLEZ MÉNDEZ MI, ANAYA CARRIÓN MN, MARTÍN CASTAÑO C, VÁZQUEZ FERNÁNDEZ A, MURIANA JIMÉNEZ R, MUÑOZ DOMÍNGUEZ A

**Palabras clave:** Cuidados Intensivos, Evaluación de resultados, Hospital, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

Cualquier persona física o jurídica que en sus relaciones con los servicios que presta el Sistema Sanitario Público de Andalucía considere que ha sido objeto de cualquier anomalía como consecuencia de un supuesto mal funcionamiento de estos, tiene derecho a presentar una reclamación y a recibir del organismo responsable una adecuada respuesta en tiempo y forma. Los agradecimientos que las personas deseen formalizar sobre los servicios recibidos se consideran en el ámbito de este procedimiento.

Objetivo: Analizar las reclamaciones y agradecimientos presentados por los usuarios, familiares o pacientes, atendidos en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cuidados Intensivos

### Materiales y métodos

Diseño: Estudio observacional descriptivo de corte longitudinal.

Ámbito: UGC de Cuidados Intensivos de tercer nivel con una dotación de 83 camas.

Participantes: La unidad de muestreo ha sido cada uno de los pacientes/familia ingresados en la UCI a lo largo de los años 2019 a 2022.

Fuentes de información: El Libro de Sugerencias y Reclamaciones de la Junta de Andalucía, es el medio para formalizar este tipo de documento. En formato papel, se encuentra disponible en todos los centros del Servicio Andaluz de Salud (SAS). En su forma electrónica se encuentra habilitado en una página web de la Consejería de Hacienda y Administración Pública. Si la persona interesada dispone de certificado digital, firma el documento y queda presentado en el registro de entrada de dicha web. Si no dispone de certificado digital, debe imprimirlo en papel, firmarlo y presentarlo en un registro general donde le devolverán su copia sellada.

### Resultados

Desde el 01/01/2019 hasta el 31/12/2022, el número total de expedientes asignados a la UGC de Cuidados Intensivos ha sido de 100. De estos expedientes, 43 han correspondido a agradecimientos, una sugerencia y 56 reclamaciones.

El 100% de las reclamaciones fue contestada antes de los 15 días de su recepción por los profesionales responsables de la UGC. El tiempo medio de respuesta de la Unidad (días naturales) fue de 9,2 días.

En función de los motivos de los expedientes, se obtuvieron los siguientes resultados:

41 agradecimientos correspondieron a asistencia sanitaria y 2 a comunicación, trato y actitud. 17 reclamaciones correspondieron al área de asistencia sanitaria, 6 a comunicación-trato y actitud, 11 a información, 17 a organización funcional, 4 a confortabilidad y uno a accesibilidad asistencial.

### Discusión y Conclusiones

Las reclamaciones constituyen un instrumento fundamental para conocer las expectativas de los pacientes, al tiempo que constituyen una garantía de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario y sirven como indicador de la calidad percibida y del grado de satisfacción de los mismos.

El conocimiento de la percepción de los usuarios es fundamental para detectar oportunidades de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de funcionamiento detectadas y conseguir un mayor grado de satisfacción con el servicio que se presta.

## PIDE ATENCIÓN DIRECTA HUVM: SISTEMA COMUNICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

**Autores:** GÓMEZ JEMES L, JIMÉNEZ ALMIDA RJ, HERRERÍAS ESTEBAN JM, MARTÍN ROBLEDO CM, FERNÁNDEZ GARCÍA MD, ROMERO RODRÍGUEZ AR

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Evaluación de procesos, Evaluación de resultados, Satisfacción

### Objetivos

Se detecta en el HUVM la necesidad de simplificar, agilizar y mejorar la comunicación de la ciudadanía con el centro. Por parte del Servicio de Informática se propone una solución, PIDE Atención Directa HUVM, para ayudar a mejorar el servicio prestado a la ciudadanía, garantizando la actuación de la Unidad correspondiente y la respuesta a la persona. Mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales prestados; tener trazabilidad de las actuaciones y los actores implicados; analizar los datos registrados para medir resultados e indicadores de calidad.

### Materiales y métodos

PIDE es un gestor de procesos genérico desarrollado por el equipo provincial TIC Sevilla. Desde el servicio de Informática del HUVM, se realizó un análisis de requisitos y necesidades, tanto para el uso de los profesionales como para dar servicio a las personas usuarias del mismo y se modeló un flujo específico para atención directa:

1. Las solicitudes recibidas a través de cualquier canal se registran en PIDE a través de un formulario.
2. Se asignan a la UGC correspondiente.
3. Resuelven la solicitud e informan al solicitante.
4. La solicitud finaliza.

El proceso es transparente para todos los profesionales con trazabilidad total en tiempo real.

El formulario dispone de campos obligatorios para recoger la información mínima necesaria. Para facilitar el registro, se han habilitado desplegables como por ejemplo los motivos de consulta más frecuentes: gestiones sobre citas, transporte sanitario, entre otros.

Para la implantación, se dio formación a telefonista para registrar las solicitudes de centralita, se realizó una sesión informativa para todo el personal administrativo y cargos intermedios, y la Dirección Gerencia se reunió con las UGC y sus responsables informando de la puesta en marcha de esta iniciativa.

Después se reforzó la formación del personal administrativo con dos cursos acreditados por el Servicio de Formación Continuada.

Se habilitaron múltiples canales de entrada: centralita del centro, formulario web en la página del HUVM, correo electrónico, entre otros.

La Unidad de Imagen y Comunicación llevó a cabo un plan de difusión a la ciudadanía a través de anuncios en las pantallas del hospital, folletos informativos, formulario web, etc.

### Resultados

El proyecto se implementó el 12 de junio de 2023. Desde esa fecha hasta el 4 de octubre de 2023, se han registrado 21.242 peticiones. El tiempo promedio de respuesta es 3,5 días.

Se ha elaborado un cuadro de mando con los datos recogidos por la aplicación para la gestión del centro, contribuyendo a mejorar la calidad de atención y la eficiencia del servicio prestado.

### Discusión y Conclusiones

Se ha implantado una solución que cubre las necesidades detectadas haciendo más eficiente la gestión, mejorando la satisfacción de los usuarios y la calidad de la atención y respuesta que medimos con encuestas de satisfacción.

Se sigue trabajando para optimizar los procesos, involucrar nuevos actores y automatizar procesos, basándonos en el análisis de los datos.

## RESULTADOS DEL TRABAJO COLABORATIVO ENTRE CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTRO SOCIOSANITARIO

**Autores:** DÍAZ MENGÍBAR MF, VERDUGO BENÍTEZ M, BECERRA BENÍTEZ M, MATEO SIDRÓN E, ARAGÓN GÓMEZ R

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Conciliación de medicamentos, Continuidad de la atención, Evaluación de resultados

### Objetivos

Evaluar los resultados en salud y económicos del trabajo colaborativo médico-enfermera entre el Centro de salud La Milagrosa y su centro sociosanitario asociado Suite La Marquesa de Vitalia.

### Materiales y métodos

El centro de salud la milagrosa tiene como población de referencia dentro de un cupo médico-enfermero a los residentes del centro sociosanitario do Suite La Marquesa de Vitalia que consta de 230 plazas, de las cuales 30 son de psicogeriatría.

La atención compartida de estos residente se realiza una vez por semana en media jornada de forma presencial en el centro sociosanitario conjuntamente médico-enfermero de atención primaria y de mencionado centro.

La actividad desarrolla consiste en la valoración integral de los residentes: fragilidad, capacidad funcional y cognitiva . Actualización de las patologías activas del paciente. Revisión de los procesos asistenciales y programas. Conciliación de tratamiento. Revisión del calendario de vacunación. Valoración de incontinencia urinaria y adecuación de absorbentes . Asistencia a patología aguda.

Para la evaluación de los resultados de esta acciones se ha analizado los datos correspondientes al año 2022 en comparación con el año 2021 de proceso diabetes, cobertura vacunal, valoración funcional y cognitiva ,gasto en absorbentes y recetas.

### Resultados

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

El 100% de los residentes tiene realizada la valoración funcional y cognitiva.

Cobertura de vacunación de gripe, neumococo y Covid del 98% un 18% más que el año anterior.

El 61% de lo pacientes diabéticos han tenido la hemoglobina glicosilada en rango adecuado frente a la cifra anterior del 53,50%.

Realización de retinografía al 100% de los pacientes diabéticos con indicación.

Disminución del 15% el uso de absorbentes.

Disminución del 16% en gasto en recetas global, siendo el 26% en el grupo de neurolépticos y el 33% del grupo de las benzodiacepinas.

### Discusión y Conclusiones

La atención compartida médico-enfermera de un centro sociaosantiraio y un centro de salud permite un mayor grado de evaluación clínica sistematizada de los residentes, mejora sus resultados en salud y además es costeofectiva.



## CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PARTES AL JUZGADO EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

**Autores:** JULIÁ FLORES JJ, DELGADO MORENO S, QUINTEIRO MARTÍNEZ M, FRUTOS HIDALGO E, FERNÁNDEZ GÓMEZ MA, RIVAS CARRETO EM

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Hospital, Registros médicos, Seguridad del paciente

### Objetivos

En los procesos de Violencia de Género existen muchas dificultades para el conocimiento exacto de los hechos, por lo que, en ocasiones, son los indicios encontrados en la atención a la mujer una prueba legal fundamental. De ahí la importancia de la correcta cumplimentación del parte de lesiones al juzgado.

OBJETIVO:

Conocer las características de la cumplimentación de los partes al juzgado de las mujeres atendidas por caso de violencia de género en el Servicio de Urgencias.

Desarrollar un plan de mejora para los fallos detectados.

### Materiales y métodos

Realización de una auditoría de los partes emitidos en 2021, 2022 y a 31 de mayo de 2023, mediante cuestionario de 14 preguntas a partir del "Procedimiento para la Cumplimentación del Parte de Lesiones en la asistencia sanitaria a mujeres que se encuentra en Situación de Violencia de Género".

### Resultados

Se emitieron un total de 72 partes al juzgado, todos con los datos identificativos de la mujer correctamente cumplimentados, así como del profesional que lo rellena y su firma.

En la mayoría de los partes se recoge el lugar de los hechos, pero muy pocos contienen la hora de los mismos (5,5%).

Todos marcan violencia de género como causa presumible de las lesiones, pero un porcentaje importante no especifica el tipo.

Un porcentaje alto recoge la descripción de las lesiones físicas, algo inferior los datos del estado psíquico y emocional de la mujer.

Se determina en porcentaje alto y similar, las medidas terapéuticas administradas, el pronóstico de las lesiones y el plan de actuación seguido.

La existencia de una situación de peligro y de menores o mayores dependientes al cargo, si la mujer reconoce la situación de maltrato o tener miedo, es insignificante (entre 1-4%). Lo que sí se describe es porcentaje alto es el reconocimiento del agresor (pareja o ex pareja).

Entre el 22 y 43 % describen la presencia de testigo de los hechos.

En la comparativa por años, podemos encontrar una discreta mejoría en el año 2023.

Como Plan de Mejora se plantea:

1. Presentación de los datos de auditoría por el Jefe de Servicio de Urgencias a todos los profesionales del Servicio.
2. Realización de sesiones formativas en cumplimentación de partes de lesiones al juzgado de mujeres víctimas de violencia de género, con especial insistencia en los nuevos contratos y los residentes de primer año.
3. Auditoría mensual de los partes emitidos por parte del Jefe de Servicio, cuyos resultados se transmitirán a la Comisión contra la Violencia de Género del Hospital.
4. Entrevista individual del Jefe de Servicio con los profesionales que no realicen correctamente estos partes, indicando puntos débiles y con seguimiento posterior.



## **Discusión y Conclusiones**

La cumplimentación de los partes de lesiones por parte de los profesionales del Servicio de Urgencias, es fundamental para la actuación legal posterior, presentando un importante margen de mejora para lograr un registro de mayor calidad, lo que supondría un avance en la actuación en los casos de violencia de género.

## CÓMO CAMBIA LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA CIUDADANÍA EN UN HOSPITAL URBANO DE INTERIOR DURANTE LOS MESES DE VERANO

**Autores:** SIANES BLANCO A, MURILLO DE LLANOS J, DEL CASTILLO HERNÁNDEZ MR, JIMÉNEZ BARBERO MJ, SALAS CASADO MT, VALLEJO MAROTO I

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Cultura organizacional, Satisfacción, Sistemas de Información

### Objetivos

Conocer si la percepción de la ciudadanía respecto a la calidad de la asistencia recibida y el entorno en un Hospital de Sevilla se ve modificada durante los meses de verano (urgencias y hospitalización)

### Materiales y métodos

Uso de un sistema digital (encuesta táctil) que mide satisfacción con dimensiones: calidad información, trato y amabilidad, confidencialidad, intimidad, tiempo de espera, comodidad de instalaciones (formato Likert) y pregunta final de recomendación genérica metodología Net Promoter Score (escala 0 a 10). 2 tipos de encuestas:

- Urgencias: usuarios valoran el servicio al salir del mismo con pantalla táctil en terminales ubicados en salida
- Hospitalización: envió encuesta táctil vía SMS a las 24 h del alta (envío automático teléfono)

Se comparan resultados obtenidos entre 2 trimestres (abril-junio 23 vs julio-sept 23)

### Resultados

Urgencias (461 encuestas 1<sup>er</sup> trim y 360 en el 2<sup>o</sup>):

- Mejora en meses de verano en resultados de satisfacción con tiempos de espera, información (tanto en triaje, médico en consultas, entrega informe clínico y cuidados al alta), trato y amabilidad.
- Mejoró también percepción de seguridad y la recomendación del hospital a terceros
- Empeora la satisfacción con el tratamiento del dolor
- Con respecto al entorno mejoró la satisfacción con el ruido, intimidad y confidencialidad y empeoró la satisfacción con la comodidad y accesibilidad física.

Hospitalización (458 encuestas 1<sup>er</sup> trim y 358 en el 2<sup>o</sup>):

- Mejora en meses de verano en resultados de satisfacción con información recibida y calidad de las comidas.
- No cambios significativos en tratamiento del dolor, seguridad con la atención recibida, recomendación del hospital a terceros, trato y amabilidad a nivel general (si bien identifican que el trato de médicos y celadores debe mejorar con mayor proporción en los meses de verano).
- Con respecto al entorno empeoró la satisfacción con el ruido y la comodidad de la habitación.
- Las Unidades con mayores % de participación a las que pertenecen los pacientes en ambos trimestres son similares (Obstetricia, Digestivo, Cardiología, Trauma y Ginecología).

### Discusión y Conclusiones

- En líneas generales la percepción en cuanto a satisfacción con la calidad del servicio se ve mejorada en casi todos los aspectos en el Servicio de Urgencias. El tratarse de un Hospital en una ciudad de interior donde la demanda se reduce de manera notoria, parece influir en la calidad del servicio que se presta así como en la valoración positiva del entorno (ruido, intimidad y confidencialidad). Llama la atención no obstante la peor valoración con respecto al dolor, probablemente influenciada por la incorporación de profesionales de sustitución con menor experiencia en dicho control.
- En Hospitalización no destacan grandes diferencias probablemente debidas a que la oferta y la demanda continua en similares ratios dado que la menor actividad se compensa con el cierre para reformas de plantas y las que quedan continúan con las mismas ratios camas/profesional.

## MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES: MANUAL PARA PACIENTES QUE SE VAN A INTERVENIR DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

**Autores:** MAYO OSSORIO MA, BENGOCHEA TRUJILLO A, PÉREZ GOMAR D, FIERRO AGUILAR A, PACHECO GARCÍA JM

**Palabras clave:** Continuidad de la atención, Cultura organizacional, Eficiencia, Gestión clínica, Hospital

### Objetivos

La adecuada información a los pacientes es importante para los buenos resultados de la Cirugía.

Presentar los resultados en cuanto a la calidad y eficiencia de la atención a los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar tras la implementación del Manual para pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica.

### Materiales y métodos

Ante el incremento del número de pacientes que acuden a la consulta de Cirugía bariátrica y para intentar proporcionar una asistencia de calidad, decidimos realizar un manual para pacientes, en el que se reflejan todos los aspectos del proceso asistencial. El Manual está basado en el protocolo del nuestro centro y consta de varios apartados, en formas de preguntas. En el se desarrollan de forma comprensible para los pacientes los siguientes conceptos:

- ¿Qué es la Obesidad Mórbida y cómo se mide?
- ¿Qué enfermedades se asocian a la Obesidad?
- ¿Qué es la cirugía bariátrica?
- Diferentes Técnicas de Cirugía bariátrica. Ventajas e inconvenientes
- Complicaciones de la Cirugía Bariátrica y mortalidad
- Tipo de abordaje
- Circuito del paciente con Obesidad Mórbida
- Postoperatorio Tras cirugía Bariátrica
- Seguimiento del paciente sometido a cirugía bariátrica
- Preguntas frecuentes.

Al final del mismo se incluye una tabla para anotar las medidas antropométricas y una página de anotaciones. En la última página se reflejan enlaces web para consulta de pacientes. El Manual se ha realizado en formato folleto en papel y ha sido aprobado por la junta facultativa de nuestro centro implementándose desde 2021. Le es proporcionado al paciente en la primera visita a la consulta de Cirugía bariátrica, para que puedan leerlo mientras esperan a ser atendidos.

### Resultados

El empleo del Manual ha mejorado ostensiblemente la asistencia a estos pacientes ya que ha reducido el tiempo de asistencia a la consulta de cirugía bariátrica permitiendo atender a un mayor número de pacientes por consulta en un menor tiempo, pero garantizando una correcta información del proceso y disminuyendo el grado de ansiedad de los pacientes y la variabilidad entre los profesionales que forman parte de la unidad de cirugía bariátrica. Todo ello redundará en una mejora de la calidad asistencial de los pacientes.

### Discusión y Conclusiones

Cada vez son más los pacientes que necesitan Cirugía bariátrica, lo que supone una gran carga asistencial, que hace que la información que hay que dar a los pacientes consuma un gran tiempo en las consultas de Cirugía bariátrica. Por otro lado son varios los profesionales que atienden a los pacientes en las consultas por lo que en ocasiones existe variabilidad en la información a los pacientes, incrementando las dudas y la ansiedad ante la cirugía. Pensamos que el empleo de manuales o folletos informativos contribuye a una mejor calidad en la asistencia a los paciente y por ende mejores resultados tras la cirugía.

## HECHOS Y VALORES EN UN PUNTO DE REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: ESTUDIO COMPARATIVO

**Autores:** YAGÜE SÁNCHEZ JM, AGUILAR MENDOZA I

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, Derechos del paciente, Ética, Hospital, Participación

### Objetivos

La ética aplicada a la asistencia sanitaria es la expresión máxima de la bioética. Los hechos y los valores toman sentido si se analizan por separado y conjuntamente, y es el interés de este estudio.

La toma informada y compartida de decisiones entre el paciente y el profesional de salud es fundamental para la calidad de la asistencia y los resultados. Se define en los llamados documentos de voluntades anticipadas (DVA).

El interés y respeto de tomar decisiones al final de la vida (principio de autonomía) origina la realización de un documento donde los usuarios podrán dejar reflejado sus valores y preferencias, los cuidados y tratamientos que desean recibir o no recibir. Además, que desean con respecto al destino de sus órganos (refleja en un porcentaje elevado de usuarios)

Gracias a los puntos de registro y a los profesionales sanitarios cualificados que facilitan la labor informando al otorgante en la cumplimentación de sus voluntades.

Analizar los resultados obtenidos en 5 años

Mejorar la accesibilidad a este derecho a los ciudadanos y aumentar el número de registros realizados.

Explicar qué es el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, y cuál es su funcionamiento, en las unidades de gestión clínica (UGC) del hospital.

### Materiales y métodos

Diseño observacional y prospectivo de los documentos de voluntades vitales.

### Resultados

Hechos:

En el último quinquenio el total de los documentos de VVA han disminuido debido a la pandemia, reduciéndose a la mitad en el intervalo 2020/2021. El ritmo en el 2023 ha superado al de los dos años anteriores, llegando a cifras por encima del año 2019.

Se han seguido impartiendo sesiones clínicas con respecto a las voluntades anticipadas y la ley de eutanasia en distintas UGC de nuestro hospital.

Por género, es la mujer la que más DVA realiza.

Por comunidad autónoma, Andalucía es la segunda en número de DVA.

Por edad, el grueso de los otorgantes está en más de 65 años (48%), aunque en la horquilla de 51/65 años pasa a 31%

Valores:

Los usuarios desean morir en el hospital, contrariamente a como antes era habitual. La sensación de creer que pueden ser una carga para la familia impide terminar los últimos días en el domicilio.

Desde la entrada en vigor de la ley de la eutanasia, un grupo de estos ciudadanos han incluido su preferencia.

La decisión de evitar alargar la vida fue otra constante entre los usuarios, haciendo esta situación más justa. (principio de justicia)

## Discusión y Conclusiones

En el registro estamos trabajando en mejorar la accesibilidad, la formación y la difusión entre para los profesionales sanitarios y los usuarios tanto del sistema sanitario público como privado, de las voluntades anticipadas.

Debemos evitar una confrontación ética del ciudadano respecto a sus preferencias. (principio de no maleficencia)

Una planificación en la toma de decisiones al final de la vida resolverá eficazmente los interrogantes con los que acude el ciudadano a rellenar el documento.

## "TODO POR EL PUEBLO, PERO CON EL PUEBLO"

**Autores:** SERRANO AGUILERA MJ, DÍAZ EXPÓSITO FJ, SÁNCHEZ OSUNA I, MÉRIDA GUTIÉRREZ R, PEÑA SERRANO MC

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Continuidad de la atención, Participación, Percepción del paciente

### Objetivos

Con esta comunicación pretendemos mostrar el diseño de un tríptico de educación sanitaria dirigido a la población embarazada, que da respuesta a una necesidad percibida y manifestada por pacientes y profesionales.

Más que el folleto en sí, el interés radica en la forma de llevarlo a cabo. Se ha realizado mediante un proceso participativo en el que además de los profesionales sanitarios, se da voz y voto a la población diana.

Con ello obtenemos un recurso muy valorado por sus usuarios que lo sienten suyo, se adapta a sus necesidades y genera adherencia.

Una herramienta consensuada y aceptada por el equipo multidisciplinar y por las mujeres embarazadas cuya opinión forma parte del diseño.

### Materiales y métodos

Como fisioterapeutas, detectamos una necesidad manifiesta por parte del EBAP sobre los autocuidados a prescribir en la lumbalgia asociada al embarazo.

A partir de una primera reunión presencial, creamos un grupo de trabajo multidisciplinar apoyado en las nuevas tecnologías para desarrollar el proyecto de crear un folleto informativo para el Área Sanitaria.

Llegamos a la conclusión de que era necesario consensuar los ejercicios y recomendaciones en la lumbalgia durante el embarazo. Estudiamos la bibliografía existente sin encontrar nada significativo.

Realizamos un primer diseño del folleto con el consenso del grupo motor. Pero creemos interesante hacer partícipe a la población diana y a otros profesionales sanitarios.

Elaboramos una encuesta con preguntas cerradas y abiertas que pasamos a un grupo aleatorio de embarazadas y personal sanitario (matronas, fisioterapeutas, MAPs y enfermeras) Valoramos los siguientes aspectos: diseño, pertinencia, comprensión y sugerencias.

Analizamos los resultados y seleccionamos las mejoras a introducir.

Estimamos la población embarazada en el Área durante un año.

Tramitamos su publicación y difusión.

### Resultados

Al crear este material de educación sanitaria logramos:

- Empoderar a la mujer embarazada haciéndola parte activa en su proceso de salud. Logrando su implicación y adherencia.
- Proporcionamos una continuidad de los cuidados en el domicilio
- Mejoramos la validez de la estrategia
- Su diseño ha generado debate e interrelación entre los profesionales del EBAP fomentando la relación de equipo y obteniendo un folleto conocido y aceptado por todos.

Actualmente estamos en fase de difusión. Hemos incorporado un código QR con enlace a un vídeo demostrativo y versión audiodescrita de los ejercicios recomendados en respuesta a las sugerencias obtenidas en las encuestas.

## **Discusión y Conclusiones**

Desde el Sistema Sanitario se ponen en marcha multitud de estrategias dirigidas a la población sin contar con su opinión.

Con esta iniciativa pretendemos hacer partícipes a los pacientes en su proceso de salud, implicarlos, escucharlos, instruirlos y acompañarlos. Aportarles una información válida, fiable y comprensible, adaptada a su proceso, que cuente con su aceptación y de respuesta a una necesidad manifiesta. Logrando así mejorar la calidad percibida de nuestras actuaciones.

## MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO ICTUS EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MOTRIL

**Autores:** PINO MERLO G, MARTÍN TARRAGONA AM, ESTÉVEZ AMA MY, MANGAS RAMÍREZ S, ABARCA ANGUITA JJ, MUÑOZ PEREGRINA S

**Palabras clave:** Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Gestión de riesgos, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente

### Objetivos

Objetivo general:

- Elaborar el mapa de riesgos del Proceso Ictus en el servicio de urgencias en el marco de la promoción de la cultura de seguridad en Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Objetivos específicos:

- Representar el mapa del Proceso Ictus en urgencias
- Identificar los fallos, causas y efectos en cada una de las tareas que se integran en el Proceso Ictus
- Priorizar los riesgos identificados
- Desarrollar medidas preventivas
- Constituir un grupo de trabajo vinculado a la Comisión de Seguridad del Paciente

### Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica. Se creó un grupo de trabajo de 7 profesionales con experiencia en la atención de pacientes con Ictus en urgencias y siguiendo la metodología recomendada por la Estrategia de Seguridad del Paciente se estableció un plan de trabajo con 5 sesiones: 3 grupales y 2 individuales.

Sesión grupal 1: Se representó gráficamente el proceso.

Sesión grupal 2. Tormenta de ideas: Identificar fallos, efectos y causas

Trabajo individual: Valorar frecuencia, detectabilidad y gravedad

Trabajo individual: Priorizar los riesgos

Sesión grupal 3: Identificar y planificar acciones preventivas

### Resultados

Se identificaron un total de 53 tipos de fallos, con 82 eventos adversos distintos y 151 causas. Con todos estos datos, la plantilla AMFE fue remitida a los vocales para su ponderación de la frecuencia, gravedad y detectabilidad de los fallos, y fue puntualmente completada por todos ellos.

Se obtuvieron las medias de ponderación y se resumieron en una hoja común, en la que se resaltaron los fallos prioritarios por su IPR igual o mayor de 100 o Gravedad mayor o igual de 7. Se seleccionaron 24 fallos. De estos, se recopilaron 79 acciones preventivas, con los responsables de su implementación y la periodicidad de alguno de ellos.

Se incorporaron en el diagrama de flujo la referencia de los fallos priorizados elaborando el mapa de riesgos.

Dentro de las acciones de mejora: actividades formativas para prevenir fallos de identificación y divulgación.

Cambios concretos en los protocolos de actuación y divulgación.

Rediseño de los circuitos correspondientes

Auditorias para verificar la calidad de los subprocesos y finalmente se destacó la importancia de promover la notificación de los fallos.



## Discusión y Conclusiones

La principal fortaleza de este mapa es la representación de la mayoría de las disciplinas. También la creación de un subgrupo de trabajo vinculado a la Comisión de Seguridad del Paciente. Como debilidades: falta de experiencia del AMFE. Dificultad en la diferenciación de fallos, causas y efectos.

La realización de un mapa de riesgos del proceso ictus en urgencias ha sido factible y productivo.

Se han identificado y priorizado posibles fallos y se han propuesto acciones de mejora.

La mayoría de las acciones propuestas implican actividades de formación y cambios organizativos sin coste económico.

Se ha constituido un grupo de trabajo para la supervisión de estas acciones, la actualización continua del mapa y a la implementación de nuevas medidas de mejora.

## IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS CONCILIANDO PETICIÓN ELECTRONICA CON CÓDIGO DEL LABORATORIO

**Autores:** PARRA ESTRADA AJ, CAÑADAS MARTOS J

**Palabras clave:** Enfermería, Gestión de la calidad, Gestión de riesgos, Hospital, Seguridad del paciente

### Objetivos

Reducir errores de identificación de muestras biológicas en la fase preanalítica.

Mejorar el flujo procesamiento en la recepción de muestras del laboratorio.

Garantizar la trazabilidad de la muestra desde el lugar y profesional que realiza la extracción.

### Materiales y métodos

Para garantizar el proceso de identificación correcta de muestras biológicas, se necesitan etiquetas de identificación suministradas a través del laboratorio de Análisis Clínico, pistolas de lectura de códigos de barras instaladas en los ordenadores de la unidad, y la aplicación corporativa Diraya.

El proceso de asociación de la petición generada en Diraya con la etiqueta identificativa del tubo, lo realiza el personal de enfermería de la unidad donde se extrae la muestra. De este modo queda verificada la identificación del tubo con la muestra obtenida con el número de laboratorio asignado y por el personal de enfermería que la extrae.

El procedimiento descrito garantiza la trazabilidad de la muestra desde el momento de la extracción.

### Resultados

Se ha iniciado en dos unidades (Neumología y Cuidados Paliativos) y con implantación progresiva en todo el hospital, siendo priorizadas aquellas unidades que utilizan el sistema de codificación por etiquetas asignadas desde el laboratorio.

La próxima unidad prevista es el hospital de día que se inicia en Octubre. Teniendo programadas también las Urgencias y UCI polivalente que utilizan el sistema de codificación por etiquetas como las próximas a implementar.

### Discusión y Conclusiones

Unificar el proceso de identificación de peticiones de Diraya y el número asignado por el laboratorio en el momento de extracción de la muestra evita doble manipulación de la muestra e identificación, minimizando el riesgo de errores en fase preanalítica (etiquetado, identificación de paciente...).

## DEL PRIMUM NON NOCERE AL ERRARE HUMANUM EST

**Autores:** MOYANO LÓPEZ R, ROMERO RUIZ AF

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Derechos del paciente, Ética, Seguridad del paciente

### Objetivos

Analizar las notificaciones realizadas en el Sistema de notificación de incidentes y aprendizaje para la seguridad del paciente de Andalucía (notificASP) en el distrito Aljarafe y Sevilla Norte durante el periodo 2018-2022.

### Materiales y métodos

Población estudio: Se han analizado los incidentes notificados en las diferentes Unidades de Gestión Clínica que conforman del Distrito Aljarafe y Sevilla norte durante los años 2018 a 2023. Se incluyen todas las unidades de Atención Primaria, excluyendo las procedentes de Atención Hospitalaria e Interniveles AP/AH.

Se han estudiado las notificaciones realizadas tanto por profesionales como por la ciudadanía.

Periodo estudio: Los datos analizados en este informe corresponden al periodo 2018-2023. Las variables relacionadas con la gestión del incidente se han analizado según el estado en el que estaban a fecha de (el día de agosto en el que se realizó la exportación, no recuerdo exactamente cuál). De esta manera, las notificaciones realizadas a finales del año 2022 han tenido tiempo suficiente para ser gestionadas.

Fuente de información: Sistema de notificación de incidentes y aprendizaje para la seguridad del paciente de Andalucía (notificASP). Atención Primaria 53 (2021)102222 Impacto de la pandemia de COVID-19 en la seguridad del paciente percibida por los pacientes de Atención Primaria.

### Resultados

Ha habido una disminución de notificaciones desde 2018 y un aumento si tomamos como referencia los años centrales de la pandemia, siendo los procesos administrativos (ej identificación segura del paciente) unos de los más frecuentes y los más fácilmente evitables cumpliendo con rigurosidad el proceso de identificación. Casi ¼ de los incidentes llegan a producir un daño en el paciente, siendo mayoritariamente un daño leve. Queda un porcentaje considerablemente alto de notificaciones pendientes aún de resolver y cerrar por completo.

La gran parte de los notificantes son profesionales sanitarios. Las cifras de notificación por la ciudadanía son anecdóticas.

El análisis de las causas y los factores que han llevado al incidente se realiza cada vez con más frecuencia a lo largo de los últimos años.

### Discusión y Conclusiones

Fomentar el conocimiento y uso de la plataforma NotificaSP por parte de los profesionales y de la ciudadanía.

Aunque la ciudadanía actualmente puede notificar incidentes relacionados con su seguridad al sistema de notificación de incidentes del sspa para que puedan ser analizados por las unidades es algo anecdótico, por lo que se hace necesario su extensión y potenciar su despliegue.

Comprometernos a bajar el 23 % de los incidentes que llegan al paciente produciendo daño

Gestionar un mayor número de incidencias

Convendría mejorar la cumplimentación de variables de las que se podría extraer información útil, como categoría profesional, edad o sexo. (no se ha podido llevar a cabo un análisis completo por ello).

## EVALUACIÓN DE LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE DICLOFENACO SÓDICO TÓPICO FUERA DE LA INDICACIÓN DE QUERATOSIS ACTÍNICA

**Autores:** GARCÍA OSTOS J, PRIETO BUENO E, ARROYO ROSA MS, RODRÍGUEZ MARTÍN MI, FERNÁNDEZ LEAL M, LOVERA VALLS M

**Palabras clave:** Atención Primaria, Efectividad, Prescripciones de medicamentos, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

Evaluar el impacto de los errores de prescripción del diclofenaco sódico tópico fuera de la indicación de queratosis actínica.

Informar al médico prescriptor, a través de la herramienta de comunicación, de las anulaciones cautelares de las prescripciones indicadas fuera de ficha técnica.

### Materiales y métodos

Los datos de utilización de este medicamento nos indican que se está desviando su uso para indicaciones no indicadas según ficha técnica.

A través de ésta evaluación se pretende optimizar las prescripciones del mismo para conseguir la máxima adecuación de dicho tratamiento.

Se extraen datos de todos los pacientes que tienen como prescripción activa el diclofenaco sódico tópico.

Se revisó de manera individualizada las prescripciones correspondientes con los informes clínicos del paciente a través del programa Historia de Salud Digital del ciudadano para comprobar si realmente dichas prescripciones cumplían indicaciones según ficha técnica.

### Resultados

Del 100% de los pacientes evaluados se extraen los siguientes datos:

- El 54,54% de los pacientes NO cumplen indicaciones según ficha técnica.
- El 45,45% de los pacientes SI cumplen indicaciones según ficha técnica.

### Discusión y Conclusiones

Con esta evaluación se consiguió optimizar la adecuación de un tratamiento que estaba siendo prescrito de forma inadecuada, por lo que se produjo una gran reducción de las prescripciones del mismo.

Con dicha intervención se consiguió que los profesionales revisaran la medicación de sus pacientes.

## ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES REALMENTE MOTIVADOS A CAMBIAR SU VIDA TRAS UN INGRESO RECIENTE?

**Autores:** URGILES ORTIZ MS, JIMÉNEZ MÉNDEZ C, TEY AGUILERA MJ, LUBIÁN ESPLUGUES JI, PÉREZ ASENSIO A, VÁZQUEZ GARCÍA R

**Palabras clave:** Gestión clínica, Hospital, Manejo de Atención al Paciente, Percepción del paciente, Problemas de salud

### Objetivos

La motivación se define como el conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona. La motivación se ha identificado como uno de los principales determinantes en la adherencia a las medidas de prevención secundaria en numerosas patologías. Sin embargo, en el ámbito de la Cardiología, existen pocos estudios al respecto en nuestro medio.

### Materiales y métodos

Se interrogó mediante un cuestionario autorrellenable entregado a 45 pacientes ingresados por cualquier motivo en nuestro centro en el servicio de Cardiología. La participación fue voluntaria y el reclutamiento fue consecutivo. Se analizaron características demográficas, clínicas y se exploró el grado de motivación interrogando específicamente sobre la voluntad de iniciar medidas de prevención secundaria a corto plazo, así como cambios en el estilo de vida o adherencia al tratamiento a largo plazo.

### Resultados

Se incluyeron 45 pacientes, 46% mujeres. La edad media fue  $63 \pm 18$  años. Las principales características clínicas se encuentran recogidas en la Tabla 1. El 46% tenían antecedentes de hipertensión arterial, el 33% de dislipemia y el 33% eran diabéticos. La mayoría de los pacientes (60%) no tenían antecedentes de cardiopatía previa. El motivo de ingreso más frecuente fue la cardiopatía isquémica (53%). El 42% contaban con estudios primarios exclusivamente.

La mayoría de los pacientes (71.1%) conocían o habían sido informados de qué medidas tomar en prevención secundaria. Un porcentaje incluso mayor (77.8%) se sentían confiados a la hora de iniciar un programa de prevención secundaria. Sin embargo, hasta el 40% reconocieron como difícil cambiar su estilo de vida a largo plazo y el 28% consideraron difícil la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito durante el seguimiento.

### Discusión y Conclusiones

La mayoría de pacientes presentan un alto grado de motivación tras un ingreso reciente. Sin embargo, pese a esta motivación, un alto porcentaje ve difícil cambiar su estilo de vida o la adherencia farmacológica a largo plazo.

## MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES: SIGUE SIENDO UNA NECESIDAD SUBYACENTE DE LOS PROCESOS

**Autores:** BARROSO GUTIÉRREZ C, FERNÁNDEZ RIEJOS P, ROMÁN FUENTES M, CASASOLA LUNA N, CRUZ SALGADO O, CÁRCAMO BAENA J

**Palabras clave:** Evaluación de procesos, Hospital, Indicadores, Notificación de incidentes, Seguridad del paciente

### Objetivos

El aumento de las notificaciones de seguridad relacionadas con errores/riesgos en la identificación del paciente, muestras biológicas o documentación clínica, hace necesario:

Identificar una estrategia para mejorar la identificación inequívoca de pacientes que abarque tanto a profesionales sanitarios y no sanitarios en los diferentes escenarios de atención del área hospitalaria.

### Materiales y métodos

- Análisis de las notificaciones recibidas relacionadas con la identificación inequívoca del paciente en el último año (agosto 2022-agosto 2023).
- Auditoría sobre las pulseras de identificación y la identificación de la medicación parenteral en unidades de hospitalización, URP y Sala de despertar.
- Identificación de las áreas de mejora en función de los resultados de los puntos anteriores.
- Difusión y puesta en marcha de las líneas de mejora.

### Resultados

- Se han recibido 19 notificaciones relacionadas con administración de medicación, realización de procedimientos y pruebas diagnósticas, atención en consultas, errores en documentación clínica y solicitudes, pulseras de identificación.
- Auditados 271 pacientes: 77, 12% con pulseras colocadas y correctas.
- Auditados 182 dispositivos de medicación parenteral: 20,88% con identificadores seguros e inequívocos.
- Elaboración de: boletín de seguridad, decálogo para garantizar la identificación inequívoca de pacientes e informe de auditoría con resultados por unidades.
- Diseño de campaña de sensibilización de la ciudadanía sobre la importancia de la pulsera de identificación. Especial hincapié en el área maternal/pediatría.
- Implantación de sistemática de trabajo en todas las unidades para garantizar que todos los pacientes lleven pulsera identificativa correcta y en perfecto estado y una adecuada identificación de la medicación parenteral.
- Difusión de áreas de mejora y documentos (Dirección de unidades, referentes de seguridad, Junta Facultativa y de Enfermería, intranet).
- Programación de auditorías periódicas para comprobar la efectividad de las áreas de mejoras implantadas.
- Monitorización de los nuevos incidentes de seguridad relacionados con la identificación de pacientes.

### Discusión y Conclusiones

El aumento de las notificaciones de seguridad relacionadas con la identificación errónea del paciente/muestra biológica/documento de historia clínica, pone de manifiesto la necesidad de monitorizar constantemente el grado de implantación de los protocolos/procesos, por muy obvia que parezca su cumplimentación. La identificación inequívoca de los pacientes es inherente a la mayoría de los procesos clínicos y afecta tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios. La mejora continua es la mejor herramienta para garantizar la calidad y seguridad

## HISTORIA CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA SANITARIA

**Autores:** GALLARDO CABRALES S, RUBIO BARRANCO A, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T, GARCÍA ROMERA MI

**Palabras clave:** Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Gestión de la Información, Registros médicos, Seguridad del paciente

### Objetivos

La Historia Clínica (HC) es la principal herramienta utilizada por los profesionales para registrar la información del paciente. Una buena cumplimentación mejora la prestación de asistencia, la toma de decisiones, la continuidad asistencial y, por consiguiente, la seguridad del paciente. El adecuado mantenimiento por parte de los profesionales de los registros es una parte esencial de buena práctica, y su medición sistemática asegura una mejora continua de la calidad, optimizándose y mejorándose mediante intervenciones específicas en casos de detectar deficiencias. La trazabilidad de los registros contribuye a mejorar la calidad, la búsqueda de la excelencia y la implantación de buenas prácticas.

Identificar criterios mínimos de calidad para la cumplimentación de HC y establecer una relación de estos con la seguridad del paciente en un área sanitaria

### Materiales y métodos

Se constituye un grupo de trabajo compuesto por responsables de la unidad de Calidad y Documentación clínica.

Se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado actual sobre los criterios mínimos que deben contener las HC.

Se elabora un cuestionario con criterios de calidad y se establece su trazabilidad con la seguridad del paciente.

### Resultados

La revisión bibliográfica mostró la necesidad de fortalecer áreas específicas dentro de los criterios de calidad de la HC. Para validar el estado de estos aspectos críticos que afectan directamente a la seguridad del paciente en el área sanitaria de estudio, se elaboró un cuestionario fragmentado en 5 bloques que aportarán información y permitirán realizar acciones de mejoras:

1. La Identificación inequívoca del paciente,
2. La transferencia segura, con el registro detallado de la anamnesis, exploración, juicio clínico, tratamiento, pruebas realizadas, evolución médica/enfermera y plan de cuidados,
3. Uso seguro de la medicación, con el registro de la medicación al ingreso, para facilitar la conciliación, alergias, órdenes verbales, uso de abreviaturas y tratamiento pautado.
4. Seguridad quirúrgica, con revisión de la hoja quirúrgica y anestésica, y el registro del consentimiento informado,
5. El uso seguro de pruebas complementarias para justificar su realización y evitar duplicidades.

### Discusión y Conclusiones

Los estudios evidencian que una deficiente recogida de información puede ser un factor predictivo de mala calidad en la atención y estar asociada a mayores tasas de eventos adversos. La puesta en marcha de un programa de mejora de la cumplimentación de las Historias Clínicas y la posterior retroalimentación a los profesionales, constituye una oportunidad para seguir avanzando en el ciclo de mejora continua y propiciar cambios en su cumplimentación, generando un impacto positivo en la calidad y seguridad del paciente: disminución de eventos adversos, mejora de la identificación del paciente, uso seguro de la medicación y mayor comunicación e información de los pacientes y profesionales.

## ¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES LOS EFECTOS SECUNDARIOS DERIVADOS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA DURANTE EL INGRESO?

**Autores:** TEY AGUILERA MJ, JIMÉNEZ MÉNDEZ C, LUBIÁN ESPLUGUES JI, PANERA DE LA MANO JA, SILVA E, VÁZQUEZ GARCÍA R

**Palabras clave:** Conciliación de medicamentos, Efectos de medicamentos, Gestión de la Información, Hospital, Reacción adversa a medicamentos

### Objetivos

La realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas invasivas y la introducción de nuevas prescripciones es una práctica habitual durante el ingreso hospitalario, que pueden suponer una mejoría clínica para nuestro paciente. Sin embargo, no es infrecuente la aparición de efectos secundarios/adversos (ESA) relacionados con las mismas. La seguridad del paciente es un objetivo primordial en la asistencia sanitaria y el paciente debe ser conocedor de los riesgos/beneficios esperables de la intervención médica. Existen pocos trabajos en el ámbito de la Cardiología, donde es frecuente la realización de procedimientos invasivos de alto riesgo. En nuestro trabajo, analizamos la incidencia de ESA durante el ingreso y el grado de información previa por parte del paciente.

### Materiales y métodos

Se interrogó mediante un cuestionario autorrellenable entregado a 45 pacientes ingresados por cualquier motivo en nuestro centro en el servicio de Cardiología. La participación fue voluntaria y el reclutamiento fue consecutivo. Se analizaron características demográficas, clínicas, nuevos tratamientos o procedimientos invasivos realizados y los ESA derivado.

### Resultados

Se incluyeron 45 pacientes, 46% mujeres. La edad media fue  $63 \pm 18$  años. Las principales características clínicas se encuentran recogidas en la Tabla 1. El 46% tenían antecedentes de hipertensión arterial, el 33% de dislipemia y el 33% eran diabéticos. La mayoría de los pacientes 60% no tenían antecedentes de cardiopatía previa. El motivo de ingreso más frecuente fue la cardiopatía isquémica (53%). El 42% contaban con estudios primarios exclusivamente.

Durante la hospitalización se inició una nueva medicación en el 82% de los pacientes ( $n=37$ ) y el 85% se sometió a un procedimiento invasivo diagnóstico/terapéutico (70% coronariografía). El 60% de los pacientes presentaron un ESA relacionado con el tratamiento médico, de los cuales el 30% había sido previamente informado de dicha posibilidad. El 40% presentó un ESA relacionado con un procedimiento invasivo, habiendo sido la mayoría previamente informados acerca de los mismos. No hubo ESA fatales en nuestra serie.

### Discusión y Conclusiones

La mayoría de los pacientes son sometidos a nuevos tratamientos o procedimientos diagnósticos/terapéuticos invasivos durante la hospitalización. La mayoría de los pacientes que sufre un ESA relacionado con un procedimiento invasivo habían sido informados previamente. Sin embargo, esta situación es inversa en el caso de ESA relacionados con nuevos tratamientos farmacológicos. Son necesarias medidas para mejorar la información proporcionada al paciente y la seguridad del mismo.



## BENEFICIOS DEL USO DE AASTRE EN OBSERVACION DE URGENCIAS

**Autores:** JAÉN CAÑADAS M, GARCÍA TORMO C, RODRÍGUEZ ROJAS N

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Lista de verificación, Manejo de Atención al Paciente, Percepción de los profesionales, Seguridad del paciente

### Objetivos

Todas las actividades de la práctica clínica conllevan cierto nivel de riesgo, y de hecho se producen errores con frecuencia.

Los errores de comisión son los que se producen como consecuencia de una acción, son más evidentes y fácilmente detectables: por ejemplo, la intervención quirúrgica del lugar equivocado.

Los errores de omisión, que son los que se producen por no haber realizado una acción segura, son más difíciles de reconocer, y son en muchos casos consecuencia de malos hábitos y rutinas.

El sistema AASTRE (Análisis Aleatorio de Seguridad en Tiempo Real) es un sistema orientado a disminuir estos errores de omisión, mediante el uso de un listado de prácticas seguras, a modo de checklist, previamente definido por los responsables del área.

### Materiales y métodos

Un grupo de trabajo formado por médicos y enfermeras del área de urgencias, determinaron las medidas seguras de obligado cumplimiento en el área de observación.

Se realizó una recopilación de 25 medidas seguras agrupadas en 6 bloques, provistas de una definición, o asociadas a un procedimiento en vigor, y se incluyeron en un Checklist.

Se dio a conocer el Listado de medidas a todo el personal asistencial del área de urgencias.

La supervisora de enfermería/Jefa de urgencias asegura la evaluación AASTRE al menos 2 días a la semana, en el 50% de pacientes ingresados.

Un profesional entrenado es el responsable de conducir la verificación de las medidas seguras junto al equipo, médico y enfermera responsables del paciente, a modo de intercambio de información entre los profesionales, sin carácter de auditoría.

La respuesta puede ser: A. «Sí»: medida realizada previamente al AASTRE; B. «Sí, después de AASTRE»: medida realizada tras la evaluación; C. «No»: medida no realizada previamente y, a pesar del AASTRE, no se modificó la actuación del equipo responsable. (Requiere justificación); D. «No procede».

### Resultados

La evaluación del impacto de AASTRE se realiza a través de los indicadores AASTRE-URG\_1 (% de realización de la práctica segura tras la evaluación) y AASTRE-URG\_2 (% de evaluaciones con al menos una medida realizada tras el AASTRE).

Algunos resultados relevantes en los primeros meses de implantación:

AASTRE-URG\_1 para la medida "Uso adecuado de guantes": 31,8%

AASTRE-URG\_1 para la medida "Prescripción en HC de ordenes verbales": 20%.

AASTRE-URG\_2: 96,8%.

### Discusión y Conclusiones

La aplicación del método AASTRE en el área de observación de urgencias, ha supuesto una mejora en la seguridad de nuestros pacientes, optimizando la adherencia a protocolos y a la evidencia científica disminuyendo así los errores por omisión de prácticas seguras. El método ha sido bien acogido por nuestros profesionales, que la valoran más como un sistema de gestión estandarizado de "lo que se debe hacer".

## CÓMO LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PUEDEN AYUDAR A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y A LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

**Autores:** GARCÍA HERNÁNDEZ R, HORCAJADAS PÉREZ LA, TORIBIO ONIEVA JR, MARTÍNEZ LECHUGA MB, RUIZ GORDO M

**Palabras clave:** Atención Primaria, Hospital, Prescripciones de medicamentos, Seguridad del paciente, Sistemas de Información

### Objetivos

El uso inadecuado de medicamentos, la polimedición o el consumo de fármacos objeto de una alerta sanitaria, son un grave problema sanitario, sobre todo en pacientes mayores con pluripatología crónica.

La revisión de la medicación de estos pacientes es primordial, pero a veces los facultativos se encuentran con dificultades (falta de información, dificultad o lentitud para acceder a listados actualizados, mala comunicación entre farmacéuticos y facultativos...).

PortalFarmacia es una herramienta de ayuda, cuyos objetivos son mejorar el feedback entre los profesionales y los Servicios de Farmacia, proporcionar información periódica y actualizada de pacientes que pueden ser objeto de una revisión estructurada de su medicación, proporcionar una cultura de seguridad clínica y el más importante 'tener un impacto positivo en la seguridad de los pacientes'.

### Materiales y métodos

Portalfarmacia se compone de dos áreas relacionadas con la seguridad del paciente:

**Comunicación:** Cuenta con un mini foro donde facultativos y farmacéuticos tienen comunicación directa y un repositorio donde se facilitan protocolos, boletines terapéuticos...

**Revisión:** cualquier Servicio de Farmacia o centralizadamente para toda Andalucía, se pueden publicar listados de pacientes dirigidos a Médicos, Enfermeros y Especialistas. Las revisiones pueden ser:

1. Alertas Sanitarias: cuando se recibe una alerta sanitaria que requiere una rápida actuación, se publican los pacientes afectados para su revisión.
2. Revisión sistemática: periódicamente se proporcionan listados de pacientes candidatos a una revisión de su medicación.
3. Revisiones específicas: conllevan la realización de cuestionarios más amplios y varían en función de la revisión (Adecuación de IBP, Opioides, Antirreabsortivos óseos...).

### Resultados

En 2023 se han publicado 120 revisiones, de 904.565 pacientes propuestos, se ha revisado un 22,55%.

Algunos porcentajes de revisión conseguidos son: polimeditados con 10 o más medicamentos (23,01% de 478.798), diabéticos >80años (31,76% de 59.013), IBP (22,87% de 132.307), pacientes con fibromialgia y opioides (46,97% de 1.546)...

De 6.300 médicos de primaria dados de alta, el 50,56% accedió en 2021, el 54,47% en 2022 y el 43,07% en 2023.

### Discusión y Conclusiones

Los facultativos deben estar lo más informados posible sobre cuestiones de salud de sus pacientes para poder ofrecerles una asistencia sanitaria de mayor calidad. Con esta estrategia se agiliza el acceso a la información, se facilita el trabajo y mejora el seguimiento de los pacientes.

Al ser una plataforma web, el seguimiento de las revisiones a todos los niveles (Gerencia, Dirección de UGCs y Servicios de farmacia) es en tiempo real.

El trabajo administrativo se reduce y se agiliza, al evitar el uso de papel y el envío por email de listados, se gana en seguridad.

El número de profesionales que acceden aumenta cada año, pero aún queda mucho trabajo por hacer para concienciar a los profesionales de los beneficios que puede aportar portalfarmacia a la seguridad del paciente.

## GESTIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE AL CUIDADO DEL ACCESO VASCULAR EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

**Autores:** FERNÁNDEZ LORENZO MT, GARCÍA JUÁREZ MR, ALEGRE PÉREZ R, TORRES PÉREZ E, FUENTES CEBADA L

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, Evaluación de resultados, Gestión de cuidados, Gestión de la calidad, Seguridad del paciente

### Objetivos

Incorporar la evidencia disponible al cuidado de pacientes con acceso vascular en un hospital de referencia provincial

### Materiales y métodos

Proyecto de mejora de la calidad desarrollado en un hospital de referencia provincial, para incorporar la evidencia disponible al cuidado de pacientes con acceso vascular, mediante acuerdo de colaboración entre Dirección de Enfermería y empresa del sector sanitario. Se realiza en las unidades: Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Cirugía, URP y H.D.Oncológico, entre abril 2018 y septiembre 2023. En 2018 se lleva a cabo, por observadores externos expertos, observación de la práctica clínica en el cuidado de pacientes con acceso vascular, en las que visualizan y registran las actuaciones realizadas por enfermeras en hospitalización y urgencias, utilizando un panel que permite comparar práctica clínica con evidencia disponible en inserción, mantenimiento y retirada del acceso vascular. Tras el análisis de los resultados obtenidos en las observaciones, se diseña un plan de formación. Se imparten sesiones clínicas por los propios observadores. Asisten 53 enfermeras. En 2019, se realizan nuevas observaciones de la práctica clínica y tras su análisis, se añade al programa formativo formación e-learning en 2020 (participan 34 enfermeras) y gamificación en 2021 (participan 53 enfermeras). También, se incluye el cuestionario de retirada del catéter venoso en los acuerdos de gestión clínica.

En 2023, dentro del ciclo de mejora continua, se realizan nuevas observaciones y se imparten nuevas sesiones clínicas, en las que se forman 173 enfermeras

### Resultados

En 2018 se realizan 120 observaciones (55 canalizaciones, 53 mantenimiento y 12 retiradas) a 115 enfermeras de las unidades de Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Cardiología y Cirugía mientras realizaban su actividad asistencial. En 2019 se realizan 89 observaciones en las mismas unidades. (32 Inserciones, 36 mantenimientos y 21 retiradas). Las áreas de mejora identificadas fueron: el registro de la ubicación, empleo de técnica pulsátil de lavado, higiene de manos, fechado y limpieza del catéter.

En 2023, se añaden URP y H. D. Oncológico. Se realizan 159 observaciones sobre 47 enfermeras (101 in situ, 17 inserciones, 33 mantenimientos y 8 retiradas). Las áreas de mejora identificadas fueron la selección del catéter apropiado, tiempo de secado de la clorhexidina alcohólica al 2%, sitio de inserción, visibilidad del punto de inserción, desinfección de conexiones y lavado pulsátil.

Mejoraron: identificación, seguridad, registro y fijación

### Discusión y Conclusiones

Nuestras observaciones realizadas a pie de cama sobre el cuidado del paciente con acceso vascular, coinciden con la revisión de la bibliografía en la variabilidad de la práctica clínica. Nuestra experiencia aporta que, la incorporación de la evidencia disponible a la práctica, requiere la gestión de un programa de formación y seguimiento su continuado.

## ANÁLISIS IMPACTO TRAS PONER EN MARCHA MECANISMO NOTIFICACIÓN INCIDENTES DE SEGURIDAD PENDIENTES DE GESTIÓN EN NOTIFICASP

**Autores:** MURILLO DE LLANOS J, SIANES BLANCO A, JIMÉNEZ BARBERO MJ, SALAS CASADO MT, GALISTEO DOMÍNGUEZ R

**Palabras clave:** Evaluación de resultados, Gestión de la Información, Gestión de riesgos, Notificación de incidentes, Seguridad del paciente

### Objetivos

Mejorar el conocimiento del aplicativo NotificASP entre los referentes de seguridad de las diferentes unidades y profesionales implicados en la gestión de los mismos.

Disminuir el porcentaje de incidentes pendientes de gestionar notificados al aplicativo NotificASP, dada la importancia que tienen incidentes notificados por profesionales, mejorando así la calidad asistencial.

### Materiales y métodos

Corte inicial de incidentes en fase de resolución notificados al aplicativo para conocer situación basal de partida.

Plantear actividad formativa a los referentes de seguridad y responsables de las diferentes unidades en el manejo del aplicativo NotificASP con metodología formador de formadores.

Puesta en marcha de mecanismo de alerta de incidentes pendientes de analizar a través de correo electrónico a los responsables de las diferentes unidades.

Corte mensual de incidentes pendientes de resolución y análisis en la comisión de seguridad del área para plantear acciones de mejora y ver impacto de medidas y objetivos.

### Resultados

Se imparte formación con la colaboración de la estrategia de seguridad del paciente sobre el aplicativo de gestión de incidentes NotificAsp a los responsables de las diferentes unidades, con una tasa de participación inicial mayor del 50%.

Se crea mensaje de alerta a través de correo electrónico con envío de localizador de incidentes a los responsables de cada centro con incidentes pendientes de analizar.

Se consigue un aumento en la resolución de incidentes notificados en 2 meses desde la puesta en marcha de todas las medidas adoptadas.

### Discusión y Conclusiones

La puesta en marcha de las medidas anteriores ha supuesto una mejorar de la calidad asistencial en relación al análisis de incidentes de seguridad del paciente pasando de una situación basal en junio del 28,5% a más del 70% en el mes de diciembre de incidentes en estado de resolución completados, esto supone cumplir el objetivo marcado en contrato programa para este ejercicio.

## ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

**Autores:** CAPITÁN MELGAR S

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cultura organizacional, Gestión de riesgos, Hospital, Seguridad del paciente

### Objetivos

Todas las unidades deben hacer una valoración de los problemas de seguridad y me parece imprescindible el Servicio de Urgencias, ya que es la puerta de entrada más frecuente utilizada por los usuarios.

Establecer un análisis prospectivo para detectar fallos, efectos y causas relacionados con la seguridad del paciente en el servicio de Urgencias priorizando los fallos y plantear acciones de mejora, así como su difusión entre el resto de los profesionales de la unidad.

### Materiales y métodos

Para la realización del mapa de riesgo hemos utilizado como guía el documento para la elaboración de Mapa de Riesgos publicado por la Grupo de Trabajo Gestión De Riesgos de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA) adscrito a la Consejería de Salud y Familias.

### Resultados

La metodología AMFE, a pesar de las limitaciones encontradas por la falta de formación del grupo, permite identificar los fallos, causas y eventos adversos para la elaboración de un mapa de riesgos en dicha Unidad, con una clasificación ordenada según su gravedad, frecuencia, detectabilidad, IPR y criticidad. Ayudando esto a elaborar el plan de acción (acciones de mejoras) y asignando un profesional responsable de su seguimiento y evaluación en el tiempo acordado.

Los resultados obtenidos son acordes con los estudios nacionales realizados en urgencias (EVADUR), destacando los relacionados con un procedimiento, con infección, con los cuidados, con el proceso y con la medicación.

### Discusión y Conclusiones

Esta metodología AMFE ha permitido "sensibilizar" al menos a los profesionales del grupo en la cultura de la seguridad, hasta este momento desconocida para ellos y motivarlos en una manera diferente de ver la asistencia sanitaria no exenta de riesgos para el paciente.

## ¿PUEDEN LOS TEST DIAGNÓSTICOS ADQUIRIDOS EN CANALES NO SANITARIOS ALTERAR EL ABORDAJE CLÍNICO EN LAS CONSULTAS?

**Autores:** MORENO PÉREZ AM, RIVERA FRESNEDA CE, ALGORRI FERRERO SI, MESA AGUILAR C

**Palabras clave:** Automedicación, Percepción de los profesionales, Problemas de salud, TIC y telemedicina, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

La disponibilidad de test domiciliarios para determinados diagnósticos en páginas no sanitarias puede cambiar el abordaje de numerosos problemas clínicos.

Dichos test pueden adquirirse mediante compra electrónica en páginas de compra general, parafarmacia, laboratorios, páginas enunciadas por "especialistas sanitarios", entre otros canales TIC.

Contienen manual de instrucciones, en algunos casos con resultado inmediato y en otros requieren remitir mediante mensajería a una referencia concreta que aparece determinada en el test.

El resultado da un giro a los procesos diagnósticos. Carece de anamnesis, exploración clínica y orientación sindrómica.

El "testado" acude con una prueba diagnóstica positiva y exige tratamiento a su profesional de referencia.

Nos interesa conocer dichos canales y cuáles son los test domiciliarios más accesibles.

Por otro lado, saber que tipo de gestión de los mismos podemos hacer los receptores clínicos de esos resultados.

### Materiales y métodos

Consulta en buscador general con los argumentos "test diagnóstico domicilio" y "test diagnostico en casa".

Cuestionario a los profesionales sanitarios del CS para valorar consultas generadas, posibles conductas a seguir o cambios en la relación médico-sanitaria con el usuario.

### Resultados

En la consulta en buscadores generales de internet, aparecen varias opciones de Kits de Helicobacter, Intolerancias (Lactosa, Fructosa, Sorbitol), test H2 espirado para estimación de SIBO (sobrecrecimiento intestinal bacteriano), heces, fecundidad masculina y femenina, rendimiento deportivo según ADN, curvas de melatonina, autotoma estrés, drogas, papiloma, DAO test (histaminosis alimentaria), Home-test Celiaquía, entre los más frecuentes. En todos con coste elevado y con orientación a suplementos o asesoramiento nutricional y/o conductual adicional abono de cantidad extra.

En el cuestionario a profesionales, el 91,7% conocía la existencia de algunos de esos test, el total de los profesionales consultados desconocía al menos tres de los propuestos. El 58,3% ha tenido solicitudes en consulta para derivación a atención especializada como consecuencia de ellos sin conocimiento previo de problema clínico del paciente, el 33,3 % recibieron peticiones de tratamiento inducido de forma directa. En todos los casos que se abordó resultado con el paciente se alteró la confianza previa existente. No obstante, todos, en casos concretos y bajo supervisión clínica y de laboratorio aportarían novedades positivas.

### Discusión y Conclusiones

El avance en pruebas/test diagnósticas es sin duda una nueva herramienta y se considera útil si existe un proceso diagnóstico que lo oriente.

Los test domiciliarios no deberían considerarse diagnóstico cierto de patología y por tanto, no serían susceptibles de tratamiento farmacológico sin la adecuada evaluación.

La conducta inducida por test no reconocidos por el ministerio de sanidad y sus canales de control, sin respaldo por un informe especializado, en caso de complicaciones secundarias podrían originar consecuencias médico-legales.

## IMPLICACIONES DE LA VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

**Palabras clave:** Gestión de la Información, Gestión de riesgos, Indicadores, Notificación de incidentes, Seguridad del paciente

### Objetivos

Generar interés y conciencia sobre la importancia de evaluar adecuadamente el riesgo en la notificación de incidentes de seguridad del paciente para poder implantar acciones preventivas y fomentar una cultura de seguridad en el centro.

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio de correlación de la "valoración de riesgo inicial" realizada por el notificante y la "valoración de riesgo final" evaluada por el gestor de incidentes. Se dispuso de los registros de incidentes de seguridad notificados en los últimos diez años (2014-2022) a través del sistema desarrollado por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz en el Hospital. Para la variable nivel de riesgo de tipo cualitativo y categorizada en "Bajo", "Moderado", "Alto" y "Muy alto", se utilizó el estadístico de correlación de Kendall para su análisis.

### Resultados

Se registró un total de 3.783 notificaciones en el sistema, con una tendencia anual de crecimiento, alcanzando el máximo de 664 notificaciones en 2019. EL porcentaje de notificaciones que son clasificados en la misma categoría en el momento inicial y final es del 92 y 93% en los riesgos "ALto" y "Muy alto", cayendo al 68% de coincidencia en los niveles "Moderado" y 80% en "Bajo". El coeficiente de Kendall fue de 0.0006135, lo que significó que no hay una correlación significativa entre los niveles de riesgo inicial y final. No se podría predecir con certeza qué nivel de riesgo final tendría una notificación a partir sólo del nivel de riesgo inicial notificado.

### Discusión y Conclusiones

Los resultados de este análisis indican que las variables de riesgo inicial y riesgo final están débilmente relacionadas entre sí. Esto pone de manifiesto la importancia de haberse considerado otros factores cuando se determinó el valor de riesgo final.

Para llevar a cabo una valoración efectiva del riesgo, es esencial contar con datos precisos y confiables sobre los incidentes de seguridad del paciente en su notificación. La recopilación y documentación de estos incidentes a menudo presentan desafíos, ya que hay que conocer la situación del caso que estamos notificando para evitar generar casos centinela en riesgos que ni en probabilidad de ocurrencia son factibles o por el contrario no haberse realizado una valoración de alto riesgo en eventos con resultado catastrófico. Hay que dar validez como indicador a la valoración del riesgo para que sirva de ayuda a los profesionales a tomar decisiones en la gestión de riesgos. Debemos prestar atención a realizar una adecuada valoración del riesgo priorizando en los incidentes que alcanzan al paciente y generan daño con una elevada probabilidad de ocurrencia en el tiempo.

## EVALUACIÓN CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE PERTUZUMAB-TRASTUZUMAB SUBCUTÁNEO

**Autores:** MUÑOZ LUCERO MT, MARTÍNEZ BAUTISTA MJ, COBOS OCAÑA MA

**Palabras clave:** Efectos de medicamentos, Enfermería, Evaluación de resultados, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

Evaluar el valor de la calidad de vida percibida por pacientes con cáncer de mama Her2+ en tratamiento con pertuzumab-trastuzumab administrado por vía subcutánea

### Materiales y métodos

Pertuzumab-Trastuzumab es la combinación de dos anticuerpos monoclonales con hialuronidasa humana recombinante que aumenta la dispersión y absorción de sustancias formuladas conjuntamente cuando se administran por vía subcutánea. que recientemente se ha comercializado con una nueva formulación subcutánea, por lo que actualmente puede administrarse por vía intravenosa (IV) o subcutánea (SC). Estudio transversal en el período comprendido entre junio 2023 a octubre 2023 en el que se incluyeron a 14 pacientes con cáncer de mama HER2+ , de las que 13 eran metastásicas y una un localmente avanzado, a las que se les prescribió pertuzumab trastuzumab administrándolo por vía SC.

Se evaluaron la calidad de vida mediante el cuestionario EORTC-QLQ-030 modificado con 13 preguntas cerradas, con 4 opciones de respuesta disponibles (no, un poco, bastante, muchísimo) y 2 preguntas de valoración de estado de salud y calidad de vida sobre una escala del 1 al 7 , y el nivel de satisfacción , con 10 preguntas .Ambas fueron contestadas de forma anónima.

Las encuestas se entregaron a las pacientes tras la administración de al menos 3 dosis de pertuzumab-trastuzumab SC.

### Resultados

En el período del estudio se contestaron 14 encuestas. 12 pacientes no presentaron impedimento para realizar sus actividades cotidianas, mientras que 10 manifestaron no tener dificultad para actividades de mayor esfuerzo. 10 pacientes tenían dificultad para pasear (6 un poco y 4 bastante).

En 11 pacientes el tratamiento no influyó en su vida familiar y en 14 tampoco influyó en su vida social. 12 pacientes contestaron no tener dificultad para dormir. En la zona de punción no se presentaron en la mayoría de los pacientes ni dolor ni escozor, sin embargo 11 pacientes contestaron haber tenido un poco de dolores musculares y de articulaciones 7 pacientes bastante y 1 paciente muchísimo dolor. 12 de las 14 pacientes consideraron que estado de salud y calidad de vida percibida desde que iniciaron el tratamiento con trastuzumab pertuzumab SC es buena.

### Discusión y Conclusiones

Muchas de las terapias dirigidas que se utilizan en el tratamiento del cáncer por vía IV están siendo investigadas para su utilización por otras vías de administración más cómodas para el paciente. El desarrollo de nuevas formulaciones que se adapten mejor a las necesidades de los pacientes puede contribuir a aumentar su calidad de vida.

Aunque desconocemos en nuestro estudio la calidad de vida de las pacientes con la administración IV de pertuzumab trastuzumab, en general la administración SC ha sido bien tolerada, valorando las pacientes positivamente la calidad de vida percibida y el estado de salud. Las encuestas de calidad de vida nos permiten realizar una atención eficiente que mejore la satisfacción de las necesidades de las personas.



## CLUSTER DE ENDOFTALMITIS TRAS INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE ANTI VEGF EN EL HU PONIENTE

**Autores:** ÁLVAREZ-OSSORIO GARCÍA DE SORIA MR, RUEDA NIETO S, AMAT MENA S, DE JESÚS FERREIRA G, VICENTE BUENO B

**Palabras clave:** Gestión de riesgos, Infección hospitalaria, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

1. Describir cluster de casos de endoftalmitis tras inyección intravítrea (IVV) de sustancias antiangiogénicas (VEGF) en un Hospital Comarcal, el análisis detallado del proceso de IVV así como de procedimientos asociados como fraccionamiento en farmacia y las condiciones de bioseguridad ambiental y asepsia
2. Implementar medidas de mejora derivadas del análisis anterior

### Materiales y métodos

Análisis en términos de Persona-Lugar y tiempo de los casos más análisis detallado del proceso de IVV así como del procedimiento de fraccionamiento en Farmacia, condiciones de Bioseguridad en sala, limpieza y desinfección de superficies e instrumental. Se realiza un abordaje sistémico de causas potenciales incluyendo pacientes y profesionales

### Resultados

3 casos de endoftalmitis en pacientes con retinopatía diabética, entre enero-julio de 2023, tras IVV de sustancias antiangiogénicas (Incidencia 0,21%), sólo uno con etiología identificada (*Proteus mirabilis*) administrados por profesionales diferentes y espaciados 28 días. No se identifica fuente común ni alteraciones en los procedimientos de fraccionamiento en farmacia ni en las condiciones de BSA de la sala ni en limpieza o desinfección superficies. No se identifican no conformidades en el proceso detallado de IVV pero si se hacen propuestas de mejora. Los resultados se comunican al equipo de profesionales y a la dirección. Se hace seguimiento de 3 meses desde el último caso y la implantación de mejoras, no detectándose más casos

### Discusión y Conclusiones

Las endoftalmitis tras IVV están descritas como una de los Eventos adversos más devastadores de esta técnica. No hemos encontrado fuente común de los casos ni alteraciones en las condiciones de asepsia del proceso de IVV ni de procedimientos asociados, pero si hemos consensuado hasta 19 áreas de mejora que afectan a cuestiones organizativas, mejoras en el proceso de IVV, procedimientos de asepsia, antisepsia y BSA, formación e información de pacientes y profesionales, trazabilidad en el registro de casos y notificación. No se han detectado más casos tras la implementación de las mejoras.

## DIFERENCIAS DE SEXO EN LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Autores:** LOBATO PARRA E, LÓPEZ NÚÑEZ C, RUIZ ROMERO MV, PEREIRA DELGADO C, PORRÚA DEL SAZ A, MARTÍNEZ MONROBÉ MB

**Palabras clave:** Dolor, Prescripciones de medicamentos, Reacción adversa a medicamentos, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

Actualmente 61 millones de personas en todo el mundo son consumidoras de opioides, sustancias potencialmente adictivas que se han convertido en el tratamiento médico de referencia para pacientes con dolor crónico, a pesar de las consecuencias negativas que puede llegar a ocasionar su consumo.

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática acerca de la evidencia científica sobre la adicción a opiáceos en adultos con dolor crónico, indicando las diferencias entre hombres y mujeres.

### Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda de artículos científicos en cinco bases de datos (PubMed, Web of Science, Scopus, PsycINFO y Cochrane). Un total de 20 artículos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se siguieron las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para el desarrollo de la revisión sistemática.

### Resultados

Se observó que los opiáceos más consumidos por los pacientes fueron oxicodona entre las mujeres y heroína por los hombres. La morfina fue también una de las sustancias más dispensadas. Dicho consumo fue motivado por el dolor y derivado de prescripción médica previa. Las muestras de los estudios analizados estaban compuestas fundamentalmente por mujeres solteras y de nivel educativo bajo-medio, que presentaban fibromialgia y dolor de espalda (8-12 años de duración). También se encontró comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias, el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad, siendo estos dos últimos y el consumo de antidepresivos y ansiolíticos más frecuentes entre las mujeres.

### Discusión y Conclusiones

Las diferencias de sexo más acusadas han hecho referencia a la epidemiología, al consumo de sustancias, a las distintas comorbilidades con otros trastornos y a la evolución del tratamiento. Se propone seguir un abordaje multidisciplinar que tenga en cuenta las características individuales de cada persona para la prevención y el tratamiento de la posible adicción a opiáceos en adultos con dolor crónico.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CÓRDOBA MEDIANTE AMFE

**Autores:** BAJO CARRIÓN P

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

### Objetivos

Elaborar un plan de mejora de la seguridad del paciente del Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Córdoba aplicando la metodología AMFE.

### Materiales y métodos

Metodología recomendada por la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía.

1. Fase de preparación:

- a. Reunión con la dirección asistencial para informar del proyecto, Objetivos, metodología y cronograma.
- b. Diagramar el proceso de atención de urgencias.
- c. Constitución de grupo de trabajo multidisciplinar
- d. Formación: Sesión formativa para Concienciar sobre importancia de la seguridad del paciente para mejorar la calidad.

2. Fase de diseño:

- Aplicación del AMFE
- Identificación de fallos, causas y eventos relacionados
- Valoración y Priorización de Fallos: Para la priorización de los fallos se entregó a cada profesional del grupo la tabla Excel realizada en la sesión anterior con todos los fallos, efectos y causas detectados para que de forma individual realizaran su priorización vía de correo electrónico que luego remitirían a la responsable de calidad
- Identificación y planificación de acciones preventivas

En tercera reunión grupal, con el objetivo de establecer un plan de acciones de mejora, se seleccionaron de los fallos, los que tenían un IPR igual o mayor de 150 y así indicó a los miembros que debían proponer acciones de mejora para prevenir estos fallos evitando así los posibles daños para los pacientes.

### Resultados

El Grupo de Trabajo identificó 39 Modos de Fallo que podrían generar Eventos Adversos y se seleccionaron 16 de los fallos priorizados (los que tenían un IPR igual o mayor de 150) con el objetivo de establecer acciones de mejora para esas causas (Tabla)

Posteriormente se estableció proponer medidas de mejora para los fallos priorizados seleccionados con mayor IPR y que fueran viables para su implantación.

Las propuestas de mejora se englobaron en Líneas estratégicas:

- A. Identificación de pacientes
- B. Formación
- C. Revisión y actualización de procedimientos/protocolos
- D. Medicación: Uso seguro del medicamento
- E. Modificaciones funcionales /estructurales
- F. Seguridad clínica y notificación de eventos adversos

## Discusión y Conclusiones

El problema prioritario para la notificación y detección de eventos adversos en urgencias del HSJD Córdoba es el desconocimiento y la escasa formación del personal en este ámbito.

Como fortaleza destacar el consenso claro ante las propuestas de mejora con las diferentes líneas estratégicas tras aplicar AMFE.

Las diferentes líneas estratégicas se centran en la formación y revisión de procedimientos, actividades que no requieren recursos económicos, tan solo organización del trabajo e implicación del personal.

Es primordial instaurar una cultura de seguridad a todos los profesionales del Servicio la notificación de eventos adversos que permita posteriormente analizarlos y establecer medidas para reducir los riesgos y/o lesiones a los pacientes que atendemos.

## UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVO AUTOMATIZADO DE MEZCLA PARA MÚLTIPLES INGREDIENTES EN LA PREPARACIÓN DE NTP

**Autores:** PARRA ESTRADA AJ, ROLDÁN MORALES JC, SÁNCHEZ LUNA MD

**Palabras clave:** Eficiencia, Enfermería, Hospital, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

Garantizar la seguridad y eficiencia en la preparación de nutriciones parenterales gracias al aumento de la precisión y de la automatización, así como por la reducción de los procesos manuales.

### Materiales y métodos

Utilización de un sistema de reconstitución que permite mezclar múltiples ingredientes con una precisión de +/- 5%.

Este dispositivo permite mezclar al mismo tiempo bolsas de gran volumen, además de otros dispositivos de llenado como botellas, viales y jeringas de pequeño volumen.

Este dispositivo permite la mezcla además de la Nutriciones Parenterales, soluciones como epidurales, soluciones de base, cardioplejía, terapia de reemplazo renal continuo.

### Resultados

Los resultados que se obtienen en la utilización de este dispositivo son fundamentalmente:

La seguridad, permitiendo un proceso automatizado, reduciendo errores asociados a la preparación manual, utiliza un software para su gestión evitando la posibilidad de repetir la fórmula.

La Eficiencia ayuda a aumentar la productividad y reduce costes asociados a cada preparación.

Simplifica los procesos de preparación de Nutrición Parenteral Total y libera al personal de enfermería para realizar otras actividades.

### Discusión y Conclusiones

La implementación de un equipo automatizado para la preparación de las NPT en el laboratorio de farmacia, otorga un aumento en la precisión de las mezclas complejas fundamentalmente por la automatización en la prescripción y desarrollo del proceso de elaboración.

## IMPLEMENTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: GANANCIA DE OPORTUNIDADES EN LA MEDICINA DE PRECISIÓN

**Autores:** MARTÍNEZ PÉREZ M, MORÓN ROMERO R, NIETO SÁNCHEZ MT, ROBLES MUÑOZ MR, URBANO FERNÁNDEZ MÁ, CABEZA BARRERA J

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Efectividad, Efectos de medicamentos, Eficiencia, Evaluación de resultados

### Objetivos

Los grandes avances de la tecnología en los últimos años han permitido el descubrimiento de biomarcadores que ayudan a predecir qué pacientes van a responder a un fármaco concreto y a evitar reacciones diversas. La farmacogenética es una rama de la Medicina Personalizada que estudia la respuesta farmacológica del individuo según su genotipo. Su objetivo es optimizar el tratamiento a nivel individual, ir a una terapia personalizada más segura y eficiente que permita al clínico seleccionar el fármaco correcto, a la dosis adecuada, para el paciente indicado disminuyendo el riesgo de reacciones adversas.

El objetivo de este estudio es demostrar la importancia de la implementación de la farmacogenética en la práctica clínica diaria.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los genotipos de los pacientes analizados en oncología tras un año de la implementación de la farmacogenética en la práctica clínica diaria. Antes de ser tratados con fluoropirimidinas o irinotecán, el servicio de oncología de nuestro hospital solicitó al servicio de farmacia el análisis de variantes genéticas recomendadas en las guías de práctica clínica como las del grupo de trabajo holandés de farmacogenética (DPWG) implicadas en el metabolismo de estos fármacos (genes DPYD y UGT1A1, respectivamente) de los pacientes. Se obtuvieron 332 muestras de saliva en la consulta de enfermería del servicio de farmacia. Las muestras de saliva se enviaron a un laboratorio externo al hospital, para analizar su genotipo mediante la reacción en cadena de la polimerasa usando sondas TaqMan®. A partir del genotipo obtenido se identificó el fenotipo de los pacientes dando una recomendación terapéutica siguiendo las recomendaciones de DPWG desde el Servicio de Farmacia.

### Resultados

284 muestras de saliva fueron para genotipar el gen DPYD, de las cuales, 12 tuvieron una variante genética de función disminuida del 50-75%. A 10 se les recomendó empezar con el 75% de la dosis usual, mientras que a 2 se les recomendó empezar con el 50% de la dosis usual. 48 muestras de saliva fueron para genotipar el UGT1A1. Se obtuvieron 18 genotipos heterocigotos para una variante de función disminuida (metabolizadores intermedios, sin recomendación de dosis) y 6 genotipos homocigotos para una variante de función disminuida (metabolizadores pobres, empezar con el 50% de la dosis estándar).

### Discusión y Conclusiones

Incluir en la cartera de servicios del Servicio de Farmacia la farmacogenética en la práctica clínica diaria aumenta calidad asistencial. Se obtienen tratamientos individualizados desde el primer momento, aumentando la seguridad del paciente y disminuyendo tanto los costes directos (derivados de la disminución de dosis de la que a veces los pacientes se benefician), como los indirectos (derivados de los gastos que suponen tener a pacientes con reacciones adversas al medicamento graves).

## RESULTADOS IMPLANTACIÓN FLEBITIS ZERO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO PONIENTE 2021 A 2023: PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA Y SEGURIDAD

**Autores:** ÁLVAREZ-OSSORIO GARCÍA DE SORIA MR, AMAT MENA S, DE JESÚS FERREIRA G, VICENTE BUENO B, RUEDA NIETO S

**Palabras clave:** Evaluación de procesos, Evaluación de resultados, Gestión de cuidados, Infección hospitalaria, Seguridad del paciente

### Objetivos

El proyecto Flebitis Zero, desarrollado por varias Sociedades Científicas y avalado por el Ministerio de Sanidad, se implantó en HU Poniente en 2021, liderado por Medicina Preventiva y con una amplia participación de profesionales.

Los objetivos del proyecto son:

1. Garantizar un acceso venoso seguro y eficaz en los pacientes ingresados.
2. Prevenir y minimizar la aparición de Eventos adversos relacionados con el procedimiento.
3. Evaluación y mejora de las medidas implantadas.

### Materiales y métodos

1. Formación de profesionales participantes en el proyecto sobre uso seguro de accesos vasculares.
2. Recogida de información de catéteres venosos implantados en diferentes salas del hospital desde su implantación hasta su retirada.
3. Evaluación de indicadores de calidad y seguridad del proceso y resultados de incidencia acumulada y densidad de incidencia de flebitis.
4. Comparativa resultados 2021 a 2023, reflexión sobre medidas implantadas y propuestas de mejora.

### Resultados

Indicadores de Proceso (años 2021-2022-2023): Higiene de manos con PBA (54-70-65%), preparación piel con clorhex alcoholica (50-75-80%), lateralidad (52-63-70%), colocación flexura (21-12-10%), retirada por fin de tto (5-5-5%), retirada accidental (21-19-8%), retirada por extravasación (12-14-3%).

Indicadores de resultado: IA acumulada (10,7,5-7,5%), Densidad de incidencia 37,5-20,29-15,6 flebitis/1000 días de CVP.

### Discusión y Conclusiones

La implementación del proyecto ha supuesto una mejora en prácticamente todos los indicadores de calidad y seguridad del proceso de inserción de los catéteres venosos periféricos, una reducción de los Eventos adversos así como en los resultados fundamentalmente en la densidad de incidencia de flebitis.

Como mejoras se propone extender la formación y recogida de datos a todas las unidades de hospitalización y realizar una evaluación externa paralela para contrastar resultados.

## PRESENTACIÓN DE MODELO PARA OPTIMIZACIÓN DE EQUIPOS Y LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE LA MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL

**Autores:** ZUFRI RODRÍGUEZ GZ

**Palabras clave:** Gestión de personas, Participación, Percepción de los profesionales, Planificación Estratégica, Satisfacción

### Objetivos

Mejorar el clima emocional y laboral en los equipos mediante la implementación periódica de Auditoría de Clima Laboral y emocional, el Plan de Medidas a distintos niveles de concreción y priorización; la intervención en Resolución de Conflictos a través del funcionamiento del Servicio de Apoyo al Profesional así como de la formación de profesionales en el entrenamiento en Habilidades sociales y Emocionales para el afrontamiento de situaciones de discrepancia en el día a día.

### Materiales y métodos

Presentación de Resultados del Estudio de Clima Emocional en Agencia Sanitaria Hospital de Poniente mediante herramienta diseñada al efecto.

Presentación de Servicio de Ayuda al Profesional on line. Intervención desde la Psicología organizacional, la prevención de riesgos psicosociales y el coaching sistémico -individual, ejecutivo, equipos-.

Presentación de Itinerario Formativo en Resolución de conflictos con Inteligencia Emocional.

### Resultados

Explotación de los resultados para establecer niveles de actuación a distintos niveles de concreción y prioridad.

Creación y puesta en marcha de Servicio de Apoyo al Profesional para la mediación en resolución de conflictos.

Formación de profesionales en herramientas de Gestión Emocional para el afrontamiento de situaciones críticas en los servicios que pueden repercutir, directa o indirectamente en la calidad asistencial percibida por usuarios.

### Discusión y Conclusiones

En base a los primeros resultados obtenidos y la detección de focos de atención, sería necesario la revisión y validación de un cuestionario que adaptase algunos ya validados e incorporase aquellas otras dimensiones adicionales de interés en el ámbito sanitario. Así como la medición pos test tras la intervención y la formación realizada.

Desarrollar cuestionario de satisfacción con la intervención en conflictos realizada.



## HUMANIZACIÓN EN UNIDAD ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

**Autores:** MEDINA ÁLVAREZ P, LUQUE LUPIÁÑEZ E, HURTADO GARCÍA C, MUÑOZ LUPIÁÑEZ M, LUPIÁÑEZ PÉREZ Y

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cuidados de enfermería, Gestión de personas, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

La Unidad oncología radioterápica y radiofísica hospitalaria trabaja de forma multidisciplinar.

En la Unidad priorizamos, día a día, crear un trato amable de acogida, escucha y acompañamiento, utilizando los recursos y herramientas de los que disponemos para sanar en lo posible sus heridas internas, no menos importantes que las físicas o externas.

Humanizar la atención sanitaria forma parte de nosotros mismos.

### Materiales y métodos

Se ha generado un ambiente agradable y acogedor, salas de espera que aportan la sensación de serenidad y calma, vinilos embelleciendo las paredes y frases motivadoras, positivas y alentadoras por todo el servicio que vamos cambiando mensualmente.

Los acogemos en la consulta presentándonos, dándoles la información que requiere el tratamiento, procurando que sea nuestra comunicación lo más cercana posible, utilizando un tono de voz que les transmita tranquilidad, serenidad y confianza, haciéndole saber que estaremos en todo momento a su lado y resolveremos tanto enfermería como el personal médico, toxicidades que aparezcan en el tratamiento, dudas y preocupaciones.

En este sentido, existe una figura Carmen Hurtado que es enfermera y es la referente de coordinar todas las actividades que realizamos para estar más cerca de nuestros pacientes y familia.

Las actividades que actualmente tenemos en marcha son:

La escuela de pacientes, el objetivo es asesorar sobre temas impartidos por expertos que pueden aparecer y preocupar durante el proceso de la enfermedad. En estos talleres se le ayuda a resolver muchas dudas, haciéndoles partícipes al final de la sesión. Se han organizado talleres sobre maquillaje, sexualidad, linfedema, salud bucodental, testamento vital, etc.

Se organizan también siguiendo esta línea, terapia de grupo, a la que llamamos Taller de Emociones.

En estas sesiones organizadas por la Enfermería y la Psicóloga de la Unidad, se trabaja la emoción que los pacientes eligen, como el miedo, la tristeza, la ira, etc. Primero se realiza una pequeña meditación para anclarnos en el momento y seguidamente una introducción a esta emoción.

El servicio dispone de consulta de psicooncología tres veces a la semana, las profesionales que atienden a nuestros pacientes son dos psicooncólogas de la fundación FMAEC, el personal médico y de enfermería realizan las derivaciones necesarias, cuando apreciamos que su estado emocional lo requiere con su consentimiento.

También trabajamos creando herramientas que ayuden a los profesionales a gestionar sus emociones; en este sentido organizamos una vez a la semana una sesión de mindfulness antes de comenzar la jornada laboral.

### Resultados

Pendientes de evaluación.

### Discusión y Conclusiones

Ser humano es ser empático y compasivo con la persona a la que acompañamos. Consiste en comprender y compartir los sentimientos de los demás para ayudarles en su sufrimiento.

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea sencillamente otra alma humana” Carl Jung.

## OPINIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS SOBRE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

**Autores:** GARCÍA OTERO M, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ JA, RODRÍGUEZ CASTRO R, SÁNCHEZ SÁNCHEZ E

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Derechos del paciente, Gestión de la calidad, Percepción del paciente

### Objetivos

El Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene como objetivo impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el SSPA que respeten la dignidad de las personas y sus derechos, que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente. Por ello, es importante conocer la opinión y las expectativas de los usuarios con el fin de alcanzar ese objetivo.

El objetivo del presente estudio es conocer las expectativas y propuestas de las personas que atendemos en los diferentes centros de nuestra área sanitaria.

### Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario auto confeccionado online a través de una plataforma gratuita (Google Forms). Se difundió a través de código QR en póster y facilitados por profesionales. El cuestionario constaba de preguntas abiertas, cerradas y con respuesta tipo likert, donde 1 era "estoy totalmente en desacuerdo" y 7 "estoy totalmente de acuerdo".

### Resultados

Participaron un total de 122 usuarios. De ellos, el 58,2% eran mujeres y el 41,8% hombres. Del total el 43,4% respondieron que eran cuidadores de personas dependientes o que requieren ayuda, por lo que el acceso a la asistencia no siempre era para la propia persona. El 98,4% habían sido atendidos en alguna ocasión en los centros del área sanitaria, donde el 48,4% refirieron que habían sido atendidos en muchas ocasiones.

El 99,2% respondieron que era necesario escuchar a la ciudadanía para la toma de decisiones del área, con un 82,8% refirieron que sean escuchados en el área relacional seguido de un 80,3% en el área organizacional (los encuestados podían responder varias opciones).

Dentro de las preguntas tipo likert, las puntuaciones superiores (7) fueron en las afirmaciones: "se ha respetado mi intimidad o la de mi familiar, durante la atención sanitaria recibida o que recibí" (35,24%) y "siento que durante la atención sanitaria se ha respetado mis valores, creencias..." (31,96%). La afirmación, "creo que se toma en cuenta la decisión de los pacientes durante la asistencia sanitaria", es la afirmación con mayor prevalencia de respuesta de 1 (13,93%). El 76,2% de los encuestados respondieron que se debe mejorar en las infraestructuras (habitaciones, acceso a los centros, ...) y recursos como wifi, TV... El 59,0% que se favorece la intimidad y el respeto a los usuarios, el 55,7% el trato de los profesionales sanitarios y no sanitarios a los usuarios y el 27,0% en la formación de los profesionales. Muchos de ellos opinaban que más personal mejoraría la humanización de la atención sanitaria.

### Discusión y Conclusiones

Se debe conocer las expectativas y propuestas de las personas que atendemos en los diferentes centros de nuestra área sanitaria, ya que ayudará a los profesionales del área a alcanzar aquellas medidas, conceptos o criterios importantes para humanizar la asistencia sanitaria haciendo partícipe a los usuarios.

## ADECUACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA MIXTO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN

**Autores:** CASTRO MAÍLLO JR, SÁNCHEZ SÁNCHEZ E

**Palabras clave:** Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Enfermería, Hospital, Percepción de los profesionales

### Objetivos

La incorporación de nuevos profesionales de enfermería a un centro hospitalario puede ser muy traumática para estas compañeras y dar lugar a una disminución de la calidad asistencial de este centro. Para intentar solventar este problema se generaron los planes de acogidas a profesionales, la mayoría de ellos documentos escritos que se aportan a la enfermera a la firma del contrato o el día de su incorporación, no anticipándonos a este momento.

El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de satisfacción de las enfermeras y TCAEs de nueva incorporación al centro hospitalario con un plan de acogida mixto.

### Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario auto confeccionado online a través de una plataforma gratuita (Google Forms). Este cuestionario se realizaba tras la intervención mediante un plan de acogida mixto. Este plan de acogida mixto se basaba en una contacto presencial y/o telefónico entre el cargo intermedio y la profesional de enfermería, el envío a través de email del plan de acogida del centro y de la unidad, las funciones por categoría profesional y turno, y los datos de contacto del cargo intermedio.

### Resultados

Participaron un total de 61 sujetos con una media de edad de 33 años, de ellos el 88,5% fueron mujeres y el 11,5% hombres. El 55,7% fueron enfermeras y el 44,3% TCAEs. Todas las participantes residían en Andalucía, siendo Cádiz la provincia con mayor prevalencia (80,3%). El 26,2% de las encuestadas tenían una vinculación de 3-6 meses y de más de 6 meses. El 47,5% tenían experiencia en la unidad de destino, el 36,1% habían trabajado en la misma unidad y el 75,4% habían trabajado con anterioridad en el centro hospitalario.

En una escala de 1 al 10, el 78,7% de las encuestadas respondieron con un 10 a la pregunta de si el primer contacto con el cargo intermedio había sido adecuado, seguido del 8,2% con un 9. Ante la pregunta de si es útil recibir planes de acogidas, protocolos y rutinas de trabajo antes de la incorporación el 82,0% respondieron con un 10, seguido del 13,1% con un 9. El 21,7% respondieron con un 5 que no era necesario acudir a la unidad con la información proporcionada en el plan de acogida mixto, seguido de un 19,7% que respondieron con un 10. 34,4% respondieron (10) que era necesario acudir a la unidad día antes de iniciar

### Discusión y Conclusiones

El plan de acogida mixto, es una herramienta que facilita la incorporación de nuevos profesionales de enfermería y TCAEs y mejora su satisfacción, lo que puede influir de manera positiva en el sentimiento de pertenencia al centro.

## HUMANIZANDO EL ÁREA MATERNO-INFANTIL DEL HUPR: PROYECTOS EN MARCHA Y COMPROMISO CONTINUO

**Autores:** REYES MALIA T, FERNÁNDEZ MORALES I, GARCÍA GARCÍA S, HORTELANO VELA B, JIMÉNEZ VERA R, GAMUNDI FERNÁNDEZ C

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, Cultura organizacional, Derechos del paciente, Desarrollo profesional, Hospital

### Objetivos

- Mejorar la calidad de atención en el Área Materno-Infantil.
- Brindar apoyo emocional a las familias durante momentos cruciales.
- Facilitar la despedida y el proceso de duelo perinatal.
- Crear recuerdos personalizados para las madres.

### Materiales y métodos

- Desayuno especial: Se proveen alimentos de calidad y apoyo emocional.
- Traslado en coche eléctrico: Coches eléctricos donados .
- Habitación de Duelo Perinatal: Equipada con comodidades y cuna de abrazos.
- Impresión en Lienzo, con tintas de color de alta calidad.

### Resultados

- Mayor satisfacción de las madres con el desayuno especial.
- Reducción des estrés en niños y niñas, durante los traslados en coches eléctricos.
- Espacio íntimo para el duelo perinatal, brindando consuelo a las familias.
- Creación exitosa de recuerdos personalizados en lienzo.

### Discusión y Conclusiones

Discusión:

Los proyectos en curso demuestran nuestro compromiso con la humanización. El apoyo emocional y la personalización de la atención son fundamentales para las familias en momentos cruciales.

Conclusión:

La humanización en el Área Materno-Infantil del Hospital Universitario Puerto Real es un proceso continuo. Estos proyectos demuestran que podemos mejorar la experiencia de las familias y crear recuerdos significativos en momentos vitales. Seguiremos comprometidos con la atención centrada en el paciente.

## LA CALIDAD PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE "HOTEL" HOSPITALARIO

**Autores:** JUSTO COLETO MT

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Gestión de cuidados, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

La carta Europea de los Niños Hospitalizados incluye en su punto 3 el derecho a estar acompañados de sus progenitores, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible durante su estancia en el hospital. Cuando la hospitalización tiene lugar en unidades donde los progenitores no pueden estar acompañando al niño continuamente, como la UCI y Neonatología, el hospital debe proporcionar un lugar agradable donde descansar, comer, relajarse y compartir experiencias, minimizando el estrés al que se ven sometidos durante la estancia en el hospital.

Desde el año 2008, el Hospital Universitario reina Sofía, cuenta con un espacio acondicionado para dar respuesta de forma individual a madres y padres que lo necesiten. Este espacio cuenta con habitaciones individuales con baño privado, una amplia sala de estar común con sofá, mesa, sillas y televisión, así como una zona de oficio dotada de distintos electrodomésticos fundamentales.

OBJETIVOS:

- Garantizar el derecho del menor a estar acompañado por sus progenitores o personas que los sustituyan.
- Facilitar una zona de descanso adecuada a las necesidades de los progenitores.
- Proporcionar las ingestas necesarias para evitar desplazamientos innecesarios.
- Prestar una atención personalizada acorde a las circunstancias.

### Materiales y métodos

- En el hotel de madres, la trabajadora social asigna la habitación según la situación personal de los progenitores y comunica al servicio de hostelería el tipo de dieta que puede tomar (normal o especial por prescripción médica o creencia religiosa).
- Tanto en el hotel de madres como en el resto de las salas, el personal de hostelería hace seguimiento de la limpieza, cambio de lencería, estado de mantenimiento de las instalaciones, servicio de comidas y asignación de taquillas en sala de descanso de UCI.

### Resultados

En estos 15 años, más de 1.200 madres y padres han podido disfrutar de este recurso que facilita que madres (y ya también padres) preserven el vínculo con su recién nacido cuando el bebé tenga que permanecer ingresado en la unidad de Neonatología o de Cuidados Intensivos pediátricos, por motivos de salud.

Sólo durante los primeros ocho meses del año, el hospital ha podido ofrecer esta ayuda a 45 madres y 2 padres procedentes de diferentes provincias andaluzas y pueblos de la provincia, al ser el Hospital Reina Sofía referente para algunas especialidades y tratamientos. Todos ellos consideran este servicio como un apoyo fundamental para su salud en momentos que, de no ser así, no podrían estar cerca de lo que más quieren.

### Discusión y Conclusiones

Espacios no sanitarios propiamente dichos, también son fundamentales en centros donde su principal misión es la de recuperar la salud; en este caso, ayudan a disminuir la angustia de padres y madres que no pueden estar en su hogar tras haber tenido a su bebé.

Estos espacios, además de facilitar el descanso, ayudan a preservar el vínculo con el hijo/a y favorece la lactancia materna.

## HUMANIZANDO A TRAVÉS DEL SILENCIO: TurnoSAS EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Autores:** LÓPEZ VALERO M, GALIANI RAMOS MD, GARCÍA ARCOS I, PERLINES NUEVO B, PÉREZ CARDADOR M, CASTELLO RODA S

**Palabras clave:** Confidencialidad, Gestión de la calidad, Gestión de riesgos, Seguridad del paciente, TIC y telemedicina

### Objetivos

-General:

- Contrastar el nivel de ruido producido en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) antes y después de instaurar "TurnoSAS"

-Específico:

- Analizar el ruido producido en las distintas áreas del SUAP.
- Identificar horarios donde se produce más ruido en el SUAP.

### Materiales y métodos

- Revisión bibliográfica.
- Recogida de datos del ruido generado en ambos SUAP.
- Registro de ruidos detectados en SUAP: 6 días, con horario de 15h a 8h, salvo fin de semana, que fue durante 24h.

### Resultados

SUAP CCP (Avg/Leq): Sala triaje: 61'81 db; Sala espera/celadores: 58'69 db; Consultas:61'5 db.  
Media ruido en SUAP CCP: 60'66 dB

SUAP SS (Avg/Leq): Sala triaje: 60'34 db; Sala espera/celadores: 60'67 db; Consultas: 60'70 db.  
Media ruido en SUAP SS: 60'57 dB.

Media en ambos SUAP: 60'61 dB; Máxima media ambos SUAP: 85'57 dB

### Discusión y Conclusiones

La Organización Mundial de Salud (OMS), considera que los niveles de ruidos en los hospitales, no deberían de sobrepasar los 40 dB durante el día.

Los resultados obtenidos en la primera fase (2021) fueron semejantes en ambos SUAP. Los datos objetivan límites de ruido superiores a los recomendados, teniendo una media de 65 dB. Se alcanzan cotas mínimas de dB en los turnos de noche, registrando las cotas máximas en horario de tarde y en fines de semana de 87db de media.

"TurnoSAS" es una aplicación para la gestión de colas en los ámbitos clínicos y administrativo.

Además, su incorporación favorece que se preserve la confidencialidad de sus datos personales.

Desde el momento que se implanta "TurnoSAS" en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Córdoba-Guadalquivir, se observa que tanto los pacientes y profesionales producen menos ruido.

Los resultados obtenidos en esta segunda fase, ha dado lugar a una disminución significativa del ruido producido en ambos SUAP, teniendo una media de 60,61 dB en ambos SUAP, siendo en la sala de espera del SUAP CCP donde más se ha disminuido la producción de ruido, con una media de 58,37 dB. Se alcanzan cotas mínimas de dB en los turnos de noche, registrando las cotas máximas medias en horario de tarde y en fines de semana de 85,57 db de media. Se relaciona un mayor número de decibelios con respecto al mayor número de pacientes y personal en el SUAP.

Fomentar la Cultura del Silencio en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria favorece el nivel de satisfacción asistencial. La presencia de silencio en las urgencias podría ser un factor importante en el grado de percepción del bienestar integral de la persona-paciente y de los profesionales que desarrollan sus tareas asistenciales en las urgencias.

La implantación del sistema "TurnoSAS" supone una mejora tanto en la accesibilidad del servicio de urgencias como en la seguridad y la protección de datos del paciente, ya que supone el anonimato del mismo. Con este estudio se ha objetivado que el sistema "TurnoSAS" también humaniza la asistencia sanitaria al disminuir la producción de ruido en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

## ¿CÓMO PERCIBEN NUESTROS NUEVOS RESIDENTES LA HUMANIZACIÓN?

**Autores:** ESCUER POVEDA E, DE LA FUENTE RODRÍGUEZ C, NAVARRO BERMÚDEZ M, RUBIO BARRANCO A

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Derechos del paciente, Gestión de la calidad, Percepción de los profesionales, Percepción del paciente

### Objetivos

1. Evaluar los conocimientos sobre humanización de nuestros nuevos residentes.
2. Establecer medidas que nos ayuden a impulsar la humanización en nuestros centros

### Materiales y métodos

El método utilizado consistió en realizar unas encuestas, con tres preguntas abiertas, anónima, en el acto de presentación de nuestros nuevos residentes. De los 64 profesionales que asistieron al acto, nos entregaron la misma 60 profesionales.

Las preguntas que realizamos fueron las siguientes:

1. ¿Qué es para ti la humanización?
2. Explica alguna situación vivida en las que no hayamos tenido en cuenta la humanización.
3. ¿Cómo crees que se puede lograr una mayor humanización en tu práctica sanitaria.

Del total de los asistentes, 45 eran mujeres y 19 hombres. Si lo fragmentamos por disciplinas serían 51 médicos y 13 enfermer@s.

### Resultados

Los resultados que nos encontramos fueron los siguientes:

1. La palabra clave que aparece en el 90% de los encuestados es empatía y todas las consecuencias que esta palabra lleva y respeto en mayúsculas al binomio paciente-profesional.
2. Otro aspecto a señalar es la importancia de ponerse en el lugar del otro, para así comprender mucho mejor la situación de éste.
3. Como situaciones de mejora y que no tenemos en cuenta, son los valores y creencias de nuestros pacientes, sobre todo los relacionados con los aspectos religiosos.
4. Otra situación que queda reflejada en nuestros encuestados, es el de confort y la mejora de la dignidad, ya que, damos por bueno las continuas interrupciones en nuestras consultas y habitaciones.
5. Como autocrítica organizativa, expresan las excesivas cargas administrativas, que repercuten negativamente en la asistencia, ya que afecta a un menor acercamiento hacia ellos.
6. La falta de tiempo también es vista como algo negativo y que dificulta la asistencia sanitaria.
7. Transmisión de la información a nuestros pacientes de forma clara y comprensible.

### Discusión y Conclusiones

Como principales conclusiones comentar:

1. Se hace necesario establecer un itinerario formativo en temas de humanización en las distintas universidades.
2. Establecer estrategias que mejoren el confort y la dignidad de nuestros pacientes, valorables y medibles en el tiempo.
3. Buscar el apoyo de las distintas asociaciones de pacientes, y que tengan voz y voto en la toma de decisiones y en la mejora de la asistencia.
4. Generar entornos sanitarios flexibles y personalizados, adaptados a las necesidades individuales de nuestros pacientes siempre que sea posible. Ésto puede incluir, horarios flexibles o ajustes en la atención sanitaria.



## EUTANASIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** GARCÍA CADENAS JJ, RODRÍGUEZ LOZANO MJ

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, Derechos del paciente, Enfermería, Ética, Problemas de salud

### Objetivos

Abordar un caso de petición de eutanasia en Atención Primaria.

### Materiales y métodos

Entrevista clínica multidisciplinar.

### Resultados

Tras valoración integral entre Dirección Asistencial del área sanitaria de referencia, Gestoría de Usuarios, Equipo Paliativos, Asesoría Jurídica y Comité Ética Asistencial deciden denegar la petición de eutanasia al paciente por no cumplir los requisitos.

### Discusión y Conclusiones

No todas las peticiones de eutanasia, por muy escasas que sean, se estiman como favorables.

## NUNCA EL TIEMPO ES PERDIDO. CREANDO CULTURA DE HUMANIZACIÓN

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

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Hospital, Percepción de los profesionales

### Objetivos

Enmarcado en la línea estratégica 1 del Plan de Humanización del SSPA se pretende generar una transformación cultural de la organización, inmersos en su objetivo de potenciar y sensibilizar a profesionales, gestores y ciudadanía a través de la formación para su consecución y organizado por la Comisión de Humanización del centro se realiza un ciclo de sesiones formativas en Humanización acreditadas ACSA dirigidas a profesionales de todas las categorías.

OBJETIVOS:

- Generar una cultura de humanización que impregne a todos los profesionales del centro.
- Difundir el plan de humanización entre los profesionales.

### Materiales y métodos

Ciclo de sesiones acreditadas ACSA. Impartidas por la secretaria de la Comisión de Humanización en todos los centros del complejo hospitalario. En 2021 y 2022.

Con participantes de todas las categorías profesionales. No se excluyó ninguna unidad o servicio.

Se utilizó material audiovisual y se creó una encuesta con código QR facilitada en la sesión para analizar la opinión sobre las habilidades blandas relacionadas con la humanización.

El contenido de las sesiones estaba estructurado:

- Concepto de humanización.
- Líneas estratégicas del plan de Humanización.
- Presentación de la Comisión de Humanización en el complejo hospitalario.
- Actividades realizadas y proyectos enmarcados dentro del plan de Humanización.
- Reflexión final y aportaciones de profesionales.

### Resultados

Número de sesiones: 45

Número de participantes: 1370

Número de encuestas cumplimentadas: 475. Es relevante que los profesionales quieren ofrecer un trato cercano y la mayoría de ellos se sienten afectados en su labor diaria.

### Discusión y Conclusiones

Es necesaria la difusión e interiorización por los profesionales de la humanización para llegar a la excelencia de la atención sanitaria; en gestión, asistencial, profesionales, pacientes y familias.

En este momento no se entendería la atención sanitaria sin incidir en la humanización ofreciendo calidad y calidez, coordinados con los pacientes y sus familias.

La medición PROMS PREMS (opciones del paciente), fundamental.

El feedback de las respuestas de la encuesta muestran la disponibilidad y sensibilización de los profesionales en cuanto a humanización.

La Humanización está presente en cada gesto, en cada mirada, en cada palabra, en la manera de ser y estar, en cuidar.

## ESCUCHANDO A LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LA PERSPECTIVA DE LAS RECLAMACIONES HOSPITALARIAS

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

**Palabras clave:** Derechos del paciente, Gestión de la Información, Indicadores, Manejo de Atención al Paciente, Satisfacción

### Objetivos

Las reclamaciones en el hospital son la manifestación formal de la insatisfacción, descontento y preocupaciones del paciente, familiar u otra persona que recibe atención en el centro. Las reclamaciones señalan áreas específicas en las que nuestros servicios pueden no estar cumpliendo con las expectativas y permite identificar patrones y áreas problemáticas recurrentes. El contrato programa de los hospitales marca los objetivos relacionados con este derecho de los pacientes.

Conocer y seguir estos indicadores en el centro debe orientar a estrategias de mejora para dar mejor calidad en la atención prestada.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo de las reclamaciones de los últimos 5 años en el centro, analizando los principales motivos y su evolución. Se ha consultado los datos del primer semestre 2023, sin incluirlos a efectos de comparativas anuales. Se ha utilizado como fuente de datos la aplicación resuelve, que desde el año 2018 se implantó su uso en todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía para la gestión y tramitación de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos.

### Resultados

No estamos cumpliendo las metas esperadas en cifras con las reclamaciones. La tasa de reclamaciones en el centro fue del 10,25 por 10.000hab. en 2022 (objetivo <6,5). El año de la pandemia Covid19 supuso el mayor aumento de reclamaciones por demora para obtener citas, suponiendo el 54% de los motivos de todas las reclamaciones presentadas ese año (tasa 50 por 10.000 hab.). Este motivo es el que representa el mayor porcentaje de las reclamaciones presentadas de forma anual siendo el objetivo <25 por 10.000hab. En relación a las de comunicación, trato y actitud, se está cumpliendo ligeramente el objetivo en el primer semestre 2023 con un 38%(objetivo <=40%). Se observa un cambio en la tendencia del motivo específico, siendo en 2019 el 57% de "actitud de personal propio en el lugar de trabajo" a ser el mayor porcentaje en 2022 relativo a la "comunicación profesional-usuario" (44,3%).

### Discusión y Conclusiones

La problemática en torno a la demora en la gestión de citas en el centro se mantiene de forma histórica. El abordaje de las listas de espera son una preocupación constante así como el dar cumplimiento a los decretos de garantía de plazos. El hospital es un complejo que abarca en determinadas especialidades a más de un millón de población, por lo que dispone de una alta demanda de consultas externas. En 2022 se atendieron 848.662 citas. A través de la implementación de la teleconsulta se está facilitando una gestión más eficiente de la demanda. Herramientas como la consulta virtual y telefónica permiten desde su incorporación en la pandemia agilizar y activar la comunicación del profesional con el paciente pero es necesario que los profesionales en la era de la tecnología se comuniquen de manera clara y empática con los pacientes, que éstos no lleguen a sentirse confundidos, frustrados o ignorados. La falta de una comunicación comprensible puede generar malentendidos y, en última instancia, insatisfacción del paciente.

## CARTA A NUESTRA ENFERMERA REFERENTE

**Autores:** QUIRÓS LÓPEZ Y, MORÓN RUBIO I, GÓMEZ DIEGO M, FERNÁNDEZ RUIZ RM, BERNAL BORREGO MA

**Palabras clave:** Confidencialidad, Eficiencia, Ética, Participación, Planificación Estratégica

### Objetivos

1. Visibilizar a la Enfermera Referente de Centros Educativos ( ERc) en un suceso grave acontecido en un Instituto de Educación Secundaria
2. Dar a conocer la humanización desarrollada en la asistencia realizada por ERc en el Centro Educativo
3. Transmitir la importancia de la sinergia creada entre la ERc y la Comunidad Educativa (Profesorado, Alumnado y Familias ).
4. Sensibilizar al Equipo Interdisciplinario ( USMI, EOE, Equipo Técnico de Inspección...) de la necesidad de colaboración transversal.
5. Resaltar la figura de la ERc como garante de la escolarización normalizada del alumnado.

### Materiales y métodos

Material: Instituto X con dotación de 70 docentes, 10 no docentes, 700 alumnado; Equipos colaboradores; ERc

Método:

- Establecimiento de canales de comunicación con familias, profesorado, alumnado, Equipo de psicólogos.
- Resolución de dudas sobre aspectos sanitarios surgidos como consecuencia de la experiencia traumática.
- Presentación como parte del Equipo Multidisciplinar en la intervención inicial profesorado.
- Intervención en Acogida a Profesorado y Alumnado.
- Participación en reunión con Equipo de psicólogos y USMI con psiquiatra de la Unidad, consensuando líneas de actuación a desarrollar en los siguientes días.
- Establecimiento de canal de comunicación para derivación a USMI entre ERc y psicólogo clínico
- Atención sanitaria ante síntomas ocasionados por situación de estrés vivida.
- Acompañamiento en la jornada de clases y disponibilidad telefónica en horario de tarde en esos días.
- En el contexto de celebración del Día de la Salud Mental realización de Talleres de Técnicas de Relajación así como Promoción de Hábitos de Vida Saludable para ayuda en la recuperación saludable tras la experiencia vivida para alumnado de Primer curso.

### Resultados

- En Profesorado creación de clima de protección y de acompañamiento en su labor docente, y adecuada acogida a su alumnado en los primeros días. Control de síntomas en algunas docentes. Resolución de dudas.
- Presencia en el Centro en los primeros días de la gran mayoría del alumnado y profesorado , gracias a las actuaciones humanizadas como la de la ERc, con presencia en jornada completa escolar.
- En familias asesoramiento y agilización de citas médicas a sus hijos/as y ,si fuera preciso, con la derivación oportuna y agilizada a USMI.
- Los efectos deseados que puedan acompañar a la Promoción de la Salud en asesorías individuales y en los Talleres para primer curso de Eso, realizados por ERc.
- Carta de agradecimiento por parte de la Comunidad Educativa donde se valora la calidad percibida de la intervención de la ERc.

### Discusión y Conclusiones

Dotar de Humanidad a la intervención realizada por la ERc ha implicado que se perciba toda la calidad del trabajo hecho, dando mayor valor a dicha figura y a su labor fundamental como Promotora de Salud de Prevención de la Enfermedad, sobre una Comunidad amplia como es la Educativa, de difícil acceso desde la Atención Primaria.

## LA RELAJACIÓN EN LAS AULAS COMO HERRAMIENTA PARA AFRONTAR SITUACIONES DIFÍCILES

**Autores:** MORÓN RUBIO I, QUIRÓS LÓPEZ Y, FERNÁNDEZ RUIZ RM, BERNAL BORREGO MA, GÓMEZ DIEGO M, RUBIO BARRANCO A

**Palabras clave:** Enfermería, Ética, Gestión clínica, Gestión del conocimiento, Satisfacción

### Objetivos

- Dotar al alumnado de herramientas que le ayuden a afrontar situaciones de estrés o ansiedad como exámenes o momentos de conflicto con los compañeros.
- Aumentar la confianza y autoestima en sí mismo.
- Recuperar el equilibrio perdido por el ritmo frenético del día a día.

### Materiales y métodos

En un Instituto de Educación Secundaria con una dotación de 578 alumnos, se realiza un taller de técnicas de relajación de una hora de duración, en las aulas de 1º y 2º de la ESO durante el curso 2022-2023.

Actúan como colaboradores los tutores, orientadora y profesorado de educación física.

El taller consiste en aprendizaje de una técnica de relajación mediante ejercicios de respiración, de estiramiento, imaginación guiada, relajación muscular progresiva de Jacobson y música relajante, finalizando con un Feed back para expresar sus sentimientos o emociones vividas durante esta experiencia.

### Resultados

Participan un total de 110 alumnos correspondiendo a los cursos de 1º y 2º de la ESO.

En el alumnado se crea un clima de protección y acompañamiento durante toda la sesión, disminuyendo la tensión muscular encontrando formas adecuadas de expresar sus sentimientos de inquietud como el enojo, el miedo y la tristeza.

Favoreciendo la autoestima, siendo conscientes sus propios defectos y virtudes, evitando sentimientos de inferioridad y construyendo una visión positiva de sí mismo.

### Discusión y Conclusiones

La práctica de la relajación produce efectos en el organismo verdaderamente profundos y beneficiosos para la salud, tanto físicos como psíquicos, imprescindibles para que el alumnado desarrolle hábitos de vida saludable.

La importancia de trabajar la relajación desde edades tempranas, es un medio para tratar y prevenir situaciones estresantes como los exámenes y conductas conflictivas con los compañeros.

Se pueden aprender y reforzar nuevos conocimientos, relacionados con el propio cuerpo o las emociones, esenciales en estas edades porque favorecen, entre otras cosas, una buena autoestima y el conocimiento de sus emociones.

Consideramos la relajación como un instrumento de salud.

## RECHAZO A TRATAMIENTO EN PACIENTE CON ELA, ACEPTACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES TRATAMIENTO COMPASIVO AL FINAL DE LA VIDA

**Autores:** DOMÍNGUEZ GUERRERO F, MOYA MOLINA MA, ALARCÓN MANOJA M, GARCÍA POLO C, GONZÁLEZ MORENO F, VÍLCHEZ LÓPEZ FJ

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cuidados paliativos, Derechos del paciente, Ética, Hospital

### Objetivos

La decisión de desconectar a un paciente de una ventilación mecánica invasiva de acuerdo a sus deseos previamente expresados, es un tema delicado y desafiante. Exponemos un caso en entorno hospitalario, destacando la importancia de garantizar su confort y brindar apoyo emocional y psicológico a la familia durante el proceso.

Objetivos:

Garantizar los derechos del paciente.

Avalar el cumplimiento de sus deseos al final de la vida y una muerte digna.

### Materiales y métodos

Diagnosticado de ELA con afectación bulbar, atendido por el equipo multidisciplinar, consciente, orientado, traqueostomizado por una insuficiencia respiratoria donde la toma de decisiones la realiza la familia, con Ventilación Mecánica Invasiva. Vida cama-sillón. Alimentación oral con deterioro de deglución, rechaza la colocación de PEG. Se comunica con cánula tapada. Ha realizado las Voluntades Vitales.

Tras tres años de evolución aumenta el deterioro de la deglución, comunicación y movilidad, varios ingresos por infección respiratoria. Solicita en varias consultas de forma reiterada retirada de Ventilación Mecánica Invasiva.

Casado, padre de 4 hijos, la familia esta dividida con respecto a la toma de decisión del paciente, cuenta con el apoyo de dos hijos.

En varias consultas multidisciplinarias, el paciente acude acompañado de toda su familia, confirma su deseo de retirada de la ventilación, expone sus valores y sus sentimientos y como se encuentra físicamente.

Sus familiares también exponen su opinión y dudas, todas son aclaradas. Paciente y familia recibieron información detallada sobre el proceso de desconexión, se discutieron los valores y deseos del paciente, y se estableció un plan de cuidados específico.

Se realizaron las siguientes intervenciones:

- Coordinación con la unidad de cuidados paliativos domiciliarios de su área de referencia.
- Consulta del registro de Voluntades Vitales Anticipadas: no desea respirador artificial ni medidas de RCP ni soporte nutricional ni depuración extrarrenal.
- Consultoría a comité de ética asistencial de la provincia e información a paciente y familia.
- Intervenciones de desconexión de VMI según preferencias del paciente garantizando su confortabilidad.
- Acompañamiento familiar.
- Ayuda psicológica

### Resultados

Garantizamos el confort del paciente, controlando el dolor y sintomatología asociada, proporcionando cuidado y asegurando un desenlace tranquilo y libre de sufrimiento

## Discusión y Conclusiones

La desconexión de un paciente en entorno hospitalario, de acuerdo con sus deseos, es un tema éticamente complejo pero crucial para garantizar el respeto a la autonomía del individuo. En este caso el equipo multidisciplinar fue fundamental para asegurar un proceso adecuado, abordando las necesidades emocionales y espirituales, proporcionando un ambiente de apoyo familiar y de comprensión.

La toma de decisiones compartida entre el paciente, su familia y el equipo multidisciplinar es esencial para asegurar un proceso de atención que honre los deseos y preferencias del paciente.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS PROFESIONALES DE UN COMITÉ DE BIOÉTICA: ESTUDIO EXPLORATORIO CUALITATIVO

**Autores:** YAGÜE SÁNCHEZ JM, RIVERA BAUTISTA JM

**Palabras clave:** Ética, Gestión de la calidad, Hospital, Percepción de los profesionales, Satisfacción

### Objetivos

La calidad percibida por los miembros de un comité de bioética es un aspecto fundamental para poder garantizar la toma de decisiones éticas consistentes, especialmente cuando se tratan problemas éticos relacionados con la atención sanitaria. Además, es un tema poco estudiado en la bibliografía consultada. Esta calidad se puede evaluar desde dos primas distintos, por lado de los profesionales que componen el comité de bioética; y, por otro, el de los usuarios que realizan las distintas consultas.

Los profesionales sanitarios y los usuarios esperan que los miembros del comité tengan un alto nivel de competencia ética y profesional. Esta capacidad facilita abordar cuestiones éticas complejas.

Según las referencias consultadas, la calidad percibida por los miembros llega a fomentar la comunicación amplia y abierta, lo que se anticipa la parte colaborativa del grupo. Esto facilita la deliberación prudente y el consenso en las interpretaciones.

La percepción de una calidad gestionada bajo el manto de la imparcialidad, la transparencia y la responsabilidad, favorece que los miembros admitan el valor de los principios éticos y que redunden en el usuario que pide una consulta.

El objetivo principal del estudio es analizar la calidad percibida de los miembros del comité. Los objetivos secundarios están relacionados con explorar las ventajas o beneficios que tiene la población estudiada respecto a esa calidad. Añadiendo como nuevo objetivo como es la de aprobar/evaluar nuevas líneas de formación que ayuden a favorecer la calidad del comité.

### Materiales y métodos

Se trata de un estudio exploratorio, de corte cualitativo. La población incluida en el estudio son la totalidad de los miembros del comité de ética asistencial (19 participantes). Cuestionarios autoadministrados de elaboración propia con preguntas relacionadas con aspectos de la deliberación y su enfoque en la resolución del problema ético. Se realizaron estudios de los contenidos de las respuestas

### Resultados

Respondieron el 70 % de los encuestados. La expresión de calidad aceptable es la opinión generalizada de los participantes, relacionada con la formación de los miembros del comité. Existe consenso mayoritario sobre el empoderamiento que tiene los miembros en cuanto existe un compromiso real y una percepción positiva de la imparcialidad e independencia del comité.

### Discusión y Conclusiones

La percepción general, desde una vertiente cualitativa de la lectura de los contenidos, de las respuestas vertidas es que existe una percepción positiva de los miembros del comité con relación a una calidad percibida e incluso vivida satisfactoriamente. No obstante, se debería profundizar en el tema a través de entrevistas en profundidad de algunos miembros y también, dirigir la mirada a los usuarios y conocer sus percepciones al respecto.



## LA COMUNICACIÓN COMO PILAR FUNDAMENTAL EN LA HUMANIZACIÓN SANITARIA. MEJORANDO HABILIDADES

**Autores:** NOGUEROLES FAJARDO I, AGUILAR MENDOZA I

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Percepción de los profesionales, Percepción del paciente, Satisfacción, Seguridad del paciente

### Objetivos

La relación entre paciente y personal sanitario tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción tanto de pacientes como de profesionales. Los procesos de comunicación tanto verbales como no verbales, condicionan la calidad de esas relaciones. Los estudios nos dan razón y demuestran que el 7% de la transmisión emocional de la comunicación se les atribuye a las palabras, el 38% al tono de voz, ritmo y pausas, y el 55% al lenguaje corporal.

Nos marcamos dos objetivos fundamentales:

**Pacientes:** Mejorar la percepción y satisfacción de nuestros pacientes/familiares con respecto a la información y trato recibido por parte del personal sanitario en nuestro centro.

**Profesionales:** Mejorar los instrumentos y habilidades de nuestros profesionales en escucha activa y comunicación que aumenten la capacidad de colaboración y de corresponsabilidad.

### Materiales y métodos

Para conseguir los objetivos planteados trabajamos desde la comisión de humanización creada en nuestro centro y más concretamente, en nuestro caso, en el área relacional, en la implantación de actividades tanto divulgativas como formativas para mejorar las habilidades de comunicación de nuestros profesionales de la salud, mediante cartelería informativa que acerque a los profesionales los principios básicos de la comunicación efectiva y afectiva.

Ponemos en marcha actividades formativas que mejoren éstas habilidades dirigidas tanto a profesionales en activo como a los que están en proceso de formación, iniciando así la formación desde la base y fomentando una cultura de humanización de la asistencia.

Estamos creando un modelo de encuesta de satisfacción para pacientes y profesionales que participen en la formación y nos permita evaluar el impacto de la misma.

### Resultados

Se ha comprobado que éstas habilidades contribuyen de forma importante a conseguir resultados de salud positivos en los pacientes y familiares, modulando actitudes profesionales.

Los resultados los veremos al finalizar el proceso de implantación en nuestro centro, comparando las encuestas de satisfacción de nuestros pacientes y profesionales en activo o en formación.

### Discusión y Conclusiones

La comunicación juega un papel muy importante dentro del marco de la humanización de la asistencia sanitaria. Como sabemos, con una comunicación efectiva y afectiva obtendremos una mayor satisfacción por parte de nuestros pacientes, una mayor adherencia al tratamiento, una disminución de posibles errores por mala interpretación de la información recibida y una mejor situación emocional. No debemos reducir la comunicación a un mero instrumento del profesional para obtener información de los pacientes sobre su salud, debe de ser una zona de diálogo, en la que se favorezca su participación a lo largo de todo su proceso asistencial, facilitándoles toda la información de manera comprensible y respetando sus decisiones, siendo capaces de empatizar con la realidad del paciente y su entorno.

## ¿SE MEJORÓ IMPLANTANDO LAS MODIFICACIONES EN EL PROCESO DE MUERTE DIGNA?

**Autores:** MONTORO PAVÓN JE, TOLEDO BOCANEGRA F, CASTAÑO TROYANO MT, GARCÍA LEÓN C

**Palabras clave:** Atención Primaria, Enfermería, Participación, Satisfacción, Seguridad del paciente

### Objetivos

El principal y único objetivo era mejorar en la calidad de los cuidados en el proceso de ayuda a morir solicitado por los usuarios, mejorando su satisfacción y seguridad, ya que en la primera eutanasia que realizamos evidenciamos una serie de mejoras del largo proceso que ayudarían en la humanización de dicha acción y el paciente sufriría menos angustia.

### Materiales y métodos

El material utilizado fue un protocolo de mejoras que deberíamos de implantar para garantizar el proceso de muerte digna. Se empleó en la segunda petición de eutanasia de nuestro Área de gestión sanitaria de Jerez Costa Noroeste y Sierra de Cádiz, donde participan varios profesionales de distintas áreas sanitarias. Se trataba de poner en práctica una acción de mejora respecto de las deficiencias y barreras encontradas en la primera eutanasia que hicimos.

### Resultados

Valoramos 4 puntos de dicho proceso en el cual deberíamos de implantar para dicha mejora.

El primero, que la persona encargada de la conexión entre los distintos niveles debería ser la misma. Se consiguió y se ganó un tiempo importante, sobre todo al saber donde contactar.

Segundo, al saber todos los trámites que debíamos de pasar así como los informes, se hicieron por adelantado sabiendo lo que nos iban a pedir en cada momento, gracias que estábamos asesorado por el equipo anterior.

Lo único que no se pudo mejorar, ya que habría que cambiar la ley orgánica de muerte digna, es la inclusión de un fármaco que deprima el ritmo cardiaco, u otro fármaco que haga el proceso en la casa un poco mas rápido, ya que en el primero se paró el corazón a los 40 minutos, y veíamos que era mucho tiempo y podría causar angustia a los familiares.

### Discusión y Conclusiones

Se determinó que es fundamental el tener un referente, que sea el mismo por área de gestión, con autoridad y facultado para la toma de decisiones, de fácil acceso y que se sepa en cada momento por donde va el proceso y con la facultad de realizar gestiones para acelerar trámites y resolver incidencias.

Y sobre todo, tener el equipo asesor, atención primaria, para que te acompañe en este proceso que es duro para el grupo de profesionales que lo desempeñan, sobre todo enfermería.

## MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

**Autores:** GONZÁLEZ GALÁN CM, ROMERO RAMÍREZ E

**Palabras clave:** Acreditación, Certificación, Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Participación

### Objetivos

Los Mapas de Competencias informan a los profesionales sobre los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar un puesto de trabajo. No se ha encontrado literatura sobre el Mapa de Competencias de la Enfermería Nefrológica en España, aunque existen grupos de trabajo para este fin en nuestras sociedades científicas.

El objetivo es construir un mapa de competencias de la Enfermería Nefrológica, identificando competencias generales, transversales y específicas.

### Materiales y métodos

Método DACUM (Developing a Curriculum), análisis de tareas mediante expertos para recolectar información sobre los requerimientos para el desempeño de trabajos específicos.

1. Creación de grupo de expertos con amplio conocimiento del ámbito de actuación, puesto de trabajo y metodología de calidad.
2. Lluvia de ideas de descripción de ocupaciones y competencias.
3. Organización y representación gráfica.
4. Validación por acreditadores de Agencia de Calidad Sanitaria.

### Resultados

Además de las Competencias Generales y Transversales ya definidas en múltiples revisiones, se describen las Competencias Específicas de la Enfermería Nefrológica:

- Educación en autocuidados; Conocimiento de los Procesos Asistenciales; Valoración enfermera; Protocolos y Procedimientos; Rol eferente para los pacientes asignados; Actuación en emergencias; Asesoramiento y monitorización en Nutrición; Educación sanitaria; Apoyo en toma de decisiones; Uso seguro del medicamento; Manejo del duelo y final de la vida; Manejo del Dolor; Apoyo al cuidador; Manejo de ansiedad y temor; Abordaje integral de necesidades; Conocimientos técnicos hemodiálisis: monitor, circuitos, planta de agua, programación, conexión y desconexión, resolución de incidencias; Monitorización peso y constantes; Cuidados del acceso vascular; Valoración ecográfica. Punción ecoguiada.; Actuación ante complicaciones clínicas; Limpieza y desinfección de monitores de hemodiálisis; Cuidados al paciente hospitalizado; Cuidados en implantación de catéter venoso central temporal y permanente; Cuidados en biopsia renal; Cuidados en implantación y mantenimiento de catéter peritoneal; Lavado peritoneal; Cambio de prolongador; Educación y entrenamiento al paciente; Actuación ante complicaciones infecciosas, clínicas y mecánicas; Test de equilibrio peritoneal; Técnicas para inclusión y seguimiento en lista de espera de trasplante; Registros en la historia clínica.

### Discusión y Conclusiones

Resulta importante la definición de competencias, pues constituye un avance en nuestro desarrollo como colectivo de profesionales especialistas.

La validación y difusión por las sociedades científicas permitirá la homogenización y formalización de la labor de las enfermeras de nefrología.

## EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA PILOTO: ESTANCIA FORMATIVA DE LOS MIR DE FAMILIA EN LAS CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA

**Autores:** GARCÍA PALMA A, GAMERO MERINO ML, DE MARCO PÉREZ F, LUQUE ROMERO LG

**Palabras clave:** Atención Primaria, Autoevaluación, Continuidad de la atención, Desarrollo profesional, Manejo de Atención al Paciente

### Objetivos

Objetivo general

- Dar a conocer a los MF el dispositivo de apoyo de Salud Bucodental

Objetivos específicos:

- Mejorar el conocimiento de la patología bucodentaria
- Conocer los tratamientos a aplicar, tanto odontológicos como farmacológicos
- Profundizar en el conocimiento de las pruebas de imagen de uso corriente en Odontología
- Conocer los motivos y os circuitos de derivación a segundo nivel

### Materiales y métodos

1. Se establece un período de rotación de los 18 MIR de MF, 15 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 26,5 años y un rango de 25 a 31 años. Dicha rotación fue de 3 semanas naturales, de forma individual en 4 gabinetes odontológicos del Distrito Aljarafe y también en 4 de Sevilla Norte. Durante este periodo, contaron con un dentista de referencia como formador.
2. Realizamos un test de conocimientos previo y posterior.
3. También realizamos un cuestionario de satisfacción al finalizar el periodo formativo
4. Medimos las actividades en las que han participado.

### Resultados

El grado de conocimiento en el pre-test previo medio fue del 11%, con un rango de del 0% al 33%.

La pregunta que más conocimientos previos tenía fue la 3 "¿Sería capaz de identificar las diferencias anatómicas entre premolares y molares?"

Una vez concluida la estancia, el grado de conocimiento obtenido ha sido del 94%, con un rango del 80% al 100%.

Por otro evaluamos la actividad en número y tipo de actividades en las que han participado viendo un total de 2187 pacientes, con una media de 115 por alumno y participando en todo tipo de actividad.

Finalmente evaluamos la satisfacción de la rotación mediante cuestionario validado.

### Discusión y Conclusiones

- a. Existía un grado de desconocimiento muy alto por parte de los MIR de MF, previa a la rotación
- b. Una vez finalizada, se invierte dicho desconocimiento
- c. Los residentes han participado en múltiples actividades en diversos campos de la cartera de servicios de Salud Bucodental del SSPA
- d. Por lo tanto el grado de conocimiento de los dispositivos de apoyo de Salud Bucodental ha sido muy alto.
- e. Los residentes por tanto, conocen cuando se deben de apoyar para el mejor tratamiento de sus pacientes en los servicios de salud bucodental
- f. El grado de satisfacción ha sido alto en líneas generales con la experiencia.
- g. Recomendamos una estancia formativa similar para todos los MIR de MF
- h. Sería valorable también una estancia formativa para los MIR de Pediatría.

## PAPEL DE LA MATRONA EN LA PLANTA DE OBSTETRICIA: SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN RECIBIDA

**Autores:** MARTÍNEZ RUIZ F, SÁNCHEZ GUERRERO JA, GARCÍA OTERO M

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Evaluación de resultados, Participación, Percepción del paciente, Satisfacción

### Objetivos

- Evidenciar si las maternidades dirigidas por las matronas reducen la intervención en partos y puerperios, mejoran la lactancia materna y aumentan la satisfacción percibida por la mujer y sus familiares.
- Conocer las competencias legales de las matronas.

### Materiales y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en español e inglés, entre los años 2015 – 2022 y el operador booleano utilizado ha sido AND. Las palabras claves utilizadas han sido: Matrona, Midwife, Hospitalización, Plantas. Los artículos utilizados han sido tres, dos documentos de las asociaciones de matronas y un estudio del Hospital de Fuenlabrada (2016) obtenidos de bases de datos como la biblioteca SAS y Google académico y de la revista International Journal of Integrated Care.

### Resultados

- ESTUDIO HOSPITAL FUENLABRADA (MADRID) 2016: Se sustituye el alta médica por alta de la matrona a puérperas de bajo riesgo. Visita diaria a todas las puérperas con valoración física y refuerzo de educación para la salud individualizado a cada puérpera. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO: Mayor satisfacción en la atención recibida, se mantuvieron los estándares de calidad y acudieron menos al servicio de urgencias. Por lo que la matrona proporciona una atención segura y de calidad a puérperas y recién nacidos.
- ESTADO DE LAS MATRONAS DE 2017. ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA LA MATRONA EN PLANTA
  1. Recibir a las pacientes obstétricas programadas junto con la cumplimentación de la HC obstétrica.
  2. Inicios de pre-inducciones e inducciones.
  3. Preparación de cesáreas programadas.
  4. Realizar control cardiotocográfico de las pacientes ingresada.
  5. Exploraciones y exámenes pertinentes a las gestantes ingresadas.
  6. Diagnóstico, detección y control de la rotura de membranas(RPM).
  7. Iniciar el protocolo de analgesia pre-parto y otros tratamientos alternativos para control del dolor.
  8. Educación puerperal al alta con la realización de talleres en la planta (lactancia) y asegurarla continuidad de cuidados.

### Discusión y Conclusiones

La Matrona es un profesional altamente cualificada, con un ámbito competencial propio diferenciado del de otros profesionales, responsable y autónoma. En el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre en su artículo 55 encontramos se encuentran recogidas las actividades profesionales que competen a esta profesional.

Es competencia de la matrona los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno- infantil.

La intervención de la matrona en los talleres de educación durante la hospitalización en el puerperio precoz propicia a la mujer una mayor adaptación física y psicosocial a la maternidad, disminuye la ansiedad de las mujeres, aumenta la continuidad a la lactancia materna y aumenta los conocimientos sobre el recién nacido y sus cuidados. Los estudios encontrados verifican los BENEFICIOS Y VENTAJAS ya que se mantienen los estándares de calidad y mejoran la percepción de cuidado en las gestantes y puérperas.

## TABAQUISMO Y PROFESIONALES SANITARIOS ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LAS NUEVAS FORMAS DE CONSUMO?

**Autores:** DELGADO LOZANO C, RAYA ORTEGA L, MARTÍN BUIGAS A, ESCOBAR MOLINA EM, GÓMEZ FUENTES A

**Palabras clave:** Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Gestión del conocimiento, Participación, Problemas de salud

### Objetivos

El tabaco mata a más de 8 millones de personas al año en el mundo, entre fumadores y personas expuestas al humo ajeno. Según datos de la OMS para el año 2030 se prevé que 10 millones de personas mueran al año prematuramente por enfermedades relacionadas con el tabaquismo<sup>1</sup> clásico y las nuevas formas de consumo.

En el Eurobarómetro de 2020, realizada a 27000 ciudadanos de 34 países europeos sobre hábitos de consumo de tabaco y nicotina, se refleja que el 37% de los encuestados cree que "vapear" es menos dañino que fumar y el 68% que sirve para dejar o tratar de reducir el consumo de tabaco.

Según la Normativa sobre tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados publicada en 2017 por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), todas las personas fumadoras deben recibir consejo para dejar de fumar durante un ingreso hospitalario.

El objetivo de este estudio es conocer las necesidades formativas en relación al tabaquismo y las nuevas formas de consumo de los profesionales sanitarios del centro.

### Materiales y métodos

Estudio observacional, donde durante 3 meses se encuestó a profesionales sanitarios del centro sobre sus conocimientos referentes al tabaco, nuevas formas de consumo y las consecuencias para la salud, obteniendo una muestra representativa de 203 respuestas válidas, con una representación aproximada de 1/3 de facultativos (FEA, farmacéuticos...), 1/3 de enfermería (incluyendo fisioterapia, matronas...) y 1/3 de técnicos (TCAE, rayos, administrativos...). La encuesta consta de 15 ítems: datos de filiación, consumo personal, nivel de conocimientos y opinión.

### Resultados

Filiación: hay una mayor representación de mujeres y mayores de 51 años.

Consumo personal: sólo un 14,3% son fumadores, todos fuman cigarrillos tradicionales y además vapeadores (14,7%) y/o cachimbas (11,8%).

Nivel de conocimientos: Grafico I. Destacar que el 96,1% conoce los vapeadores y el 89,2% las cachimbas, que un 8,9% creen que solo son perjudiciales los dispositivos que llevan nicotina y que un 20% piensa que el aire exhalado de cachimbas/vapeadores no afecta a las personas que están alrededor (fumadores pasivos).

Opinión: Grafico I. Hay gran consenso en la necesidad de formación a los profesionales sanitarios y a la necesidad de limitación del acceso sobre todo a menores.

### Discusión y Conclusiones

Aunque en general el nivel de conocimientos es bueno, la sensación de los profesionales es que necesitan más información, por lo que vemos necesario la realización de más cursos de formación en tabaquismo básico, mantener los de tabaquismo avanzado y la realización de sesiones impartidas por el neumólogo responsable de la unidad de tabaquismo adaptadas a la idiosincrasia de cada unidad, siendo esto último un proyecto para 2024 del grupo de trabajo de la RASSELH del centro.

## DESCRIPCIÓN DEL PERFIL COMPETENCIAL DEL ENFERMERO DEL BOX DE EMERGENCIAS: ITINERARIO PARA NUEVAS INCORPORACIONES

**Autores:** BUSTAMANTE TORNEIRO L, MONTERDE ESTRADA A, GARCÍA PAVESIO A, VILARRUBLA ESTRAGUES L, FERNÁNDEZ CABALLERO MA, GALLARDO GONZÁLEZ G

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, Desarrollo profesional, Gestión clínica, Seguridad del paciente, TIC y telemedicina

### Objetivos

En el box de emergencias de un hospital terciario se atienden pacientes críticos de alta complejidad, que presentan riesgo vital y precisan atención inmediata. Este hecho, sumado a la evolución ascendente de la afluencia del perfil de estos pacientes, pone en manifiesto la necesidad de un conocimiento amplio por parte del equipo de enfermería, que junto al resto del equipo asistencial, debe garantizar una respuesta asistencial rápida y eficaz en un entorno complejo y extremadamente exigente.

La necesidad de incorporación de personal de enfermería novel en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, y su posterior integración a la atención al paciente crítico, sugiere la necesidad de abordar un plan de acogida integral e innovador, que garantice la seguridad de los pacientes y de los profesionales que los atienden, definiendo las competencias que los profesionales deben haber asumido antes de iniciar su trayectoria en la atención al paciente de Nivel I, y garantizando una adecuada mentoría así como un estrecho seguimiento de la evolución de cada uno de los profesionales.

### Materiales y métodos

Se propone la creación de un itinerario dirigido a los profesionales enfermeros del Área de Urgencias que inician su trayectoria profesional en el Box de Emergencias.

Con este fin, se creó un grupo de trabajo 1 (GT1) con el propósito de elaborar un documento que unifique las aptitudes y actitudes que debe tener un/a enfermero/a para poder desarrollarse en el box de emergencias.

Paralelamente, se creó un segundo grupo de trabajo (GT2), integrado por expertos en TIC y en colaboración con el departamento de formación del hospital, con el objetivo de desarrollar una plataforma virtual formativa (e-Health), específica del box de emergencias, que garantice un adecuado y suficiente soporte documental para los profesionales, combinando formación teórica y dirigida, con la exposición de casos clínicos y simulaciones virtuales.

### Resultados

Una vez se cumplan los requisitos del itinerario enfermero y se haya completado la formación de la plataforma virtual, el profesional podrá desempeñar las funciones propias del Box de emergencias, con el acompañamiento de un mentor asignado, y una evaluación competencial liderada por el equipo de coordinadores de Urgencias.

### Discusión y Conclusiones

Se espera que la estandarización de un itinerario enfermero que guíe y acompañe a los profesionales en el inicio de su trayectoria en la atención del paciente crítico en el Box de Emergencias Hospitalarias, garantice la confortabilidad de los/las enfermeros/as en la asunción del nuevo rol, refuerce los algoritmos de actuación en situaciones de atención emergente, y aporte a los profesionales herramientas para mejorar la comunicación y el trabajo en equipo. De igual manera, se espera que la creación y normalización del itinerario para nuevas incorporaciones, mejore la calidad de los cuidados así como la seguridad clínica de los pacientes atendidos en Urgencias.

## OPTIMIZACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS: UN ESTUDIO EN UN HOSPITAL DE REGIONAL DE TERCER NIVEL

**Autores:** CERVERA BARAJAS A, BONACHELA SOLÁS P, LÓPEZ RODRÍGUEZ L, NÚÑEZ JALDÓN A, HERRERO LÓPEZ R

**Palabras clave:** Continuidad de la atención, Eficiencia, Evaluación de resultados, Organización y administración, Percepción de los profesionales

### Objetivos

Describir y analizar la opinión que tienen los miembros de las Comisiones Hospitalarias sobre el funcionamiento, resultados y evaluación de las mismas

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo en el que se analiza mediante un cuestionario de elaboración propia, la opinión de los miembros de las comisiones sobre la utilidad y funcionamiento de las Comisiones Hospitalarias dependientes de la Unidad de Calidad.

### Resultados

El estudio evaluó las Comisiones Hospitalarias en un hospital específico, con una participación activa del 50.12% de los miembros. Los Facultativos Especialistas de Área (FEA) lideraron con un 64.7% de respuestas. La gran mayoría (90.7%) considera útiles estas comisiones para mejorar la atención al paciente, aunque un 62% señala una falta de comprensión entre los profesionales del hospital. Las reuniones se realizan regularmente (93.6%) y se perciben como efectivas (77%), con un fuerte fomento de la participación activa (92%). La satisfacción promedio es positiva, con una calificación de 7.87 sobre 10, siendo aún más alta para los secretarios (8.28). Los resultados respaldan la importancia y eficacia de las Comisiones, pero destacan la necesidad de mejorar la comprensión y la colaboración entre comisiones.

### Discusión y Conclusiones

El estudio evaluó las Comisiones Hospitalarias en un centro médico, recopilando 204 respuestas de miembros, lo que representó el 50.12% del total de miembros. Los Facultativos Especialistas de Área (FEA) destacaron con una participación del 64.7%, indicando su compromiso con la mejora de la atención. La mayoría de los encuestados (90.7%) consideró que las Comisiones son herramientas útiles para mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente.

Sin embargo, un problema destacado es la falta de conocimiento sobre las Comisiones por parte de los profesionales del hospital, con un 62% expresando esta preocupación. Esto subraya la necesidad de educación y comunicación para maximizar la eficacia de las Comisiones.

Las decisiones de las Comisiones se perciben como impactantes positivamente en la atención al paciente y los resultados de salud. Además, los profesionales del hospital experimentan beneficios como mayor eficiencia y mejoras en la seguridad del paciente.

En cuanto al funcionamiento de las Comisiones, se observa eficiencia, participación activa, comunicación y seguimiento adecuado. Aunque el 45.6% informa de relaciones con otras comisiones, se podría fomentar una colaboración más amplia. Además, el 37.3% menciona la necesidad de evaluaciones periódicas.

En resumen, las Comisiones Hospitalarias son percibidas como herramientas valiosas para mejorar la atención médica, pero se necesita un esfuerzo adicional para educar a los profesionales y mejorar la colaboración intercomisiones. Estos hallazgos respaldan la mejora continua de las Comisiones y, en última instancia, la atención al paciente en el hospital.



## METODOLOGÍA DE LA CALIDAD. HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LAS UNIDADES ASISTENCIALES

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

**Palabras clave:** Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad

### Objetivos

La calidad percibida en la atención sanitaria se refiere a la percepción de ciudadanos y profesionales sobre la calidad de los servicios ofertados que deben ser eficaces, seguros y centrados en la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad asistencial en los servicios de salud debe incluir aspectos como la excelencia profesional, eficiencia de los recursos, seguridad del paciente, resultados en salud, y el grado de satisfacción por parte del paciente.

Objetivo general

- Crear y difundir cultura de calidad en los profesionales.
- Conocer el marco conceptual sobre calidad y su gestión en las Unidades Asistenciales.

Objetivos específicos

- Identificar las dimensiones claves de la calidad para adaptar las unidades a las expectativas de ciudadanos y profesionales.
- Desarrollar habilidades en implementación de metodología de calidad.

### Materiales y métodos

Se creó un Curso acreditado ACSA 4, 29 créditos en GESFORMA del centro. 1ª edición 2021. 2ª y 3ª edición 2022. 4ª y 5ª edición 2023. Coordinado e impartido por tres docentes de la Unidad de Calidad.

Contenido: 5 unidades didácticas.

Dirigido a: Directivos, cargos intermedios, personal sanitario facultativo, personal de gestión y servicio y personal sanitario no facultativo, sin excluir ninguna unidad y servicio.

Modalidad: Semipresencial.

Técnicas didácticas: Explicación oral. Estudio directo. Mesa redonda. Discusión o debate. Foro. Resolución de casos. Práctica simulada.

Sistema de Evaluación: Cuestionario de expectativas. Cuestionarios de conocimientos previos y final Cuestionario satisfacción EVALUA.

### Resultados

CURSOS Plataforma Gesforma acreditados 4,29 créditos. 6 ediciones.

Participantes: 109 profesionales.

Valoración por edición. Encuesta de satisfacción EVALUA.

Media: 1ª ed. 8,92. 2ª ed.sin datos (migración plataforma). 3ª ed. 9,34. 4ª ed. 9,42. 5ª ed. En curso.

Objetivos y contenido: 1ª ed. 8,67. 2ª ed.sin datos (migración plataforma). 3ª ed. 9,3. 4ª ed. 9,34. 5ª ed. En curso.

Metodología: 1ª ed. 8,78. 2ª ed.s in datos (migración plataforma). 3ª ed. 9,27. 4ª ed. 9,51. 5ª ed. En curso.

Profesorado: 1ª ed. 9,04. 2ª ed.s in datos (migración plataforma). 3ª ed. 9,67. 4ª ed. 9,50. 5ª ed. En curso.

Condiciones y ambiente: 1ª ed. 9,12. 2ª ed.s in datos (migración plataforma). 3ª ed. 9,22. 4ª ed. 9,27. 5ª ed. En curso.

Utilidad percibida: 1ª ed. 9,00. 2ª ed.sin datos (migración plataforma). 3ª ed. 9,25. 4ª ed. 9,50. 5ª ed. En curso.

## Discusión y Conclusiones

Esta iniciativa de impartir cursos para acercar el marco conceptual y experimental de la calidad está siendo valorada muy positivamente por los profesionales. Tratamos de ofrecer herramientas para que gestores y profesionales manejen con conocimiento, habilidad y actitud conceptos relacionados con la calidad: Eficiencia, Contrato Programa, indicadores, objetivos.

Destaca la valoración de la utilidad percibida.

Las ediciones se están mejorando teniendo en cuenta la Evaluación de la Agencia de Calidad Andaluza (ACSA) y las sugerencias de los participantes.

## EFFECTIVIDAD DE UNA CODIFICACIÓN SISTEMATIZADA PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**Autores:** MARTÍNEZ PAUL M, FERNÁNDEZ LORENZO MT, TORRES QUIRÓS C, FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ C

**Palabras clave:** Efectividad, Eficiencia, Gestión de la calidad, Gestión de personas, Organización y administración

### Objetivos

El Área de Críticos de un hospital (Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Reanimación Postquirúrgica) es una de las áreas más complejas y con una dotación muy elevada de profesionales.

La organización y distribución de estos recursos humanos supone una tarea difícil para los cargos intermedios que supervisan estas unidades. Comprobar la efectividad de un patrón de códigos de colores y letras para realizar una gestión eficaz de los recursos humanos en una unidad.

### Materiales y métodos

El diseño de la distribución (cartelera/excell) de los profesionales del área de críticos es el mismo para todas las unidades. Este recurso de gestión diaria está unificado y accesible a todo el equipo de gestión del área. La visualización del mismo contiene una serie de códigos, marcados con colores y siglas, dependiendo de la incidencia a la que haga referencia. Cada color tiene un significado concreto facilitando a los cargos intermedios la interpretación global de cualquiera de las carteleras del área y la disponibilidad o no de algún profesional.

### Resultados

La gestión de los recursos humanos del área de críticos con esta codificación resulta más eficiente.

Todos los gestores del área tienen control global del personal asignado a cada una de las unidades.

Esto facilita la cobertura de las incidencias de profesionales que surgen en cualquier de los servicios en ausencia de alguno de los responsables directos. La codificación sistematizada en las distribuciones de los recursos humanos en una unidad es una herramienta imprescindible para la gestión diaria de los mismos.

### Discusión y Conclusiones

La codificación sistematizada en las distribuciones de los recursos humanos en una unidad es una herramienta imprescindible para la gestión diaria de los mismos.

## LA CALIDAD EN LAS UNIDADES DE FORMACIÓN COMO ÚNICO CAMINO PARA EL CRECIMIENTO PROFESIONAL

**Autores:** FERNÁNDEZ CORTÉS A

**Palabras clave:** Desarrollo profesional, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Gestión del conocimiento, Percepción de los profesionales

### Objetivos

1. Conocer el porcentaje de profesionales que acceden a la formación continuada durante el año 2022 y primer semestre de 2023.
2. Identificar la distribución de profesionales durante el mismo periodo por Unidades de Gestión.
3. Identificar el grado de Satisfacción de los profesionales y docentes con la Organización en cuanto a la Formación en la Unidad de Formación y Docencia.
4. Conocer el número de profesionales que certifican sus competencias profesionales durante el año 2022 y primer semestre de 2023.

### Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo: La recogida de datos se realizó entre el 1 enero de 2022 y 30 junio de 2023 de todos aquellos profesionales que accedieron a la formación continuada y a la certificación de sus competencias profesionales. Se realiza el trabajo en la Unidad Integral de Formación y Docencia en el que participan un personal de soporte (auxiliar administrativo) y el Responsable de Formación (Enfermero).

### Resultados

La Unidad Integral de Formación y Docencia del Área integra a 3130 profesionales de los que el 29,58% reciben formación a través el marco del Acuerdo de Formación para el Empleo de las Administraciones Públicas de 9 de marzo de 2018 y en base a lo establecido en la Resolución 194/17 de 30 de junio, para la gestión de la formación continuada en el ámbito del SAS. A través de UIF de SS.CC el 57,53%, IAVANTE y EASP el 6,86% y 11,21% respectivamente. La media de los profesionales del Área distribuidos por UCG fue de 29 profesionales. Satisfacción Global discente con la Formación fue del 91,70%, con su practica profesional del 91,8% y con la organización de la gestión de la UIF del 89,7%. Satisfacción global docente con el nivel de organización de la formación del 93,5% y la satisfacción docente con la formación de la UIF del 94,3%. En cuanto a la acreditación de profesionales durante este periodo fue de 84 profesionales que consiguieron acreditarse con Excelente 1 profesional, experto 5 profesionales y avanzado 78 profesionales.

### Discusión y Conclusiones

En este estudio hemos planteado en la UIF y Docencia de nuestro Área la gestión de la Calidad como único camino para el crecimiento profesional que nos ha permitido iniciarnos en la investigación de resultados, realizando e identificando unos objetivos sencillos de formación, recogiendo y analizando los datos y obteniendo unas primeras conclusiones. Este estudio se incluye en las líneas estratégicas de Formación y Docencia del Área sobre satisfacción, formación y estadística en la que trabaja la Unidad Integral de Formación y Docencia del Área, concretamente en la evaluación de la calidad del conocimiento de los profesionales sanitarios y no sanitarios respecto a los porcentajes estadísticos. Una Formación de Calidad que vehiculice hacia la excelencia todas aquellas estrategias de elaboración, de trabajo, resolución, creación e innovación hacia un nuevo paradigma de trabajo mas efectivo, dinámico y transformador.

## FORMANDO LÍDERES. DESARROLLO COMPETENCIAL DE ENFERMERAS GESTORAS

**Autores:** GÓMEZ FUENTES A, FERNÁNDEZ PLAZA P, LARA DOMÍNGUEZ P, GONZÁLEZ ESCOBAR A, DEL MORAL CHANETA MV, DELGADO LOZANO C

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Autoevaluación, Desarrollo profesional, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad

### Objetivos

En los modelos tradicionales de liderazgo organizacional, la enfermera gestora era vista a través de su capacidad para mandar y controlar al equipo de enfermería, la perspectiva actual demanda que las gestoras lideren la organización, que la dirijan hacia los objetivos en salud y promuevan el desarrollo de los profesionales a su cargo, asumiendo conocimientos, habilidades y actitudes que la habiliten como administradora de la atención de salud en un escenario en constante cambio y altamente especializado.

El liderazgo de las enfermeras gestoras es clave para el éxito de la organización, por su impacto en la calidad de la atención al paciente, la productividad y la estabilidad económica, la satisfacción laboral de las enfermeras, y el compromiso de la organización.

#### OBJETIVO

Desarrollar un mapa de competencias que permita a las enfermeras gestoras conocer cuáles son los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para desempeñar adecuadamente su trabajo.

### Materiales y métodos

El equipo de enfermeras de la Unidad de Calidad creó un formulario Google "ad hoc" de mayo a septiembre 2023.

Se establecieron Niveles de Desarrollo para cada competencia: Nivel Óptimo, profesional recién incorporado a su puesto. Nivel Experto, profesional con experiencia unos dos o tres años en el puesto. Nivel Excelente, profesional con competencias extraordinarias y experiencia en el puesto.

En cada nivel de desarrollo se estableció la necesidad de competencia "D" deseable, "I" imprescindible.

Cada ítem se etiquetó con un criterio de prioridad según la relevancia e importancia: Mínimo: 1; Máximo: 4

Participó el equipo de enfermeras gestoras del centro en todas sus categorías y ubicaciones de forma voluntaria sin conflicto de intereses.

Se analizaron las competencias codificadas: "C" conocimientos, "H" habilidades y "A" actitudes.

Se generó un documento el mapa de competencias para el desarrollo competencial de la enfermera gestora en el centro.

### Resultados

Participantes: 53

Competencias evaluadas: conocimientos 37, habilidades 25, actitudes 19

Competencias básicas 8: C:2, H:4, A:2

Se adjuntarán tablas y gráficos de porcentajes.

### Discusión y Conclusiones

La elaboración de mapas de competencias responde a cuestiones como: cuáles son las competencias necesarias para la enfermera gestora, qué modelo de competencias y nivel de desarrollo es necesario en cada nivel funcional de gestión y cuál es la formación necesaria para desarrollar esas competencias. Los datos resultantes evidencian el grado de desarrollo y las competencias adquiridas.

Señalar competencias básicas

C -0037 Motivación y gestión de personas 84,9%

H -0024 Gestión de las relaciones 86,8%

A - 0012 Escucha activa y asertividad 86,8%

Proporcionan información de las necesidades requeridas por las enfermeras gestoras y oportunidades de mejora en los tres tipos de competencias: conocimientos, habilidades, actitudes.

Las auditorías y revisiones supondrán un plan de mejora continua con oportunidades de mejora del ciclo completo de la calidad.

## ACTIVIDAD FORMATIVA SOBRE DERECHOS Y SERVICIOS PARA LA CIUDADANÍA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

**Autores:** SÁNCHEZ BASALLOTE JE, GÓMEZ ENRÍQUEZ C, GARZÓN LÓPEZ SF, GARCÍA BAUTISTA MA, TORO BARRERA P

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Cultura organizacional, Derechos del paciente

### Objetivos

Diseñar y evaluar una actividad formativa dirigida a todos los profesionales del Área de Gestión Sanitaria (AGS) con objeto de repasar y profundizar en el conocimiento de los derechos y servicios de los que disponen los ciudadanos usuarios de los servicios sanitarios públicos en Andalucía, así como, sus garantías con dichos servicios.

### Materiales y métodos

Se diseña una formación en modalidad on-line, a través de Moodle en la Plataforma de Gestión de Formación Gesforma del AGS, de 15 horas, a desarrollar durante 3 semanas, dirigida a todas las categorías profesionales del Área, con el objeto descrito. Se definen tres Unidades didácticas que dan respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados en la planificación de la actividad.

La evaluación de la actividad se hace mediante un test antes de iniciar la actividad (pretest), una evaluación de cada una de las unidades didácticas y una evaluación final. Para obtener la certificación es necesario superar el test de cada una de las Unidades Didácticas y el test de evaluación final. Al final, se pasa una encuesta para conocer la satisfacción del alumnado.

### Resultados

La actividad formativa se diseña en 3 Unidades didácticas de 5 horas cada una con los siguientes contenidos:

- 1) Derechos de la ciudadanía: Derechos y deberes de la ciudadanía; Consultas y cambios en Base de Datos de Usuarios; Tarjeta Sanitaria de Andalucía; Tarjeta Sanitaria Europea; Desplazamientos temporales; Derechos ARCO a historia de salud; Prestaciones sanitarias; Atención Bucodental; Examen a mayores de 65 años; Tarjeta +cuidados.
- 2) Garantías de la ciudadanía: Elección de médico y Centro; Elección de especialista y hospital; Garantía de respuesta asistencial; Garantía respuesta quirúrgica; Consentimiento informado; Segunda opinión médica; Voluntades Vitales anticipadas; Ayuda para morir: Eutanasia
- 3) Servicios de la ciudadanía: App Salud Andalucía; Salud Responde; ClicSalud+; Reclamaciones y sugerencias.

Debido a la demanda de la actividad formativa se realizan en 2022 un total de 3 ediciones con 38 participantes cada una (114 alumnos).

Los alumnos han valorado la actividad con una satisfacción global de 9,07. En detalle, la valoración ha sido: la formulación y consecución de objetivos: 9,01; los contenidos temáticos: 9; la metodología de enseñanza/aprendizaje/recursos: 8,9; la calidad y accesibilidad de los contenidos e-learning: 9,02; la valoración del docente: 9,07; el nivel de aprendizaje alcanzado: 8,9 y la utilidad de la actividad formativa: 9,09.

### Discusión y Conclusiones

La actividad formativa diseñada generó una alta demanda de solicitudes, por lo que se convocaron dos ediciones mas, teniendo que dejar solicitudes para el año 2023.

Se trata de una actividad que el alumnado considera de cultura organizacional, muy necesaria para conocer los derechos y servicios dirigidos a la ciudadanía y porque son temáticas que todos los profesionales deben dominar y en las que no se suele formar y se dan por sabidas.

La satisfacción global del alumnado ha sido muy alta.

## PERSPECTIVA ENFERMERA ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA PARA GARANTIZAR UNA MUERTE DIGNA

**Autores:** MORALES GUISANDE MY, GALLEGRO ESPINA MA, SECO LÓPEZ M, GRANADOS MATUTE AE, BAENA VILLALBA E, BARRIOS VÁZQUEZ AJ

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cuidados de enfermería, Cuidados paliativos, Derechos del paciente, Enfermería

### Objetivos

Ante la aprobación de la Ley Orgánica de Eutanasia el 24 de marzo del 2021, realizamos una revisión bibliográfica para valorar si la eutanasia es una opción más a los cuidados paliativos para alcanzar una muerte digna o se crea ante un déficit de los mismos. Dicho estudio nos genera la necesidad paralela de conocer la realidad de la perspectiva Enfermera actual, su visión ante los distintos paradigmas que lo engloban y su conocimiento sobre los mismos.

Los objetivos del trabajo son:

- Analizar la realidad actual de la Enfermería con relación a la muerte digna.
- Discernir el grado de conocimiento de los enfermeros sobre las leyes vigentes en la actualidad en relación con el paciente terminal.
- Conocer la percepción Enfermera sobre el enfermo terminal desde una visión holística del mismo
- Establecer el posicionamiento de la Enfermera ante la Eutanasia como una realidad asistencial.

### Materiales y métodos

Hemos realizado un cuestionario a nivel nacional de forma aleatoria a enfermeros de distintos ámbitos disciplinares a través de Google drive para su posterior análisis.

### Resultados

A partir del cuestionario realizado, la estadística nos ofrecen los siguientes resultados:

- Existe un déficit de conocimientos sobre la Eutanasia como proceso y Ley.
- Se observa una actitud positiva e implicación con el paciente.
- Se aboga por el derecho a una muerte digna, y el poder garantizarla.
- Los enfermeros perciben, en gran parte, un déficit en los cuidados paliativos vigentes.
- Destacan la Importancia de un respaldo legislativo en los cuidados asistenciales.
- En su mayoría, ayudarían en el proceso de muerte digna.

### Discusión y Conclusiones

Los enfermeros consultados, muestran una vez más su cara más humana, y su implicación en el proceso final de la vida del paciente.

Existe un criterio unificado ante la importancia de una muerte digna.

La enfermería ve necesaria la implantación de la nueva Ley, debido a la gran responsabilidad que recae sobre el profesional que atiende las peticiones de eutanasia. A pesar de no haber profundizado en el conocimiento de dicha Ley y su aplicación y proceso, se muestran, en su mayoría, dispuestos en ayudar para conseguirlo.

Debemos seguir trabajando y evolucionando, para poder garantizarle a nuestros pacientes una asistencia de calidad desde una visión integral.



## OPTIMIZACIÓN DE LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN UNA ESTRATEGIA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA YA IMPLEMENTADA

**Autores:** VALVERDE MARTÍNEZ A, FIERRO AGUILAR A, ROLDÁN ORTIZ S, SANCHO MARAVER E, MAYO OSSORIO MA, PACHECO GARCÍA JM

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Evaluación de procesos, Indicadores, Procesos asistenciales

### Objetivos

El protocolo de recuperación intensificada integra una serie de medidas y estrategias preoperatorias, perioperatorias y postoperatorias, con el objetivo de reducir el estrés originado por la intervención quirúrgica, disminuyendo así las complicaciones y la estancia hospitalaria hasta en un 50%.

Para su correcta implantación, es necesario que todos los profesionales relacionados con el proceso, así como los pacientes, conozcan y cumplan las indicaciones del protocolo.

El principal objetivo de nuestro estudio es confirmar la importancia de la implementación de la vía de recuperación intensificada en cirugía mayor del adulto analizando la disminución de la estancia hospitalaria y de las complicaciones postquirúrgicas en dichos pacientes.

### Materiales y métodos

Estudio comparativo de cohortes retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía mayor abdominal (cirugía oncológica colorrectal) en el Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM) intervenidos antes de octubre del 2020, que no siguieron el protocolo RICA (n 132) y un segundo grupo de pacientes (n 152), incluidos en dicho protocolo, que fueron operados desde octubre del 2020 hasta diciembre 2022.

### Resultados

La muestra recogida está formada por pacientes oncológicos que se sometieron a cirugía colorrectal, con una media de edad que supera los 65 años, en su mayoría con numerosas comorbilidades y más de un 30% con un ASA III.

- Se observa una reducción del 46% en los días de estancia hospitalaria, una reducción de pacientes con cualquiera de las complicaciones postoperatorias del 68% y una reducción de los ingresos de un 94%.
- Se muestra una disminución significativa de las complicaciones postoperatorias (vómitos, infecciones..)
- Se observa una reducción significativa en los días para la recuperación de la alimentación y de la movilidad.
- La reducción de complicaciones, reintervenciones y reingresos nos permite una disminución de costes asociados a estas intervenciones.

### Discusión y Conclusiones

La implantación del protocolo de recuperación intensificada pretende unificar y estandarizar una serie de medidas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias con el objetivo de minimizar las complicaciones, los días de estancia hospitalaria, los reingresos y las reintervenciones, para mejorar la calidad asistencial y reducir costes.

Los programas de Recuperación Intensificada deben estandarizarse como mínimo en la cirugía electiva pero para ello, se requiere de una mayor y más estrecha colaboración entre cirujanos, anestesiólogos, nutricionistas, enfermeros, etc., para asegurar el cumplimiento de todas las medidas del protocolo puesto que esto ha demostrado conseguir los mejores resultados.

Por lo tanto, la estandarización de estas medidas es beneficiosa para el paciente, los profesionales y los centros y es posible realizarla de una forma protocolizada con resultados excelentes.

## PLAN DE MEJORA SOBRE EL ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (PS) EN EL HUT

**Autores:** DÍAZ CORTÉS MM, CARO CABELLO AI

**Palabras clave:** Acreditación, Certificación, Gestión de la calidad, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

El presente trabajo tiene como propósito analizar lo que está ocurriendo en relación al proceso de Almacenamiento y Conservación de Medicamentos y Productos Sanitarios (PS), con el objeto de poner en marcha las mejoras oportunas que nos permitan garantizar la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente (SP). Tras analizar los informes del año 2021/2022 encontramos que la mayoría de unidades no cumplen este estándar, que además es de carácter obligatorio, por lo que consideramos importante explorar esta situación y poner en marcha las posibles áreas de mejora emergentes.

General: Elaborar un Plan de Mejora sobre el Almacenamiento y Conservación de Medicamentos y Productos Sanitarios (PS).

### Materiales y métodos

Análisis de situación:

- Autoauditorías UGC
- Encuesta postal (mail) ad hoc
- Análisis de causas: Diagrama de Ishikawa
- Matriz DAFO

Definición de acciones de mejora y matriz de priorización:

- Establecer un procedimiento común, consensuado y avalado por la mejor evidencia disponible
- Introducir el cumplimiento de unos estándares de Calidad en los Objetivos de las UGC y Organizar grupos de trabajo. Estas medidas conllevan la implicación de los profesionales, los cargos intermedios y el equipo directivo.

### Resultados

PLAN DE TRABAJO

Constitución de un Grupo de Trabajo para el Uso Seguro del Medicamento

Diseñar e implementar un Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) general y uno específico para cada uno de los bloques

Difusión a todos los profesionales mediante una Sesión Hospitalaria, mediante correo corporativo y grupos de Whatsapp.

Incluir como Objetivo de Calidad en todas las UGC. Tras consensuarlo con el equipo directivo, para el Ejercicio 2023, se ha incluido como Objetivos de Calidad en todas las UGC

Elaboración del Procedimiento. El procedimiento se elaborará por el grupo de trabajo del Uso Seguro del Medicamento, teniendo en cuenta la revisión realizada previamente de la literatura y de los procedimientos existentes, y teniendo como base el modelo de procedimiento consensuado. Este procedimiento se revisará posteriormente por otros miembros de la comisión de Seguridad y la Comisión de Cuidados y se presentará a Comisión de Dirección del centro para su aprobación final.

Se realizó una Auditoría externa (Unidad de Calidad) en Diciembre de 2022 con los siguientes resultados: De 29 UGC auditadas, 23 CUMPLEN el 100% de los estándares de calidad, 5 el 96 % y tan sólo una unidad NO CUMPLE.

## Discusión y Conclusiones

Dentro del Proyecto “Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies” (MARQuIS), llevado a cabo en 2005 en 89 hospitales de 7 países de la Unión Europea, incluida España, se evidenció que el grupo de hospitales que habían obtenido certificaciones ISO o acreditaciones eran más seguros. Los beneficios esperados de la implantación de éste Plan de Mejora de la Calidad basado en la Acreditación son:

1. Impacto en la práctica profesional
2. Impacto en la organización, gestión y cultura de Calidad y Seguridad
3. El impacto en los resultados en salud de nuestros pacientes.

## ACREDITACIÓN DE UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA COMO CENTRO COMPROMETIDO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

**Autores:** MARTÍN RUBIO MI, GARCÍA PALACIOS J, ROMÁN ROMERA I, LISTÁN CORTÉS AR, SIERRA FERNÁNDEZ M, PÉREZ REYES JL

**Palabras clave:** Acreditación, Continuidad de la atención, Derechos del paciente, Evaluación de procesos, Gestión de riesgos

### Objetivos

La violencia de género (VG), es un grave problema de salud pública. Casi la mitad de las mujeres expuestas buscan ayuda sanitaria, principalmente en Atención Primaria (AP). Los profesionales sanitarios son claves para detectar y abordar la VG.

La Acreditación como Centro Comprometido Contra la VG (CCVG) de un Área de Gestión Sanitaria (AGS) permite un abordaje integral y coordinado entre la Atención Hospitalaria (AH) y AP.

Objetivos:

- 1) Visibilizar los servicios sanitarios, especialmente AP, como entornos seguros y especializados en el abordaje de la VG, con profesionales entrenados, medidas innovadoras de detección, intervención y coordinación de casos, seguimiento activo y continuado;
- 2) Impulsar la sensibilización en el ámbito comunitario e integrar iniciativas del entorno; 3) Mostrar y compartir logros y buenas prácticas en la gestión integral de las víctimas de VG; 4) Proporcionar atención homogénea y de calidad.

### Materiales y métodos

Etapas: 1ª) Solicitud de acreditación y aprobación (21/5/21); 2ª) Autoevaluación (2/12/21-02/03/22); 3ª) Auditoría externa (17/3/2022); 4ª) Reconocimiento y resolución como CCVG (8/4/22); 5ª) Seguimiento de autoevaluación (10/04/2023-8/10/2023); 6ª) Evaluación externa (10-23/10/23).

Estrategia: 1º) Creación de equipo multidisciplinar (9/11/21); 2º) Difusión del proceso (Comisión y referentes de VG en AH y AP); 3º) Presentación del Proyecto (Equipo Directivo, Comisión de VG y Direcciones de Unidades de Gestión Clínica); 4º) Análisis de situación (DAFO); 5º) Plan de acción y cronograma.

Herramientas: Manual de estándares de CCVG, con 6 criterios clave: formación, estrategia y proyección del entorno, detección, intervención, coordinación y seguimiento.

Requisitos: 80% de los estándares.

### Resultados

- 1) Optimización de la coordinación interniveles AP-AH (Comisiones del AGS y de Unidades de Gestión Clínica);
- 2) Interacción interinstitucional (Mesas Locales);
- 3) Revisión de procedimientos, protocolos, circuitos, registros y recursos;
- 4) Formación y sensibilización de profesionales sociosanitarios, cargos directivos e intermedios (Redformma);
- 5) Continuidad en la atención sociosanitaria de víctimas;
- 6) Implicación de cargos directivos e intermedios;
- 7) Proceso de mejora continua. Se ha intervenido en el 100% de los casos sospechosos detectados, especialmente en los más vulnerables.

Certificación de la ACSA como CCVG (8/4/22). Cumplimiento del 100% de los estándares esenciales, destacando en "Estrategia y proyección del entorno", por el trabajo en la comunidad, la promoción del buen trato, la prevención de VG y su abordaje integral.

### Discusión y Conclusiones

La VG, como problema de salud pública, requiere un abordaje multidisciplinar que genere una conciencia colectiva y actuaciones coordinadas. La Acreditación como CCVG de un AGS optimiza el trabajo simultáneo de todos los actores implicados.

## TRANSFORMANDO LOS CUIDADOS: IMPLANTACION DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO CANDIDATO A LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

**Autores:** AGUILAR MENDOZA I, DOMÍNGUEZ GUERRERO F, GARCÍA JUÁREZ R, RIVERA BAUTISTA JM, COBOS OCAÑA MA, REY PELAYO S

**Palabras clave:** Acreditación, Cuidados de enfermería, Dolor, Evaluación de resultados, Seguridad del paciente

### Objetivos

Como candidatos a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados venimos trabajando en la implantación de tres guías "Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas", "Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones" y "Valoración y manejo del dolor". Siguiendo la metodología de implantación de la RNAO

Objetivos:

Mejorar la atención de la salud, el cuidado y los entornos de trabajo. Disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Potenciar la calidad de los cuidados. Aumentar la satisfacción de nuestros pacientes y profesionales.

### Materiales y métodos

Las estrategias para la implantación de las recomendaciones de las guías se han diseñado mediante un proceso tutorizado, basado en evidencias.

- Creación de comité directivo, gestor, equipo de evaluación, equipo de impulsores,
- Formación de 159 impulsores mediante una actividad formativa acreditada.
- Divulgación a población mediante redes sociales, prensa, radio y televisión local.
- Difusión de las recomendaciones seleccionadas, e información / formación para su traslación a la práctica clínica mediante infografías, sesiones clínicas y formación específica sobre determinadas intervenciones.
- Monitorización y seguimiento de los resultados obtenidos: inclusión de cuestionarios en la Estación clínica de cuidados y elaboración de documentos de evaluación a fin de evitar sesgos entre diferentes evaluadores.
- Feed-back de resultados: realizamos sesiones clínicas para mostrar el impacto de la implantación y retroalimentación de los profesionales

### Resultados

Valoración y manejo del dolor: Al ingreso del paciente hemos pasado de registrar la detección del dolor de un 31% a un 60%. Igualmente, la valoración tras un cambio de situación ha pasado del 35% al 75%.

La valoración del dolor durante algún momento de su estancia hospitalaria se realiza al 85% de los pacientes, convirtiéndose esta intervención en la 5ª constante.

Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas: previo a la implantación de la guía desconocíamos que pacientes tenían riesgo de caer, actualmente le realizamos un test de cribado de caídas a más de un 85% de los que más del 50% tienen riesgo de caídas, lo que nos permite poner en marcha recomendaciones universales para hacer una mejor prevención.

Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones: más del 90% de los pacientes atendidos han sido portadores de un dispositivo de acceso vascular, de los cuales a más de la tercera parte se le ha realizado una valoración para la selección del dispositivo, zona de inserción y registro del cambio de apósito según planificación. Se han registrado complicaciones por dispositivos de accesos venosos al 18%.

### Discusión y Conclusiones

La implantación de guías de práctica mediante una metodología nos ha permitido mejorar la calidad de los cuidados que prestamos unificando criterios de actuación, y sentar las bases para que estos cambios de la práctica clínica se hagan sostenibles en el tiempo.

## IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CALIDAD COMO MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

**Autores:** GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T, RUBIO BARRANCO A, GALLARDO CABRALES S

**Palabras clave:** Acreditación, Certificación, Cultura organizacional, Gestión clínica, Gestión de la calidad

### Objetivos

Implementar una unidad de calidad estructurada, estable y competente en una Área de Gestión Sanitaria (AGS) para impulsar la calidad asistencial y la cultura de seguridad.

### Materiales y métodos

La calidad sanitaria se mide por el grado de satisfacción de los pacientes ante cualquier experiencia en un centro sanitario. La unidad de calidad es una estructura que da soporte y apoyo con carácter transversal dentro de una organización cuyo propósito principal es fomentar la calidad.

El modelo de certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) contribuye a ofrecer una atención sanitaria segura y de alta calidad a través del establecimiento de unos estándares basados en la mejor evidencia y en las mejores prácticas.

Presentación de proyecto y estructura a la dirección Gerencia y al equipo directivo para su aprobación.

Una vez aprobada comenzamos la fase de capacitación y aprendizaje a través formación, mentorías semanales con ACSA y una visita guiada a una unidad de calidad con amplia experiencia.

### Resultados

Análisis de situación de las UGC del AGS en cuanto al momento de certificación de cada una y designamos un referente de calidad en cada Unidad.

Diseño y aplicación de un plan de acogida y tutorización para acompañar a las UGC en el proceso de certificación.

Diseño de un plan formativo para los profesionales, siguiendo las recomendaciones que el proceso de certificación recomienda.

Creación de un Gestor documental común a todas las Unidades.

Realización e informatización de "Encuesta de Satisfacción del Paciente" en hospital y en Atención Primaria, mediante código QR.

Diseño de plan de acogida de pacientes en las Unidades.

Creación de un grupos de expertos para el consenso y realización de procedimientos (identificación inequívoca de pacientes, RCP).

Actualmente trabajamos con 24 Unidades Acreditadas o en procesos por la ACSA.

### Discusión y Conclusiones

La puesta en marcha de nuestra unidad de calidad ha supuesto una mejora sustancial para impulsar una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades y apoyar al personal sanitario en la búsqueda de la excelencia clínica y la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

## LA ACREDITACIÓN COMO CENTRO COMPROMETIDO CONTRA LA VG COMO EXPERIENCIA DE VALOR PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DIOS Y SUS USUARIOS

**Autores:** BAJO CARRIÓN P

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

### Objetivos

Integrar todas las unidades asistenciales en casos de maltrato, para que el Centro y sus profesionales den una respuesta eficaz a las mujeres en esta situación.

Exponer la experiencia de valor a través del proceso mejora mediante la certificación del hospital como Centro Comprometido contra la Violencia de Género

### Materiales y métodos

El HSJC inicia el proceso de certificación en mayo de 2022, revisando los estándares propuestos en el programa de certificación de "Centros Comprometidos contra la Violencia de Género" de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

En primer lugar, se constituye una comisión interdisciplinar formada por miembros representativos de diferentes perfiles profesionales. Esta comienza el proceso con un análisis de situación revisando los estándares y su nivel de cumplimiento.

Se propone un organigrama de trabajo con reparto de las tareas según los 6 criterios propuestos en el manual: Formación, Estrategia y Proyección en el entorno, Detección, Intervención, Coordinación y Seguimiento. Se realiza reparto de tareas por grupos de trabajo.

Durante un año se trabajó en la realización de protocolo de actuación en urgencias, acciones formativas internas y externas, contacto con instituciones públicas, difusión y sensibilización a través de cartelería y RRSS.

La comisión se reunía de forma mensual para realizar seguimiento de cumplimiento de estándares y continuar con el proceso.

En Marzo 2023 se solicita la acreditación y durante los 90 días siguientes se aportaron evidencias a la plataforma de autoevaluación.

En Junio 2023, la comisión revisa todo el trabajo realizado, asegurándose del cumplimiento estándares y prepara la visita de evaluación.

### Resultados

Según los criterios los resultados fueron:

1. Formación: Plan de formación en VG que promueve la participación de los profesionales.
2. Estrategia y Proyección en el entorno: Comisión de VG, Determinación y compromiso del centro por incorporarse a los circuitos de intervención y seguimiento de casos en su territorio.
3. Detección: Procedimientos detección, eventos centinela y de auditorías.
4. Intervención: Protocolo de actuación en urgencias y guía rápida, área específica de atención.
5. Coordinación: Persona referente VG. Identificación y puesta en marcha de áreas de mejora. Guía de recursos locales.
6. Seguimiento: Cuadro de mandos.

### Discusión y Conclusiones

El proceso de certificación ha establecido un cambio cultural en el hospital que refuerza nuestro compromiso social, creando un entorno seguro para las mujeres y su familia.

Ha sido una apuesta decidida desde el equipo de Dirección por el proyecto.

Ha permitido una mejora notable en la detección y actuación de casos, obteniendo un compromiso e implicación de todos los profesionales.

Desde su puesta en marcha hay una mayor sensibilización y concienciación interniveles, integrándose el circuito en todas las áreas asistenciales.

Se han ampliado nuestras relaciones institucionales, destacando por tanto en el criterio de coordinación.



## EL TRABAJO TRAS LA ACREDITACIÓN DE CENTRO COMPROMETIDO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: IMPORTANTE AVANCE EN CALIDAD

**Autores:** JULIÁ FLORES JJ, DELGADO MORENO S, FERNÁNDEZ GÓMEZ MA, RODRÍGUEZ PAREJA MA, ROMERO CASTILLO E, FUENTES CEBADA L

**Palabras clave:** Acreditación, Atención centrada en el paciente, Autoevaluación, Continuidad de la atención, Cultura organizacional

### Objetivos

La Comisión contra la Violencia de Género (VG) del hospital, constituida en 2010, se vio parcialmente paralizada durante la pandemia. Tras este periodo de incertidumbre se decide abordar el tema en mayor profundidad y con un compromiso firme de actuación:

- Mejorar la detección de casos y garantizar la atención por Trabajo Social
- Aumentar la sensibilización, formación y difusión
- Potenciar la comunicación y trabajo colaborativo con Atención Primaria (AP)
- Trabajar estrechamente con otras entidades
- Obtener la Acreditación Centro Comprometido contra la VG

### Materiales y métodos

Renovación y actualización de la Comisión contra la VG, con elaboración y aprobación de protocolos.

Participación en las Mesas Técnicas con otras entidades.

Celebración de actos conmemorativos.

Formación específica de los profesionales.

Trabajo multidisciplinar para lograr la Acreditación de Centro Comprometido contra la VG.

### Resultados

Renovación de la comisión, incorporando profesionales de Traumatología y ORL, y al referente de AP.

Elaboración de Protocolos locales aprobados en Junta Facultativa y de Enfermería, disponibles en la Web Documental del hospital, accesible a todos los profesionales; difusión de cartelería y dípticos informativos en lugares clave y actualización de la Guía de recursos locales.

Participación en la Mesa Técnica de la Comisión Local de Seguimiento contra la VG de la Ciudad y en el Comité Territorial contra la VG de la provincia.

Estrecha colaboración con la Unidad referente del Distrito de AP.

Actividades por el Día Internacional contra la VG.

Realización de actividades formativas para todos los profesionales, y específicas para Servicios de Urgencias y equipo directivo.

Tras un intenso trabajo, consecución de la Acreditación (agosto 2023), cumpliendo el 100% de estándares esenciales, 88% del total y las siguientes fortalezas:

- Referente en la materia, miembro de la comisión, muy motivada y sensibilizada, comprometida en la lucha contra la VG y la formación de los profesionales
- Cartelería distintiva en todo el hospital
- Elaboración de una guía rápida de actuación, práctica y cómoda para los profesionales
- Sensibilidad y apoyo a este trabajo por parte de la Dirección Gerencia
- Disponibilidad de la documentación en la web de manera fácil y accesible
- Coordinación entre el servicio de admisión, trabajo social y persona referente en VG

- Formación, sensibilidad e implicación en la lucha contra la VG y en la atención de los hijos/as de mujeres maltratadas de la pediatra referente del área

### **Discusión y Conclusiones**

El hospital supone una importante oportunidad para detectar y atender a mujeres víctimas de VG que debemos fomentar. La Acreditación del centro ha permitido corregir debilidades y potenciar fortalezas, y mediante trabajo integral y coordinado, garantizar la continuidad de la atención de estas mujeres. Obtener la acreditación es mucho más que un reconocimiento, supone otra forma de trabajar, integrando detección y actuación ante víctimas de VG como elemento esencial de la asistencia prestada.

## **BeltIA: NUEVO SERVICIO ORIENTADO A PROPORCIONAR SOPORTE, ASESORAMIENTO E IMPULSO EN CALIDAD A ESQUEMAS DE CERTIFICACIÓN**

**Autores:** ESCOBAR-UBREVA A, RAMOS-MARÍN M, RAMOS-SÁEZ M, SANTANA-LÓPEZ V

**Palabras clave:** Acreditación, Certificación, Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Organización y administración

### **Objetivos**

Un esquema de certificación se define como la parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los estándares o requisitos de calidad.

En los últimos años, y de manera recurrente, numerosos colectivos profesionales, grupos de trabajo, miembros de sociedades científicas, investigadores, universidades, organizaciones del Tercer Sector se han acercado a ACSA con la idea de impulsar la mejora en ámbitos muy diversos, a través de la elaboración de manuales de estándares específicos y procesos de evaluación a medida.

Para dar respuesta a esta demanda creciente, canalizar toda esta energía, mantener en vuelo las ideas y multiplicar las oportunidades de mejora, en 2022, se pone en marcha BeltIA.

Se trata de un nuevo servicio orientado a proporcionar soporte, asesoramiento e impulso a iniciativas de entidades del sector sanitario o sociosanitario en la creación y desarrollo de sus propios esquemas de certificación o sellos de calidad, poniendo a su disposición el know-how y los instrumentos necesarios para el despliegue de tales procesos de certificación.

### **Materiales y métodos**

Se contemplan 3 actuaciones principales en cada proyecto. En una 1ª etapa de unos 10 meses se acompaña al promotor en la elaboración de su manual de estándares, su procedimiento de certificación y la realización de una prueba de concepto del mismo para conseguir un esquema viable.

En los 6 meses siguientes el promotor va tomando las riendas, y con la orientación de ACSA perfila el proceso de certificación y pilota el esquema en entorno real.

Finalmente, en los siguientes 4 meses somete su esquema de certificación a la auditoría de ACSA pudiendo obtener un aval de calidad renovable anualmente.

Para aterrizar el modelo de negocio de BeltIA, se han utilizado herramientas como el business model canvas, a modo de mecanismo de gestión estratégica para organizar y definir el modelo, y metodología lean, para optimizar los procesos de gestión y productivos a la hora de ponerlo en práctica.

### **Resultados**

En estos momentos, hay 7 promotores desarrollando sus propios esquemas de certificación (1 plenamente implantado, 1 en diseño de su esquema y 5 de ellos en fase de prueba de concepto).

### **Discusión y Conclusiones**

El modelo clásico de la ACSA, que es referente en el SSPA, cuenta con una coherencia metodológica que permite que la entidad funcione como metodóloga, sin embargo, hasta el nacimiento de este proyecto, este modelo tenía ciertos inconvenientes para estas nuevas necesidades, ya que se presentaba como un modelo pesado y sin sostenibilidad a largo plazo para este tipo de iniciativas, puesto que, por su propia metodología no permite garantizar la calidad y la sostenibilidad del sistema sin alargar los plazos.

Tras casi 2 años de diseño, BeltIA se encuentra en plena ejecución. Hasta donde conocemos, se trata de la primera iniciativa de este tipo puesta en marcha, habiendo suscitado el interés de la propia ENAC y de otras entidades de certificación a nivel europeo.

## EVALUACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DE LOS REGISTROS DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

**Autores:** NUÑO MORALES P, BUZÓN MELGAR JA, VÁZQUEZ GONZÁLEZ A, IGLESIAS MOLINA N, GONZÁLEZ CALLEJA AM

**Palabras clave:** Atención Primaria, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Lista de verificación, Seguridad del paciente

### Objetivos

En Andalucía aproximadamente la cuarta parte de las consultas de AP se realizan mediante Consulta Telefónica(CT). Sin embargo, a pesar de contar con datos numéricos sobre la cantidad de CT realizadas no se dispone de valores cualitativos que permita evaluar la calidad de la asistencia telefónica. Establecer mecanismos de evaluación y auditorías de CT permitiría conocer la calidad de la atención proporcionada y abordar aspectos en cuanto a seguridad del paciente, además proporcionaría información para la mejora continua en este ámbito. Ante la falta de seguimiento y monitorización de esta modalidad de atención, se hace pertinente evaluar los registros de este tipo de atención para establecer áreas de mejora si procede.

### Materiales y métodos

Búsqueda y revisión bibliográfica previa.

Sesión clínica en la que se proporcionaron recomendaciones sobre el registro que los profesionales deben realizar en la HC de los pacientes atendidos mediante CT.

Auditoría de HC un día elegido al azar de los pacientes atendidos en CT atendiendo a una serie de items considerados de calidad.

Análisis de datos: paquete office.

### Resultados

El número total de pacientes citados en consultas fue 531, de éstas 122 fueron CT (22.97%)

Registro de CT en una hoja de seguimiento clínico(HSC): 35% de CT no abre HSC.

Registro HSC de motivo de llamada y evolución clínica: 59% no queda registro.

Registro HSC de realizar verificación verbal de la identidad del paciente utilizando al menos dos identificadores inequívocos: 99.2% no registro.

Registro en HC, si la consulta se ha realizado con un cuidador-a/familiar, registrando: Nombre y apellidos; Parentesco y DNI: 0%.

Registro que se otorga consentimiento verbal para realizar la CT por parte del paciente capaz de consentir o quien lo sustituya, según los casos: 0.8%.

Registro correcto de las CT en las cuales el usuario/paciente no contesta a la llamada: 50%.

### Discusión y Conclusiones

Se puede concluir con estos resultados que el registro en la historia clínica del paciente es mínimo cuando la consulta es de forma telefónica. Esto indica la necesidad de mejorar los sistemas de registro, poniendo en marcha estrategias que fomenten la implementación de la HC a fin de garantizar un registro adecuado. Se deben solicitar herramientas que faciliten el registro de la CT en la HC, como por ejemplo la incorporación de una plantilla que facilite la realización de la misma. Ésta puede incluir campos como: nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento, NUHSA y DNI. Además es importante incluir el motivo de la llamada y la evolución clínica. Se podría añadir una lista de verificación que registre aspectos como la verificación de la identidad del paciente y la obtención del consentimiento verbal, así como el registro del cuidador/tutor si corresponde.

Como valor añadido a la utilización de la plantilla, se podría elaborar una base de datos que puede ser utilizada posteriormente para realizar estudios y análisis sobre la CT. Estos estudios contribuirán a evaluar y mejorar la práctica y la correcta realización de las CT.

## EFICIENCIA EN LA REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN UBRIQUE POR ENFERMERÍA

**Autores:** PÉREZ BOHORQUEZ Y, VALLE CRUZ C, AGUILERA RODRÍGUEZ S

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, Cultura organizacional, Efectividad, Eficiencia, Enfermería

### Objetivos

Medir la eficacia en la nueva organización para la atención de la pediatría por parte de la enfermería pediátrica, ya que hemos estado sin pediatras desde mediados de mayo y hemos tenido que reinventarnos con los médicos de familia, un pediatra consultor y especialistas en hospital.

### Materiales y métodos

Método: haremos una recogida de datos retrospectiva de los meses junio, julio, agosto y septiembre, y plasmaremos los datos en estadísticas si es posible para ver eficiencia y eficacia de la organización.

### Resultados

Queremos valorar cuántas consultas pediátricas han sido resueltas por enfermería, cuántas con colaboración médica y cuántas derivadas a pediatra o especialista.

### Discusión y Conclusiones

¿Ha sido efectiva la nueva reorganización de la consulta de enfermería pediátrica?

## APLICACION DE PROCEDIMIENTOS NO ASISTENCIALES EN UN HOSPITAL DEPENDIENTE DE OTRO DE 3 NIVEL CON GESTIÓN DE CALIDAD

**Autores:** JUSTO COLETO MT, PADILLA MAESTRE JR, MONTILLA RUIZ V, SALCEDA CABALLERO V

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Cultura organizacional, Efectividad, Eficiencia, Organización y administración

### Objetivos

Mantener la calidad en los servicios no asistenciales de un hospital de tercer nivel en un hospital a 65 km de distancia.

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio pormenorizado de todas las unidades no asistenciales del hospital de referencia, en este caso el hospital universitario Reina Sofía.

Se hizo una adaptación de todos los procedimientos incluyendo entre otros: citación, radiología, atención a la Ciudadanía, lista de espera quirúrgica, visados, atención al profesional, transporte sanitario, reclamaciones y secretarías entre otros.

Se estructuró en carpetas, y se realizaron procedimientos adaptando cada una de las competencias a desarrollar, adjuntando imágenes, y pautas de actuación ante toda demanda de la ciudadanía o de profesionales, donde estructuralmente a modo de "árbol" se puede ir buscando el procedimiento a realizar.

Se instruyó a todo el equipo no asistencial, tras pasar cada procedimiento por la unidad de calidad del hospital de referencia.

### Resultados

Se realizaron en total 27 procedimientos operativos estandarizados y 14 pautas de actuación ante diversas demandas ciudadanas.

En 10 meses de apertura del nuevo hospital, se ha atendido a más de 3.000 usuarios para demandas no asistenciales.

Actualmente no hay ninguna reclamación relacionada con los servicios no asistenciales (se excluyen las dirigidas a empresas externas).

El número de errores administrativos cometidos es inferior al 0,4% del total de las actuaciones realizadas.

El nivel de satisfacción de los profesionales, tras encuesta no validada *ad hoc* es elevado con esta forma de desarrollar sus funciones.

Con 3 profesionales administrativos y el apoyo de un jefe de bloque, se consiguió estandarizar múltiples procedimientos de un hospital mucho mayor, y hacer una adaptación que no suponga un riesgo para la calidad asistencial de las usuarias y usuarios.

### Discusión y Conclusiones

El trabajar de manera estandarizada y estructurada en los servicios no asistenciales asegura eficacia, eficiencia y orientación a resultados a la institución.

Disminuye el número de reclamaciones.

Mejora la satisfacción de los profesionales y rebaja el estrés de enfrentarse a una demanda que no sepan resolver.

Mejora la implicación del equipo en la mejora continua y el trabajo estructurado de calidad.

## EL PAPEL DE LA EVIDENCIA EN EL USO EFICIENTE DE RECURSOS MATERIALES SANITARIOS

**Autores:** SÁNCHEZ SÁNCHEZ E, MUÑOZ BAÑÓN B, CAPITÁN MELGAR S

**Palabras clave:** Análisis Costo-Beneficio, Eficiencia, Gestión clínica, Organización y administración, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

Durante la pandemia de COVID-19 el uso de recursos respiratorios creció de forma exponencial. En esos momentos los profesionales sanitarios jugaron un papel fundamental en el uso racional, responsable y eficiente de esos recursos escasos y/o limitados. El uso de humidificadores creció de forma exponencial y dió lugar a problemas de abastecimiento. Por ello, se buscaron soluciones a través de la enfermería basada en la evidencia para hacer un uso eficiente de los humidificadores, obteniendo que su uso no es necesario en oxigenoterapia a un flujo menor a 4 litros por minuto.

El objetivo del presente estudio es analizar el papel de la evidencia en el uso eficiente de humidificadores.

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del registro de consumo de humidificadores en el centro hospitalario en los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023 (hasta el 31 de julio). Se tomó como referencia el 22 marzo de 2022 como punto de corte para valorar la diferencia de consumo, ya que ese día fue en el que se publicó el protocolo de uso racional de humidificadores.

### Resultados

Los datos mostraron que en 2019 el consumo de humidificadores fue de 6.658 unidades con un precio medio por unidad de 1,84 euros y un consumo total de 12.279,83 euros. En 2020 el consumo fue de 8.707 unidades con un precio medio de 1,63 euros, con un gasto total de 14.204,93 euros. En 2021 el consumo subió a 10.214 unidades a un precio inferior por unidad (1,43 euros) con un coste total de 14.791,28 euros. El año 2022 hubo un descenso del consumo a 5.290 unidades y coste total de 12.773,91 euros. Si tomamos como punto de corte el 22 de marzo de 2022, las unidades consumidas hasta esa fecha eran de 2.119 unidades, con un coste medio de 1,29 euros y con un coste total de 2.675,51 euros, siendo el consumo desde esa fecha hasta el final del año de 3.171 unidades y un coste de 10.098,40 euros, y un precio medio por unidad superior (3,15 euros). Hasta el 31 de julio de 2023 el consumo ha sido de 2.964 unidades con un coste de 8.785,52, aumentando el precio por unidad de 2,86 euros.

### Discusión y Conclusiones

Los resultados muestran que desde la implantación de evidencias para el uso racional de humidificadores, el consumo de unidades y coste ha disminuido, aunque esta disminución no es más acusada por el aumento del coste por unidad.

La búsqueda e implantación de evidencias mejora el uso eficiente de los recursos sanitarios.

## PALIVIZUMAB: ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y COSTE ASOCIADO A PROTOCOLO DE USO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Autores:** URDA ROMACHO J, RUIZ MARTÍN DE VILLODRES C, JIMÉNEZ CARBELO N, MARTÍN MIRA MM, HIERRO PEDROSA CM, CASTRO VIDA MA

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión clínica, Hospital

### Objetivos

Analizar la utilización de palivizumab como profilaxis del virus respiratorio sincitial (VRS) según protocolo establecido y su coste asociado en un hospital de tercer nivel.

### Materiales y métodos

Análisis retrospectivo de la utilización de palivizumab en la temporada Octubre 2022-Febrero 2023 en un hospital comarcal. El protocolo establecido está basado en las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología (SENEO) para la utilización de palivizumab como profilaxis de las infecciones graves por VRS. Se clasificó a los niños según su edad gestacional(EG): 1.  $EG \leq 28 + 6$  días y edad  $\leq 9$  meses al inicio de la estación VRS; 2.  $EG 29 + 0$  a  $31 + 6$  días y  $\leq 6$  meses al inicio de la estación VRS; 3.  $EG 32 + 0$  a  $34 + 6$  días que reúnan los 2 criterios mayores: edad menor de 10 semanas al inicio de la estación VRS (nacidos a partir del 6 de agosto inclusive) y con al menos un hermano que acude al colegio o guardería. También se incluyó a los pacientes que recibieron profilaxis con palivizumab por pertenecer a algún grupo de mayor riesgo de padecer una infección grave por VRS según criterios de la SENEO (prematuros que padecen displasia broncopulmonar (DBP), cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas, síndrome de Down...). La dosis administrada fue de 15 mg/kg en intervalos mensuales durante toda la estación VRS (máximo 5 dosis).

Para lograr el óptimo aprovechamiento de viales se citó a los niños el mismo día del mes de cada ciclo.

Se calculó el coste según la dosis (mg) de palivizumab consumida por niño y ciclo. También se calculó el coste total teórico considerando que no se hubiesen citado los pacientes el mismo día.

### Resultados

En la temporada de estudio, 23 niños fueron tratados con palivizumab. Dos niños (8,7%) con una  $EG < 28 + 6$  días. Nueve niños (39,1%) con una EG entre  $29 + 0$  a  $31 + 6$  días. Siete niños (30,4%) con una EG entre  $32 + 0$  a  $34 + 6$  días y que reunían los dos criterios mayores. Cinco niños (21,7%) con otros factores de riesgo. Quince niños (65,2%) completaron 5 ciclos de palivizumab. Se administraron un total de 96 dosis. Los viales teóricos requeridos en caso de no haber citado a los pacientes el mismo día hubiesen sido 211 con un coste total de 95.435,3 euros. Los viales reales que se utilizaron fueron 181. El coste total real ajustado a consumo de mg de palivizumab fue de 81.866,3 euros. El ahorro conseguido fue 13.569 euros.

### Discusión y Conclusiones

Palivizumab es un medicamento de alto coste. La coordinación y centralización de la preparación desde el Servicio de Farmacia supone un gran ahorro gracias al aprovechamiento de los viales. El farmacéutico de hospital desempeña un papel importante en la validación de la adecuación de las prescripciones al protocolo de uso.



## EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS COMO MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: ACTIVIDAD DE UNA COMISIÓN PERMANENTE HOSPITALARIA

**Autores:** SALDAÑA VALDERAS M, RODRÍGUEZ MATEOS ME, MANZANO MARTÍN MV, MOYA MOLINA MA

**Palabras clave:** Derechos del paciente, Ética, Política de salud, Prescripciones de medicamentos, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

### Objetivos

La aprobación en 2009 del Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales supuso la creación de un marco normativo hasta la fecha inexistente para la utilización de medicamentos en condiciones especiales. En nuestro centro se creó en 2010 la Comisión Permanente, dependiente de la Comisión de Farmacia para evaluar caso a caso las solicitudes de uso de medicamentos en situaciones especiales reguladas por el Real Decreto (uso compasivo, fuera de ficha y extranjeros) y, posteriormente, otras situaciones que fueron apareciendo con el tiempo (utilización de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica, uso de medicamentos en proceso de financiación o excluidos). El propósito de este análisis es revisar el funcionamiento de esta Comisión en los últimos 3 años como garantía de calidad asistencial en lo que al acceso a medicamentos se refiere.

### Materiales y métodos

Revisión descriptiva del registro de las solicitudes recibidas por la Comisión Permanente en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2022.

### Resultados

En 2010 se recibieron un total de 369 solicitudes de las que 13 (3%) correspondían a usos compasivos y 356 (97%) consistían en solicitudes de uso de medicamentos en condiciones de uso diferentes a las autorizadas (off label). De estas, 250 (68% del total) se enmarcaban en un protocolo autorizado por la AEMPS.

Entre 2020 y 2022 se han recibido un total de 1745 solicitudes. Por años, en 2020 se recibieron 439 (98% aprobadas), en 2021 se recibieron 589 (97% aprobadas) y en 2022, la Comisión evaluó 717 solicitudes (95% aprobadas).

En cuanto al tipo de solicitud, se han clasificado en: uso off label (420; 24%), uso compasivo (63; 4%), medicamentos no incluidos en la guía (477; 27%), medicamentos sujetos a protocolos y uso restringido (711; 41%) y solicitudes estudiadas por la Comisión central autonómica (74; 4%).

### Discusión y Conclusiones

La Comisión Permanente mantiene una actividad intensa que ha ido aumentando con el paso de los años gracias a la concienciación de los profesionales sobre este procedimiento como garantía de calidad para permitir el acceso seguro de los pacientes a los medicamentos. Los tipos de solicitudes se han diversificado para responder a situaciones clínicas no contempladas en la normativa, en las que resulta fundamental permitir el acceso de los pacientes a los medicamentos. La Estrategia Farmacéutica para la Unión Europea aprobada en 2021 por la Comisión de Salud Pública del Parlamento Europeo establece como prioritaria la mejora del acceso a los medicamentos en todos los países miembros. El incremento del número de protocolos aprobados ha permitido agilizar las solicitudes; aún son necesarios más recursos humanos, la creación de registros nacionales, la implicación de las comunidades autónomas y el desarrollo de normativa transparente y armonizada que permita el acceso seguro, ágil y equitativo a los medicamentos como un aspecto primordial de la calidad asistencial.

## PROCEDIMIENTOS LLEVADOS A CABO EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE

**Autores:** CASTRO MAÍLLO JR, SÁNCHEZ SÁNCHEZ E, CAMPOS JIMÉNEZ MG, DÍAZ HUESCA M

**Palabras clave:** Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Enfermería, Gestión de la calidad, Hospital

### Objetivos

El hospital de día médico (HDM) polivalente es un recurso sanitario que se centra en ofrecer una atención integral a la población. En esta unidad, los pacientes reciben tratamiento o se someten a pruebas diagnósticas sin que sea necesaria su hospitalización, lo que disminuye la presión hospitalaria y mejora la calidad asistencial.

El objetivo del presente estudio es analizar los procedimientos llevados a cabo en un HDM polivalente.

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del registro interno del HDM polivalente, analizando el número y tipo de procedimientos realizados, así como el servicio prescriptor. Los datos se recogerán desde el 28 de enero al 18 de septiembre de 2023.

### Resultados

Se registraron un total de 1.255 procedimientos, de los cuales 978 (77,92%) fueron tratamientos y 277 (22,08%) procedimientos diagnósticos. Entre los tratamientos el 90,60% fueron tratamientos intravenosos, el 9,00% tratamientos subcutáneos y solo el 0,40% tratamientos intramusculares. La administración de Ferinject® (20,65%) y de Infliximab® (15,43%) fueron las más prevalentes. El servicio que realizó más derivaciones para tratamiento fue el servicio de digestivo con un 23,92%, seguido de medicina interna (19,32%) y neurología (18,30%).

Dentro de los procedimientos diagnósticos, la extracción sanguínea fue el más prevalente (76,17%), seguido de la realización de electrocardiograma y punción lumbar, ambos con un 9,38%.

Los pacientes referían que el nuevo recurso era muy satisfactorio y que le ayudaba a evitar listas de espera y hospitalizaciones.

### Discusión y Conclusiones

En un periodo inferior a 9 meses el hospital de día médico polivalente ha demostrado ser un recurso importante en la prestación de asistencia sanitaria eficiente y de calidad, ya que permite realizar procedimientos diagnóstico o tratamientos sin que curse hospitalización, lo que mejora la satisfacción de los usuarios y disminuye los costes asociados a hospitalizaciones evitables.

## ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA DIAGNÓSTICA DE UN MODELO INTELIGENCIA ARTIFICIAL FRENTE A UN ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

**Autores:** MIRALLES LINARES F, GÓMEZ CARRILLO V, CASTRO GIMÉNEZ J, MIRALLES ATENCIA P, NÁCHER LAMBIES L, NOGUERA JÓDAR G

**Palabras clave:** Efectividad, Gestión clínica, Gestión del conocimiento, Sistemas de Información, TIC y telemedicina

### Objetivos

Evaluar la capacidad de Claude en la comprensión de informes de alta realizados en un servicio de medicina interna. Comparación de la precisión en la orientación diagnóstica propuesta por Claude frente a la propuesta por un internista que no fue el responsable del paciente.

### Materiales y métodos

Se le presentaron 25 informes de alta del servicio de medicina interna a Claude y a un internista que no conocía los casos clínicos. Un comité eligió los casos y los revisó previamente. En estos se suprimieron los datos que pudieran identificar al paciente. También se eliminaron aquellos datos que facilitaban el diagnóstico de forma directa como pruebas complementarias definitivas y el proceso evolutivo del paciente durante el ingreso que podría orientar al diagnóstico final.

Para evaluar la comprensión de los informes por la herramienta informática se le solicitó un resumen de estos. Dicha síntesis fue valorada por un comité evaluador de internistas. Se comparó además la precisión y eficacia diagnóstica de Claude frente a un médico internista con más de 10 años de experiencia y con los del informe de alta, que se tomaron como gold estándar del proceso. Se calculó el índice Kappa de concordancia de Claude frente al internista y frente al gold estándar.

### Resultados

En todos los casos la herramienta de IA comprendió el contenido de los informes de alta a pesar de contener algunos de ellos abreviaturas y errores tipográficos. En el 100% de los casos realizó un resumen ajustado a la realidad proponiendo planes de acción coherentes. Claude logró una precisión diagnóstica del 72% ( $K=0,72$ ) frente al gold estándar, lo que se puede clasificar como alta. El especialista en medicina interna alcanzó una precisión del 84% ( $K=0,84$ ) que se puede clasificar como muy buena. En el 68% de los casos, ambos, Claude y el especialista, coincidieron en sus diagnósticos. El médico especialista en medicina interna erró en el diagnóstico en 4 ocasiones. En tres de estos casos el software sí acertó el diagnóstico. En los casos en los que el software no hizo una aproximación correcta al diagnóstico fue porque eligió procesos de mayor gravedad.

### Discusión y Conclusiones

La herramienta de IA Claude es capaz de comprender informes médicos de medicina interna, de realizar resúmenes ajustados a la realidad del proceso y de orientar en el proceso diagnóstico. La concordancia que existe entre los diagnósticos emitidos por Claude y el especialista en medicina interna es similar a la publicada en la literatura cuando los casos son evaluados por dos clínicos.

El sistema suele magnificar algunos procesos diagnósticos, eligiendo procesos más graves. Aunque se necesitan mejoras en el sistema esta herramienta informática podría ser de gran ayuda en un futuro para la orientación diagnóstica.

## CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA TRAS REVISIÓN DE CASOS ENTRE MÉDICOS DE URGENCIAS, INTERNISTAS E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

**Autores:** MIRALLES LINARES F, JAÉN CAÑADAS M, MARTÍN FERNÁNDEZ JI, MOLERO CAMPOS E, HERNÁNDEZ ROCA JJ, SANLUIS FERNÁNDEZ I

**Palabras clave:** Gestión clínica, Gestión del conocimiento, Procesos asistenciales, Sistemas de Información, TIC y telemedicina

### Objetivos

Determinar la capacidad de la herramienta informática en la comprensión de informes de alta reales de pacientes atendidos en urgencias. Evaluar si puede emitir diagnósticos de presunción tras la interpretación del texto. Comparar el grado de concordancia en el diagnóstico clínico de casos cerrados entre médicos de urgencias, internistas y la herramienta Claude (Anthropic) de inteligencia artificial.

### Materiales y métodos

Se presentaron 15 casos clínicos anonimizados de pacientes atendidos en la urgencia de nuestro hospital a dos grupos de médicos compuestos cada uno por dos miembros, uno de urgencias y otro de medicina interna. Los informes fueron previamente revisados por un internista que eliminó la información más concluyente para alcanzar el diagnóstico. Se presentaron los mismos casos a una inteligencia artificial (Claude) entrenada previamente en diagnóstico. Un comité médico formado por internistas evaluó los resúmenes que ofrecía el software y se estableció la correspondencia semántica entre el diagnóstico de los clínicos y el de la inteligencia artificial. Calculamos el coeficiente kappa Cohen para determinar la concordancia en los diagnósticos entre pares de evaluadores intra-grupo e inter-grupos y el índice kappa de Fleiss para la correlación global

### Resultados

El sistema informático fue capaz de comprender todos los informes, a pesar de contener muchos de los mismos abreviaturas que habitualmente empleamos los clínicos. Emitió un resumen coherente y ajustado al contenido real de cada uno de los informes.

La concordancia intra-grupo para urgencias fue buena ( $k=0,66$ ) y débil entre los internistas ( $k=0,37$ ). Cuando comparamos los resultados de los urgenciólogos en bloque frente a Claude existe una buena concordancia ( $k=0,67$ ). Esta fue sólo moderada de los internistas frente a la herramienta informática ( $K=0,5$ ). En el análisis por parejas, enfrentando a los diferentes observadores a Claude la mejor concordancia se dio entre los médicos de familia.

### Discusión y Conclusiones

La herramienta de IA Claude es capaz de comprender informes médicos de urgencias, de realizar resúmenes ajustados a la realidad del proceso y de orientar en el proceso diagnóstico. La concordancia que existe entre los diagnósticos emitidos por Claude es similar a la publicada en la literatura cuando los casos son evaluados exclusivamente por clínicos. El grado de acuerdo es mayor con médicos que trabajan en urgencias. Aunque se requieren mejoras y mayor adaptación al campo asistencial la IA se postula como una herramienta de ayuda a la toma de decisiones clínicas.

## OBJETIVOS Y RESULTADOS DE LA COMISIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO BAJO UN NUEVO ENFOQUE

**Autores:** SÁNCHEZ PARDO D, HERVÁS DE LA TORRE A, LOBO DEL PORTILLO P, GÓMEZ GARCÍA S

**Palabras clave:** Acreditación, Autoevaluación, Evaluación de resultados, Gestión de personas, Planificación Estratégica

### Objetivos

La Comisión Interdisciplinar para la actuación ante la violencia de género es un órgano de representación constituido en 2016 para abordar los problemas relacionados con la detección y la actuación ante los casos de Violencia de Género (VG).

El objetivo de la Comisión es dar una respuesta homogénea y eficaz a las mujeres en situación de maltrato, a sus hijos e hijas y personas dependientes de ellas, por parte de los servicios y sus profesionales del centro hospitalario, de acuerdo con el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG.

### Materiales y métodos

La comisión se ha reunido con una periodicidad bimensual y entre las funciones que ha realizado se encuentran:

- Promover la sensibilización y formación de profesionales como medio para el bien hacer y como representación institucional en las comisiones intersectoriales
- Adaptar los protocolos de actuación al entorno hospitalario
- Realizar seguimiento de casos
- Actualizar y difundir los recursos existentes
- Sesiones a los profesionales de urgencias sobre la correcta cumplimentación de los partes de lesiones

### Resultados

Los resultados alcanzados han sido:

- Elaboración de un plan de acciones y actuaciones de la Comisión estructurado en una doble vertiente, interna y externa
- Realización de un Díptico informativo que incluye el flujograma de actuación de los profesionales ante situaciones de Violencia Contra las Mujeres y los indicadores de sospecha durante la consulta
- Con respecto a la sensibilización y a la comunicación de y hacia los profesionales y los ciudadanos que acuden al Hospital, se han elaborado carteles para que vean y sepan que existen medidas a su disposición con el fin de poder ayudarles en este tema
- Realización de una Jornada para profesionales sobre sensibilización de la violencia contra las mujeres
- Realización de cursos de sensibilización y actuación ante la VG a diferentes niveles
- Realización de diversas actividades para conmemorar el día internacional contra la VG
- Cumplimiento de los objetivos establecidos en Contrato Programa sobre actuaciones contra la VG

### Discusión y Conclusiones

Si bien la comisión contra la VG ha conseguido durante estos años los hitos marcados y unos resultados en línea con el objetivo de constitución de la comisión. Es hora de afrontar nuevos retos y reforzar la misma dentro del Hospital, para ello y después de cierta reflexión se solicitó y se ha concedido que esta comisión esté dentro de las Comisión Central de Calidad del Hospital y no como una comisión independiente como hasta ahora. Este hecho hace que la comisión se tenga que regir bajo unas directrices que creemos que fortalecerá el buen hacer de la misma, permite también que se haya incrementado el número de vocales (tanto en número como en áreas de conocimiento) asegurando de esta forma su continuidad en el tiempo.

Estos Hitos hacen posible marcarse como reto a medio plazo el conseguir que el Hospital consiga la acreditación de centro comprometido contra la VG, sin descuidar el resto de objetivos que tiene que abordar la Comisión.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LAS UNIDADES DE CALIDAD EN ANDALUCÍA

**Autores:** BONACHELA SOLÁS P, BARAJAS CERVERA A, LÓPEZ RODRÍGUEZ L, MORA BANDERAS AM, ROMÁN FUENTES M, MORENO CABALLERO R

**Palabras clave:** Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Gobernanza, Planificación Estratégica, Servicios de salud

### Objetivos

Analizar la situación actual de las Unidades de Calidad en relación a su estructura y su cartera de servicios.

### Materiales y métodos

Se impulsó la creación de un grupo motor formado por 4 centros hospitalarios que desarrollaron un cuestionario para recopilar los datos sobre la estructura y cartera de servicios de las Unidades de Calidad. El cuestionario incluyó 98 preguntas (cerradas, opción múltiple, abiertas y numéricas) divididos en cuatro secciones: información sobre la persona que contesta el cuestionario, información general del centro, estructura y cartera de servicios.

### Resultados

Se obtuvo la respuesta de 33 centros (87% de toda Andalucía).

Estructura: 74% de los centros cuentan con una "Unidad de Calidad"; 67% tiene espacio físico identificado; 33% depende de Gerencia, y el resto de combinaciones; 44% tiene más de 10 años.

En relación al perfil profesional: 38% son facultativos; 36% son enfermeros/as; 12% técnicos; 11% administrativos/as; 3% otros perfiles (ingenieros, fisioterapeutas, etc)

La dedicación que tienen en la Unidad es: 71% tiempo completo; 29% tiempo parcial.

Cartera de servicios: 85% tiene comisiones hospitalarias; 45.5% gestiona procesos asistenciales; 94% participa en procesos de acreditación; 57.5% desarrolla grupos de mejora; 36% imparte cursos de calidad; 64% organiza eventos y jornadas; 53% coordina estrategias de seguridad; 36% realiza autoauditorías; 36% participa en los Acuerdos de gestión Clínica; 64% participa en planes y programas; 53% realiza gestión de normalización; 36% incorpora la estrategia de cuidados; 36% las encuestas de satisfacción; 64% realiza difusión en foros científicos; 53% promueven los proyectos de investigación.

### Discusión y Conclusiones

En base a los resultados obtenidos:

Las estructuras son totalmente dispares pues hay centros con profesionales bien identificados asociados a las unidades de calidad, otros son cargos intermedios a los que se les asocia las tareas de calidad y seguridad, en otros no está reconocido, etc.; además, de depender estructuralmente de diferentes direcciones. Por otro lado, no cuentan con financiación específica como Unidad o Servicio, sino que están conformadas por profesionales adscritos a otros servicios dentro del propio centro a los que se les ha encomendado velar por la calidad.

Alta variabilidad en cartera de servicios por áreas y tipo de centros desarrollando más de 98 actividades distintas sin existir unanimidad y homogeneidad en las respuestas. Cada Unidad de Calidad ha desarrollado, su cartera, ad hoc para dar respuesta a las necesidades de calidad del centro al que pertenecen o bien han estado condicionadas por las características de dicho centro y por los profesionales asignados a la misma.

## PROTOCOLOS DE IMAGEN CON TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA PARA NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: UN MODELO DE CONSENSO ENTRE RADIÓLOGOS EN LA REGIÓN DE ANDALUCÍA

**Autores:** ANGULO PAIN E, PÉREZ LARA A, MARTÍNEZ BARBERO JP, GARCÍA CARRASCO E, RAMOS GÓMEZ M, ALCÁNTARA BERNAL R

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud, Eficiencia, Gestión de la calidad, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente

### Objetivos

Las pruebas de imagen radiológicas precisan protocolos de adquisición específicos para el estudio de las diferentes regiones de la anatomía humana. Concretamente, en el área de la neurorradiología, existen múltiples pruebas incluyendo estudios para analizar lesiones cerebrales, faciales y del cuello entre otras, siendo preciso realizar técnicas adecuadas de imagen que aporten la información necesaria para el diagnóstico con la menor dosis de radiación.

Cada centro hospitalario dispone de protocolos propios, lo que supone una importante fuente de variabilidad dificultando el análisis y la optimización de los mismos.

El objetivo de este trabajo fue la creación de protocolos específicos de TC en neurorradiología, con consenso entre profesionales para reducir el número de estos unificando nomenclatura y decidiendo la técnica de adquisición más adecuada para cada indicación.

### Materiales y métodos

Se creó un grupo de trabajo formado por 2 coordinadores, 6 neurorradiólogos y 2 radiofísicos de hospitales de Andalucía con experiencia acreditada.

Se subdividió la neuroanatomía por regiones de interés, incluyendo cráneo, peñasco, senos paranasales, cuello y estructuras vasculares. En cada una se unificó la nomenclatura y se consensaron las indicaciones para realización de TC, así como técnica de adquisición, administración de contraste y reconstrucciones, generando así protocolos de TC.

Para decidir la técnica con óptima calidad de imagen, se revisaron estudios realizados en diferentes centros y se evaluaron cualitativamente las imágenes mediante un cuestionario de calidad de visualización de cada región incluyendo parámetros de calidad global de la imagen, nivel de artefacto, visibilidad e identificación de estructuras etc. En caso de diferencia de opiniones en la valoración se alcanzó el consenso mediante debate.

Se evaluó la dosis de radiación para cada estudio como parte del proceso de optimización. Se implantaron estos protocolos en 29 equipos pilotos para su validación.

### Resultados

Se ha elaborado una biblioteca corporativa de protocolos de CT en neurorradiología, reduciendo el número de exploraciones posibles en centros públicos de Andalucía de más de 450 a 28, con unificación de nomenclatura, técnica, calidad de imagen y dosis administrada.

La implantación en los centros pilotos resultó exitosa, ratificándose la calidad de imagen y consiguiéndose una simplificación de los estudios disponibles. En algunos casos, se identificaron mejoras y se incorporaron en una versión posterior.

### Discusión y Conclusiones

En la siguiente etapa del proyecto se contempla la implantación de esta librería en el resto de equipos TC de la comunidad y la ampliación del estudio a otras regiones anatómicas.

La existencia de una librería corporativa optimizada de protocolos de TC de neurorradiología en 84 equipos de TC supone un hecho inusual en el diagnóstico por imagen que constituye una oportunidad única en la mejora en calidad y prestaciones a los pacientes desapareciendo la variabilidad existente en la adquisición de estudios.

## UNIFICACIÓN DEL CATÁLOGO DE MATERIAL DE CUIDADO DE HERIDAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ. APORTANDO CALIDAD A LA UNIFICACIÓN EN LOS CUIDADOS

**Autores:** ESCUER POVEDA E, CAPARRÓS GARCÍA JM, SORIANO BLANCO M, SANTOS MILLÁN C, MUÑOZ BAÑÓN B, CALVO GALIANA MI

**Palabras clave:** Análisis Costo-Beneficio, Continuidad de la atención, Cuidados de enfermería, Efectividad, Gestión de la calidad

### Objetivos

- Analizar cuáles son los apósitos que tenemos a nuestra disposición.
- Analizar los consumos por centros de nuestra provincia y la variabilidad que existe entre ellos.
- Identificar cuáles son los más adecuados para prestar unos cuidados seguros, que disminuyan la variabilidad clínica, y garantice la continuidad de cuidados intercentros.

### Materiales y métodos

- Análisis por las enfermeras de recursos materiales del listado de apósitos del que disponemos en el programa siglo e identificar cuales usamos en nuestros centros
- Análisis del consumo durante los tres últimos años (evolución, cantidad y montante económico)
- Reunión con profesionales expertos en la materia y responsables de recursos materiales de los distintos centros de la provincia, para optimizar, unificar y evitar la variabilidad en el consumo.
- Garantizar que se usa el mejor apósito indicado para cada herida.

### Resultados

El análisis de los datos recabados nos muestra la gran variabilidad de productos que utilizamos para el mismo tratamiento en los distintos centros de la provincia. La evolución en el consumo de los mismos en los últimos tres años, ha sufrido un aumento considerable, sin embargo, la disminución en el número de apósitos que se recetan, ha favorecido en gran manera, la disminución del gasto económico. Como ejemplo en el primer cuatrimestre del 2023 se disminuyó el gasto en recetas respecto al año anterior en 200.000€ en el área sanitaria Jerez, sierra Costa noroeste, y en 680.000€ en el Distrito sanitario Bahía de Cádiz La Janda. EN cómputo global si sumamos lo que se compra más lo que se receta, ha supuesto un ahorro respecto al año anterior de más de 600.000€ respecto al año anterior.

### Discusión y Conclusiones

El abordaje de las heridas, en los centros sanitarios de nuestra provincia, supone un reto importante. Su tratamiento, experimenta cada día grandes avances y la incorporación de nuevos productos de manera constante, dificulta que los profesionales puedan tener una visión, específica y unificada de su uso.

La compra generalizada de apósitos supone una manifiesta reducción en el gasto económico vs la prescripción por receta. La unificación de los productos en un solo catálogo a nivel provincial facilita la toma de decisiones por parte de los profesionales así como estandariza el uso de dichos productos para los pacientes de toda la provincia. Esta unificación beneficia sobre todo a la continuidad asistencial al unificar los mismos productos para las curas realizadas en el hospital y su seguimiento por atención primaria.



## ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LAS CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA

**Autores:** MARANTE FUERTES J, GARZÓN LÓPEZ SF, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T

**Palabras clave:** Análisis Costo-Beneficio, Atención Primaria, Efectividad, Eficiencia, Percepción de los profesionales

### Objetivos

1. Mejorar la accesibilidad de los enfermos con patología quirúrgica del aparato locomotor a las consultas de Traumatología.
2. Reducir el plazo de tiempo que transcurre desde la identificación del enfermo hasta su inclusión en LEQ.
3. Promocionar la eficiencia en las consultas: acto único y eliminación de revisiones innecesarias.

### Materiales y métodos

En el desarrollo de nuestra estrategia se establecieron una serie de etapas, algunas de las cuales se fueron superponiendo en el tiempo:

Primer paso: establecer claramente las competencias profesionales de cada especialista del aparato locomotor (Trauma, Reuma y RHB) para evitar circuitos ineficientes entre AP y las distintas especialidades médicas y quirúrgicas, e incluso entre los mismos especialistas del aparato locomotor.

Segundo paso: transmitir la nueva organización a los facultativos especialistas y médicos de atención primaria a través de reuniones con distintos formatos en el que implicamos a prácticamente todos los profesionales.

Tercer paso: Modificar y restringir los circuitos de derivación intrahospitalaria entre las distintas especialidades del aparato locomotor.

Cuarto paso: Cambio secuencial y radical de los circuitos de derivación procedentes de AP al Servicio de Traumatología: consultas de procesos y teleconsultas que se gestionan a través de filtros administrativos y profesionales.

Quinto paso: modificación de la distribución y composición de las agendas y tareas de cada una de las consultas de Trauma.

Sexto paso: establecimiento de una red de contacto directo entre los directores de los Centros de Salud y referentes del aparato locomotor con el Servicio de Traumatología para la resolución de casos especialmente urgentes o complejos.

### Resultados

Evolución de la lista de espera de consultas a lo largo de la aplicación del plan:

2019: Total enfermos pendientes: 12.252. +60 días: 10.054

2020: Total enfermos pendientes: 7.081. +60 días: 5180.

2021: Total enfermos pendientes: 2.350. +60 días: 860.

2022: Total enfermos pendientes: 490. +60 días: 0

2023: Total enfermos pendientes: 179. +60 días: 0

### Discusión y Conclusiones

La accesibilidad a las consultas externas de Traumatología constituye un auténtico desafío organizativo para la mayoría de las áreas sanitarias de nuestro país. Al tratarse, en la mayoría de las ocasiones, de patología crónica y que tiene un impacto notable en la calidad de vida de los enfermos genera multitud de incidencias en los servicios de salud y repetidas reclamaciones por parte de los usuarios.

En nuestra opinión, para revertir la situación, es importante proponer y ejecutar cambios radicales y audaces, basados en la evidencia, soportados por los avances tecnológicos y participados por todos los estamentos profesionales implicados directa o indirectamente en la gestión de los recursos sanitarios.

Actualmente, con nuestro modelo de gestión de consultas, podemos afirmar que ningún paciente de nuestra área sanitaria tarda más de 60 días en acceder al profesional competente que le pueda resolver su problema de salud.

## EFICIENCIA EN ALTAS CLÍNICAS DE OFTALMOLOGÍA DE PACIENTES DE PRIMARIA EN CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN (ARPAP) vs CONSULTAS NORMALES

**Autores:** BENÍTEZ-DEL-CASTILLO SÁNCHEZ J, GALLEGRO AMORÓS M, FERNÁNDEZ-PRADA ROMERO I, FERNÁNDEZ TRONCOSO D, GARCÍA ÍÑIGUEZ M, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T

**Palabras clave:** Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Hospital, Indicadores

### Objetivos

Comparar la tasa de altas clínicas de pacientes remitidos desde atención primaria (PAPs) a la UGC de Oftalmología atendidos en régimen de consulta de alta resolución, con la asistencia de un optometrista (ARPAP), frente a un régimen normal de consultas sólo con oftalmólogo.

### Materiales y métodos

Recogida de datos de la resolución de pacientes atendidos por primera vez en consultas externas de oftalmología calculando la tasa en porcentaje de altas clínicas (AC), además de la tasa de derivación quirúrgica (RDQ), tasa de derivación a consulta de subespecialidad de oftalmología (CSE) y tasa de revisión en las mismas consultas externas (CE), tanto para el régimen de consulta de alta resolución como para el régimen normal de consultas. Comparación de muestras independientes con t de Student/U de Mann-Whitney. P significativa si  $<0.05$ .

### Resultados

Análisis de datos de 2.409 pacientes, 1.224 atendidos en consultas ARPAP con optometrista y 1.185 pacientes atendidos en consultas normales sólo con oftalmólogo (primeros 6 meses del año 2023). La tasa de AC de pacientes en consultas de ARPAP es del 66,08% (IC 95% del 61,6 al 70,4%) frente a la de consultas normales que es del 44,98% (IC 95% del 39,7 al 50,2%) con diferencia estadísticamente significativa  $P<0,001$ . La tasa conjunta de AC y RDQ de pacientes en consultas de ARPAP es del 73,83% (IC 95% del 70,1 al 77,5%) frente a la de consultas normales que es del 57,35% (IC 95% del 52,4 al 62,2%) con diferencia estadísticamente significativa  $P<0,001$ . La tasa conjunta de derivación a CSE y revisión en CE de pacientes en consultas de ARPAP es del 25,98% (IC 95% del 22,2 al 29,7%) frente a la de consultas normales que es del 42,17% (IC 95% del 37,3 al 47%) con diferencia estadísticamente significativa  $P<0,001$ .

### Discusión y Conclusiones

La eficiencia, medida en tasa de altas clínicas, en la atención a los pacientes derivados a oftalmología desde Primaria en consultas ARPAP (con optometrista) es más elevada de manera estadísticamente significativa que la que se alcanza en la atención en consultas normales sólo con oftalmólogo.

## INFORMACIÓN MENSUAL SOBRE EVOLUCIÓN DEL ACUERDO DE CONSUMO DE CADA UNIDAD. TRANSPARENCIA Y ASESORAMIENTO

**Autores:** CAPARRÓS GARCÍA JM, LÓPEZ DE MONTES B

**Palabras clave:** Atención Primaria, Enfermería, Evaluación de resultados, Indicadores, Participación

### Objetivos

- Analizar el presupuesto asignado en capítulo II y su análisis en el reparto.
- Informar y asesorar mensualmente en el desarrollo del gasto a las diferentes unidades.

### Materiales y métodos

A principio de año nos reunimos una comisión formada por personal de la dirección económica y de la dirección de cuidados de enfermería para analizar el cierre del año anterior, así como el reparto del año siguiente. En dicho análisis tenemos en cuenta cierre del año anterior y causas del gasto, número de TAEs por unidad para reparto en función a este parámetro, número de puntos de atención continuada a los que les incrementamos un 5% el valor de dichas TAEs, número de residencias de ancianos y asignación de un valor económico por cama.

En función de estos parámetros hacemos un reparto a todas las unidades y residencias de mayores y, mensualmente mandamos cuadro con el gasto hasta fin del mes anterior y la desviación del gasto según presupuesto asignado. También añadimos gasto desglosado en apósitos y gasto en recetas de estos al ser un producto que hasta este año no hemos pasado a compra generalizada.

### Resultados

Las unidades tienen a tiempo real y mensualmente su gasto en capítulo II. El cuadro es global del distrito por lo que pueden compararse con otras unidades del mismo. Al especificar el gasto en apósitos tanto por compra como por recete, las diferentes unidades pueden hacer un seguimiento más específico del uso racional de los mismos e implantar medidas de eficiencia en cuanto a control de recetas, formación de los profesionales en el uso racional de los apósitos, hacer estudios de los apósitos mas usados...

### Discusión y Conclusiones

La información en tiempo real y continua de los consumos de las unidades ayudan a estas a un mejor manejo y control de sus almacenes, así como una ayuda, a un control del gasto del capítulo II del Distrito. La transparencia en cuanto a dicho gasto y seguimiento de los mismos ayuda a una mejor gestión de las UGC.

## PROCESO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS DATOS QUIRÚRGICOS

**Autores:** PÉREZ PÉREZ I, CHIMENEA TOSCANO A, DÍAZ CURIEL MT, LEAL GONZÁLEZ S, RIVAS GONZÁLEZ JA, GONZÁLEZ GARCÍA S

**Palabras clave:** Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión clínica, Gestión de la calidad, Sistemas de Información

### Objetivos

La gestión del proceso quirúrgico de forma eficiente es fundamental para la salud de los ciudadanos y un reto para los gestores hospitalarios. Es imprescindible dotar a los profesionales de herramientas que permitan la gestión y mejora continua del proceso quirúrgico basada en información de calidad.

Objetivo: Contribuir a la generación de datos de gran calidad en el registro quirúrgico a través de procesos de detección de posibles incidencias durante los procesos de extracción y explotación de datos quirúrgicos, poniendo a disposición de las unidades dicha información para la gestión y la mejora continua del proceso quirúrgico.

### Materiales y métodos

Diseño e implementación de procesos de explotación de los datos quirúrgicos relacionando la información de las distintas áreas: programación quirúrgica, historia clínica, estación de cuidados, registro de demanda quirúrgica, gestión de profesionales y gestión de estructura física y funcional del centro. Los datos se procesan con una lógica en la que se busca la calidad del dato, generando además información con incidencias detectadas que permitan la revisión posterior.

Se trata de un proceso complejo porque son distintos sistemas de información y en cada uno de éstos asociados a perfiles profesionales.

Las incidencias detectadas se procesan quincenalmente, emitiendo listados con la información necesaria para localizar las intervenciones y el tipo de error que se ha generado en base a un catálogo de errores definidos.

Los datos que se procesan son los datos de registros asistenciales, concretamente de la Réplica de Diraya en sus distintos esquemas de datos

### Resultados

La explotación de datos quirúrgicos a través de los procesos implementados ha permitido tener un conocimiento del modelo de datos y de las relaciones entre los distintos módulos, y en estos momentos continuamos aumentando dicho conocimiento.

Durante el año 2022 se han analizado alrededor de 54.000 hojas quirúrgicas.

La mejora en la calidad de los datos que se produce con las revisiones de las incidencias se refleja de forma directa en los datos de los rendimientos quirúrgicos, en su planificación, en la gestión de la demanda y en una mayor exactitud en sus indicadores, permitiendo gestionar los recursos quirúrgicos para atender la demanda con unos datos más exactos.

Los indicadores quirúrgicos básicos se visualizan en un Cuadro de Mando Quirúrgico. Los datos de rendimientos quirúrgico están disponible al día siguiente a través de una aplicación en un entorno amigable. Actualmente se está planificando una herramienta que permita generar informes y análisis de datos basándose en los datos que se tratan con los procesos implementados.

### Discusión y Conclusiones

La mejora en la calidad de datos quirúrgicos ayuda a gestionar los recursos quirúrgicos en relación con la gestión de la demanda quirúrgica.

El modelo permite valorar el uso de los recursos disponibles, su optimización y la toma de decisiones con el fin de la mejora en la calidad en la asistencia a los usuarios.

## LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN COMO ESTRATEGIA DE CAMBIO: HERRAMIENTA "SHERISH", ALGO MÁS QUE UN CUADRO DE MANDO

**Autores:** GARZÓN LÓPEZ SF, CABEZA BARRIOS B, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T, SÁNCHEZ BASALLOTE JE, ALCALÁ RUEDA A

**Palabras clave:** Autoevaluación, Cultura organizacional, Efectividad, Gestión de la Información, Gobernanza

### Objetivos

Sólo podemos gestionar lo que conocemos necesitando indicadores que permitan conocer y gestionar, nuestro momento asistencial y encontrar áreas de mejora. Pero también necesitamos ver nuestra evolución y contrastar nuestros datos con el entorno, dado que lo bueno y lo malo son conceptos relativos. Sólo así, con cuadros de mando y estrategia de benchmarking, podemos tener una perspectiva de nuestra realidad asistencial. Pero ni uno ni otra nos permiten averiguar las causas de los posibles déficits ni nos aportan herramientas para su subsanación. Los datos globales y agregados nos informan, pero sólo con datos individualizados, llegando al acto asistencial desviado o anómalo y al profesional involucrado, podemos detectar y corregir las desviaciones.

La comparación entre centros sanitarios, o de estos con los estándares, facilita la gestión a los directivos, pero la comparación entre servicios y entre profesionales, con una estrategia de reconocimiento de lo bueno y detección de lo anómalo, permite además la motivación de los profesionales hacia las buenas prácticas y con ello mejorar los resultados de la organización. Con esta idea desarrollamos la aplicación SHERISH siendo nuestros OBJETIVOS:

- Evaluar la satisfacción de los cargos intermedios con la aplicación SHERISH.
- Evaluar la mejora de los principales indicadores asistenciales tras la implantación de la aplicación SHERISH.

### Materiales y métodos

Con la aplicación desarrollada se unifica gran parte de nuestros sistemas de información, facilitando a los cargos intermedios, disponer numerosa información sobre las tareas asistenciales realizadas y demandadas, quien y a quien, cuanto y cuando. Al mismo tiempo se presentan indicadores y alertas.

La encuesta ha sido respondida por 45 cargos intermedios, 22 jefes de los servicios hospitalarios, 19 directores de Centros de Atención Primaria y 4 de Unidades Interniveles.

### Resultados

El 97,8% opinaron que la aplicación Sherish ha supuesto una mejoría en los sistemas de información, calificando esta mejoría como significativa el 82,2% (40% mucho y 42,2% bastante). El 62,2% lo utilizan asiduamente (40% muy frecuentemente y 22,2% frecuentemente) y al 73,4% le resulta útil o muy útil para su gestión, si bien tan sólo el 17,8% manifiestan tener un conocimiento adecuado para su manejo.

Tras la introducción de esta aplicación hemos mejorado muchos de nuestros indicadores asistenciales (IUE, ganancia potencial, pacientes FPG y DM en LEQ, CCEE y PPDD)

### Discusión y Conclusiones

Esta herramienta está en constante desarrollo según las necesidades de nuestros cargos intermedios.

Se nutre de fuentes de información oficiales y está muy bien valorada por los cargos intermedios. Su implantación nos está facilitando cambiar el modo de gestión y la mejora progresiva de nuestros resultados.

Su desarrollo se está realizando con medios propios y precisa para su implementación en otros centros de su adaptación al entorno corporativo.

## OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE VACUNAS EN EL DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA

**Autores:** LÓPEZ DE MONTES B, PASTRANA CUMBRERAS MV, FIGUEROO MOSQUERA TM, ROJAS CORRALES MO, CASTAÑO LARA MR, MÁRQUEZ FERRANDO M

**Palabras clave:** Análisis Costo-Beneficio, Atención Primaria, Efectividad, Eficiencia, Enfermería

### Objetivos

- Optimizar la gestión de las vacunas en los centros de salud del Distrito Sanitario Bahía Cádiz-La Janda

### Materiales y métodos

La gestión de las vacunas se realiza desde la Unidad de Farmacia del Distrito coordinada con la Dirección de enfermería. Se detectó que existía una gran variabilidad en los centros de salud y consultorios en la gestión de éstas como era la petición de las diferentes vacunas, módulo de vacunas de Diraya y conservación de las vacunas. Todo esto hacía que influyera no sólo en el reparto de las vacunas, sino también en el consumo y como consecuencia en el gasto.

Además hay ciertos momentos del año que aumenta la vacunación de ciertos grupos de la población, como es campaña gripe-covid, VRS, Salud escolar... y que cambia el tipo de vacuna a utilizar, por lo que es importante tener un sistema de control en la gestión de las vacunas unificado para todos.

### Resultados

Se ha realizado un procedimiento que se ha enviado a los equipos directivos de los centros de salud, donde se recoge como realizar la petición de vacunas de calendario, se establece un reparto equitativo de vacunas cuando existe una campaña y retirada cuando acaban las campañas o finaliza el uso de algunas vacunas.

Se ha producido un uso más eficiente de las vacunas, y se ha reducido el gasto.

### Discusión y Conclusiones

Es importante la unificación de procedimientos para todos los Centros de Salud.

La buena gestión redundará en una reducción del gasto, evita caducidades y acúmulo de vacunas de manera innecesaria.

La coordinación de la Unidad de Farmacia con la Dirección de Enfermería es fundamental para una buena gestión de las vacunas.

## Índice de autores

ABAD BERENGUEL EE .....	47	BUSTAMANTE TORNEIRO L .....	33, 135
ABAD SÁNCHEZ A .....	68	BUZÓN MELGAR JA.....	61, 156
ABARCA ANGUIA JJ .....	88	CABEZA BARRERA J .....	110
AGUILAR IBORRA SJ .....	70	CABEZA BARRIOS B .....	174
AGUILAR MENDOZA I .....	84, 129, 149	CABEZA DE IRIGOYEN A.....	21
AGUILERA RODRÍGUEZ S .....	157	CALERO GARCÍA MJ.....	74
ALADOS ARBOLEDAS JC .....	54	CALLEJÓN GIL MM .....	71
ALARCÓN MANOJA M.....	126	CALVO GALIANA MI .....	168
ALCALÁ RUEDA A.....	174	CAMACHO BEJARANO R .....	41
ALCÁNTARA BERNAL R.....	167	CAMPOS GONZAGA L .....	54
ALEGRE PÉREZ R.....	99	CAMPOS JIMÉNEZ MG.....	162
ALGORRI FERRERO SI .....	102	CANDAU CÁCERES S.....	34
ALONSO SÁNCHEZ MJ.....	63	CAÑADAS MARTOS J.....	90
ÁLVAREZ DE LARA SÁNCHEZ MA ....	29	CAPARRÓS GARCÍA JM .....	168, 172
ÁLVAREZ-OSSORIO GARCÍA DE SORIA MR	105, 111	CAPITÁN MELGAR S.....	101, 159
AMAT MENA S .....	105, 111	CÁRCAMO BAENA J.....	7, 94
ANAYA CARRIÓN MN.....	65, 77	CARO CABELLO AI.....	19, 146
ANGULO PAIN E.....	167	CASASOLA LUNA N.....	4, 6, 7, 27, 94
ARAGÓN GÓMEZ R.....	79	CASTANEDO CÓRDOBA I .....	68
ARANDA LÓPEZ JA.....	74	CASTAÑO LARA MR.....	175
ARROYO ROSA MS .....	92	CASTAÑO TROYANO MT.....	130
ASENJO ROMERO M .....	36	CASTELLANO ORTEGA MA.....	24, 25
AYUSO FERNÁNDEZ MA .....	48	CASTELLO RODA S.....	118
BAENA-CAÑADA JM.....	22, 23	CASTRO GIMÉNEZ J.....	163
BAENA VILLALBA E.....	144	CASTRO MÁILLO JR .....	115, 162
BAJO CARRIÓN P.....	107, 151	CASTRO VIDA MA .....	160
BARAJAS CERVERA A.....	166	CATARY MAELLA L.....	39
BARRIOS VÁZQUEZ AJ .....	144	CAZORLA NAVARRO JF.....	47
BARROSO GUTIÉRREZ C .....	4, 6, 7, 94	CEBALLOS GARCÍA R .....	76
BAZÁN BÁEZ P .....	65, 67	CERRILLOS GONZÁLEZ L.....	34
BECERRA BENÍTEZ M.....	79	CERVERA BARAJAS A.....	14, 37, 136
BENGOECHEA TRUJILLO A.....	83	CHIMENEA TOSCANO A.....	173
BENÍTEZ-DEL-CASTILLO SÁNCHEZ J	15, 171	COBOS OCAÑA MA.....	104, 149
BENÍTEZ-RODRÍGUEZ E .....	22, 23	CONSTANTINO CHAHIN R.....	25
BERNAL BORREGO MA .....	124, 125	CÓRDOBA GARRIDO LD .....	71
BERNAL-GÓMEZ M .....	22, 23	CORRALES TAPIA PG.....	69
BERNAL MÁRQUEZ J .....	50	CORREA MATOS M.....	31
BERNAL MÁRQUEZ M .....	51, 52, 53	CRUZ SALGADO O .....	4, 6, 7, 27, 94
BONACHELA SOLÁS P.....	136, 166	CUARESMA GIRÁLDEZ M.....	27, 46, 75
BRAGULAT BAUR E .....	36	CUEVAS GONZÁLEZ C.....	51, 52, 53
BRUTTINI O .....	63	DE IRIGOYEN DÍAZ A.....	21



DE JESÚS FERREIRA G.....	105, 111	FERNÁNDEZ TRONCOSO D .....	15, 171
DE LA FUENTE RODRÍGUEZ C .....	120	FIERRO AGUILAR A.....	83, 145
DE LA TORRE HITA C.....	22, 23	FIGUEROE MOSQUERA TM.....	175
DEL CASTILLO HERNÁNDEZ MR.....	82	FLORES DORADO M .....	58
DELGADO LOZANO C.....	26, 40, 103, 122, 123, 134, 137, 141	FORNIELES BALMIZA J.....	44
DELGADO MORENO S.....	11, 12, 13, 56, 80, 153	FRANCO ROMERO JA.....	41
DELGADO SÁNCHEZ N .....	68	FRUTOS HIDALGO E .....	80
DEL MORAL CHANETA MV .....	141	FUENTES CEBADA L.....	11, 12, 56, 99, 153
DE LUQUE PIÑANA V.....	75	FUENTES RUIZ M.....	73
DE MARCO PÉREZ F.....	132	GALIANI RAMOS MD.....	118
DÍAZ CORTÉS MM.....	19, 146	GALISTEO DOMÍNGUEZ R.....	100
DÍAZ CURIEL MT .....	173	GALLARDO CABRALES S.....	95, 150
DÍAZ EXPÓSITO FJ.....	86	GALLARDO GALLEGUO MJ.....	76
DÍAZ HUESCA M .....	162	GALLARDO GONZÁLEZ G.....	33, 36, 135
DÍAZ JIMÉNEZ J.....	28	GALLEGO AMORÓS M .....	171
DÍAZ MENGÍBAR MF .....	79	GALLEGO ESPINA MA.....	48, 144
DÍAZ ORTA J .....	50	GAMERO MERINO ML .....	132
DOMÍNGUEZ GUERRERO F.....	126, 149	GÁMIZ LUQUE N .....	71
DOMÍNGUEZ MONTOJO T .....	63	GAMUNDI FERNÁNDEZ C.....	116
DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC.....	16, 17, 29, 32	GARCÍA ALMEIDA JM.....	40
ECHÁVARRI GONZÁLEZ R.....	14, 37	GARCÍA ARCOS I .....	118
ESCOBAR LLOMPART D.....	31, 45	GARCÍA BAUTISTA MA.....	143
ESCOBAR MOLINA EM .....	134	GARCÍA CADENAS JJ .....	121
ESCOBAR-UBREVA A.....	155	GARCÍA CARRASCO E.....	167
ESCUER POVEDA E.....	120, 168	GARCÍA GARCÍA A.....	28
ESTÉVEZ AMA MY .....	88	GARCÍA GARCÍA S.....	116
EXPÓSITO PUERTA MR.....	74	GARCÍA GIRALDO PT.....	30
FERNÁNDEZ CABALLERO MA.....	33, 135	GARCÍA GÓMEZ LC .....	4
FERNÁNDEZ CORTÉS A.....	140	GARCÍA HERNÁNDEZ R.....	24, 35, 98
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ E .....	26, 103, 123	GARCÍA ÍÑIGUEZ M.....	15, 171
FERNÁNDEZ GARCÍA MD.....	78	GARCÍA JUÁREZ MR.....	11, 12, 56, 99
FERNÁNDEZ GÓMEZ MA.....	11, 12, 13, 56, 80, 153	GARCÍA LEÓN C .....	76, 130
FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ C.....	139	GARCÍA MARTÍNEZ A .....	36
FERNÁNDEZ LEAL M.....	92	GARCÍA MONTENEGRO T.....	68
FERNÁNDEZ LORENZO MT .....	99, 139	GARCÍA NAVAS A .....	64
FERNÁNDEZ MORALES I.....	116	GARCÍA OSTOS J .....	92
FERNÁNDEZ-PALACIOS ROVIRA VE	38	GARCÍA OTERO M.....	114, 133
FERNÁNDEZ PLAZA P .....	122, 141	GARCÍA PALACIOS J.....	30, 148
FERNÁNDEZ-PRADA ROMERO I.....	15, 171	GARCÍA PALMA A.....	132
FERNÁNDEZ RIEJOS P.....	94	GARCÍA PAVESIO A.....	135
FERNÁNDEZ RUIZ RM.....	124, 125	GARCÍA PÉREZ S .....	30
FERNÁNDEZ SÁNCHEZ A.....	68	GARCÍA POLO C.....	126
		GARCÍA ROMERA MI .....	95
		GARCÍA TORMO C .....	97

GARZÓN LÓPEZ SF .....	143, 169, 174	JIMÉNEZ VERA R.....	116
GIL HERNÁNDEZ SM.....	16, 17, 29, 32	JIMÉNEZ VILLODRES M .....	40
GIRÁLDEZ ÁLVAREZ M .....	75	JIMÉNEZ YEPES J .....	16, 17, 29, 32
GÓMEZ CARRILLO V .....	163	JULIÁ FLORES JJ .....	56, 80, 153
GÓMEZ DIEGO M.....	124, 125	JULIÁ ILLESCAS MA.....	18, 62
GÓMEZ ENRÍQUEZ C.....	143	JUSTO COLETO MT.....	117, 158
GÓMEZ FUENTES A .....	26, 103, 122, 123, 134, 137, 141	KOSAKA ZANABRIA V.....	63, 64
GÓMEZ GARCÍA S.....	165	LARA DOMÍNGUEZ P.....	141
GÓMEZ HERNÁNDEZ MB.....	2, 9	LEAL GONZÁLEZ S .....	173
GÓMEZ JEMES L.....	6, 78	LINARES BARRIOS M.....	64
GÓMEZ MACHUCA MG.....	71	LISTÁN CORTÉS AR .....	148
GÓMEZ RODRÍGUEZ AT .....	43	LLAMAS PORRAS S.....	11, 12
GONZÁLEZ BLANCO RM .....	41	LLUCH-GÓMEZ J.....	22, 23
GONZÁLEZ CALLEJA AM .....	156	LOBATO PARRA E .....	9, 106
GONZÁLEZ CALVO I.....	55	LOBO DEL PORTILLO P.....	165
GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T ..	15, 58, 95, 150, 169, 171, 174	LÓPEZ BARBEITO B.....	36
GONZÁLEZ CARRERA V.....	25	LÓPEZ-CEPERO ANDRADA J .....	54
GONZÁLEZ DUARTE D .....	63	LÓPEZ DE MONTES B.....	172, 175
GONZÁLEZ ESCOBAR A .....	141	LÓPEZ LOZANO E .....	13
GONZÁLEZ GALÁN CM .....	60, 131	LÓPEZ NÚÑEZ C.....	106
GONZÁLEZ GARCÍA S .....	173	LÓPEZ PRIETO MD .....	54
GONZÁLEZ MÉNDEZ MI .....	65, 67, 77	LÓPEZ RODRÍGUEZ L.....	136, 166
GONZÁLEZ MONEDERO F .....	63, 64	LÓPEZ SOTO A.....	14
GONZÁLEZ MORENO F.....	126	LÓPEZ TARRIDA AC.....	2
GRANADOS MATUTE AE .....	144	LÓPEZ VALERO M.....	118
HERNÁNDEZ ROCA JJ.....	164	LOSADA PARENTE A .....	33
HERNANI ÁLVAREZ J .....	54	LOVERA VALLS M.....	92
HERRERÍAS ESTEBAN JM.....	6, 78	LOZANO PERALES F.....	74
HERRERO LÓPEZ R .....	136	LUBIÁN ESPLUGUES JI .....	10, 93, 96
HERVÁS DE LA TORRE A .....	165	LUPIÁÑEZ PÉREZ Y.....	113
HIERRO PEDROSA CM.....	160	LUQUE LUPIÁÑEZ E.....	113
HORCAJADAS PÉREZ LA.....	24, 35, 98	LUQUE ROMERO LG.....	132
HORTELANO VELA B.....	116	MANGAS RAMÍREZ S.....	88
HURTADO GARCÍA C.....	113	MANZANO MARTÍN MV.....	161
IGLESIAS MOLINA N.....	156	MARANTE FUERTES J .....	169
ILLESCAS VACAS A.....	46	MARINO ISIDRO C .....	55
JAÉN CAÑADAS M.....	97, 164	MARÍN PATRÓN C.....	45
JALDÓN HIDALGO G.....	41	MÁRQUEZ FERRANDO M .....	175
JIMÉNEZ ALMIDA RJ.....	78	MARTEL DÍAZ AM .....	50
JIMÉNEZ BARBERO MJ.....	82, 100	MARTÍN BUIGAS A.....	134
JIMÉNEZ CARBELO N .....	160	MARTÍN CASTAÑO C.....	65, 67, 77
JIMÉNEZ MÉNDEZ C.....	10, 93, 96	MARTÍNEZ BARBERO JP .....	167
JIMÉNEZ RUBIO C .....	40	MARTÍNEZ BAUTISTA MJ.....	104
		MARTÍNEZ LECHUGA MB .....	24, 25, 35, 98

MARTÍNEZ MONROBÉ MB .....	2, 9, 106	MUÑOZ DOMÍNGUEZ A .....	77
MARTÍNEZ ORTEGA AB .....	47	MUÑOZ LUCERO MT .....	104
MARTÍNEZ PAUL M .....	139	MUÑOZ LUPIÁÑEZ M .....	113
MARTÍNEZ PÉREZ M.....	110	MUÑOZ MARTÍNEZ AM.....	44
MARTÍNEZ RUIZ F.....	8, 133	MUÑOZ PEREGRINA S.....	88
MARTÍN FERNÁNDEZ JI.....	164	MUÑOZ REQUENA JJ.....	29, 32
MARTÍN MIRA MM.....	160	MURIANA JIMÉNEZ R.....	65, 67, 77
MARTÍN PERAL P.....	31	MURILLO DE LLANOS J .....	82, 100
MARTÍN ROBLEDO CM.....	78	MURILLO ROSALES MV.....	69
MARTÍN RUBIO MI.....	30, 148	NÁCHER LAMBIES L .....	163
MARTÍN TARRAGONA AM.....	88	NAVARRO BERMÚDEZ M.....	120
MATEO SIDRÓN E.....	79	NIETO SÁNCHEZ MT .....	110
MATEOS MILLÁN D .....	54	NOGUERA JÓDAR G.....	163
MAYO OSSORIO MA .....	83, 145	NOGUEROLES FAJARDO I.....	129
MEDINA ÁLVAREZ P .....	113	NOVAL TOIMIL MJ.....	38
MEDINA LINARES C.....	71	NÚÑEZ-ÁLVAREZ V .....	22, 23
MÉRIDA DE LA TORRE FJ.....	42, 72	NÚÑEZ BENJUMEA F .....	75
MÉRIDA GUTIÉRREZ R.....	86	NÚÑEZ JALDÓN A.....	136
MESA AGUILAR C.....	102	NUÑO MORALES P .....	61, 156
MESA BLANCO P .....	16, 17, 29, 32	OLMEDO PATRICIO MI .....	70
MESA COLLANTES D.....	39	ONETO ROMERO RM .....	21
MÍGUEZ SÁNCHEZ C.....	46	OROZCO CÓZAR MJ.....	31, 38, 45
MIRALLES ATENCIA P.....	163	ORTEGA MA .....	35
MIRALLES LINARES F .....	163, 164	ORTEGA MARTÍNEZ AR .....	74
MOLERO CAMPOS E.....	164	ORTIZ RUBIO P.....	37
MONTERDE ESTRADA A.....	135	PACHECO GARCÍA JM .....	83, 145
MONTESINOS NAVARRO VM.....	45	PADILLA MAESTRE JR.....	158
MONTILLA RUIZ V .....	158	PANERA DE LA MANO JA .....	10, 96
MONTORO PAVÓN JE.....	130	PARRA ESTRADA AJ .....	90, 109
MORA BANDERAS AM.....	166	PASTRANA CUMBRENAS MV.....	175
MORALES GUISANDE MY .....	144	PEÑA SERRANO MC.....	86
MORANO TORRESCUSA MJ.....	41	PEREIRA DELGADO C .....	2, 9, 106
MORENO CABALLERO R.....	16, 17, 166	PÉREZ ASENSIO A.....	93
MORENO CONDE A .....	27, 46, 75	PÉREZ BOHORQUEZ Y .....	157
MORENO CONDE J.....	27, 46, 75	PÉREZ CARDADOR M .....	118
MORENO ORTEGA M.....	14	PÉREZ GOMAR D.....	83
MORENO PÉREZ AM.....	102	PÉREZ GONZÁLEZ R .....	48
MORENO TEMPRADO J.....	32	PÉREZ LARA A.....	167
MORENO TINOCO M.....	50	PÉREZ MOREIRA R.....	51, 52, 53
MORÓN ROMERO R .....	110	PÉREZ PÉREZ I.....	173
MORÓN RUBIO I.....	124, 125	PÉREZ REYES JL.....	148
MOYA MOLINA MA.....	56, 64, 126, 161	PERLINES NUEVO B.....	118
MOYANO LÓPEZ R.....	91	PINO MERLO G .....	88
MUÑOZ BAÑÓN B .....	159, 168	PORRÚA DEL SAZ A .....	2, 9, 106

POZO JIMÉNEZ I.....	44	RUEDA NIETO S .....	105, 111
PRADA VEGA A.....	39	RUIZ DÍEZ A.....	55
PRIETO ALMAGRO I .....	3	RUIZ ESCALERA JF .....	42, 72
PRIETO BUENO E.....	92	RUIZ GORDO M .....	24, 35, 98
QUINTEIRO MARTÍNEZ M.....	80	RUIZ MARTÍN DE VILLODRES C.....	160
QUINTERO OTERO S.....	11, 12, 13	RUIZ PÉREZ D.....	58
QUIRÓS LÓPEZ Y.....	124, 125	RUIZ ROMERO MV .....	2, 9, 106
RAMOS FARELO M .....	33	RUIZ TRILLO CA .....	48
RAMOS GÓMEZ M .....	167	RUIZ TUDELA JM.....	59
RAMOS-MARÍN M.....	155	SÁEZ MOLINA E .....	47
RAMOS-SÁEZ M .....	155	SALAS CASADO MT.....	82, 100
RAYA ORTEGA L .....	26, 103, 122, 123, 134, 137	SALAS FERNÁNDEZ S.....	27, 46
RECIO BULPE N.....	21	SALCEDA CABALLERO V .....	158
REYES MALIA T .....	116	SALDAÑA VALDERAS M.....	161
REY PELAYO S.....	149	SALGUERO CABALGANTE R.....	34
RIQUE DORMIDO J.....	39	SÁNCHEZ BASALLOTE JE .....	50, 143
RIVAS CARRETO EM .....	80	SÁNCHEZ FERNÁNDEZ I .....	44
RIVAS GONZÁLEZ JA .....	173	SÁNCHEZ GUERRERO JA.....	8, 133
RIVAS RUIZ F.....	68	SÁNCHEZ JIMÉNEZ MT.....	14, 37
RIVERA BAUTISTA JM .....	128, 149	SÁNCHEZ LUNA MD .....	109
RIVERA FRESNEDA CE.....	102	SÁNCHEZ-MONTES MORENO S .....	42, 72
ROBLES MUÑOZ MR .....	110	SÁNCHEZ MORENO L.....	50
RODRÍGUEZ CASTRO R.....	114	SÁNCHEZ OSUNA I.....	86
RODRÍGUEZ GARCÍA R.....	74	SÁNCHEZ PARDO D.....	165
RODRÍGUEZ LOZANO MJ.....	121	SÁNCHEZ PAYÁN E.....	67
RODRÍGUEZ MARTÍN MI .....	92	SÁNCHEZ RELINQUE D .....	28
RODRÍGUEZ MATEOS ME.....	161	SÁNCHEZ RODRÍGUEZ JA.....	114
RODRÍGUEZ MORENO S.....	69	SÁNCHEZ SÁNCHEZ E .....	28, 114, 115, 159, 162
RODRÍGUEZ PAREJA MA .....	153	SÁNCHEZ SÁNCHEZ M.....	36
RODRÍGUEZ PEÑA F .....	39	SANCHO MARAVER E .....	145
RODRÍGUEZ PÉREZ M.....	41	SANLUIS FERNÁNDEZ I.....	164
RODRÍGUEZ ROJAS N .....	97	SANTACRUZ ÁLVAREZ P .....	48
ROJAS CORRALES MO .....	175	SANTANA-LÓPEZ V.....	155
ROLDÁN MORALES JC .....	109	SANTOS MILLÁN C .....	168
ROLDÁN ORTIZ S.....	145	SANTOS PACHECO T .....	3
ROMÁN FUENTES M.....	4, 6, 7, 94, 166	SANZ PEÑA B.....	39
ROMÁN ROMERA I .....	30, 148	SECO LÓPEZ M .....	144
ROMERO CASTILLO E.....	153	SEGURA SÁNCHEZ C .....	4, 7
ROMERO MONTERO AM .....	59	SERRANO AGUILERA MJ.....	86
ROMERO RAMÍREZ E .....	60, 131	SIANES BLANCO A.....	82, 100
ROMERO RODRÍGUEZ AR .....	78	SIERRA FERNÁNDEZ M.....	30, 148
ROMERO RUIZ AF.....	91	SIERRA SÁNCHEZ JF .....	58
RUBIO BARRANCO A .....	95, 120, 125, 150	SILVA E .....	96

SILVA MUÑOZ G.....	8	URGILES ORTIZ MS.....	93
SILVANO GARCÍA E.....	10	VALENZUELA MATEOS ME.....	28
SORIANO BLANCO M.....	168	VALLE CRUZ C.....	157
SORIANO PINAR C.....	47	VALLEJO MAROTO I.....	82
SOTO MORENO A.....	48	VALVERDE MARTÍNEZ A.....	145
SUÁREZ VÁZQUEZ M.....	44	VÁZQUEZ FERNÁNDEZ A.....	65, 67, 77
TALAVERA MARTÍNEZ I.....	25	VÁZQUEZ GARCÍA R.....	10, 93, 96
TALAVERA RINCÓN J.....	24, 25	VÁZQUEZ GONZÁLEZ A.....	61, 156
TERNERO VEGA JE.....	37	VÁZQUEZ MARTÍNEZ I.....	3
TEY AGUILERA MJ.....	10, 93, 96	VEGAS AGUILAR IM.....	40
TOLEDO BOCANEGRA F.....	130	VERDUGO BENÍTEZ M.....	79
TORIBIO ONIEVA JR.....	35, 98	VICENTE BUENO B.....	105, 111
TORO BARRERA P.....	143	VILA ALBA M.....	44
TORRES PÉREZ E.....	99	VILARRUBLA ESTRAGUES L.....	135
TORRES QUIRÓS C.....	139	VÍLCHEZ LÓPEZ FJ.....	126
TORRONTEGI GEDERIAGA I.....	55	VILLALBA CONDE M.....	15
UDAETA URIARTE A.....	55	VILLALOBOS MÁRQUEZ JA.....	70
ULIBARRENA SÁINZ M.....	55	YAGÜE SÁNCHEZ JM.....	84, 128
URBANO FERNÁNDEZ MÁ.....	110	ZUFRI RODRÍGUEZ GZ.....	112
URDA ROMACHO J.....	160		

# Índice temático

Accesibilidad a los Servicios de Salud	14, 25, 40, 47, 50, 63, 64, 71, 72, 82, 114, 143, 160, 167
Acreditación	131, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 165
Análisis Costo-Beneficio	19, 20, 25, 75, 159, 168, 169, 170, 175
Atención centrada en el paciente	2, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21, 28, 30, 31, 38, 40, 42, 45, 46, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 69, 72, 78, 79, 80, 81, 82, 86, 87, 91, 97, 101, 110, 113, 114, 117, 120, 122, 126, 127, 129, 133, 141, 142, 143, 144, 145, 151, 152, 153, 154, 158, 162
Atención Primaria	19, 20, 21, 35, 47, 50, 58, 61, 63, 64, 73, 76, 79, 86, 87, 91, 92, 98, 130, 132, 143, 156, 169, 170, 172, 175
Autoevaluación	132, 141, 142, 151, 152, 153, 154, 165, 174
Automedicación	102
Certificación	68, 131, 146, 147, 150, 151, 152, 155
Conciliación de medicamentos	38, 79, 96
Confidencialidad	61, 62, 76, 118, 119, 124
Continuidad de la atención	21, 38, 39, 43, 45, 52, 54, 56, 57, 69, 73, 74, 79, 80, 81, 83, 86, 87, 117, 132, 136, 148, 153, 154, 168
Cuidados de enfermería	33, 38, 41, 45, 47, 50, 99, 113, 116, 135, 144, 149, 157, 168
Cuidados Intensivos	65, 66, 67, 77
Cuidados paliativos	59, 84, 85, 121, 126, 127, 144
Cultura organizacional	12, 26, 40, 71, 82, 83, 88, 89, 95, 101, 115, 116, 122, 131, 134, 137, 138, 143, 150, 153, 154, 155, 157, 158, 166, 174
Derechos del paciente	6, 11, 41, 46, 56, 57, 61, 68, 69, 84, 85, 91, 114, 116, 120, 121, 123, 126, 127, 143, 144, 148, 161
Desarrollo profesional	88, 89, 115, 116, 132, 134, 135, 137, 138, 140, 141, 142
Dolor	2, 9, 51, 106, 149
Efectividad	2, 7, 16, 17, 22, 23, 27, 29, 30, 32, 33, 44, 48, 49, 51, 92, 110, 139, 157, 158, 163, 168, 169, 170, 174, 175
Efectos de medicamentos	22, 23, 96, 104, 110
Eficiencia	18, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 39, 47, 51, 53, 63, 71, 72, 75, 78, 83, 109, 110, 124, 136, 137, 138, 139, 145, 157, 158, 159, 160, 162, 167, 169, 170, 171, 173, 175
Enfermedad crónica	43, 59
Enfermería	36, 76, 90, 104, 109, 115, 121, 125, 130, 144, 157, 162, 172, 175
Ética	84, 85, 91, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 161
Evaluación de procesos	33, 52, 78, 94, 111, 145, 148
Evaluación de resultados	2, 4, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 22, 23, 29, 32, 34, 35, 39, 43, 44, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 58, 65, 66, 67, 68, 70, 77, 78, 79, 99, 100, 104, 107, 108, 110, 111, 133, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 149, 156, 160, 165, 171, 172, 173
Gestión clínica	4, 12, 21, 24, 25, 27, 29, 30, 34, 40, 48, 49, 54, 83, 93, 125, 135, 150, 159, 160, 163, 164, 173
Gestión de cuidados	42, 43, 74, 99, 111, 117
Gestión de la calidad	4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 26, 27, 32, 37, 55, 60, 62, 63, 68, 70, 76, 90, 95, 99, 114, 118, 119, 120, 122, 128, 131, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 146, 147, 150, 155, 156, 162, 166, 167, 168, 171, 173
Gestión de la enfermedad	38
Gestión de la Información	7, 10, 24, 26, 32, 37, 41, 54, 61, 95, 96, 100, 103, 123, 174

Gestión del conocimiento	34, 125, 134, 140, 163, 164
Gestión de personas	4, 71, 112, 113, 139, 165
Gestión de riesgos	52, 70, 88, 89, 90, 100, 101, 103, 105, 107, 108, 118, 119, 148
Gobernanza	166, 174
Hospital	3, 14, 15, 19, 20, 23, 24, 25, 28, 35, 37, 39, 42, 46, 51, 52, 53, 65, 66, 67, 69, 77, 80, 81, 83, 84, 85, 90, 93, 94, 96, 98, 101, 107, 108, 109, 115, 116, 122, 126, 127, 128, 151, 152, 160, 162, 171
Indicadores	11, 23, 24, 27, 29, 35, 48, 49, 50, 70, 94, 103, 123, 145, 171, 172
Infección hospitalaria	44, 105, 111
Lavado de Manos	3
Lista de verificación	3, 97, 156
Manejo de Atención al Paciente	9, 10, 31, 40, 42, 47, 60, 72, 75, 93, 97, 123, 132
Notificación de incidentes	94, 100, 103, 107, 108
Organización y administración	18, 30, 136, 139, 155, 158, 159
Participación	2, 6, 11, 13, 26, 37, 60, 62, 69, 71, 73, 76, 84, 85, 86, 87, 112, 124, 130, 131, 133, 134, 172
Percepción de los profesionales	16, 17, 26, 41, 97, 102, 112, 115, 120, 122, 128, 129, 136, 140, 169, 170
Percepción del paciente	8, 9, 10, 13, 15, 18, 45, 55, 59, 62, 65, 66, 67, 73, 77, 86, 87, 93, 104, 113, 114, 117, 120, 129, 133
Planificación Estratégica	30, 60, 64, 75, 112, 124, 165, 166
Política de salud	161
Prescripciones de medicamentos	31, 58, 92, 98, 106, 161
Problemas de salud	9, 28, 34, 45, 74, 93, 102, 121, 134
Procesos asistenciales	10, 19, 20, 28, 33, 36, 39, 46, 55, 56, 57, 59, 73, 88, 89, 105, 145, 164, 167
Reacción adversa a medicamentos	96, 106
Registros médicos	34, 44, 80, 81, 95
Satisfacción	4, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 36, 37, 48, 49, 55, 62, 65, 66, 67, 77, 78, 82, 104, 112, 113, 117, 123, 125, 128, 129, 130, 133
Seguridad del paciente	3, 22, 33, 36, 42, 44, 53, 56, 57, 61, 72, 74, 80, 81, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 118, 119, 129, 130, 135, 146, 147, 149, 156, 167
Servicios de salud	18, 28, 166
Sistemas de Información	6, 35, 41, 46, 54, 68, 70, 75, 82, 98, 163, 164, 173
Telemedicina	64, 74
TIC y telemedicina	58, 64, 102, 118, 119, 135, 163, 164
Triaje	36
Úlcera por presión	43
Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias	3, 22, 31, 52, 92, 102, 105, 106, 109, 146, 147, 159, 161