SOMUCA

SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

XI CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

Murcia, 14 y 15 de junio de 2017

Libro de Ponencias y Comunicaciones

Servicio Murciano de Salud

Región de Murcia

Arrixaca

www.somuca.es

© SOMUCA. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

ISBN: 978-84-697-2311-1

Diseño y maquetación: Cedes congresos, eventos y servicios turísticos, sl.

Este Libro ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, no se hace responsable de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.

INDICE

Declaración de Interés Científico – Sanitario…… 4

Agradecimientos…… 7

Comités…… 9

Programa…… 12

Ponencias…… 15

Comunicaciones Orales…… 76

Comunicaciones Póster…… 262

DECLARACIÓN DE INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO

Región de Murcia
Consejería de Salud
Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano
Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria

Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial
C/ Pinares 6, 1º 30001 MURCIA
☎ : 012 / 968 36 20 00

CARAVACA 2017
Año Jubilar

NOTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO

Por **Orden de fecha, 24 de mayo de 2017** el Excmo. Sr. Consejero de Salud ha dispuesto lo siguiente:

"ANTECEDENTES DE HECHO

1. Solicitante.				***Expte.***	***J17/2017***
D./Dª	*SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SOMUCA)*			***D.N.I./C.I.F.***	*G30597272*
Domicilio	*C/ SAAVEDRA FAJARDO, Nº 5-ENTLO. PTA 6*			***Localidad***	*MURCIA*
Cód.Postal	*30001*	***Presentación Solicitud***	*25 de abril de 2017*	***Nº Registro de entrada***	*201700201761*

2. Acto a desarrollar.

Descripción	*XI CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL*		
Lugar de celebración	*MURCIA*	***Fecha***	*14 y 15 de junio de 2017*

En relación al acto arriba indicado ha sido tramitado el correspondiente expediente por la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, y visto el informe favorable al reconocimiento emitido por la misma en base a los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1º.-El artículo 2 de la Orden de 12 de junio de 1997, por la que se regula el reconocimiento de interés de actos científico-sanitarios y la acreditación de cursos de interés sanitario, establece que se otorgará el reconocimiento de interés científico-sanitario a aquellas reuniones científicas que bajo la denominación de congresos, jornadas u otras análogas, reúnan los requisitos establecidos en la presente Orden.

Igualmente, se podrá otorgar el reconocimiento de interés científico-sanitario a los trabajos premiados por la Real Academia de Medicina u otras Instituciones sanitarias.

2º- De acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Orden de 12 de junio de 1997, la competencia para conceder o denegar el reconocimiento de interés científico-sanitario de la reunión científica corresponde a la Consejera de Salud, competencia que está delegada en el titular de la Secretaría General, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.6 de la Orden de 4 de noviembre de 2015, de la Consejería de Sanidad por la que se delegan competencias de la titular del departamento en diversos órganos directivos de la Consejería y de su organismo público adscrito.

En su virtud,

D I S P O N G O:

Primero. *Conceder el reconocimiento de interés científico-sanitario al acto a desarrollar arriba reseñado.*

Segundo*: Los efectos de la presente Orden y del reconocimiento que se concede están sometidos a la condición de que el acto se desarrolle bajo el cumplimiento estricto por parte de la entidad solicitante de las características del acto en los términos expuestos en su solicitud, documentación e información adicional presentada, de tal modo que en caso de incumplimiento y/o alteración de modo sustancial de las condiciones originarias que fundamentaron su otorgamiento, tanto la Orden como el reconocimiento quedarán sin efectos.*

Tercero. *Dicho reconocimiento conllevará los beneficios señalados en el artículo 10 de la citada Orden de 12 de junio de 1997 y también obligará al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11 de la misma."*

Lo que le notifico en cumplimiento de lo establecido en el artículo 40 de la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, significándole que contra dicha Orden, que pone fin a la vía administrativa, podrá interponer recurso potestativo de reposición ante el Excmo. Sr. Consejero de Salud en el plazo de 1 mes a contar desde el día siguiente al de la notificación de la presente, o bien, recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, en el plazo de 2 meses a contar desde el día siguiente a esta notificación, sin perjuicio de interponer cualquier otro recurso que estime procedente.

Firmante: MARTINEZ LOPEZ, MARIA JESUS 25/05/2017 10:32:22
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: https://sede.carm.es/verificardocumentos e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) 3ebd50d3-ea03-fcfe-493494746551

Región de Murcia
Consejería de Salud
Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano
Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria

Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial
C/ Pinares 6, 1º 30001 MURCIA
☎ : 012 / 968 36 20 00

CARAVACA 2017
Año Jubilar

Asimismo, le recuerdo la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 11 de la citada Orden de 12 de junio de 1997, en cuanto que en el plazo de 2 meses después de la celebración del acto, los organizadores del mismo deberán remitir a la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, las conclusiones o acuerdos adoptados.

LA JEFA DE SERVICIO DE ORDENACIÓN,
ACREDITACIÓN SANITARIA Y CALIDAD ASISTENCIAL

(Documento fechado y firmado electrónicamente al margen)

Fdo.: María Jesús Martínez López

Firmante: MARTINEZ LOPEZ, MARIA JESUS 25/05/2017 10:32:22
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: https://sede.carm.es/verificardocumentos e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) 3ebd50d3-ea03-fcfe-493494746551

AGRADECIMIENTOS

La **Sociedad Murciana de Calidad Asistencial** desea agradecer su inestimable colaboración a las siguientes instituciones y empresas:

COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente Juan Antonio Marqués Espi. Director Gerente Área I - Murcia/Oeste

Vicepresidente Julián Alcaraz Martínez. Vicepresidente de SOMUCA

Secretario Jesus Leal LLopis. Secretario-Tesorero de SOMUCA

Vocales Mercedes Martínez-Novillo González. Facultativa Especialista en Laboratorio. Experta en Gestión Sanitaria.

Pablo Alarcón Sabater. Director Gral. de Recursos Humanos.

Mª Teresa Martínez Ros. Dir. Gral. Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano.

Carlos Marras Fernández-Cid. Director de Médico. Área I Murcia/Oeste.

Clara Miranda López. Directora de Gestión, Área I Murcia/Oeste.

Pablo Fernández Abellán. Director de Enfermería. Área I Murcia/Oeste.

José Sedes Romero. Director Gerente Área II Cartagena.

Catalina Lorenzo Gabarrón. Director Gerente Área III. Lorca.

Mercedes Barba Pérez. Directora Gerente Área IV Noroeste.

Godofredo Mauro Falomir Gil. Director Gerente Área V Altiplano.

Angel Baeza Alcaraz. Director Gerente Área VI Vega Media del Segura.

José María Cerezo Corbalán. Director Gerente Área VII Murcia/Este.

Tomas Salvador Fernández Pérez. Director Gerente Área VIII Mar Menor.

Carlos Alberto Arenas Díaz. Director Gerente Área IX Vega Alta del Segura.

Francisco Celdrán Gil. Director Gerente Urgencias y Emergencias 061.

Maria Asunción de Concepción Salesa. Directora Medico H. Psiquiátrico Román Alberca.

Jesús Ángel Sánchez Pérez. Director Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria

COORDINADOR EJECUTIVO

Manuel Alcaraz Quiñonero. Presidente de SOMUCA

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente Julio José López-Picazo Ferrer. Área I -Murcia/Oeste

Secretaria Maria Dolores Meroño Rivera. Área II – Cartagena

Vocales

Joaquín Almela Bernal
Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Juan José Arnau Alfonso
Área V – Altiplano

Daniel Campoy Soto
Área III – Lorca

Enrique José Casado Galindo
Área III – Lorca

Claudio Contessotto Spadetto
Área VIII - Mar Menor

Pilar Ferrer Bas
Área I - Murcia/Oeste

Juana Maria Guirao Sastre
Área VII - Murcia/Este

Solanger Hernández Méndez
Área III – Lorca

Dolores Iniesta Martínez
Área IX- Vega Alta del Segura

Ramón López Alegria
Área VII - Murcia/Este

Juan Antonio López García
Área IV – Noroeste

Francisco de Asís López Guerrero
Hospital de Molina

Teodoro José Martínez Arán
Área IV – Noroeste

Marina Martínez de Guzmán
Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Antonia Martínez Martínez
Área IX- Vega Alta del Segura

Concepción Martínez Romero
Área I - Murcia/Oeste

Manuela Muñoz Sánchez
Área VIII - Mar Menor

Antonio Paredes Sidrach de Cardona
Área VI – Vega Media del Segura

Ascensión Sánchez Martínez
Área VII - Murcia/Este

Gorka Sánchez Nanclares
Dirección General Asistencia Sanitaria

Mª del Carmen Santiago García
Área II – Cartagena

Aurora Tomas Lizcano
Dirección General Asistencia Sanitaria

PROGRAMA

Miércoles 14 de junio de 2017

15'00 h **Entrega de Documentación**

16'00 h **Inauguración Oficial**

16'30 h **Sesión de Comunicaciones Orales 1**

Sala Plenaria	**De C001 a C006. Modera: Enrique José Casado Galindo.**
Sala 1	**De C007 a C012. Modera: Daniel Campoy Soto.**
Sala 2	**De C013 a C017. Modera: Concepción Martinez Romero.**
Sala 3	**De C018 a C023. Modera: Pilar Ferrer Bas.**
Sala 4	**De C024 a C029. Modera: Maria Dolores Meroño Rivera.**

17'30 h **Conferencia Inaugural** titulada **"Medicina Exponencial"** a cargo de **Ignacio Hernández Medrano.** Neurólogo. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Presenta: **Juan Antonio Marqués Espi.** Presidente del Comité Organizador.

18'30 h **Mesa de Experiencias Regionales 1**

Modera: **Julian Alcaraz Martínez.** Vicepresidente. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial**.**

- "Proceso de Atención al Parto: Mejoras introducidas en el Área de Cartagena". **Rocío López Pérez**, Ginecóloga. Área II (Cartagena).
- "Formación en Simulación Obstétrica in Situ como estrategia de mejora de la Seguridad del Paciente en el Área III de Salud". **Magdalena Molina Oller,** Coordinadora de Formación Continuada y Docencia del Área III (Lorca) y Jefa de Estudios del Hospital Universitario Rafael Méndez.
- "Reorganizando un equipo de atención primaria en grupos de mejora". **Manuel Alcaraz Quiñonero**, Pediatra EAP. Área V (Altiplano).
- "Proyecto Humanización UCI. H-UCI. El proyecto de un equipo". **Francisco García Córdoba**, Jefe de Sección UCI y **Nieves Escudero López,** Supervisora UCI del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII (Mar Menor).
- "Estudio de igualdad de género en cuatro Áreas de Salud". **Clara Miranda López,** Directora de Gestión y SSGG. Área I (Murcia-Oeste).
- "Enfermedades Profesionales, la pandemia oculta". **Gorka Sánchez Nanclares,** Responsable de Innovación. Dir. Gral. de Asistencia Sanitaria.

Jueves, 15 de junio de 2017

09'00 h **Sesión de Comunicaciones Orales 2**

Sala Plenaria	**De C030 a C035. Modera: Teodoro Martinez Aran.**
Sala 1	**De C036 a C041. Modera: Juan Antonio López García.**
Sala 2	**De C042 a C046. Modera: Marina Martínez de Guzmán.**
Sala 3	**De C047 a C052. Modera: Aurora Tomas Lizcano.**
Sala 4	**De C053 a C058. Modera: Dolores Iniesta Martínez.**

10'00 h **Mesa de Controversia "Beneficios y riesgos del cribado de cáncer"**

Modera: **Manuel Alcaraz Quiñonero.** Presidente. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial**.**

Intervienen:

- **Nieves Ascunce Elizaga.** Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.
- **Jaume Grau Cano**. Oficina de Prevención del Cáncer Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiologia. Hospital Clínico de Barcelona. Universidad de Barcelona.

11'30 h **Pausa Café**

12'00 h **Mesa de Experiencias Regionales 2**

Modera: **Julio José López-Picazo Ferrer.** Presidente Comité Científico**.**

- "El poder de la colaboración Atención Primaria-Salud Mental: de un modelo de derivación a uno de coordinación". **Rosa Viñas Pifarre**, Psiquiatra, Jefa de Sección de Psiquiatría. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Área VI (Vega Media del Segura).
- "Estrategias para implementar las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico en pacientes quirúrgicos". **Rebeca González Celdrán,** Jefe de Sección de Anestesiología del Hospital General Universitario Reina Sofía. Área VII (Murcia-Este).
- "Proyecto Impulso. Autoevaluación de Seguridad del paciente en el Área IX". **Carlos Alberto Arenas Díaz,** Director Gerente. Área IX (Vega Alta del Segura).
- "Unidad de Hospitalización Psiquiátrica: creando ambiente terapéutico". **José Luis Escobar Fernández,** F.E.A. Psiquiatría y **Teresa Nicolás López,** Enfermera. Unidad de Corta Estancia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.
- "Eficiencia tras la implantación de SURE en el SUAP de Murcia San Andrés". **Mª Lucía Boluda Aguilar,** Jefe de Sección de Contabilidad, Facturación y Contratación. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia.
- "Test de estrés en organizaciones sanitarias: gestión de un brote de infección nosocomial en un hospital comarcal." **Teodoro J. Martínez Arán**, Coordinador de Calidad Asistencial. Área IV (Noroeste).

14'00 h **Almuerzo de trabajo.**

16'30 h **Sesión de Comunicaciones Orales 3.**

Sala Plenaria. De C059 a C067. Modera: Mª del Carmen Santiago García.
Sala 1 De C068 a C076. Modera: Solanger Hernández Méndez.
Sala 2 De C077 a C085. Modera: Antonio Paredes Sidrach de Cardona
Sala 3 De C086 a C092. Modera: Manuela Muñoz Sánchez
Sala 4 De C093 a C100. Modera: Gorka Sánchez Nanclares

18'00 h **Conferencia de Clausura** titulada **"De la cabina al quirófano: por la seguridad del paciente"** a cargo de **Pablo Fernández Salmerón.** Piloto de Aviación.

Presenta: **Jesus Leal Llopis.** Secretario. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial.

19'00 h **Clausura del Congreso.**

PONENCIAS

Sesión Plenaria "Experiencias Regionales 1"

"Proceso de Atención al Parto: Mejoras introducidas en el Área de Cartagena".
Rocío López Pérez..... **17**

"Formación en Simulación Obstétrica in Situ como estrategia de mejora de la Seguridad del Paciente en el Área III de Salud".
Magdalena Molina Oller..... **21**

"Reorganizando un equipo de atención primaria en grupos de mejora".
Manuel Alcaraz Quiñonero **26**

"Proyecto Humanización UCI. H-UCI. El proyecto de un equipo".
Francisco García Córdoba y Nieves Escudero López **32**

"Estudio de igualdad de género en cuatro Áreas de Salud".
Clara Miranda López **36**

"Enfermedades Profesionales, la pandemia oculta".
Gorka Sánchez Nanclares **42**

Sesión Plenaria "Experiencias Regionales 2"

"El poder de la colaboración Atención Primaria-Salud Mental: de un modelo de derivación a uno de coordinación".
Rosa Viñas Pifarre..... **46**

"Estrategias para implementar las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico en pacientes quirúrgicos".
Rebeca González Celdrán..... **51**

"Proyecto Impulso. Autoevaluación de Seguridad del paciente en el Área IX".
Carlos Alberto Arenas Díaz..... **55**

"Unidad de Hospitalización Psiquiátrica: creando ambiente terapéutico".
José Luis Escobar Fernández, y Teresa Nicolás López..... **61**

"Eficiencia tras la implantación de SURE en el SUAP de Murcia San Andrés".
Mª Lucía Boluda Aguilar..... **66**

"Test de estrés en organizaciones sanitarias: gestión de un brote de infección nosocomial en un hospital comarcal."
Teodoro J. Martínez Arán..... **71**

PROCESO DE ATENCIÓN AL PARTO. MEJORAS INTRODUCIDAS EN EL ÁREA DE CARTAGENA.

Rocío López Pérez, Médico Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Área de Paritorio y Bloque Obstétrico.
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Autores.
López-Pérez R, Sevilla Hernández G, Santiago García C, Lorente Fernández M, Leante Castellanos JL, Sánchez Zapata MI.

Introducción.

La Estrategia de Atención al Parto Normal, impulsada por el Ministerio de Sanidad en 2008 comenzó a cambiar la Atención al Nacimiento en las Maternidades de todo el país, basada en la humanización y la evidencia científica, en un contexto integral de embarazo, parto, puerperio y recién nacido (RN).

Además de los cambios propios que cada Hospital fue llevando a cabo, el Servicio Murciano de Salud impulsó una estrategia común con la formación de un Grupo de Trabajo y la elaboración de la Vía Clínica de Atención al Parto Normal (2013).

En nuestra área, el deseo de implantación de la Vía Clínica regional y el análisis de las encuestas EMCA sobre Calidad Percibida en los Servicios Obstétricos, identificaron varias áreas de mejora. En 2016, la Comisión de Calidad del Área II comunicó al Servicio de Obstetricia y Ginecología como puntos a mejorar más importantes, la información recibida por los padres y algunos aspectos sobre la seguridad del paciente.

Objetivos.

Mejorar la información y la seguridad se estableció como objetivo principal. Como objetivo secundario, se planteó analizar otros aspectos que tuvieran oportunidad de mejora sobre todo derivados de la implantación de la Vía Clínica regional.

Métodos.

Se creó un grupo multidisciplinar constituido por representantes de las todas las áreas comprometidas con el Proceso del Nacimiento: Unidad de Medicina Maternofetal, Paritorio, Planta de Hospitalización, Neonatología.

Se proporcionaron las encuestas a los participantes y se analizaron a fondo los resultados. Con análisis exhaustivo y trabajo en equipo, se identificaron aquellas áreas que ya estaban mejorando, y otros aspectos deficitarios, para los que se diseñaron estrategias de mejora.

Resultados.

Algunos de los más relevantes han sido:

1. Desde Atención Primaria (AP), surgían problemas de citaciones o dudas sobre el control de la gestante. Estas circunstancias ponían en marcha vías de comunicación, como fax, teléfono y otras, no suficientemente resolutivas.

   Se implementó la *INTERCONSULTA POR VÍA TELEMÁTICA*. La matrona contacta mediante SELENE, y la respuesta es dada por el obstetra en un margen de 48 horas.

2. El diagnóstico prenatal había evolucionado mucho pero aun nos quedaba contar con la posibilidad de realizar *BIOPSIAS DE VELLOSIDADES CORIALES* (BVC) para conseguir diagnósticos más precoces.

   Se diseñó la estrategia de implementación. Desde diciembre de 2015, a día de hoy, es un procedimiento consolidado.

3. Se elaboró el *DOCUMENTO INFORMATIVO Y PLAN DE PARTO* propio, con muy buena acogida en AP. Las matronas pueden entregarlo a las familias en sus consultas. Potencia la información de los padres sobre aspectos concretos del Nacimiento en nuestra Maternidad.

4. *ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO*. La mujer desarrolla su periodo de dilatación en salas Dilatación-Paritorio. Se ha fomentado mucho el acompañamiento por su pareja (u otra persona). Esto hace que la información sea fácil de transmitir y de recibir, así

como mejora la vivencia y el vínculo familiar. Además, cada vez es más frecuente que el padre no abandone la sala, incluso en partos instrumentados o procedimientos sobre el bebé como la toma de pH de calota.

5. Desde 2010 se ofrece la *RECOGIDA PARA DONACIÓN ALTRUISTA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL* (SCU) tras el parto, con almacenaje en el Banco de Málaga. Las cifras habían ido descendiendo.

   Se reforzó la idea en las matronas de AP de la información a las gestantes de este recurso, y se sugería a las pacientes programadas para cesárea electiva desde nuestras consultas. De esta forma se ha incrementado notablemente la recogida de SCU.

6. Humanización de la cesárea. Hasta el momento, la madre era separada del padre y de la criatura, que podía realizar piel-con-piel con su padre. La madre después se trasladaba a la sala de Reanimación general, donde no se permite el acompañamiento del padre ni del RN.

   Se determinó llevar a cabo el *PIEL-CON-PIEL*. Se habilitó una Sala de Reanimación en el Área de Paritorio, y una matrona de refuerzo para control médico y acompañamiento de la mujer. Se ha comenzado por las cesáreas programadas por la posibilidad de planificación. A partir de 2016, en el 44% de las cesáreas electivas realizadas, se ha podido realizar.

7. En Planta, los bebés eran explorados en el nido, separados de sus padres que eran informados posteriormente. Esta situación acarreaba problemas de interacción entre pediatra y padres, y otros de seguridad. En 2014 el pediatra comenzó a revisar a *CADA RN EN LA HABITACIÓN*, junto a sus padres. Esta situación soluciona dudas, favorece el vínculo y disminuye los riesgos. A día de hoy es una práctica consolidada.

   Actualmente, se exploran *CADA DÍA*. Este cambio ha aumentado la tasa de detección de enfermedades al nacimiento. Se ha creado una *CONSULTA DE ATENCIÓN A PROBLEMAS NEONATALES PRECOCES*, con revisión a las 24-48 h tras el alta permitiendo controles ambulatorios que antes requerían ingresos.

Se ha potenciado la información a los padres sobre cuidados del RN: tomas, deposiciones, y atención del cordón umbilical, recientemente cambiado tras un estudio de la sección de Neonatología.

8. Los procedimientos realizados fuera de la habitación, como el baño, se realizan en *PRESENCIA DE LOS PADRES*, esto favorece su aprendizaje y aumenta la seguridad. Actualmente se realizan en Planta las *PRUEBAS METABÓLICAS* de sangre y orina, evitando que, por mala información, no se realicen en el domicilio.

9. Implicación en la elaboración de la *HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA* del RN. Ésta ha permitido la monitorización de indicadores y el tratamiento de los datos. El Servicio de Pediatría es el encargado de su pilotaje regional.

10. Diseño y entrega de *FOLLETOS INFORMATIVOS*: de Acogida, sobre comidas, horarios, visitas; de Alta, con cuidados del RN y recomendaciones para la madre sobre rehabilitación del suelo pélvico.

11. *OTRAS* mejoras han sido, Comité Perinatal semanal, la Sesión Clínica diaria en Paritorio, el Banco de leche materna, la Escuela de Padres y encuestas de calidad percibida en puérperas.

Conclusiones.

1. La creación de *Equipo multidisciplinar* es capital. Para llegar a la excelencia, es fundamental comprometer a todos los sectores implicados.
2. El documento Vía Clínica de Atención al Parto Normal ha sido una herramienta útil para identificar y llevar a cabo numerosas mejoras.
3. La actuación sobre *procesos concretos* puede redundar en grandes beneficios, como en nuestro caso la focalización sobre las cesáreas programadas ha permitido el piel-con-piel, y aumentar la donación de SCU.
4. Son fundamentales *adecuados sistemas de registro* de la actividad para la detección de áreas de mejora.

FORMACIÓN EN SIMULACIÓN OBSTÉTRICA IN SITU COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA III

Magdalena Molina Oller. Ginecóloga. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia. Jefa de estudios del HURM.
Hospital Universitario Rafael Méndez. Área III (Lorca).

Autores.
Molina Oller M, García Ré E, Martínez Pérez O, Espinosa Melenchón I, Moreno Ruiz JR, Rodríguez Abellán E.

Introducción.

La Seguridad del Paciente es uno de los objetivos principales de las actuales Organizaciones Sanitarias. La Simulación es una técnica formativa que ha demostrado ser muy eficaz para asegurar la seguridad del paciente. Con la simulación se crean situaciones similares a la realidad para que un grupo de participantes experimenten una representación de un acontecimiento real para practicar y aprender. Se considera el mejor modo de adquirir habilidades, especialmente en aquellas situaciones graves y poco frecuentes, sin riesgo para el paciente.

Con la simulación se puede entrenar y mejorar habilidades técnicas y relacionales como control en situación de crisis, comunicación entre los miembros de un equipo, liderazgo, distribución de tareas, y otras que son imprescindibles para la asistencia sanitaria actual. Por tanto tiene un potencial ilimitado en los distintos niveles de formación (Grado, Formación Sanitaria Especializada y Formación Continuada).

En España no existe formación reglada en Simulación obstétrica, al contrario que otros países. La Simulación Obstétrica ha demostrado ser especialmente efectiva en las Emergencias Obstétricas donde el entrenamiento en ciertas habilidades o técnicas que no se utilizan frecuentemente y la buena coordinación del trabajo en equipo son esenciales para la adecuada resolución de los casos que pueden llegar a tener importantes consecuencias. La característica más importante que deben cumplir estas acciones formativas es que deben ser multiprofesionales (formación conjunta del equipo obstétrico:

matronas y ginecólogos, y en determinadas ocasiones también anestesistas, pediatras, enfermeras, etc.).

Son numerosas las situaciones obstétricas que han demostrado que cumplen los requisitos para mejorar la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente con la formación en simulación de sus profesionales (parto de nalgas, parto instrumentado, hemorragia postparto, eclampsia, parada cardio-respiratoria en gestante, etc.). La formación que más evidencia tiene que repercute claramente en un resultado en salud y ha demostrado ser coste-efectiva (nivel 5 del modelo de Kirckpatrick) es la formación en Distocia de Hombros (DH). Por ello las Sociedades científicas como la SEGO recomiendan la realización de talleres repetidos anualmente en DH a todos los profesionales que atienden partos.

Para poder desarrollar una formación en simulación obstétrica se debe disponer de Instructores, de Simuladores y de un Programa formativo. Esta simulación se puede realizar en grandes centros de simulación con simuladores de alta fidelidad y equipos muy sofisticados o bien en los propios hospitales donde trabajan los profesionales, utilizando sus propios medios y con equipos menos costosos, la llamada "Simulación obstétrica in situ".

Objetivos.

1. Implementar la simulación obstétrica in situ en el Área Sanitaria III como un entorno seguro de aprendizaje en habilidades técnicas y no técnicas, imprescindibles para el trabajo en equipo.
2. Mejorar la seguridad de nuestras pacientes a través de esta formación que se caracteriza por ser multiprofesional y repetida a lo largo de los años, centrada en el que aprende y basada en una educación de adultos.
3. Analizar la formación realizada en simulación obstétrica en el Área Sanitaria III en los últimos 5 años, especialmente a partir de 2015 con la participación del Equipo de Simulación Obstétrica del Hospital Puerta de Hierro, análisis de satisfacción y aprendizaje (Nivel 1 y 2).
4. Analizar la repercusión en la organización (nivel 3) y en resultados (nivel 4) de la formación y perspectivas de futuro.

Método.

Para la implementación de la estrategia se ha contado con la participación de prácticamente todo el equipo obstétrico del área, y desde 2015 con la participación del equipo de simulación obstétrica del Hospital Puerta de Hierro, tanto para la realización de algunos talleres, como para el préstamo de los simuladores y como última aportación la formación de instructores del área III.

Para realizar esta estrategia se necesitan simuladores que en una primera etapa eran modelos anatómicos de cerdo que se conseguían en los mataderos locales (anos), en una segunda etapa se utilizaron simuladores prestados por los compañeros de HPH y en las últimas formaciones se hicieron con simuladores adquiridos por la Consejería a instancia nuestra.

Realizamos un análisis descriptivo de la formación desde el año 2013 y análisis de la satisfacción (nivel 1) con las encuestas.

Para analizar el aprendizaje y el impacto en la organización se ha realizado una encuesta a los participantes. En la encuesta se les realiza preguntas sobre su nivel de aprendizaje y la implementación de este aprendizaje en la organización. También se analiza a través de entrevistas con supervisores y jefes los cambios producidos tras la realización de las acciones formativas. Estas últimas actividades están en la actualidad en recogida.

Resultados.

Realización en los últimos 5 años de 10 acciones formativas de simulación obstétrica, acreditadas y la mayoría multiprofesionales (matronas, ginecólogos y residentes). Gráfico 1

Han participado la mayoría de profesionales del servicio de Obstetricia, además de anestesistas, auxiliares de enfermería y profesionales de otras áreas sanitarias. En total 192 participantes.

Se han estandarizado los talleres, con un programa definido (basado en el programa PROMPT del Reino Unido), con listas de comprobación y evaluación, que permiten su

repetición y se han formado varios componentes del equipo como instructores. Además se dispone actualmente de dos pelvis de entrenamiento.

Los niveles de satisfacción de las acciones son muy altas (G 2), y así como el aprendizaje (G 3) y el impacto sobre la organización (G 4 y 5). Los resultados en la población est.

Conclusiones.

1. Se trata de una experiencia innovadora a nivel nacional con formación obstétrica in situ durante 5 años y repetida, que asegura un entorno de aprendizaje seguro.
2. Responde a una necesidad de formación multiprofesional y de formación específica para trabajar en equipo, con importantes mejoras de las habilidades de comunicación y otras relacionales.
3. Se ha traducido en cambios importantes en la organización, con introducción de protocolos, hojas de registro y listas de comprobación. Estamos a la espera de cambios en resultados de salud.
4. Esta estrategia aporta ilimitadas posibilidades de formación basada en la seguridad del paciente, colocando al alumno en el centro de la formación, lo que favorecerá que estos profesionales coloquen al paciente en el centro de la asistencia.

Anexos.

Gráfico 1

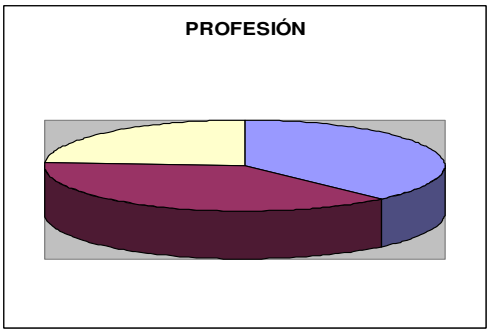


Gráfico 2

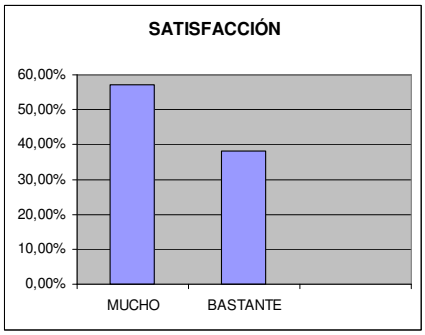


Gráfico 3

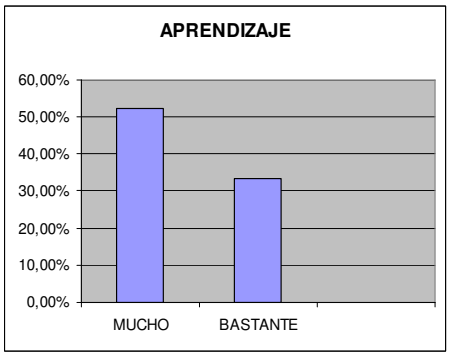


Gráfico 4

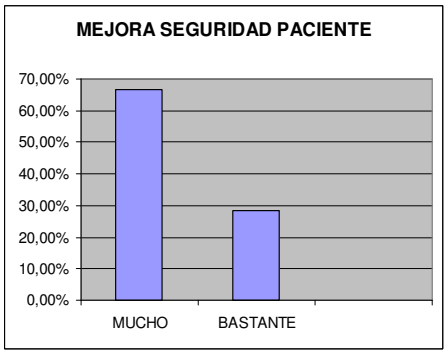
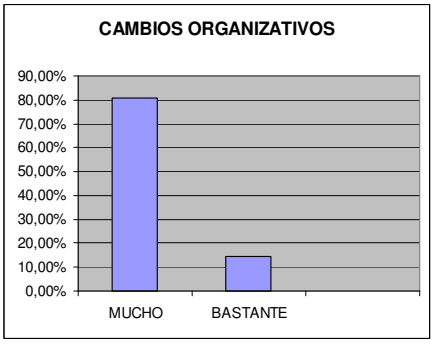


Gráfico 5



REORGANIZANDO UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN GRUPOS DE MEJORA.

Manuel Alcaraz Quiñonero. Pediatra EAP.
Centro de Salud Yecla Este. Área V (Altiplano)

Autores.

Alcaraz Quiñonero M, Rodríguez Quijano L, Ramírez Gómez DR, Sánchez Mejía YE, Vigueras Abellán JJ, Gonzálvez Lozano MJ.

Introducción.

Según establece la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema sanitario la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. La accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad son los atributos que van a asegurar su calidad y su eficiencia.

Cada profesional se responsabiliza de un área de actuación, con unas actividades definidas. Para llevar a cabo estas funciones el Centro de Salud tiene una estructura funcional jerarquizada con un esquema clásico vertical con responsables médicos, de enfermería y de administración que dependen de las divisiones de las Gerencias de AP o de las Gerencias de Área. Además, también dispone de una estructura funcional informal, también vertical, con asignación de responsabilidad en áreas muy diversas y con gran variabilidad entre centros: responsable de almacén, de vacunas, de docencia, etc.

En nuestra área, como en tantas otras, se han llevado a cabo diversas experiencias con la finalidad de encontrar espacios de participación en proyectos compartidos. La puesta en marcha de las comisiones paritarias de áreas, de comisiones clínicas o la implantación de la gestión de los procesos asistenciales no han conseguido armar un entorno de participación, bien por su falta de continuidad o por el fracaso de su implementación

Objetivos:

El Centro de Salud no es una mera agrupación de profesionales que comparten un espacio físico, sino que éstos conforman un equipo de trabajo.

La toma de decisiones de forma multidisciplinaria conlleva una mejor información a las deliberaciones del grupo, ofrece un mayor grado de aproximaciones al problema, y en consecuencia un mejor entendimiento y aceptación de las decisiones finales.

Planteamos incorporar las dinámicas de la mejora continua con la finalidad de:

- Trabajar de manera multidisciplinar sobre los procesos más prevalentes.
- Identificar problemas organizativos para abordar su mejora.
- Poner en marcha proyectos colectivos para recuperar dinámicas de equipo. Implantar una cultura de mejora de la calidad en el centro.
- Desarrollar proyectos de investigación en un centro de carácter docente.

Método.

Se planteó en una reunión de equipo conformar grupos de mejorar para trabajar sobre procesos asistenciales prevalentes y sobre problemas organizativos. Los equipos de mejora estaría constituidos por profesionales de los distintos estamentos (médicos, médicos residentes, enfermeras y personal de administración) y estarían coordinados por un profesional del staff y un médico residente. Se decidió que la adscripción a los grupos se haría de forma voluntaria. Un profesional con experiencia en evaluación y mejora daría apoyo metodológico a todos los grupos de mejora.

En una segunda reunión se identificaron problemas clínicos y organizativos y se decidió por consenso priorizar cuatro problemas: 1) proceso de atención al niño asmático, 2) proceso de atención al paciente adulto diabético, 3) proceso de atención al paciente con hipertensión arterial (HTA) y 4) atención a las emergencias en el centro.

En la programación de sesiones clínicas docentes del centro se incorporaron sesiones sobre metodología de evaluación y mejora de la calidad asistencial.

Se ha seguido la metodología clásica de ciclo de mejora: definición de criterios para medir la calidad, planteamiento de intervenciones para mejorarla y nuevas mediciones para comprobar la efectividad de las mismas, y así de forma progresiva con la intención de ajustar los procesos y poder establecer un sistema de monitorización.

Para los tres procesos asistenciales se utilizó como fuente de datos la historia clínica electrónica (OMI-AP). En cuanto a la población de estudio, en el proceso de atención al niño asmático se analizó la totalidad de la población de niños asmáticos de los cuatro cupos de pediatría. En los procesos de atención al paciente diabético y al paciente con HTA se utilizó un procedimiento de muestreo aleatorio simple eligiendo 6 pacientes de cada uno de los cupos de los médicos de familia. En el proceso de atención a las emergencias se realizó una encuesta sobre actitudes y conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar, se evaluó el protocolo de carro de parada y se analizó el flujograma de atención a las emergencias vigente.

Los Grupos de Mejora van dando cuenta en las sesiones clínicas programas, dado que las acciones correctoras competen a todo el equipo de atención primaria.

Resultados.

El 60% de los profesionales forman parte de los grupos de mejora (100% de los MIR, 73% de los médicos, 63% del personal de enfermería, y el 20% del personal de administración).

1) Proceso de atención al paciente asmático:

   La primera evaluación mostró incumplimiento en todos los criterios, siendo los más incumplidos los relativos a la información al paciente sobre su enfermedad, el correcto tratamiento en relación con la clasificación del asma y el grado de control, y la realización de una espirometría en el último año.

   Tras la implementación de las acciones de mejora consensuadas por el grupo de trabajo se repitió la medición con la misma metodología y se estableció una comparación con la primera evaluación. Todos los criterios experimentaron una mejora evidente, siendo ésta globalmente de hasta un 44% (gráfico 1).

2) Proceso de atención al paciente diabético:

   De los 12 criterios que se definieron, el 56% de los incumplimientos correspondía a 8 de ellos: buen control de dislipemia, autocontrol por el paciente, realización de ECG, realización de fondo de ojo, registro de factores cardiovasculares asociados, buen control glucémico y correcto registro en episodio de diabetes mellitus (gráfico 2). En el momento actual se han definido intervenciones de mejora para realizar con posterioridad una segunda medición.

3) Proceso de atención al paciente con HTA:

   De los 8 criterios que se definieron, el 60% de los incumplimientos correspondía a realización de ECG, registro dentro del episodio de HTA, realización de analítica e inclusión en el programa de HTA (gráfico 3). En el momento actual se han definido e implementado intervenciones de mejora para realizar con posterioridad una segunda medición.

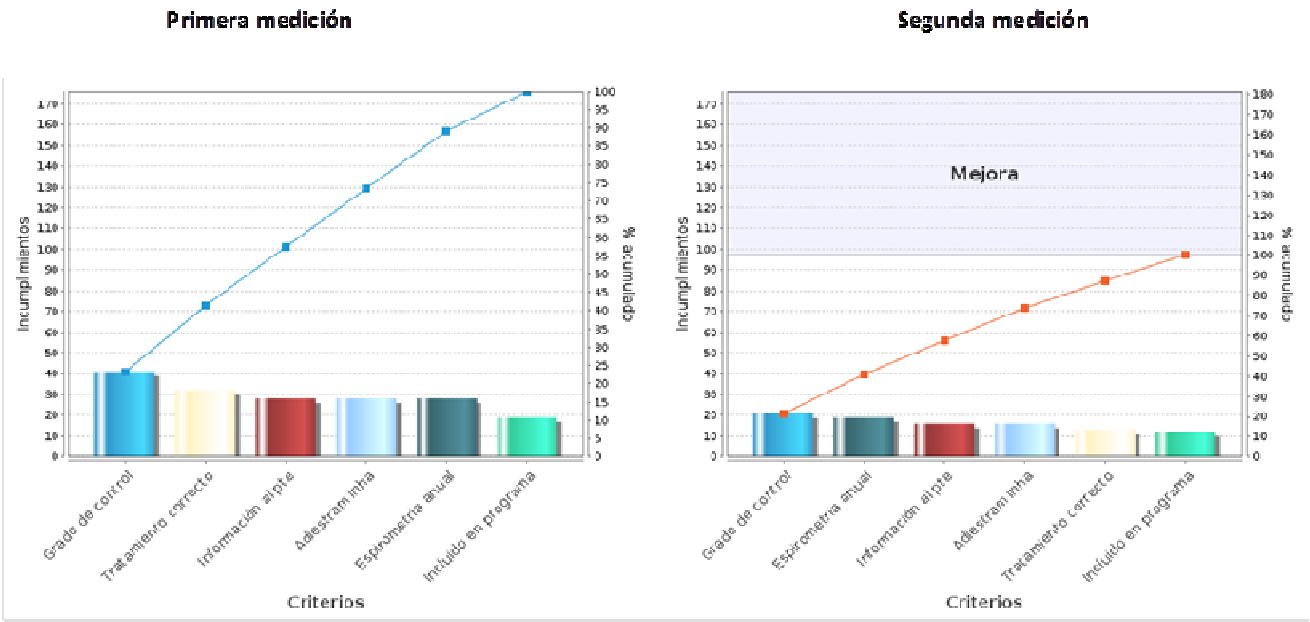
4) Proceso de atención a las emergencias en el centro:

   Se ha realizado un análisis de causas, definición de criterios y se está en fase de medición.

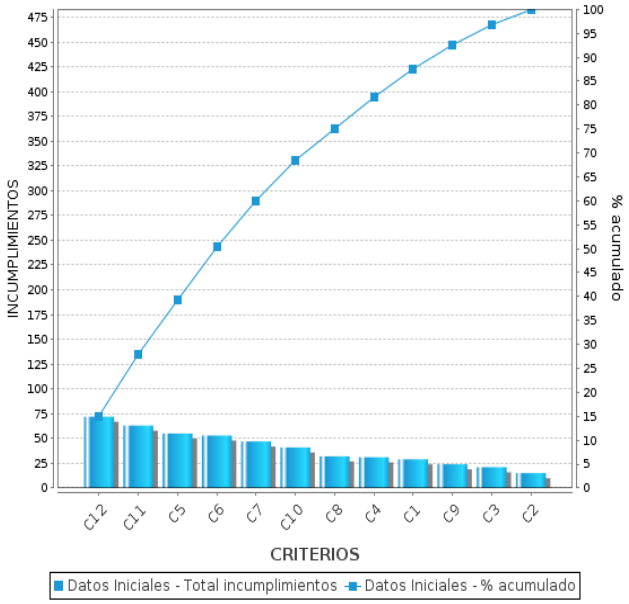
Conclusiones.

La detección de problemas para su mejora permite buscar un interés común para implementar proyectos compartidos entre los profesionales y superar así un sistema de funcionamiento excesivamente individualista en los centros de salud.

Anexos.



Gráfica 1. Proceso de atención al niño asmático. Diagrama de Pareto antes-después donde se muestran los datos de la primera medición y de la segunda medición, tras implementar las acciones de mejora.



Acciones correctores:

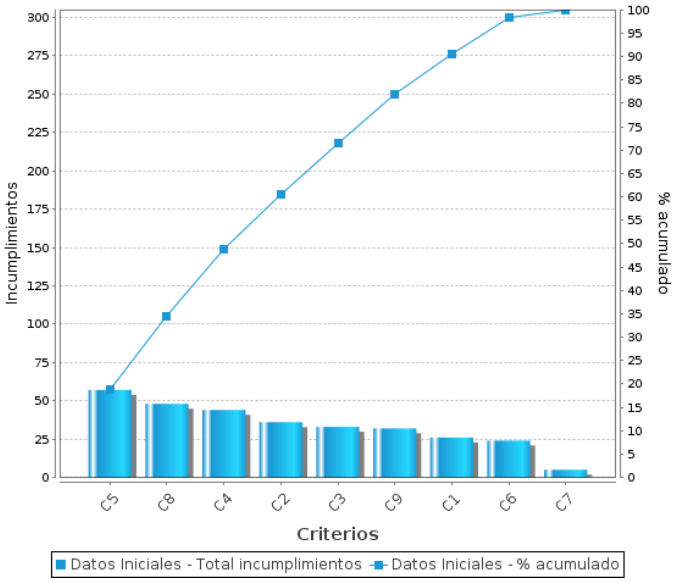
Realizar y distribuir Guía Rápida de Diabetes.

Elaborar información por escrito para pacientes.

Formación en educación diabetológica.

Contactar con asociación de diabéticos para plantear intervenciones comunitarias.

Gráfica 2. Proceso de atención al paciente diabético. Diagrama de Pareto donde se muestran los datos de la primera medición y las acciones de mejora.



Acciones correctores:

Guía Rápida de bolsillo (diagnóstico y seguimiento).

Todo hipertenso entrará en programa HTA

Flash en hipertensos, si se puede automatizar, con recordatorios

Posibilidad de incluir en perfil analítico HTA de OMI los parámetros analíticos recomendados.

Recomendaciones por escrito a los pacientes (ej: dieta, cómo realizar AMPA).

Sesión clínica para explicar herramientas disponibles y zonas de registro.

Gráfica 3. Proceso de atención al paciente con HTA. Diagrama de Pareto donde se muestran los datos de la primera medición y las acciones de mejora.

PROYECTO HUMANIZACIÓN UCI (H-UCI). "El proyecto de un equipo".

Francisco García Córdoba. Jefe de Sección de UCI.
Nieves Escudero López. Supervisora de UCI.
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII (Mar Menor).

Autores.

García Córdoba F, Escudero López N, Cuenca Rodríguez L, Del Saz Ortiz A, Illán Macuñan M, Martínez Dacosta C.

Introducción.

La atención en cuidados intensivos ha progresado de forma muy importante en los relativamente pocos años de vida de la especialidad. El desarrollo técnico junto al asentamiento de todo un cuerpo de doctrina, ha conseguido una mejora de resultados muy notoria. Hemos conseguido alcanzar niveles de éxito terapéutico extraordinarios, siendo la mortalidad actual alrededor de un 10% de los ingresados, unas cifras difíciles de imaginar hace pocos años. Ese progreso, ha permitido evidenciar que a veces nuestros pacientes evitan la muerte pero muy deteriorados. Son muchos los déficits y la secuelas no sólo físicas, sino también psicológicas, sociales o espirituales. Por todo ello, existe una corriente de opinión que engloba a muchos profesionales de la UCI que desarrolla propuestas para mejorar la calidad de nuestros resultados.

La UCI del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor inició su andadura en marzo de 2011.

Tras un tiempo de puesta en marcha, nos planteamos la necesidad de mejorar la calidad de nuestro "producto de salud". Observamos que algunos enfermos de larga estancia presentaban al alta de UCI una situación funcional con muchas limitaciones. Por ello empezamos a trabajar en ello. Planteamos reuniones de todo el personal e hicimos varios grupos multidisciplinares que orientamos en 3 líneas que la literatura científica avalaba.

Un grupo trabajó sobre la analgosedación, su medición y registro y sobre todo, sobre su abordaje dinámico. Un segundo grupo se centró en la prevención y monitorización del

delirio, y en un tercer grupo fisioterapeutas y rehabilitadores junto al personal específico de la UCI trabajaron en la movilización precoz y la rehabilitación temprana. Además, iniciamos una colaboración con el departamento de Cronobiología de la UMU sobre temas ambientales en la UCI y su afectación a los ritmos circadianos.

A pesar de los progresos que todo esto ha supuesto, notamos cierto estancamiento y en la búsqueda de cómo podíamos reimpulsar el proyecto nos encontramos con un regalo, el proyecto H-UCI impulsado desde la Comunidad de Madrid[1] y liderado por el Dr. Gabriel Heras. Era y es un proyecto estructurado al que nos sumamos y con cuya metodología hemos tomado nuevo impulso, sabiendo que buena parte del camino ya lo hemos andado.

Objetivos.

El plan de Humanización de la UCI identifica 8 líneas estratégicas de actuación y cada una de ellas es un objetivo en sí mismo.

1. Flexibilizar horarios.
2. Mejorar la comunicación.
3. Mejorar el bienestar del paciente.
4. Promover la participación de los familiares en los cuidados.
5. Potenciar los cuidados al profesional.
6. Prevenir el Síndrome post-UCI.
7. Mejorar la infraestructura.
8. Promover los cuidados al final de la vida.

Método.

El Plan de Humanización en las UCIs de la Comunidad de Madrid1 recoge indicadores de calidad para cada una de las actividades que derivan de estas líneas estratégicas. Entendemos que es un plan estructurado que sirve perfectamente a nuestros objetivos. Hemos asumido el documento con la anuencia de sus autores y estamos desarrollándolo. Evidentemente cada escenario ofrece unas posibilidades no necesariamente iguales.

[1]Plan de humanización H-UCI. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid.

1º Se han impartido sesiones explicativas del plan a todo el personal incluyendo intensivistas, enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, médico rehabilitadora, y celadores.

2º Una vez conocido el plan hemos establecido 8 grupos para que todos los profesionales que quisieran se adscribieran a uno o varios grupos de trabajo para trabajar de forma participativa.

3º Hemos facilitado la aplicación TRELLO para que todo el mundo pueda interactuar online sin necesidad de estar de presencia física.

4º La idea fuerza que hemos intentado promover, es que las conclusiones y propuestas deben partir de lo que propone la literatura científica sobre el particular, adaptándolo a nuestra realidad específica, intentando siempre una base amplia de convencimiento entre las personas que trabajamos en la UCI, y considerando que todo ello no es una cuestión de "buenismo", sino un ejercicio de profesionalidad.

Resultados.

Los resultados tangibles a día de hoy son los siguientes:

- Hemos flexibilizado los horarios de visita, aunque todavía no hemos cerrado la propuesta definitiva.
- Hemos establecido desde hace tiempo sesiones clínicas conjuntas cada mañana donde participan médicos intensivistas y médico rehabilitadora, enfermeros, auxiliares, y fisioterapeutas.
- Un día a la semana participan también los miembros del equipo psicosocial que a través de la "Fundación La Caixa "están colaborando con el Centro.
- Hemos establecido la información conjunta a la familia entre médicos y enfermeros.
- Hemos establecido un protocolo de analgosedación y de control del delirio, midiendo escalas de analgesia, de sedación y de riesgo de delirio. Se registran estas escalas y se establecen objetivos tratando de que el proceso sea dinámico y adaptativo las 24 horas del día.

- Hemos participado y estamos participando en varias iniciativas multicéntricas de ámbito estatal sobre demandas de pacientes, familiares y profesionales.
- Estamos colaborando con la Universidad de Murcia en el estudio de cuestiones ambientales, su relación con ritmos circadianos y sus consecuencias.
- Hemos hecho varias modificaciones estructurales para mejorar el confort de los pacientes.
- Estamos reformando la sala de espera, e incluso estamos en conversaciones para modificar su decoración y estructura para hacerla más amable.
- Hemos establecido un programa de talleres para aprender sobre diversos aspectos de los cuidados al final de la vida.
- Estamos diseñando una consulta para el seguimiento del conocido como Síndrome post-UCI.

Conclusiones.

Estamos en pleno desarrollo del Plan, y volviendo la vista atrás sabemos que hemos avanzado mucho, pero sobre todo hemos conseguido que todos estos temas estén en el ambiente de trabajo. Se habla, se comenta y se propone con naturalidad sobre todos estos temas, y además se hace de forma transversal con la participación de todos los estamentos. Ese cambio cultural es el gran logro junto al concepto de equipo. Los retos para el futuro serán continuar con el desarrollo del proyecto y monitorizar para evitar perder el impulso, pero en todo caso creemos que se han establecido conceptos que difícilmente volverán atrás.

ESTUDIO DE IGUALDAD DE GÉNERO EN CUATRO ÁREAS DE SALUD.

Clara Miranda López. Directora de Gestión y Servicios Generales.
Área de Salud I (Murcia-Oeste).

Autores.

Miranda López C, Marqués Espí JA, Soler López R, Hernández Meseguer C, Vigueras Paredes P, Martínez Romero C.

Introducción.

En el contexto socioeconómico actual sigue poniéndose de manifiesto la necesidad de avanzar en la consecución de una igualdad real y efectiva, tanto por las obligaciones jurídicas como por razones organizativas.

Para poder trasladar la igualdad formal y conseguir la igualdad real, se detecta la necesidad de crear una herramienta (documento estratégico), llamado Plan de igualdad, cuya finalidad es integrar la igualdad entre hombres y mujeres. Pretende incurrir e implicar de forma positiva en la plantilla y en todas las áreas que componen la organización. Debe ser un documento flexible, ya que estará sujeto a cambios constantes.

En el sector sanitario la presencia de las mujeres es mayoritaria en términos absolutos y se va incrementando su representación en los grupos superiores en titulación y en los grupos de edad más jóvenes.

A pesar de esto, la representación de las mujeres en los puestos de responsabilidad continúa siendo escasa.

- ¿Están las organizaciones sanitarias preparadas para respetar la igualdad de oportunidades por razón del sexo, salario,…?
- ¿Existe desigualdad en el acceso a mandos intermedios o directivos?
- ¿Repercute en desigualdad de los salarios?

Para tratar de dar respuesta a las cuestiones anteriormente planteadas, el Área I propone confeccionar un plan de igualdad y disponer de la información completa y detallada para detectar posibles desigualdades y establecer líneas para su corrección.

Objetivos.

- Disponer de la información completa y detallada para detectar posibles desigualdades y establecer las líneas para su corrección.
- Eliminar los desequilibrios en el acceso, participación y desarrollo de los hombres y mujeres.
- Establecer la protección efectiva frente al acoso sexual.
- Lograr que mujeres y hombres estén en igualdad de oportunidades y avalar una correcta gestión del talento.

Ámbito.

- Organizativo: Análisis del personal que presta servicios en un Área de Salud.
- Geográfico: El estudio se ha realizado comparando cuatros Áreas de Salud de: Galicia, Comunidad Valenciana y Murcia.

  Departamento de Salud de Elche.
  Departamento de Salud de Orihuela.
  Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.
  Área I-Murcia Oeste.
- Temporal: Datos analizados del ejercicio 2015.

Fuente.

Bases de datos y ficheros existentes para la gestión de RRHH de las Áreas de Salud seleccionadas.

Metodología.

Se realizado un estudio transversal descriptivo con recogida de datos a través de formularios y encuestas.

La realización del diagnóstico se ha realizado en las siguientes fases:

- Planificación de las tareas a realizar y comunicación de la decisión de realizar un diagnóstico de situación.
- Recogida de información y sistematización de la misma.

Variables Analizadas por sexo y edad, referidas a 31/12/2015:

- ✓ Categorías profesionales.
- ✓ Excedencias por cuidados de hijo, hija y familiares.
- ✓ Reubicaciones/Adaptaciones por razón de enfermedad.
- ✓ Casos de acoso laboral.
- ✓ Absentismo.

Resultados.

Ver Anexo: Tablas de Resultados.

Estudio específico del Área I- Murcia Oeste:

- La plantilla del Área I, a 31 de Diciembre de 2015, está compuesta por un 72% de mujeres y un 28% de hombres. El dato indica que la plantilla está feminizada, con una edad media de 49 años.
- La concentración masculina es mayor en la categoría A1 (41%), en cambio la concentración femenina se encuentra en las categorías A2 (32%) y C2 (34%), fundamentalmente en el personal sanitario no facultativo.
- En Atención especializada se han dado dos casos de acoso laboral en la misma proporción, una mujer y un hombre.
- En el año 2015, en atención especializada se reubicaron/adaptaron a 37 profesionales siendo un 84% mujeres. El 100% del personal reubicado en atención primaria son mujeres de las categorías de enfermería y auxiliar de enfermería.
- El número de excedencias por cuidado de hijos/hijas en atención especializada ha sido 32, en su totalidad son mujeres.
- De un total de 36 excedencias por cuidados familiares, el 89%han sido disfrutados por mujeres.

Estudio comparativo con las cuatro Áreas de Salud:

- La tendencia general del equipo directivo de las cuatro Áreas de Salud es que existe mayor proporción de hombres en la dirección y mayor número de mujeres en la subdirección, esa tendencia cambia en el Departamento de Salud de Orihuela, en la que hay mayor número de mujeres, tanto en la dirección como en la subdirección.
- Las jefaturas de personal facultativo de los cuatro hospitales está masculinizado.
- Las jefaturas de personal sanitario no facultativo tienen mayor presencia femenina, salvo en el Hospital de Orihuela que presenta paridad.
- Las jefaturas de personal no sanitario en general está feminizado, a excepción del Área I que tiene mayor presencia masculina en las jefaturas del grupo A1.
- En las cuatro Áreas, los coordinadores médicos de atención primaria son hombres mayoritariamente.
- En atención primaria, las coordinaciones de enfermería en el Área I en su mayoría son hombres, en cambio en el Departamento de Salud de Elche y de Orihuela su presencia es femenina, reafirmando la feminización de este grupo profesional.

Conclusiones.

- En el sector sanitario la presencia de las mujeres es mayoritaria en términos absolutos y se va incrementando su representación en los grupos superiores en titulación y en los grupos de edad más jóvenes, sin embargo no es comprensible que los puestos más influyentes estén mayoritariamente ocupados por hombres.
- Existe un claro incremento de la presencia femenina en el personal en formación, superando el 70% en todos las Áreas estudiadas.
- Las mayores tasas de absentismo y el mayor número de reubicaciones/adaptaciones se registran en las mujeres.
- Por motivos culturales/sociales las licencias por cuidado de hijas e hijos y familiares, mayoritariamente son solicitadas por las mujeres.
- Son necesarias políticas destinadas a conseguir mayor representación de mujeres en los puestos de responsabilidad.
- Una vez realizado el análisis de todas las variables, también podemos concluir, que de alguna forma y dado que las mujeres tienen más ausencias, repercute directamente en sus retribuciones anuales.

Anexo

PUESTOS DIRECTIVOS	Área I - Murcia		Departamento De Salud De Elche		Departamento De Salud De Orihuela		Complejo Hospitalario Universitario De Santiago Y Compostela	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Direcciones	25%	75%	22%	78%	67%	33%	29%	71%
Subdirecciones	57%	43%	50%	50%	100%	0%	71%	29%
Total Dirección y Subdirección	45%	55%	33%	67%	71%	29%	50%	50%

Tabla 1. Estudio Comparativo de las cuatro Áreas de Salud. Equipo Directivo Plantilla.

JEFATURAS	Área I- Murcia		Departamento de Salud de Elche		Departamento de Salud de Orihuela		Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y Compostela	
Sanitario Facultativo	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Total Jefat. Facul. Grupo A1	19%	81%	10%	77%	17%	83%	16%	84%
Sanitario No Facultativo	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Total Superv. Sanitar. Grupo A2	74%	26%	59%	41%	50%	50%	83%	17%
No Sanitario	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Total Jefat. No San. Grupo A1	43%	57%	-	-	100%	0%	57%	43%
Total Jefat. No San. Grupo A2	17%	83%	67%	33%	100%	0%	67%	33%

Tabla 2. Estudio Jefaturas. Atención Especializada. Plantilla de Jefaturas en Atención Especializada.

EXCEDENCIA CUIDADO DE HIJOS		
ESPECIALIZADA	AL 31/12/2015	
SANITARIO FACULTATIVO	Mujeres	%
FACULTATIVOS (ADJ/FEA,CUPO,VINCULADO,PROTOCOLO)	1	100%
TOTAL FACUL. GRUPO A1	1	100%
SANITARIO NO FACULTATIVO	Mujeres	%
MATRONA	1	100%
ENFERMEROS	23	100%
TOTAL SANITAR. GRUPO A2	24	100%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	5	100%
TOTAL SANIT. GRUPO C2	5	100%
NO SANITARIO	Mujeres	%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO/A	1	100%
TOTAL GRUPO C2	1	100%
CELADOR	1	100%
TOTAL GRUPO E	1	100%

Tabla 3. Especializada. Excedencia por cuidado de hijos e hijas.

EXCEDENCIA CUIDADO DE FAMILIARES				
ESPECIALIZADA	AL 31/12/2015			
SANITARIO FACULTATIVO	**Mujeres**	**%**	**Hombres**	**%**
FACULTATIVOS	3	**100%**	0	**0%**
TOTAL FACUL. GRUPO A1	**3**	**100%**	**0**	**0%**
SANITARIO NO FACULTATIVO	**Mujeres**	**%**	**Hombres**	**%**
MATRONA	1	**100%**	0	**0%**
ENFERMEROS	16	**84%**	3	**16%**
TOTAL SANITAR. GRUPO A2	**17**	**85%**	**3**	**15%**
TEC. ESP. LABORATORIO	2	**100%**	0	**0%**
TOTAL SANITAR. GRUPO C1	**2**	**100%**	**0**	**0%**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	8	**100%**	0	**0%**
TOTAL SANIT. GRUPO C2	**8**	**100%**	**0**	**0%**
NO SANITARIO	**Mujeres**	**%**	**Hombres**	**%**
COCINERO	0	**0%**	1	**100%**
TOTAL GRUPO C1	**0**	**0%**	**1**	**100%**
AUXILIAR ADMINISTRATIVO/A	1	**100%**	0	**0%**
TOTAL GRUPO C2	**1**	**100%**	**0**	**0%**
CELADOR	1	**100%**	0	**0%**
TOTAL GRUPO E	**1**	**100%**	**0**	**0%**

Tabla 4. Especializada. Excedencia por Cuidado de Familiares.

ENFERMEDADES PROFESIONALES, LA PANDEMIA OCULTA.

Gorka Sánchez Nanclares. Responsable de Innovación.
Servicio Murciano de Salud.

Autores.

Sánchez Nanclares G, Egea García J, Soriano Contreras MA, Caravaca Berenguer MJ, Cañavate Gea J, Ferrández Cámara MJ.

Introducción.

Las **Enfermedades Profesionales (EEPP)** son la **principal causa de morbi-mortalidad evitable** en los países desarrollados, sin embargo son apenas conocidas debido a su enorme sub-registro, pasando inadvertidas como Enfermedad Común. En un estudio realizado por la Universidad de Valencia en 2004 en España se estimaron **16.000 muertes por EEPP**, más de la mitad de ellas por tumores malignos (9.400), superando la mortalidad de ese año por EPOC, demencia, DM, cánceres de colon o de mama, HTA o tráfico. **El registro de EEPP ese año sólo observó** 6 tumores malignos y **2 muertes.**

Objetivos.

El proyecto pretende **aumentar la declaración de Enfermedades Profesionales** en la Región de Murcia, permitiendo hacerla visible, con el fin de poder prevenir y tratar sus causas.

La mejora se plantea en tres dimensiones de la calidad accesibilidad (nº sospechas), calidad científico (precisión) y resultado (EEPP registradas), estableciendo indicadores con los que monitorizar la mejora. El piloto desarrollado en los dos años previos permitió estimar los objetivos de cada indicador, tomando como meta **lograr un aumento del 46%** de las EEPP registradas en la región tras el primer año de intervención.

Esto supondría un impacto en salud y un ahorro para el sistema público que asume habitualmente su coste -tanto de la atención sanitaria como de las prestaciones de la Seguridad Social (bajas e indemnizaciones)- **al pasar desapercibidas como enfermedad común** en lugar de EEPP, cuya **responsabilidad de asistencia** y asunción de costes **corresponde a las mutuas**.

Métodos.

En octubre de 2010 se aprobó en la Región de Murcia el ***Protocolo de Comunicación de Sospechas de EEPP***, que identifica como eje a la **Inspección Médica** entre las múltiples entidades implicadas (Sanidad, Trabajo, INSS, Seguridad Laboral...).

Pero para hacer funcionar dicho protocolo en la práctica era necesario desarrollar **herramientas de ayuda**, fundamentalmente en el aplicativo de Atención Primaria (OMIap):

1. Un **Buscador de EEPP** que encuentra en décimas de segundo en el *Cuadro de EEPP* todas las entradas relacionadas con la palabra buscada (puesto de trabajo, agente o enfermedad) y las muestra por orden de relevancia, permitiendo así identificar si la enfermedad, el agente o el puesto de trabajo pueden ser declarables como Enfermedad Profesional.
2. Un asistente de sospechas que **alerta sobre diagnósticos** que se abran en OMIap y que pueden tener un origen laboral, informando del puesto de trabajo relacionado y agentes causantes.
3. La creación de un **fichero de Sospecha** que viaja automáticamente la misma noche de forma electrónica a Inspección Médica recogiendo todas las sospechas realizadas en la región en la jornada laboral previa para su comunicación a las Mutuas a partir del día siguiente.
4. Una **plataforma informática de soporte y formación continua** que permite la compartir en red las dudas, incidencias y soluciones, entre el grupo tractor del proyecto -inspectora, subinspector y responsable del SMS- y los líderes del despliegue -9 directivos de Área y 83 responsables de cada Equipo de Atención Primaria (EAP)-.
5. Se colocaron **270 pósters** y se repartieron **5.000 dípticos** entre los ciudadanos explicando el proyecto y sensibilizando sobre su importancia:
6. **Cuadro de Mandos** de EEPP. Desarrollamos indicadores para facilitar el seguimiento de las sospechas de EEPP en todas sus dimensiones:
   - Accesibilidad: *Tasa Anual de Sospechas de EP (TASOS)* por 100.000 pacientes activos. Nos indica la **actividad** de comunicación de sospechas de cada facultativo.
   - Calidad científico-técnica: *Porcentaje de Sospechas Tramitadas (PORTRAM)*. Nos informa de la **precisión** de las sospechas de cada facultativo en función de si son o no tramitadas a las mutuas, es decir que son validadas por el filtro de Inspección -*Unidad de Seguimiento de Sospechas de EEPP (USSEP)*-.

- Resultado: *Tasa Anual de Sospechas Tramitadas (**TATRAM**)*. Permite conocer **tanto la actividad como la calidad** de las sospechas de EP realizadas por cada facultativo. Su objetivo es 160 y su límite de alerta 50. Nos señala aquellos facultativos o centros que necesitan una intervención para mejorar. Es el **indicador clave**.
- Resultado: *Tasa Anual de EP (TAEP)*. Nos permite conocer el impacto final en **registro de EP**. Su objetivo es 95 y su nivel de alerta 20.

Resultados.

Tras el primer año de intervención se superó el objetivo establecido con los datos del piloto previo, tanto en accesibilidad (cantidad de sospechas de EP) como en la calidad de las mismas.

Se recogieron **1956 sospechas** en 2015 frente a las **160** del año anterior (un **aumento de 1.122%**).

También el indicador de **precisión** de las sospechas *(PORTRAM)* superó el objetivo (49% frente a 40%) lo que indica la calidad de las sospechas emitidas, y por ende, la formación y motivación de los médicos de Atención Primaria.

Como **resultado** se obtuvo un **aumento** en la declaración **de EEPP** del **68,70% (de 508 a 857)** registrándose 349 más que en el año anterior, récord en el histórico de todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

Las EEPP con baja aumentaron en 17% (de 323 a 378) y más aún las EEPP sin baja con un aumento de 159% (de 185 a 479).

La Región de Murcia pasó en un solo año del puesto 9º al 5º entre las 17 CCAA en tasa de registro de EEPP ajustada a población.

Esta tendencia exitosa se ha **consolidado en 2016** rompiendo de nuevo el techo de registro hasta los 966 EEPP declaradas (+12,72%).

En los cambios de contingencia la **facturación** a las mutuas -sólo por asistencia sanitaria- ascendió a 771.939 €, existiendo una facturación pendiente estimada de 950.703 €, lo que sumaría una facturación total de **1.722.642 €**, siempre sin contar las prestaciones de la Seguridad Social.

Conclusiones.

Tras el primer año de despliegue regional logramos un **resultado mayor del esperado**, superando ampliamente el objetivo de aumento de registro de EEPP planteado a priori. Con ello logramos **romper la tendencia histórica y crear una cultura de detección de EEPP** en todos los agentes, desde los médicos de Atención Primaria hasta las Mutuas, pasando por los Servicios de Prevención, el INSS, las empresas y los propios pacientes y ciudadanos. Pero es un camino muy largo que recorrer y aún queda la mayor parte de ese iceberg sumergido.

EL PODER DE LA COLABORACION ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL: DE UN MODELO DE DERIVACIÓN A UNO DE COORDINACIÓN.

Rosa Viñas Pifarré. Psiquiatra. Jefa de Sección de Psiquiatría.
Hospital General Universitario Morales Meseguer. Area VI (Vega Media del Segura).

Autores.
Viñas Pifarré R, Moreno Gil P, Martínez-Cachá MM, Macanás Pérez E, Martín Sancho JC.

Introducción.

En un modelo clásico de derivación, el médico de familia escribe en un volante el motivo de consulta y el especialista, en el mejor de los casos, le contesta con el diagnóstico y tratamiento. Este modelo de relación, a día de hoy, es el predominante entre Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM) en nuestra Región, pese a los problemas que ocasiona (p.ej., sobremedicación de pacientes con problemas de la vida cotidiana, saturación de listas de espera, inadecuada detección del paciente mental grave, etc.).

Un estudio realizado en Madrid, analiza todas las derivaciones de AP a SM durante un año (1.187) y encuentra que el 24,4% no presenta ningún trastorno mental diagnosticable. A pesar de ello, el 50,8% son derivados tomando ya medicación psicotrópica. Datos similares se obtuvieron en nuestra Región tras los seísmos de Lorca donde, de los pacientes derivados a intervención psicológica, el 28,9% fueron "normalizados" en una sesión, por no presentar ningún trastorno que precisara tratamiento, aunque el 54,7% ya venían con medicación. En una muestra más amplia de varios CSM de Lorca, Cartagena y Murcia se obtienen resultados similares.

Por otro lado, la satisfacción profesional de los profesionales implicados, clave para una atención de calidad al paciente, también se ve afectada por el modelo de relación bajo el que se esté trabajando. Concretamente, los médicos que trabajan en un modelo de coordinación con SM, en comparación con los que trabajan en un modelo de derivación, valoran mejor:

1. la información recibida por SM.
2. la cantidad de contactos que se mantienen.
3. la disponibilidad del equipo de SM.
4. la cantidad de cursos específicos recibidos.

Al preguntar específicamente a los médicos sobre la valoración general de la atención recibida por Salud Mental, la satisfacción referida por los médicos que trabajan en un modelo de coordinación casi triplica a la reportada por los que trabajan en un modelo de derivación.

Como puede apreciarse, hay muchos motivos para plantearse poner a prueba un modelo de coordinación entre AP y SM, que es lo que venimos realizando en nuestro CSM desde 2013.

Objetivos.

El objetivo general es pilotar el paso de un modelo de derivación a un modelo de colaboración con un CSM de referencia. Los principales objetivos específicos son:

- Mejorar la comunicación entre AP y SM.
- Mejorar la formación continuada.
- Mejorar la demora y la detección del paciente grave (TMG).
- Tratar casos complejos de forma colaborativa (decidir de mutuo acuerdo quién hace qué y en qué casos).
- Gestionar la atención de los pacientes que no requieren tratamiento en SM (evitar la psiquiatrización/psicologización y la sobre-medicación).
- Aplicar protocolos o guías consensuadas.

Métodos.

Para hacer operativo el desarrollo e implementación del modelo de coordinación, se constituyó un grupo de trabajo para determinar el estado de la situación actual y dar seguimiento a este proyecto de coordinación. Se estableció un calendario de implantación (ver tabla 1).

Como indicadores principales del efecto de las sucesivas intervenciones previstas tomamos el volumen de pacientes remitidos cada mes y la lista de de espera mensual (diferenciada según la prioridad asignada al paciente).

Resultados.

Problemas del modelo de derivación. Los problemas en la relación entre AP-SM que se identificaron se clasificaron en cuatro áreas:

1. COMUNICACIÓN (Falta identificación de interlocutores representativos de SM, problemas en la comunicación de altas, escasa accesibilidad entre profesionales, deficiencias en las hojas de interconsulta, etc.).
2. FORMACIÓN (continuada, de postgrado, objetivos compartidos, etc.).
3. GESTIÓN (inasistencia a primeras visitas, mejorar la gestión de consultas preferentes, urgentes y revisiones, escasez de psicólogos clínicos, desconocimiento de la red asistencial en SM, etc.).
4. PROGRAMAS Y PROTOCOLOS (Falta de protocolos comunes, ausencia en la continuidad asistencial de los cuidados: niño, adolescente, adulto y anciano, etc.)

Algunos resultados del modelo de coordinación.

En las sucesivas reuniones conjuntas AP-SM, se puso de manifiesto el elevado volumen de pacientes sometidos a alto estrés psicosocial que generaban una gran demanda y por tanto un incremento de la lista de espera de pacientes. De acuerdo con AP, se optó por crear un proceso de acogida alternativo al habitual seguido de una intervención psicológica en dos niveles: un primer nivel (en formato grupal) con componentes psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades para la reducción del estrés psicosocial, y un segundo nivel (en formato individual) sólo para los pacientes que requiriesen una intervención adicional.

Resultados de la intervención psicológica en dos niveles. En el gráfico 1 puede verse la evolución de los días de espera entre enero y octubre de 2016 para el paciente no priorizado, es decir, el 94,8% de los pacientes que hemos recibido en el periodo estudiado.

Como puede apreciarse, la lista de espera pasó de más de 200 días a menos de 50 en el CS Antonio García. En el CS J. Marín, ubicado también en Molina de Segura y con un cupo de pacientes similar, la lista de espera se mantuvo por encima de los 200 días en el periodo estudiado.

Conclusiones

Pasar a un modelo de coordinación con AP ha permitido mejorar la comunicación y optimizar el flujo de información para favorecer la continuidad de cuidados y la atención al paciente, especialmente la detección del paciente mental grave y el triaje del paciente no priorizado. Gracias al contacto periódico entre AP-SM ha mejorado la formación continuada en el paciente con perfil SM.

Pese a que es difícil sustituir la falta de psicólogos clínicos con intervenciones grupales de forma satisfactoria, puede apreciarse que la intervención psicológica en dos niveles puesta a prueba, gracias al marco de la coordinación con primaria, permite dotar a los pacientes de estrategias de afrontamiento del estrés de forma eficiente. Es previsible que de este modo se reduzca la sobremedicación de este tipo de pacientes, desmedicalizando las dificultades de la vida cotidiana.

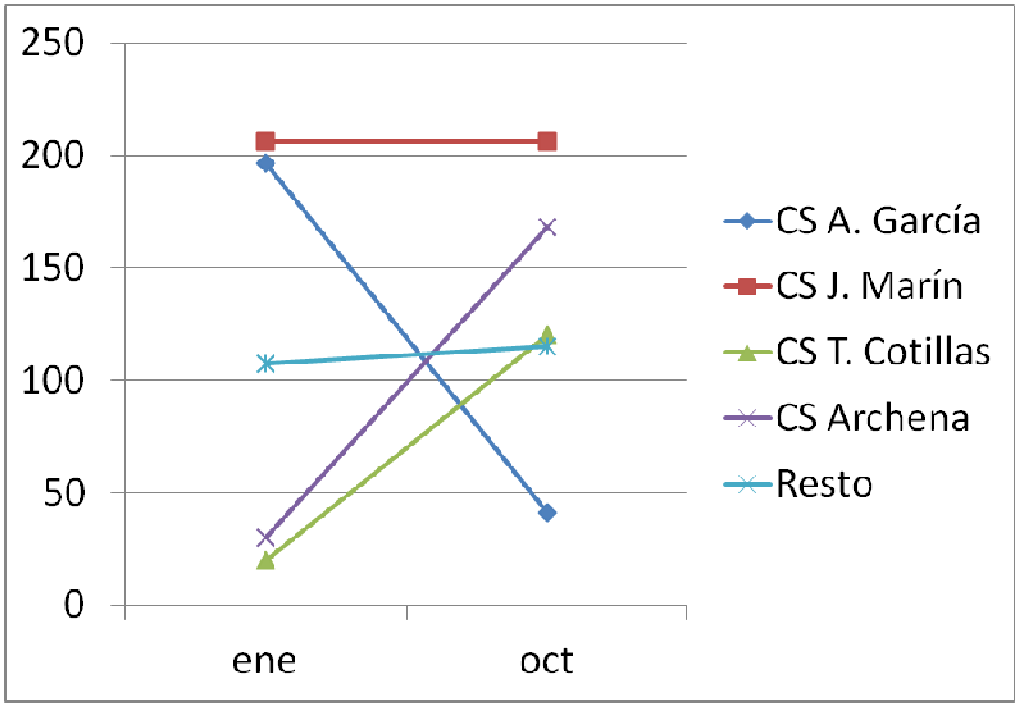
El éxito de esta intervención psicológica da pie a seguir trabajando en experiencias conjuntas con el objetivo de mejorar la atención a la salud mental de nuestra población de referencia. Por otro lado, podemos concluir que el modelo de colaboración permite crear las condiciones para una mejora continua de la calidad asistencial de nuestro CSM.

Anexo

Tabla 1

Año	Actividades
2013	Sectorización de la población del área de influencia de de los profesionales del CSM por centro de salud (psiquiatra, psicólogo clínico, enfermero y TS de referencia), creando 5 sectores: 1. Molina 1: Centro de Salud Antonio García (y consultorios) 2. Molina 2: Centro de Salud Jesús Marín (y consultorios) 3. Archena 4. Las Torres de Cotillas 5. Ceutí, Lorquí y Alguazas
2014	Se inicia colaboración-coordinación con primaria con Molina 1, con reuniones mensuales para formación continuada y mejora de las derivaciones.
2015	Se continua con Molina 1 y se añade la coordinación con Molina 2, Archena y Las Torres de Cotillas, aplicando el modelo de coordinación iniciado en Molina 1 (reuniones mensuales)
2017	Molina 1, tras valoración de la evolución del modelo de coordinación, se decide una mejora del mismo. Se pasa a reuniones semanales y valoración de casos previo a la derivación. Se alternan reuniones con el Centro de Salud Antonio García y Consultorio de la Alcayna, para facilitar la asistencia de los médicos.

Gráfico 1



ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR LAS ESCALAS DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y HEMORRÁGICO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.

Rebeca González Cedrán. Jefe SecciónAnestesiología.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Area VII (Murcia-Este).

Autores.

Torres Roca M, Martínez Muñoz V, Medina Manuel E, Samper Mateo P, González Celdrán R, Guirao Sastre J.

Objetivos.

Mejorar el grado de adhesión a las recomendaciones individualizadas de profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Estratificación individualizada del riesgo de aparición de un evento tromboembólico venoso balanceado con el riesgo de sangrado, utilizando para ello escalas que miden el riesgo de ambas circunstancias (escala de Caprini para eventos tromboembólicos y escala IMPROVE para eventos hemorrágicos).

Métodos:

Se acuerda en la Comisión de Trombosis del Hospital General Universitario Reina Sofía implementar las recomendaciones recogidas en el manual "Adaptación de recomendaciones para prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en el ámbito hospitalario de la Región de Murcia", elaborando el procedimiento "Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes quirúrgicos".

Dicho procedimiento se basa en la profilaxis individualizada del riesgo de enfermedad tromboembólica balanceado con el riesgo hemorrágico en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y para ello se emplean dos escalas que predicen ambos eventos, la escala de Caprini para valorar el riesgo individual de eventos tromboembólicos y la escala IMPROVE que analiza el riesgo de sangrado.

Se habilitan ambas escalas como formularios en la historia clínica electrónica (SELENE®) y se completa la difusión del procedimiento con una sesión formativa en todos los servicios quirúrgicos hospitalarios.

Para analizar la adherencia al procedimiento, desde la Comisión de Trombosis, se acuerda desarrollar un estudio retrospectivo, siguiendo la metodología de ciclo de mejora de Deming. Se realiza un muestreo aleatorio sistemático estratificado hasta obtener un total de 60 historias clínicas de pacientes hospitalizados en unidades quirúrgicas de nuestro centro.

Las variables registradas en el estudio fueron: sexo, edad, servicio al que estaba adscrito el paciente, si figuraba el peso y la evaluación del riesgo de ETEV y sangrado (de no figurar se pasaron las escalas), tipo de profilaxis prescrita y recomendada así como la concordancia entre ambas. Si la profilaxis prescrita era farmacológica, principio activo prescrito, posológica y correlación entre la pauta prescrita y la recomendada y eventos adversos (hemorrágicos y trombóticos).

Resultados.

De los 60 pacientes, 11 (el 18%) tenían registrado en su historia el riesgo individual de enfermedad tromboembólica venosa con la cumplimentación de la escala de Caprini y 9 pacientes (el 15% de la serie) el de sangrado (escala IMPROVE).

Tras la aplicación individualizada de las escalas a todos aquellos pacientes en los que no había sido valorado el riesgo trombolembólico y/o hemorrágico, existía recomendación de profilaxis tromboembólica en los 60 pacientes estudiados.

Análisis de concordancia:

- Se prescribió profilaxis a 47 pacientes (78%).
- Concordancia entre pauta de profilaxis prescrita y recomendada en 12 casos (20%).
- Existía indicación de profilaxis farmacológica o mecánica en 17 pacientes, en 9 casos se pautó profilaxis farmacológica y en ningún caso mecánica.

- Presentaban recomendación de profilaxis farmacológica y mecánica 33 pacientes, se indicó adecuadamente en 3 casos.
- De los pacientes de la serie, 10 sólo tenían indicación de profilaxis mecánica, no se le prescribió a ninguno.

En los casos en los que había indicación de prescripción farmacológica y así se hizo (40 del total), la correlación entre la pauta prescrita y la pauta recomendada fue la que sigue:

- Dosis prescrita correcta en 33 pacientes (82,5%).
- Dosis prescrita menor en 2 pacientes (5%).
- Dosis prescrita mayor en 5 pacientes (12,5%).

Eventos adversos presentados en los pacientes analizados:

- No se registró ningún evento tromboembólico, ni trombosis venosa profunda ni tromboembolismo pulmonar.
- Se presentaron 3 eventos hemorrágicos.

Conclusiones.

- Destaca la infrautilización de las escalas.
- Baja concordancia entre el tratamiento prescrito y el recomendado. A pesar de lo cual no se han presentado eventos tromboembólicos en la serie analizada, si bien se trata de una serie pequeña.
- Marcada tendencia a la sobreutilización de pautas de profilaxis farmacológica e infrautilización de medidas preventivas mecánicas. Lo cual puede explicar la presencia de eventos adversos de origen hemorrágico.
- Con esta iniciativa pretendemos mejorar la adecuación de la profilaxis tromboembólica en los pacientes ingresados en el hospital que van a ser sometidos a intervención quirúrgica, para ello planteamos acciones de mejora como son la continuación con la difusión del procedimiento entre los servicios quirúrgicos y la reevaluación de la concordancia de la profilaxis prescrita y recomendada (escalas).

Anexo.

CONCORDANCIA PROFILAXIS PRESCRITA /RECOMENDADA					
Prescrita / Recomendada	Mecánica	Farmacológica	Mecánica y Farmacológica	Ninguna	**TOTAL Recomendada**
Mecánica	0	6	1	3	10
Mecánica o Farmacológica	0	**9**	3	5	17
Mecánica y Farmacológica	0	25	**3**	5	33
Ninguna	0	0	0	0	0
TOTAL Prescrita	0	40	7	13	**60**

PROYECTO IMPULSO. AUTOEVALUACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA IX.

Carlos Alberto Arenas Díaz. Director-Gerente.
Area IX (Vega Alta del Segura).

Autores.

Arenas Díaz CA, Peña Laguna C, Burgueño Jerez A, Almela Sanchez-Lafuente JM, López Santiago A, Rubio Gil E.

Objetivos.

Principal: Hacer una evaluación de la gestión de riesgos que ayude a preparar un plan de impulso de la Gestión de Riesgos Asistenciales. Objetivos secundarios:

- **Poner en valor** las acciones que se van haciendo en materia de seguridad al paciente en cada uno de los servicios y áreas asistenciales del Hospital.
- Aportar una **visión global** de la gestión de la seguridad al paciente en el Área.
- Identificar **momentos susceptibles de mejoras** en el proceso asistencial y su priorización.
- Sentar la bases para poder hacer un **plan de mejora en base a debilidades detectadas y priorizadas.**

Métodos

Fase 1: Recogida de información

- **1er paso. Cuestionarios Semiestructurados**

  A modo de reflexión previa, se ha realizado una aproximación a los desarrollos en materia de seguridad del paciente en el centro que se evalúa y en cada uno de los subprocesos, mediante un cuestionario semiestructurado con respuesta abierta. Cada cuestionario de cada subproceso está estructurado específicamente para el mismo.
- **2º paso. Análisis de los cuestionarios semiestructurados**

  Los cuestionarios recibidos son analizados para incorporar sus contenidos a un cuestionario previamente estructurado. Cada pregunta del mismo responde a un factor de riesgo y sus respuestas a las barreras posibles identificadas. Con él se determina la existencia o no de dichas barreras para su análisis posterior.

- **3er paso. Entrevista de evaluación**
  Una vez realizado el paso anterior se mantienen entrevistas con un miembro de cada subproceso con un doble fin: corroborar que el paso anterior se realizó de manera adecuada y complementar el cuestionario estructurado con la respuesta a factores de riesgos y sus barreras que no se habían reflejado en el cuestionario semiestructurado inicial

Fase 2: Análisis de los datos

La estructura del cuestionario que contiene los factores de riesgo y las barreras asociadas a las mismas responde a una estructura de una matriz previamente elaborada y que sirve de base a las evaluaciones que se realiza en el marco del proyecto impulso. Dichos factores y barreras se han codificado y valorado conforme a unos criterios definidos (Tipo de impacto en el paciente, gravedad potencial y probabilidad de ocurrencia).

La suma de los valores asignados a los factores de riesgo conforma el valor del riesgo máximo del área, valor que ha de contraponerse al de las barreras o iniciativas que en la organización sanitaria se vienen llevando a cabo para reducir dicho riesgo. El valor de las barreras se recoge igualmente en la matriz mencionada.

Fase 3: De la evaluación a los objetivos priorizados

Una vez realizada la evaluación del sistema de gestión de riesgos, y siguiendo la misma visión del proceso paciente, así como apoyados en la matriz de riesgos con factores de riesgo y barreras a los mismos valorados, se ha procedido a la priorización de objetivo y la definición de las acciones correspondientes para su consecución., tanto desde una visión general como por cada uno de los subprocesos.

Para obtener se plantean dos tipos de decisiones posibles: Desarrollo de nuevas barreras o avanzar en la correcta aplicación y actualización de las ya existentes.

Para ello se ha seguido la metodología propuesta por Enclave Salud en el marco del Proyecto Impulso en el que se enmarca este trabajo.

Establecimiento de criterios de priorización: La priorización viene determinada según un algoritmo aplicado que contempla:

- El grado de desarrollo de las barreras de cada factor
- El peso relativo del factor dentro del conjunto de los factores de riesgo de cada subproceso

Este proceso posibilita la obtención de un **listado ordenado de factores de riesgo** y prioridad en cada uno de los subprocesos, base para la definición de un **cuadro de objetivos priorizados** al cual se le asignarán las **acciones** necesarias para su consecución. La priorización se ha realizado en una escala 1-4 donde 1 es la priorización más alta.

El mapa de subprocesos, los cuestionarios semiestructurados y los algoritmos de valoración del riesgo han sido adaptados para nuestra área incluyendo la atención primaria, por la consultora desarrolladora del Proyecto Impulso que ya funciona en varios hospitales permitiendo la posibilidad de validar mejor resultados y hacer benchmarking.

Resultados

Resultados de la evaluación

El proceso culmina con un cuadro de mando de la gestión de riesgos variable según los subprocesos. Resumidamente son los siguientes:

- Indicadores de los factores generales y los subprocesos.
- Indicador de los 5 elementos: Protocolos, Algoritmos, Soporte toma de decisiones, Alarmas y Formación.
- Indicador de desarrollo del Sistema para la Acreditación UNE 179003:2013 (Requisitos y procesos).
- Indicador de desarrollo del Sistema de cada uno de los subprocesos

Resultados de la fijación de objetivos priorizados

Una vez finalizada la evaluación, en los casos se procedió a la fijación de los objetivos priorizados, según metodología y el algoritmo que contempla dos variables:

grado de desarrollo de las barreras de cada factor e importancia relativa del mismo. Realizada esta operación se propuso al equipo directivo una tabla con los objetivos priorizados por subprocesos, para la selección de dos de ellos, a los cuales se les establece y fija las acciones correspondientes.

Conclusiones.

El sistema de gestión de riesgos ha de estar organizado en torno al proceso del paciente, es decir, en torno al recorrido asistencial que hipotéticamente este puede recorrer, identificando momentos críticos donde se definen los factores críticos de riesgos y las barreras o acciones a poner en marcha. Y todo ello contemplando los diferentes planos "visiones", desde la visión organizacional descendiendo progresivamente hasta los momentos concretos. Se rompe con ello la visión servicio asistencial o por especialidades, que hacen imposible el abordaje posterior del sistema.

Mediante este ejercicio se puede abordar y trabajar en la medicina segura de cada punto del proceso asistencial. En un amplio sentido, llegando al detalle de procedimientos e instrucciones necesarias para el buen funcionamiento del servicio.

El modelo propuesto por el proyecto Impulso es una metodología rápida y sencilla, adaptada a cada institución que permite hacer una evaluación del estado general de la seguridad del paciente por procesos asistenciales y proporciona un estimable apoyo para la toma de decisiones de intervenciones correctivas y su priorización.

Además permite la comparación entre instituciones, así como la comparación evolutiva de la institución en el tiempo, al ser una metodología estandarizada.

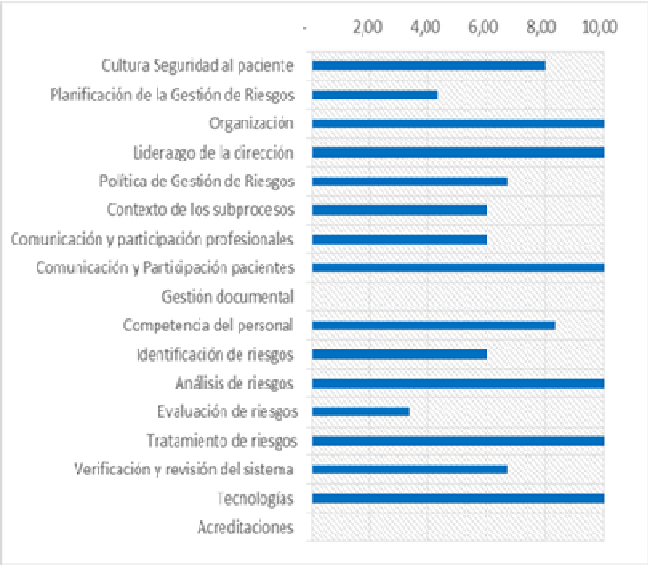
Anexos

Tablas y Gráficos:

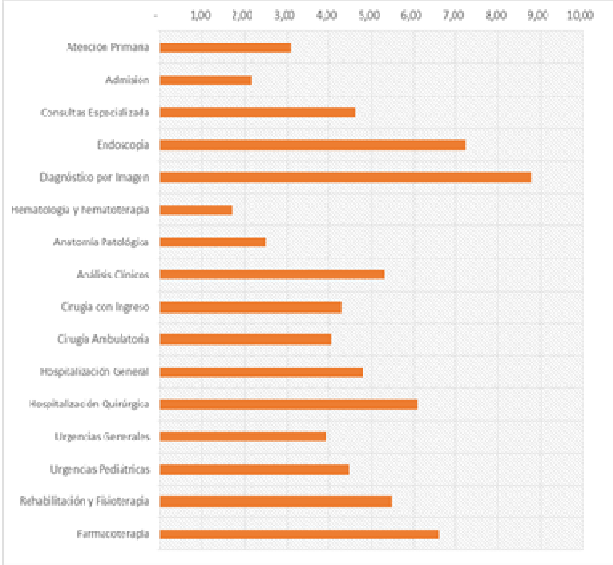
Detalle de los Subprocesos

	Factores	Barreras
APRI Atención Primaria	43	188
ADM Admisión	13	35
CONES Consultas Especializada	13	51
END Endoscopia	20	52
DIM Diagnóstico por Imagen	2	45
HEMAT Hematologia y hematoterapia	18	23
ANAP Anatomía Patológica	13	45
ANACL Análisis Clínicos	13	40
CIRIN Cirugia con Ingreso	21	70
CIRAM Cirugia Ambulatoria	21	252
HOSG Hospitalización General	21	62
HOSQ Hospitalización Quirúrgica	23	69
URGG Urgencias Generales	22	57
URGP Urgencias Pediátricas	28	59
REFIS Rehabilitación y Fisioterapia	17	58
FARM Farmacoterapia	18	151

Indicador de los factores generales 7,29



Indicador de los subprocesos 4,80



SUBPROCESO	OBJETIVOS
Atención primaria	-Derivación a pacientes -Conflictos en la medicación
Admisión	-Preparación paciente cirugía -Demora excesiva
Consultas externas	-Demora excesiva -Prescripción de tratamientos
Endoscopias	-Complicaciones por circunstancias del paciente -Complicaciones por posibles errores
Diagnóstico por la imagen	-Demora excesiva -Dosificación de contrastes
Hematología y hemoterapia	-Infecciones -Banco de sangre
Anatomía Patológica	-Toma defectuosa de muestras - Alerta valores críticos
Análisis clínicos	-Interpretación de resultados -Petición
Intervenciones Quirúrgicas (con ingreso)	-Complicaciones anestésicas -Tratamiento post-alta
Intervenciones Quirúrgicas (Ambulatorias)	-Demora excesiva -Lesiones
Hospitalización general	-Detección pacientes UCI -Alta prematura
Hospitalización quirúrgica	-Detección pacientes UCI -Pacientes con trastornos mentales
Urgencias Generales	-Detección pacientes potenciales de UCI -reacción ante urgencia vital
Urgencias pediátricas	-Atención al parto -Reacción ante urgencia vital
Rehabilitación y fisioterapia	-Caídas fisiológicas -Prescripción de técnicas
Farmacoterapia	-Administración a pacientes -Conciliación de la medicación

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: CREANDO AMBIENTE TERAPÉUTICO.

Jose Luis Escobar Fernández. FEA Psiquiatría.
Teresa Nicolas López. Enfermera. Unidad de Corta Estancia.
Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Autores.
Nicolás López T, Escobar Fernández JL, Mialdea Ojeda Z, Gálvez Alcoba I, Hurtado López AM, Martí Esquitino J.

Justificación.

Es cierto y manifiesto que hace unos años en la Unidad aún existían prácticas habituales reñidas con la garantía de la humanización de los cuidados y con los derechos fundamentales de todo individuo. De alguna forma se pretendía avanzar hacia una asistencia más integradora dejando atrás concepciones marginadoras y estimatizantes, pero quizá, el hecho de tener una visión centrada en los recursos comunitarios, podría dar a entender que las Unidades de Hospitalización seguirían funcionando como hasta el momento.

Esto no ha sido el caso de la Unidad de Corta Estancia (UCE), que lejos de esa concepción, ha realizado numerosos cambios, evolucionando en sus ideas de atención, con la dificultad de la convivencia del inconformismo de lo heredado con la resistencia de un cambio de modelo, que al compartir un mismo espacio, manteniendo en el tiempo esta importante paradoja, se estaba convirtiendo en un verdadera dificultad para avanzar. Esta inquietud nos lleva a reflexionar sobre nuestras herramientas de trabajo para mejorar el Ambiente Terapéutico.

Objetivos.

- Mejorar el ambiente terapéutico de la UCE para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de continuidad de cuidados y recuperación de las personas atendidas.
- Proporcionar una atmósfera segura y acogedora para favorecer un contacto terapéutico que facilite el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento y mejore la satisfacción y resultados de salud.

- Reforzar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de recuperación.

Metodología.

Descripción y análisis de la experiencia de cambio en pro de la creación de ambiente terapéutico en la UCE. Incluyendo varios estudios observacionales, descriptivos, transversales y retrospectivos, para conocer la prevalencia de la contención mecánica en la UCE del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y conocer la distribución a lo largo de los últimos seis años de la involuntariedad de los ingresos.

Haciendo un ejercicio de reflexión podemos analizar las diversas causas que nos llevaron a detectar la falta de herramientas de trabajo para conseguir un ambiente realmente terapéutico. *Ver Tabla 1*.

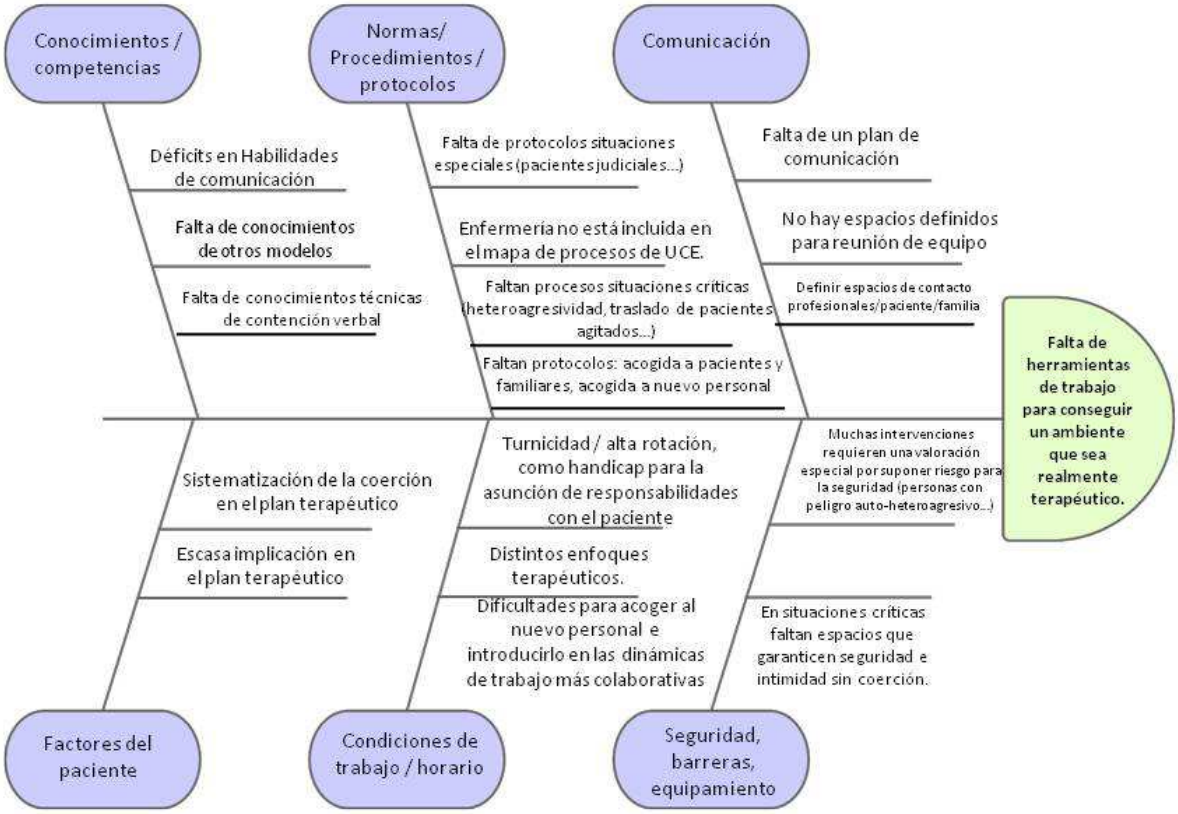


Tabla 1: Diagrama causa-efecto para el análisis del problema

De este análisis se deduce que el contexto contenedor, estático y poco flexible de trabajo, inherente a la práctica habitual en intervenciones y manejo de la Unidad, colisionaba con la idea de plantear planes de cuidado individualizados y personalizados. Por otro lado, la necesidad de crear ambiente terapéutico y estar en sintonía con las personas hospitalizadas y la aparición de fatiga laboral como consecuencia de la asunción de estos valores, se pueden considerar como punto de partida y como verdadero "motor" hacia la introducción de cambios. Así que, la falta de todas estas herramientas, sirvieron de guía para sistematizar qué hacer al respecto.

¿Qué intervenciones se han llevado a cabo?

Plan de mejora asistencial.

- Revisión y modificación de protocolos existentes/creación de nuevos: atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad; contención mecánica con cambios significativos; acogida al paciente en UCE; alta hospitalaria.
- Creación de Programas y normas de actuación en casos especiales.
- Implantación de: Programa de intervención terapéutica para pacientes con orden judicial de internamiento; Protocolo de actuación en el traslado intrahospitalario de pacientes agitados para minimizar lesiones.
- Revisión y modificación de las normas de la Unidad.
- Creación de una Biblioteca.
- Ampliación de Espacio sin humo
- Sesiones grupales.
- Nuevas medidas de supervisión de pacientes con T.E.C.
- Nuevas actividades en Terapia Ocupacional.
- Cambio en el régimen de los permisos.
- Prevalencia del uso de la contención verbal.

Plan de mejora coordinación

- Coordinación con los Centros de Salud Mental de Caravaca, Jumilla y Yecla.
- Reuniones diarias del Equipo Terapéutico.

Plan de mejora organización

- Comisiones UCE y de Calidad.
- Informatización de relevos.
- Inclusión del profesional de enfermería en los procesos de la Unidad.
- Valoración de los riesgos psicosociales en el equipo durante el año 2015.
- Divulgación informativa para el correcto uso de los registros informáticos.

Plan de mejora estructural y del espacio físico.

- Construcción de dos habitaciones para atención y cuidados especiales
- Pared pintada con pintura de pizarra.

Plan de mejora. Formación

- Oferta de cursos de Habilidades de comunicación en el manejo de conflictos.
- Jornadas de divulgación de nuevos modelos asistenciales. (Safewards)
- Visita/contacto/invitación a lugares donde existen otros modelos de atención. (Trieste, Hospital Sant Pau-Barcelona, Hospital de Inca)

Resultados.

a) Se evidencia un descenso a partir del 2013, de un 20.32% a un 9,86% de pacientes contenidos al año y de 137 en el año 2010 a 62 en 2015.
b) En **2010** el número de **ingresos involuntarios fueron de 257** sobre los **68 de carácter voluntario**. Se produce posteriormente una clara inversión de los datos observando que en el año **2015 el número de ingresos involuntarios es de 100** mientras que **voluntarios es de 252**.

Conclusiones.

En los últimos años hay un cambio de paradigma de trabajo que refleja un modelo de recuperación basado en la autonomía del paciente alejándose del modelo paternalista

Como Equipo, somos conscientes de las limitaciones a las que nos enfrentamos, podemos y creemos que nos corresponde, por ética profesional, ser actores comprometidos con un modelo de inclusión, actuando de forma solidaria con las dificultades que presentan las personas que ingresan en nuestra Unidad, e insolidaria con conductas resistentes que

mantiene el acatamiento, la sumisión y obediencia, consiguiendo así un ambiente de esperanza, seguridad, confianza, cooperación, de empoderamiento, de respeto y de dignidad.

Por todo esto, la realidad actual en la que está inmersa esta Unidad, es consecuencia imperiosa de las asunción paulatina de los Derechos Fundamentales de los Individuos y del alejamiento de la suspensión de los mismos por el mero hecho del ingreso hospitalario. Hablamos hoy de crear ambiente terapéutico, de proceso de recuperación, en definitiva, de barreras que antes eran indiscutibles e irrefutables y hoy, al menos, nos planteamos hablar sobre ellas.

¿Qué queda por hacer?

- Completar protocolo de acogida a nuevos profesionales.
- Elaborar y proponer turnos de trabajo para garantizar la continuidad en los cuidados sin que la turnicidad influya en los planes Terapéuticos.
- Formación en técnicas de contención verbal.
- Revisión y actualización de normativa que se va adaptando a la realidad de la Unidad.
- Implantación de nuevos procedimientos (Acogida a familiares).

EFICIENCIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE SURE EN EL SUAP DE MURCIA SAN ANDRÉS

Mª Lucía Boluda Aguilar. Jefe Sección Contabilidad, Contratación y Facturación a Terceros.
Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia.

Autores.
Boluda Aguilar ML, Lorca Sánchez I, Celdrán Gil F.

Desde el punto de vista del gestor, la calidad se relaciona con la eficiencia de los servicios públicos, garantizando su nivel actual, evitando en la medida de lo posible su disminución o desvalorización. En Sanidad, derecho fundamental de todos los españoles reconocido en nuestra Constitución, la calidad debe conjugar la incorporación de innovaciones tecnológicas con la seguridad y la efectividad de éstas hacia soluciones eficaces.

El Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Murcia San Andrés, dependiente del Servicio Murciano de Salud y adscrito a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia, presta asistencia sanitaria de urgencia tanto en el Centro como en domicilios, vías públicas, etc. La experiencia que vamos a compartir es la implantación de la aplicación informática SURE en dicho Servicio para el registro de datos y de asistencia prestada a los usuarios que acceden al Centro.

Uno de los problemas de la mayoría de las instituciones que formamos parte de la Administración Pública, y concretamente en el Servicio Murciano de Salud, por la innumerable cantidad de Historias Clínicas que realiza, es el que consideramos como el "templo del papel", ya que, una gran parte de las tarea administrativa va destinada a hacer circular, duplicar y almacenar Historias Clínicas, llegando hacer insostenible la infraestructura de los Archivos.

La gran capacidad en el manejo de datos y la enorme posibilidad de almacenaje de información de un sistema de información electrónico establece un valor añadido sobre los sistemas convencionales en papel como una mejor gestión del archivo, un incremento en la accesibilidad, plasticidad y mejora de la confidencialidad.

El uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) ha supuesto la implantación de la aplicación informática SURE en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Murcia San Andrés. Esta herramienta ha permitido la simplificación de los procesos y procedimientos internos administrativos y la reducción de cargas y trámites para profesionales y usuarios, logrando mayores cotas de eficacia, eficiencia, transparencia y calidad.

Además, la historia clínica informatizada en los Servicios de Urgencia extrahospitalaria mejora la asistencia en este ámbito de la medicina, incrementando la seguridad de la información que se maneja.

Objetivos.

Los resultados tangibles a día de hoy son los siguientes:

- Obtener una mayor seguridad y calidad en el registro de datos, y la legibilidad de la información.
- Permitir un fácil y rápido acceso a las historias clínicas, evitando pérdidas y su deterioro.
- Proporcionar información, a tiempo real, de la actividad del Centro.
- Aumentar la productividad, dedicando los recursos humanos de los Servicios Centrales de esta Gerencia a otras tareas distintas al archivo, clasificación, localización y búsqueda de Historias Clínicas.
- Disminuir el gasto en material.

Método. Implantación de SURE.

SURE es un sistema asistencial para los centros de urgencias y emergencias no hospitalarias.

Responde al planteamiento estratégico del SMS respecto a la historia clínica electrónica. Es decir:

- Obtiene los pacientes desde el repositorio común poblacional del SMS, Cívitas o desde el sistema nacional de tarjeta sanitaria. Al introducir el celador cualquier dato de identificación del paciente, la cabecera de la Historia se cumplimenta de forma automática.

- Accede directamente al visor de historia clínica corporativo (Ágora Plus)
- Está prevista su integración con otros sistemas; con OMI AP (en Atención Primaria), con Selene (Hospitales) y el Centro de emergencias 112. También se está trabajando en la integración con los módulos de facturación a terceros.
- Los informes de SURE se incorporan al repositorio de historia clínica del SMS.

También Incorpora un sistema que refleja el flujo del paciente dentro del centro: sala de espera, celador, personal de enfermería y personal médico.

Se ha dotado cada una de las consultas del Centro con ordenador, impresora y conexión a la red.

Resultados.

Para nuestra organización:

- Cumplimiento y transparencia de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 diciembre de Protección de Dato de Carácter Personal (LOPD), cuyo objeto es garantizar y proteger todo lo que concierne al tratamiento de datos personales y especialmente su intimidad y privacidad personal y familiar.
- Con las mismas garantías jurídicas y de conservación, ahorro económico y de espacio de almacenamiento de las Historias Clínicas.
- El acceso a una información estructurada y a tiempo real de la actividad, disminuyendo el % de margen de error que supone la recogida de datos manuales.
- Optimización de los recursos humanos en los Servicios Centrales de la Gerencia.

Para los profesionales:

- Simplificación de la labor del Celador de Servicio de Urgencias.
- Los profesionales tienen conocimiento de los usuarios que acuden al Centro desde el mismo momento en el que es registrado por el Celador.
- La herramienta, permite coordinar eficientemente las actuaciones requeridas en el proceso.
- Aprovechamiento efectivo del trabajo en los Servicios Centrales, dedicando el tiempo que se emplea en el archivo y búsqueda de Historias Clínicas a la realización de otras tareas más productivas.

Para el Medio Ambiente

- Reducción del consumo de papel en favor de una mayor sostenibilidad medioambiental.

"Un ahorro de 200.000 hojas de papel equivale a salvar 24 árboles",

Conclusiones.

Actualmente la Gerencia 061 tiene adscritos 27 SUAP en la toda la Región de Murcia. Si la implantación de SURE en un solo Servicio de Urgencias de Atención Primaria, nos reporta los resultados descritos anteriormente, más las conclusiones que a continuación se relacionan:

- Disminución del gasto SUAP SAN ANDRES (Anexo I)
- Mejora en la seguridad y el control de las Historias Clínicas.
- La incorporación a la cultura administrativa, la importancia de la simplificación de los procesos, modernización y racionalización administrativa.
- Optimización de los tiempos de trabajo en tareas distintas y más productivas en los Servicios Centrales de esta Gerencia.
- Sostenibilidad medioambiental (Anexo I)

Es necesario y prioritario seguir implantando este Sistema en el resto de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria de la Región de Murcia.

El total de asistencias en el año 2016 en los 27 Servicios de Urgencias y el ahorro económico que supondría se encuentra recogido en el Anexo II.

Tenemos la obligación de adaptar y mejorar nuestros servicios utilizando las TIC, no solo por profesionalidad y ética, sino porque los ciudadanos nos lo exigen.

Anexos.

Anexo 1

SUAP SAN ANDRES 2016

GASTO CAPÍTULO II AÑO 2016			
TOTAL ASISTENCIAS/TOTAL HISTORIAS	31.103	0,0875	2.721,51
CONTRATO EXTERNALIZACIÓN ARCHIVO Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS			445,00
CONTRATO MENSAJERÍA			762,00
ARCHIVADORES DEFINITIVOS			15,00
OTROS (TONER, MANT.FOTOCOPIADORAS)			12,00
TOTAL GASTO			3.955,51

SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL	
TOTAL ASISTENCIAS/TOTAL HISTORIAS	31.103
1 HISTORIA CLÍNICA = **4 FOLIOS**	124.412
200.000 HOJAS PAPEL = SALVAR 24 ÁRBOLES	622

Anexo II

SERVICIOS URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA	Nº ASISTENCIAS AÑO 2016
SUAP AGUILAS	65.409
SUAP LORCA	60.332
SUAP TOTANA	52.034
SUAP ALCANTARILLA	50.137
SUAP CARTAGENA-LOS DOLORES	47.797
SUAP TORRE PACHECO	43.339
SUAP ARCHENA	37.727
SUAP TORRES DE COTILLAS	36.527
SUAP MOLINA DE SEGURA	34.901
SUAP CIEZA	34.497
SUAP INFANTE	34.316
SUAP MULA	33.287
SUAP ALHAMA	32.681
SUAP LA UNIÓN	31.538
SUAP ALGEZARES	31.336
SUAP SAN ANDRES	31.103
SUAP SANTOMERA	30.250
SUAP SAN JAVIER	29.959
SUAP SAN PEDRO DEL PINATAR	29.457
SUAP JUMILLA	28.767
SUAP MAZARRÓN	27.038
SUAP CARTAGENA	25.676
SUAP CARAVACA	23.592
SUAP CEHEGÍN	22.758
SUAP FUENTE ALAMO	21.528
SUAP YECLA	14.463
SUAP ABARÁN	8.680
TOTAL ASISTENCIAS	**919.129**

TEST DE ESTRÉS EN ORGANIZACIONES SANITARIAS: GESTIÓN DE UN BROTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Teodoro J. Martínez Arán. Coordinador de Calidad Asistencial.
Area IV (Noroeste).

Autores.
Martínez Arán TJ, López García JA, Martínez Gutiérrez A, López Paredes A, Giménez García F, Barba Pérez M.

Antecedentes.

El Área IV realizó una auditoría interna sobre Seguridad del Paciente en Septiembre de 2016, complementada en diciembre de 2016 con una evaluación de la gestión de las Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) a propuesta de la Subdirección de Calidad, Seguridad y Evaluación.

El 27 de Enero de 2017 se comunicó a la dirección médica del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia el aislamiento de un *Acinetobacter baumanii* multirresistente (MDR Ab) en un paciente hospitalizado.

Se diseñó un plan de acción basándose en el conocimiento que se había adquirido de nuestra organización en las dos auditorías previas, que permitiera adaptar los protocolos de control de infección nosocomial de otros centros a nuestra realidad.

Objetivos.

1.- Control del brote: Frenar la diseminación de la cepa, detectar y eliminar los reservorios ambientales que pudiera haber.
2.- Clínicos: Asegurar la correcta evaluación, seguimiento y vigilancia clínica de los pacientes que pudieran haber tenido contacto con el caso índice.
3.- Epidemiológico: Investigar el origen de la cepa detectada, e informar a Salud Pública hasta la resolución del brote.
4.- Organizativos: Coordinar los recursos y procesos implicados en la gestión del brote de infección nosocomial, y documentar las actuaciones realizadas.

Metodología

Se constituyó un Comité de Control del brote, coordinado por la Dirección Médica, con participación de la Dirección de enfermería, la Unidad de Calidad y Seguridad del Área, la responsable de Microbiología, la responsable de Enfermedades Infecciosas y el Ingeniero del Área, con la colaboración del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Reina Sofía.

Durante las primeras 24 horas tras la comunicación el Comité adoptó las medidas de control urgentes para frenar la diseminación del brote, identificando los casos declarados y los posibles reservorios ambientales, aisló los contactos con los pacientes con infección o colonización conocida y comunicó a Salud Pública la existencia del brote nosocomial.

Tras las primeras actuaciones, se elaboró la estrategia de gestión del brote. Se optó por un plan de mejora estructurado por procesos organizativos, con diseño de acciones específicas para cada una de las oportunidades de mejora detectadas en las auditorías previas que debieran ser abordadas en la gestión directa del brote.

Se fijaron tres líneas de actuación:

- Investigación epidemiológica de la cadena de transmisión
- Seguimiento clínico de contactos con el caso índice
- Medidas de control ambiental para frenar la diseminación del germen.

Se evaluaron y adaptaron a nuestro medio las siguientes guías de actuación:

- Protocolo de investigación de brotes epidémicos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA).
- Manual de normas para el control de la infección nosocomial (Osakidetza)
- Guías del CDC para el control de organismos multirresistentes y para el control ambiental en centros sanitarios.
- Plan de Acción ante el Brote con *Acinetobacter baumannii* multirresistente del Hospital Reina Sofía.

Se identificaron los procesos organizativos implicados en la gestión del brote, y se adoptaron las siguientes acciones de mejora:

- Hospitalización
  - Formación específica al personal en contacto directo con los pacientes colonizados e infectados por MDR Ab sobre las medidas de aislamiento necesarias, el uso de Equipos de Protección Individual (EPIs) e Higiene de Manos.
  - Concentración de los casos (colonizados e infectados) en un control de enfermería, con asignación de personal específico para el cuidado de estos pacientes.
  - Implantación de unas 'Normas para Familiares y pacientes portadores de gérmenes multirresistentes' durante la estancia hospitalaria, y de cuidados tras el alta.
  - Revisión del procedimiento de trasporte intrahospitalario de pacientes con aislamiento de contacto, y formación del personal celador implicado.
- Proceso de apoyo diagnóstico
  - Comunicación directa de aislamientos de MDR Ab al Comité de control
- Sistemas de información
  - Revisión de las herramientas disponibles (módulo de infección nosocomial de SELENE) e identificación de problemas técnicos de funcionamiento en nuestro centro.
  - Diseño de herramientas para optimizar la investigación epidemiológica (listados de ocupación de camas, trazabilidad del recorrido de los pacientes por distintos recursos del hospital)
  - Instauración de alerta en SELENE 'Paciente portador de germen multirresistente' para toda la organización
- Gestión de residuos
  - Revisión del circuito de eliminación de residuos peligrosos del centro (horarios, almacenamiento hasta su retirada, protección del personal que los retira…)
- Lavandería
  - Revisión del protocolo de limpieza de lencería de los pacientes afectados y del personal que se encarga de su atención y cuidado.

- Gestión de Recursos Humanos
  - Elaboración de un plan de acogida específico para el personal eventual contratado para gestionar el brote
- Urgencias
  - Asignación de personal específico para el cuidado de estos pacientes en caso de ingreso en Observación
- Limpieza
  - Personal específico para la limpieza de habitaciones.
  - Limpieza terminal tras el alta hospitalaria.

Resultados

1.- Control del brote:

- El brote fue controlado en 48 horas, sin casos secundarios tras la declaración.

2.- Clínicos:

- El seguimiento y cumplimiento de los protocolos fue elevado durante el brote. No se detectaron infracciones mayores de los mismos, ni se produjeron incidentes que afectaran a los pacientes en seguimiento ni a pacientes sanos ingresados en los controles afectados.
- Alta hospitalaria del último paciente en seguimiento el 24 de Febrero de 2017. Sin casos secundarios posteriores.

3.- Epidemiológico:

- Se evaluaron todos los contactos del caso índice durante su estancia, se realizó un estudio de colonización de los contactos y se instauró seguimiento diario de aquellos que permanecían ingresados.
- Se ha diseñado un programa de seguimiento en Atención Primaria de los portadores identificados

4.- Organizativo:

- Se han optimizado los procesos para la gestión de IRAS en general

Oportunidades de mejora detectadas

- Elevado coste de oportunidad. La gestión del brote de MDR Ab siguiendo los protocolos actuales ha supuesto un elevado gasto económico, especialmente a expensas del personal específico para la asistencia de los pacientes.
- Debilidad de la estrategia de salud pública de gérmenes multirresistentes (centros sociosanitarios, atención primaria, domicilio…)
- Base de datos del SMS de pacientes portadores de gérmenes multirresistentes.
- Incertidumbre científica en aspectos clave de la gestión de estos pacientes (estudio óptimo de colonización en pacientes, estudios ambientales, declaración fin de brote, declaración de fin de colonización

COMUNICACIONES ORALES

C001.- RESULTADOS TRAS IMPLANTAR UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER CENTRAL EN PREMATUROS GRANDE.
BAREA BEJARANO, ALEJANDRO; BERMEJO COSTA, FRANCISCA; GARCÍA GONZÁLEZ, ANA; LEANTE CASTELLANOS, JOSÉ LUIS; PINA MOLINA, JOSÉ MIGUEL; MUÑOZ MARTÍNEZ, PABLO. **85**

C002.- EPISODIO APARENTEMENTE LETAL (ALTE) EN LACTANTES ¿SON ADECUADOS LOS RECURSOS HOSPITALARIOS EMPLEADOS?.
ALGAR FERNÁNDEZ, LUIS MIGUEL; DEL TORO SARAVIA, CARLOS; JAÉN MORENO, MARÍA; PÉREZ CÁNOVAS, CARLOS; MORALO GARCÍA, SARA; RODRÍGUEZ GARCÍA, JOSÉ. **87**

C003.- DISMINUCIÓN DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS EN URGENCIAS INFANTILES, MEDIANTE UN CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD.
BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES; GARCÍA SÁNCHEZ, JUAN; FUENTES FERNÁNDEZ, MARTA; SÁNCHEZ JIMENEZ, EVA MARÍA; LLAMAS SÁNCHEZ, ALFONSO CARLOS; CAMACHO PARDO, LAURA. **89**

C004.- MEJORA EN EL MANEJO HOSPITALARIO DE BRONQUIOLITIS AGUDA (BA) TRAS INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO CLÍNICO DE SERVICIO.
PEREZ CANOVAS, CARLOS; MARTÍNEZ ALVAREZ, ANA; DEL TORO SARAVIA, CARLOS; MORALO GARCÍA, SARA; SOLANO NAVARRO, CARMEN; RODRÍGUEZ GARCÍA, JOSÉ. **91**

C005.- IMPLANTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN A DONANTES DE LECHE MATERNA.
BERMEJO COSTA, FRANCISCA; GARCÍA GONZÁLEZ, ANA; LEANTE CASTELLANOS, JOSÉ LUIS; MARTÍNEZ-TAFALLA LÓPEZ, CLARA; BAREA BEJARANO, ALEJANDRO; MUÑOZ MARTÍNEZ, PABLO. **93**

C006.- DIFERENCIAS AUTONÓMICAS EN LA TASA DE CESÁREAS Y A QUÉ FACTORES SE ASOCIAN.
CALLEJO HURTADO, VICTORIA; SOBRAO LÓPEZ, ARANTXA; PALAZÓN CABANES, BEGOÑA; MUÑOZ PÉREZ, ÁNGELES; SÁNCHEZ SERRANO, ELENA; FERNÁNDEZ PARDO, JACINTO. **95**

C007.- SEDOANALGESIA ANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN URGENCIAS COMO MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
DEL TORO SARAVIA, CARLOS; DAGHOUM DORADO, ELENA; RUÍZ PACHECO, Mª ÁNGELES; MORALO GARCÍA, SARA; PÉREZ CÁNOVAS, CARLOS; BASTIDA SÁNCHEZ, ENCARNA. **97**

C008.- MEJORA DE LAS COMPETENCIAS EN EMERGENCIA PEDIATRICA MEDIANTE LA SIMULACIÓN CLÍNICA CON GRUPOS MIXTOS PEDIATRA-ENFERMERO.
MORALO GARCIA, SARA; PÉREZ CÁNOVAS, CARLOS; DEL TORO SARAVIA, CARLOS; BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES. **99**

C009.- GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR. IMPLANTACIÓN.
TUDELA URREA, MARIA FRANCISCA; PAREDES GONZALEZ, JOSE MIGUEL; MARTINEZ GONZALEZ, MIGUEL ANGEL; HERNANDEZ MENDEZ, SOLANGER; RUZAFA MARTINEZ, MARIA. **100**

C010.- COMUNICACIÓN CON POBLACIÓN EXTRANJERA EN EL HCUVA: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL INTÉRPRETE PROFESIONAL.
SÁNCHEZ-PEDREÑO SÁNCHEZ, ALBA; MARTÍNEZ MENCHÓN, TERESA; NICOLÁS RUIZ, FRANCISCO; GALCERÁ TOMÁS, JOSÉ; MARRAS FERNÁNDEZ-CID, CARLOS; SÁNCHEZ-PEDREÑO GUILLÉN, PALOMA. **101**

C011.- LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON LOS PADRES EXTRANJEROS EN EL TRIAJE DE URGENCIAS INFANTILES.
FOULQUIÉ RUBIO, ANA ISABEL; BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES; MELGARES DE AGUILAR FERREIRA, MARIA DOLORES; GARCÍA SANCHEZ, JUAN; SÁNCHEZ JIMENEZ, EVA MARIA; MUÑOZ SÁNCHEZ, MARTA. **103**

C012.- COMPLICACIONES EN SONDA GÁSTRICA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.
BERNAL GALERA, MARÍA DE LOS ÁNGELES; MATEO PEREA, GINÉS; PEREDA MÁS, ARTURO; NAVARRO MINGORANCE, ÁLVARO. **105**

C013.- PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO.
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M. ADORACIÓN; CASTAÑER RAMÓN-LLÍN, CARLA; FURONES TORMO, BEATRIZ; LÓPEZ LÓPEZ, RAQUEL; ASENSIO, M. DEL MAR; CÁRCELES BARÓN, M DOLORES. **106**

C014.- SCREENING BASAL PSICOSOCIAL EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE ARRIXACA.
AVILÉS ALCÁNTARA, EVA MARÍA; CASTELLANO ÁLVAREZ, MARIA ROSA; VICENTE MARTÍ, LIDIA; FERNÁNDEZ ROCA, LUCÍA; AVILÉS HERNÁNDEZ, JUAN DIONISIO; CASTELLOTE VARONA, JAVIER. **108**

C015.- EVALUACION DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA "CONFORT ROOM" EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA.
GARCÍA MARTÍNEZ DE ESTARRONA, AITZIBER; SANCHEZ GOMEZ, AZAHARA; GALLARDO CARRASCO, MARIA DEL CARMEN; BELINCHON ORTEGA, LAURA; HERNANDEZ GARCIA, MARIA DEL CARMEN; DÍAZ GALERON, SARA. **110**

C016.- PROYECTO "ACOMPAÑAD@S" ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES PALIATIVOS.
SANTOS MATEO, ISABEL Mª; LOZANO PASTOR, VICTORIA EUGENIA; MORALES CAMACHO, VANESA; SANTOS MATEO, JUAN JOSÉ; RODRIGUEZ RÓDENAS, JOSE MIGUEL; ARNAU ALFONSO, JUAN JOSÉ. **112**

C017.- TRAQUEOSTOMÍA Y COMPLICACIONES TARDÍAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.
MATEO PEREA, GINÉS; PEREDA MÁS, ARTURO; NAVARRO MINGORANCE, ÁLVARO; BERNAL GALERA, MARÍA DE LOS ÁNGELES. **114**

C018.- CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA EN EL TIEMPO DE RESPUESTA DE UN LABORATORIO INMUNOLÓGICO DE REFERENCIA REGIONAL.
MURO AMADOR, MANUEL; BOTELLA MARTINEZ, CARMEN; BOLARIN RODRIGUEZ, JOSE MIGUEL; RODRIGUEZ MURCIA, JOSE; MAS CASTILLO, ADELIA. **115**

C019.- MEJORA DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE MEDIANTE UN PROTOCOLO Y MONITORIZACIÓN DE SUS INDICADORES DE CALIDAD.
LÓPEZ IBORRA, LIDÓN; ROLDAN VALCARCEL, Mª DOLORES; FERRER BAS, Mª PILAR; HELLIN GIL, Mª FUENSANTA; PÉREZ MOROTE, JESÚS; GÓMEZ TORRES, MERCEDES. **117**

C020.- MEJORA DE ESPERA DE PRIMERAS VISITAS TRAS LA REORDENACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DE APARATO LOCOMOTOR.
PASCUAL, HERMINIA; VILLEGAS, MANUEL; GONZÁLVEZ, JUAN JOSÉ; FERNANDEZ MARTÍN, PILAR; BAEZA ALCARAZ, ANGEL; BALLESTA, ANTONIA. **119**

C021.- ¿POR QUÉ VUELVEN A CONSULTAR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR PROBLEMAS DE APARATO LOCOMOTOR?.
SÁNCHEZ SABATER, BARBARA; LLUNA LLORENS, AFRICA DAKOTA; GARCÍA GARCÍA, ELENA MARÍA; MEDRANO MORTE, ISABEL; GARCIA MORALES, MARIA; MOYA TRUJILLO, FRANCISCO DE ASIS. **120**

C022.- MONITORIZACIÓN DE PROFILAXIS DE TVP EN PACIENTES CON FRACTURAS DE EXTREMIDAD INFERIOR EN URGENCIAS.
LLUNA LLORENS, ÁFRICA DAKOTA; SÁNCHEZ SABATER, BÁRBARA; MEDRANO MORTE, ISABEL; GARCÍA ELENA MARÍA, GARCÍA; MORALES MARÍA, GARCÍA. **121**

C023.- TÍTULO: ¿QUÉ PASÓ TRAS EL CICLO DE MEJORA DE DRENAJES PLEURALES?: REEVALUACIÓN.
CLEMENTE LASERNA, MARIA JOSE; FERNÁNDEZ GIL, MARCA ENCARNA; LÓPEZ SANTO, ISABEL; MAÑAS MARÍN, BEATRIZ; PÉREZ NAVARRO, ESPERANZA; SÁCHEZ CARREÑO Mª JESÚS. **122**

C024.- PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR APARIENCIA SIMILAR DE MEDICAMENTOS: REENVASADO DE LEVODOPA/CARBIDOPA.
FERNÁNDEZ-LOBATO, BÁRBARA; CONESA NICOLÁS, ELENA; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, Mª CRISTINA; NÚÑEZ BRACAMONTE, SARA; MUÑOZ GARCÍA, IRIS; CHICA MARCHAL, AMELIA Mª. **124**

C025.- VALIDACION DE LA SEGURIDAD EN LA INTEGRACION DE LOS PROGRAMAS FARMIS® Y SAVAC®.
ALONSO DOMINGUEZ, MARIA TERESA; SANCHEZ MARTINEZ, IRIA; LEON VILLAR, JOSEFA; NICOLAS MARTINEZ, JOSE JOAQUIN; GONZALEZ GONZALEZ, SUSANA; MARTÍNEZ LAJARÍN, FRANCISCO. **126**

C026.- SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADOS INTENSIVOS: EVALUACION DE INDICADORES RELACIONADOS CON ENFERMERIA.
MARTÍNEZ MANZANERA, MARÍA ÁNGELES; ALCAÑIZ RIAÑO, ANA REYES; CABALLERO ALEMÁN, FUENSANTA; GONZÁLEZ VICENTE, ANA; GONZÁLEZ BOTELLA, MARÍA DOLORES; GRIMALDOS LÓPEZ, JUAN CARLOS. **128**

C027.- EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL ETIQUETADO SOBRE EXCIPIENTES DE DECLARACION OBLIGATORIA DE FARMACOS REENVASADOS.
SANCHEZ MARTINEZ, INMACULADA; FERNANDEZ GARCIA, ANTONIO JOSE; MUROS ORTEGA, MARIA; RODRIGUEZ MOLINA, MARIA ANTONIA; RODRIGUEZ LUCAS, CARMEN; VALIENTE BORREGO, FRANCISCO. **129**

C028.- IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MEJORAS EN LA CALIDAD DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS.
VINEY, ALICE CHARLOTTE; FERNÁNDEZ-LOBATO, BÁRBARA; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, MARÍA CRISTINA; MUÑOZ GARCÍA, IRIS; GARCÍA LAGUNAR, MARÍA HENAR; ESCONDRILLAS GÓMEZ, LUIS MARÍA. **131**

C029.- PLAN DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS.
ORTÍN KATNICH, LISA; SERRANO NAVARRO, JUANA MARÍA; RICO LLEDÓ, Mª JOSE; MARTÍN RUIZ, JUAN FRANCISCO; TRIVIÑO HIDALGO, JULIÁN; PARDO TALAVERA, JUAN CARLOS. **133**

C030.- MEJORANDO LA ATENCIÓN DEL PACIENTE AÑOSO: PICTOGRAMAS EN EL MENÚ HOSPITALARIO.
MONEDERO SAIZ, TAMARA; PASCUAL SOLA, MARTA; SOLER NICOLÁS, MARÍA MAGDALENA; SÁNCHEZ ÁLVAREZ, CARMEN. **135**

C031.- PROEMPOWER, INNOVANDO PARA EMPODERAR AL DIABÉTICO.
SÁNCHEZ NANCLARES, GORKA; LÓPEZ ACUÑA, PILAR; ALCARAZ MUÑOZ, JOSÉ MANUEL; CARAVACA BERENGUER, MARIA JOSÉ; AGUILAR HERNÁNDEZ, RAFAEL; MARTÍN MUÑOZ, ENRIQUE. **137**

C032.- PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA CAPTACION DEL PACIENTE PREDIABETICO Y VALORACION DEL CONTROL DEL DIABETICO.
GARCIA HERRERO, IGNACIO; DELGADO ROMERO, BLANCA; BERMUDEZ INGLES, ALEJANDRO; BERMUDEZ GALINDO, GUILLERMO; PEREZ JIMENEZ, MARIA BEGOÑA; BRIONES GARCÍA, AMELIA. **139**

C033.- EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PORTAL DEL PACIENTE EN LA REGIÓN DE MURCIA DESDE "LA CONSULTA CORREO".
CANOVAS INGLES, ANDRES; BARRAGAN PEREZ, ALBERTO JAVIER; SAENZ DE MIERA, ALONSO; ALCANTARA ZAPATA, FRANCISCO; ESPAÑOL MORALES, IGNACIO; SEDES ROMERO, JOSÉ. **141**

C034.- PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.
VALVERDE SOTO, MARIA JOSÉ; LOPEZ GARCIA, JUAN ANTONIO; RUBIO MARTINEZ, PEDRO LUIS; IGNATIEVA, ANNA. **143**

C035.- 13,6% DE INSATISFECHOS… Y CON ESTO ¿QUÉ HACEMOS?.
LEÓN MUÑOZ, VICENTE JESÚS; LISÓN ALMAGRO, ALONSO J.; LÓPEZ LÓPEZ, MIRIAN. **145**

C036.- HUMANIZAR LA ASISTENCIA. UN RETO ACTUAL.
BERNAL BELIJAR, INES; MESEGUER BARRIONUEVO, ANA; ESPARZA LORENTE, ANA; MARTINEZ BERNAL, ANTONIO; AYALA SANCHEZ, NURIA; SANTIAGO GARCÍA CARMEN. **147**

C037.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO NO HACER EN UN ÁREA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA: PRIMEROS RESULTADOS.
MORENO LOPEZ, ANA BELEN; LÓPEZ-PICAZO FERRER, JULIO JOSÉ; PICAZO CÓRDOBA, ROMÁN; VERA GUIRAO, JUAN JOSÉ; GARCÍA GAMBÍN, FRANCISCO; MARQUES ESPI, JUAN ANTONIO. **149**

C038.- ANALISIS DE CALIDAD PERCIBIDA EN UN PROYECTO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL.
GARRE GARCIA, ADRIANA; MARIN YAGO, ANA MARIA; CAYUELA FUENTES, CATALINA; GONZALEZ CANOVAS, MARIA; LOPEZ LOPEZ, VICTOR; SORIANO GIMENEZ, VÍCTOR. **151**

C039.- GUÍA DE ACTUACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDIA.
MARTINEZ ROJO, CARMEN; RUBIO ALACID, SONIA; RODRIGUEZ PORTILLA, NATALIA EMILIA; SOTO HERRERO, VERONICA; MARTINEZ ROMAN, CONCEPCION. **153**

C040.- PLAN DE HUMANIZACIÓN: ANIMAR Y SENSIBILIZAR A LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO EN EL CUIDADO DE LAS EMOCIONES.
LOZANO PASTOR, VICTORIA EUGENIA; MORALES CAMACHO, VANESA; SANTOS MATEO, ISABEL Mª; VILLA MALDONADO, PEDRO; ARNAU ALFONSO, JUAN JOSÉ; MARTIN PÉREZ, MANUEL ANTONIO. **154**

C041.- SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA.
SEVILLA HERNÁNDEZ, ENCARNACIÓN ARACELI; PALAZÓN MORENO, ALBA; GARROTE MORENO, LAURA CRISTINA; AMORÓS RIVERA, SOFÍA; FERNÁNDEZ DE HARO, MARIA DEL MAR; HERRERO BROCAL, ALBA. **156**

C042.- REPERCUSIÓN DE LA TURNICIDAD EN LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. **158**
ORTIZ PIÑERO, MIRIAM; LEAL LLOPIS, JESUS; PARETS LLORCA, ROSARIO.

C043.- MEJORA DEL ENTORNO LABORAL Y SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE NUEVOS TURNOS DE TRABAJO.
PEREZ GARCIA, Mª CARMEN; LEAL LLOPIS, JESUS; GONZALEZ FAJARDO, ANA; MARTINEZ ALEMAN, MANUEL; CRESPO CARRION, Mª JOSE; LÓPEZ ALCARÁZ, FRANCÍSCO. **159**

C044.- SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL SERVICIO DE FARMACIA: ÁNALISIS COMPARATIVO.
MUÑOZ GARCÍA, IRIS; VINEY, ALICE CHARLOTTE; PÉREZ PÉREZ, INMACULADA GEMA; GARCÍA SIMÓN, MARIA SERGIA; GUTIÉRREZ CÍVICOS, MARIA DEL ROCÍO; MIRA SIRVENT, MARIA CARMEN. **161**

C045.- MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE NUEVOS TURNOS DE TRABAJO.
GONZALEZ FAJARDO, ANA; LEAL LLOPIS, JESUS; LOPEZ ALCARAZ, FRANCISCO; CRESPO CARRION, Mª JOSE; MARTINEZ ALEMAN, MANUEL; ALONSO FRIAS, Mª ARANZAZU. **163**

C046.- ¿QUE OPINAN LOS TRABAJADORES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE TURNOS DE 12 HORAS?.
LEAL LLOPIS, JESUS; CRESPO CARRIÓN, Mª JOSE; MARTINEZ ALEMAN, MANUEL; LOPEZ ALCARAZ, FRANCISCO; GONZALEZ FAJARDO, ANA; MARTÍNEZ GARCÍA, JUAN ANTONIO. **164**

C047.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS PARCIALES DE UN PROGRAMA PILOTO SOBRE USO RESPONSABLE DE ANTIBIÓTICOS EN LA PRIMERA INFANCIA.
MARTIN AYALA, GEMA; CHUMILLA VALDERAS, Mª ÁNGELES; GARNICA MARTÍNEZ, BEATRIZ; ESPEJO GARCÍA, Mª PILAR; VIGUERAS ABELLÁN, JUAN JOSÉ; SORIANO IBARRA, JUAN FRANCISCO. **166**

C048.- EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO CON VÁLVULA DE DRENAJE TORÁCICO: CALIDAD Y AHORRO PUEDEN IR DE LA MANO.
ROLDÁN VALCÁRCEL, Mª DOLORES; CARRILLO ORTEGA, JOAQUIN; BOTÍA TOMÁS, Mª JOSE; LOZANO PEREZ, SANDRA; GUIRAO MARTINEZ, LAURA; PASTOR PALAZÓN, JOSEFA. **168**

C049.- DISCREPANCIA ENTRE EL SISTEMA GRD Y LA REALIDAD: ESTUDIO DEL COSTE MEDIO DE LA MICROCIRUGÍA RECONSTRUCTIVA FACIAL CON CO.
CAMACHO RIVAS, ROCÍO; VILLANUEVA SAN VICENTE, VÍCTOR; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MARÍA ÁNGELES; CORTEZ LEDE, MARIA GABRIELA; VALLE RODRÍGUEZ, EKAITZ. **169**

C050.- MEJORA DE LOS CUIDADOS Y CONTROL DEL CONSUMO Y GASTO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA MEDIANTE APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO.
HELLIN GIL, Mª FUENSANTA; FERRER BAS, Mª PILAR; CHUMILLAS HERRERO, RAQUEL; SORIANO HERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER; GARCIA PEREZ, GREGORIA; TORRALBA MARTÍNEZ, PEDRO. **170**

C051.- ¿ES POSIBLE CONTENER EL AUMENTO DE SOLICITUDES DE EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS?.
MASO NAVARRO, LUISA; RAMOS ALCALA, AIDA; SERRANO VELASCO, LAURA; MARTINEZ ENCARNACION, LOURDES; CHANS CUERVO, MARIA ANGELES; BENEDICTO OROVIC, JOSÉ. **172**

C052.- ACTUACIONES DE MEJORA EN PACIENTES CON EPOC EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS.
HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, MARIA JOSÉ; JIMÉNEZ GUILLÉN, CASIMIRO; MARTÍN AYALA, GEMA; AGUILERA MUSSO, BELEN; ESTEBAN RODRIGUEZ, GUSTAVO; LÓPEZ ROMÁN, FRANCISCO JOSÉ. **174**

C053.- UTILIDAD DE LOS REFERENTES DE HIGIENE DE MANOS EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA.
RABADAN ANTA, TERESA; TORRES MARTÍNEZ, ISABEL; PELLICER VILLAESCUSA, SILVIA; DE CASTRO DÍAZ, MILAGROS; CANTERO SÁNCHEZ, ENCARNACIÓN; PÉREZ ROMERO, SHIRLEY B. **176**

C054.- EVOLUCIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL DE IBERMUTUAMUR.
MADRID CONESA, ANTONIO; ALARCÓN REINA, SONIA; CABRERA SIERRA, MARTHA; SANZ SANZ, VALENTÍN; ARAGÓN SOSA, OCTAVIO; CALVO BONACHO, EVA. **178**

C055.- SINASP SIRVE. PARADA EN UNA PLANTA DEL HOSPITAL GENERAL.
ALBACETE MORENO, CARLOS LUIS; MORENO LÓPEZ, ANA BELÉN; PÉREZ LUJÁN, RAQUEL; PUJALTE RÓDENAS, VIRGINIA; BANACLOCHE CANO, CECILIA. **180**

C056.- EVALUACIÓN Y PLAN DE MEJORA TRAS CONFUSIÓN ENTRE DOS CONTRASTES RADIOLÓGICOS.
MORENO PASTOR, ANA; GARCÍA MOTOS, CONSUELO; MENÉNDEZ FUENTES, MARÍA JOSÉ; ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN. **182**

C057.- GRADO SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS E IMPLICACIÓN EN INCIDENTES DE SEGURIDAD POR LOS RESIDENTES.
LLOR ZARAGOZA, PALOMA; MARTINETTI, VANESSA; SAURA GARCÍA, ISABEL; SÁNCHEZ SOLER, SORAYA; MORENO HERNÁNDEZ, MARTA; PEÑALVER ESPINOSA, DIANA. **184**

C058.- PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS HACIA LA CALIDAD DEL CUIDADO Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UN ÁREA DE SALUD.
HERNÁNDEZ MÉNDEZ, SOLANGER; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MIGUEL ÁNGEL; CANO ROJO, JOSÉ ÁNGEL; CASANOVA NAVARRO, LAURA; RAMOS MORCILLO, ANTONIO JESÚS; RUZAFA MARTÍNEZ, MARÍA. **186**

C059.- VÍA CLÍNICA DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER. RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN.
FLORES FUNES, DIEGO; SORIA ALEDO, VICTORIANO; ONCINA REQUENA, ANA; PÉREZ GUARINOS, CARMEN VICTORIA; GARCÍA MARÍN, JOSÉ ANDRÉS, AGUAYO ALBASINI, JOSÉ LUIS. **188**

C060.- APLICACIONES DEL CONTROL ESTADÍSTICO DE PROCESOS EN ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. **189**
CANO TRIGUEROS, EMILIANO; DÍAZ SERRANO, ROMINA.

C061.- FILTRADO GLOMERULAR PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON DM2 QUE TIENEN MAYOR RIESGO DE SUFRIR EVENTOS CARDIOVASCULARES.
OROZCO BELTRÁN, DOMINGO; CEBRIÁN CUENCA, ANA Mª; RUIZ QUINTERO, MANUEL; DE CASAS FERNÁNDEZ, XANIA; REDONDO ROMERO, LAURA; GIL GUILLÉN, VICENTE. **191**

C062.- ESTUDIO DE USABILIDAD APLICADO A UN NUEVO MODELO DE AGUJA ESPINAL.
LÓPEZ SORIANO, FRANCISCO; LAJARÍN BRQUERO, BARTOLOMÉ; SERRA GOMEZ, CARMEN. **193**

C063.- OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA. EN BUSCA DE LA EVIDENCIA EN INDICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN.
ESTEBAN GARRIDO, MAIKA; BEJAR VALERA, JAVIER; MILUY GUERRERO, MARIO; LÓPEZ ALMELA, EDUARDO. **195**

C064.- IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA DE BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, CARTAGENA.
BUENO GONZÁLEZ, Mª DEL MAR; LÓPEZ-PÉREZ, ROCIO; GARCÍA IZQUIERDO, OLIVIA; JÓDAR PÉREZ, Mª ÁNGELES; LÓPEZ SOTO, ÁLVARO; URBANO REYES, Mª ISABEL. **197**

C065.- CICLO DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.
PALAZON MORENO, ALBA; AMOROS RIVERA, SOFIA; GARROTE MORENO, LAURA CRISTINA; SEVILLA HERNANDEZ, ENCARNACION ARACELI; GONZALVEZ ORTEGA, MANUEL; FERNÁNDEZ DE HARO, MARIA DEL MAR. **199**

C066.- MONITORIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON CRONH Y COLITIS ULCEROSA. ¿ES EFICIENTE?.
SANTIAGO GARCIA, CARMEN; GARCIA SIMON, MARIA SERGIA; MORAN SANCHEZ, SENADOR; SEDES ROMERO, JOSE; BERNAL BELIJAR, INES; ALONSO SAEZ MIERA, MARIA JOSÉ. **201**

C067.- EFECTIVIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN UN HOSPITAL DE 350 CAMAS.
CAYUELA FUENTES, CATALINA; GONZÁLEZ CELDRÁN, REBECA; ZUAZU JAUSORO, MARÍA ISABEL; CANDELA GARCÍA, MARÍA JOSÉ; MARTÍNEZ MUÑOZ, VICTORIA; BLAYA SOLANA, AIDA. **203**

C068.- CONSULTAS DIGITALES EN UN ÁREA DE SALUD. NUESTRA EXPERIENCIA.
BARRAGÁN PÉREZ, ALBERTO JAVIER; ALONSO SAENZ DE MIERA, MARIA JOSEFA; ESPAÑOL MORALES, IGNACIO; CANOVAS INGLES, ANDRES; RUBIO NAVARRO, MARÍA JULIA; GALERA CUESTA; FRANCISCO. **205**

C069.- SAUCE (SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CONTRATACIÓN DE EMPLEADOS).
MULA JULIA, ANTONIA; LUQUE CAYUELA, MARIA ANGELES; SAEZ MARTINEZ, JOSE; HERNANDEZ GUILLAMON, DOLORES MARIA; BUENDIA PARDO, MATILDE. **207**

C070.- ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARÍA: LA CITA WEB ENFERMERA.
RUIZ SÁNCHEZ, ALFONSO JOSÉ; TERÓN MARTÍNEZ, Mª JOSÉ; SAEZ SOTO, ANGELES DEL ROSARIO; CULIAÑEZ ALENDA, MÁXIMO; PIQUERAS GONZÁLEZ, M. REMEDIOS; CABALLERO GUERRERO, BEATRIZ. **209**

C071.- TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
ALCÁNTARA ZAPATA, FRANCISCO; BARRAGÁN PÉREZ, ALBERTO; SÁNCHEZ PLAZA, JOAQUÍN JOSÉ; CÁNOVAS INGLÉS, ANDRÉS; ALARCÓN SOLDEVILLA, FERNANDO; HERRERA MARTÍNEZ, A MARIA. **211**

C072.- FORMACIÓN: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ESTERILIZACIÓN.
SABUCO TEBAR, EMILIANA; SALMERÓN GRACIA, ANTONIO; RÍOS RISQUEZ, MARÍA ISABEL; MAYOR MAYOR, CONCEPCIÓN; SABUCO SABUCO, VICENTE; ORTÍZ BARBA, INMACULADA. **213**

C073.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE UN PROYECTODOCENTE EN UN ÁREA SANITARIA.
RUBIO GIL , ESTHER; INIESTA MARTINEZ, DOLORES; MARTÍNEZ RODRIGUEZ, MARIA DEL CARMEN; MARTINEZ MARTINEZ, ANTONIA. **215**

C074.- ESTRATEGIA PARA IMPULSAR LA INVESTIGACION CLINICA EN EL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA.
AGUILERA MUSSO, BELEN; JIMENEZ GUILLEN, CASIMIRO; HERNANDEZ MARTINEZ, MARIA JOSE; MARTIN AYALA, GEMA; LOPEZ ROMAN, JAVIER; ESTEBAN RODRIGUEZ, GUSTAVO. **216**

C075.- IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE TRIAGE DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.
LOPEZ GARCIA, JUAN ANTONIO; MARTINEZ ARAN, TEODORO JOSE; BARBA PEREZ, MERCEDES; MARTINEZ GUTIERREZ, ANSELMO; MARIN BUENDIA, ANTONIO; PÉREZ FLORES, ERNESTO. **218**

C076.- MEJORA DE LA ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE FARMACIA: CREACIÓN DE UNA AGENDA EN SELENE.
RODRÍGUEZ MOLINA, MARIA ANTONIA; RAMÍREZ CARBONELL, MARIA DOLORES; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, ANA MARÍA; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, INMACULADA; LUCAS VILLA, NURIA; VALIEBNTE BORREGO, FRANCISCO. **220**

C077.- DE LA FRAGMENTACION A LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.
MARTÍNEZ SÁNCHEZ, ENCARNACIÓN; BALLESTEROS MESEGUER, CARMEN; MORENO PINA, J.PATRICIA; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, ELIA; BAEZA ALCARAZ, ÁNGEL; MARTÍNEZ GARCÍA, JUAN ANTONIO. **222**

C078.- INCENTIVANDO LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TOP DE CUIDADOS.
MEROÑO RIVERA, MARÍA DOLORES; ROLDAN CHICANO, MARIA TERESA; RODRIGUEZ TELLO, JAVIER; MARTINEZ BERNAL, ANTONIO; CAYUELA GARCIA, ANA MARIA; LÓPEZ LACOMA, JOSÉ CARLOS. **224**

C079.- IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO SUEÑON EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL REGIONAL.
MORALES CAMACHO, VANESA; LOZANO PASTOR, VICTORIA EUGENIA; SANTOS MATEO, ISABEL MARIA; VILLA MALDONADO, PEDRO; MARTÍN PÉREZ, MANUEL ANTONIO; RODRÍGUEZ RÓDENAS, JOSÉ MIGUEL. **226**

C080.- INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN U.C.I. OPORTUNIDAD DE MEJORA.
ALCAÑIZ RIAÑO, ANA REYES; CABALLERO ALEMÁN, FUENSANTA; GONZÁLEZ VICENTE, ANA; GRIMALDOS LÓPEZ, JUAN CARLOS; PUJANTE RODRÍGUEZ, CARMEN; HIDALGO BRAVO, IRENE. **228**

C081.- UNIDAD FUNCIONAL DE HERIDAS CRONICAS.
FALCON BORNAY, ANA MARIA; VILLA MALDONADO, PEDRO; ARNAU ALFONSO, JUAN JOSÉ. **229**

C082.- REDES SOCIALES: UN LUGAR DONDE EL HOSPITAL DEBE ESTAR.
MORENO SÁNCHEZ, INÉS; SÁNCHEZ LÓPEZ, SARA; SÁNCHEZ SABATER, BÁRBARA; SALCEDO LOBERA, ESPERANZA; ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN. **231**

C083.- INTRODUCCIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN EL ÁREA DE ONCOHEMATOLOGÍA RADIOTERAPICA.
LOPEZ IBAÑEZ, MERCEDES; VICENTE CARRION, PEDRO; RUIZ MARTINEZ, M ASUNCION; GALIAN PUJANTE, DELFINA; HERNANDEZ BERNAL, ESTHER. **233**

C084.- MI PRIMER DÍA DE PRÁCTICAS: "UN RECUERDO IMBORRABLE".
SUBIELA GARCIA, JOSE ANTONIO; MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA; JIMENEZ ANTON, MARIA DEL MAR; CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO; MARTÍNEZ PARDO, ANTONIA. **235**

C085.- JORNADAS DE PÉRDIDAS Y DUELO. ¿POR QUÉ? ¿PARA QUIÉN?. ¿PARA QUÉ?.
ROSIQUE ANTONELLI, MIREILLE; PEREZ GALVEZ, MªDOLORES; GRACIA ARTEAGA, ARÁNZAZU; VARA GARCIA, GLORIA; MARTINEZ ANDREU, FRANCISCA; RUBIO ROSIQUE, ESMERALDA. **237**

C086.- EVOLUCIÓN INVERSA DE LA FRECUENTACIÓN EN MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EN CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ESPAÑA.
MEDINA TOVAR, BLANCA; MARTÍN GASCÓN, ANA; DE LA ROSA, VICENTE; FERRARO, LIA; INIESTA-PINO, IGNACIO: FERNANDEZ PARDO, JACINTO. **239**

C087.- EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS COMO INSTRUMENTO QUE ASEGURA LA AUTONOMÍA DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.
AYALA VARGAS, MARÍA JOSÉ; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LETICIA; VIGUERAS PAREDES, PABLO; SALCEDO HERNÁNDEZ, JOSÉ RAMÓN; ANDREU MARTÍNEZ, BELÉN; FERNÁNDEZ CAMPOS, JUAN ANTONIO. **240**

C088.- ANÁLISIS DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO QUE HAN PRECISADO INGRESO EN EL ÁREA VIII DE SALUD.
MUÑOZ DÁVILA, MARÍA JOSÉ; JIMÉNEZ ANTÓN, MARIA DEL MAR; CÁMARA SIMÓN, MARGARITA; SÁNCHEZ SERRANO, ADRIANA. **242**

C089.- IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO INDIVIDUALIZADOS.
CEBRIÁN CUENCA, ANA Mª; OROZCO BELTRÁN, DOMINGO; ÁLVAREZ GUISASOLA, FERNANDO; DE MIGUEL GÓMEZ, ALFONSO; ALCARAZ PÉREZ, ÁLVARO; COS CLARAMUNT, XAVIER. **244**

C090.- MORTALIDAD POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ESPAÑA 2005-2014. TENDENCIA, DIFERENCIAS AUTONÓMICAS Y FACTORES ASOCIADOS.
SANTO MANRESA, ÁNGELA; MEDINA TOVAR, BLANCA; PALAZÓN CABANES, BEGOÑA; MUÑOZ PÉREZ, ÁNGELES; GARCÍA MONREAL, PURIFICACIÓN; FERNÁNDEZ PARDO, JACINTO. **245**

C091.- INCIDENCIA DE GRIPE A EN EL HULAMM EN LA TEMPORADA 2016/2017.
JIMÉNEZ ANTÓN, MARIA DEL MAR; MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA; SUBIELA GARCÍA, JOSÉ ANTONIO; CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO; CÁMARA SIMÓN, MARGARITA. **247**

C092.- ¿CUÁNTO IMPORTAN 5 MINUTOS?.
LISÓN ALMAGRO, ALONSO JOSÉ; LEÓN MUÑOZ, VICENTE JESÚS; LÓPEZ LÓPEZ, MIRIAN; IBAÑEZ GARCÍA, ISABEL. **249**

C093.- DISEÑO DE UNA GUÍA DIGITAL DE ELIMINACIÓN DE VELLO EN PROCESOS QUIRÚRGICOS.
MARTÍNEZ LÓPEZ, Mª CRUZ; AUÑON VELENCOSO, Mª MAR; CORBALÁN ABRIL, Mª DOLORES; HERRERA FERNÁNDEZ, JOSÉ Mª; MARCO SALAR, ISABEL CRUZ; TORRANO MORENO, ÁNGELA. **251**

C094.- HIPOTERMIA EN QUIRÓFANO. DETECCIÓN DE UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.
BLAYA SOLANA, AIDA; GONZÁLEZ CELDRÁN, REBECA; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ASCENSIÓN; CAYUELA FUENTES, CATALINA; YEPES GARCÍA, MARIA TERESA; LÓPEZ LÓPEZ, CARMEN MARIA. **253**

C095.- IMPLEMENTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL QUIRÓFANO DE URGENCIAS DE MATERNAL.
SANCHEZ AGUERA, INMACULADA CONCEPCION; BALLESTEROS MESEGUER, CARMEN; MARTINEZ ROMAN, CONCEPCION. **254**

C096.- ¿HOY QUIÉN OPERA, EL CIRUJANO O EL INGENIERO?.
IBAÑEZ GARCÍA, ISABEL; LEÓN MUÑOZ, VICENTE JESÚS; LÓPEZ LÓPEZ, MIRIAN; LISÓN ALMAGRO, ALONSO JOSÉ. **255**

C097.- GESTIÓN INTEGRAL DEL AISLAMIENTO DE PACIENTES POR CONTAGIO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DE ADULTOS.
MARTINEZ MILLAN, SILVIA; FERRER BAS, Mª PILAR; GARCIA CORBALAN, MARIA ISABEL; CARRILLO ORTEGA, JOAQUIN; JIMENEZ FERNANDEZ, ROSA Mª; MUÑOZ SARMIENTO, JOSEFA. **256**

C098.- ¿QUÉ GRADO DE INFORMACIÓN REAL DAN LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE INTERVENCIONES PROGRAMADAS EN CIRUGÍA GENERAL?.
PÉREZ GUARINOS, CARMEN VICTORIA; SORIA ALEDO, VÍCTOR; FLORES PASTOR, BENITO; JIMÉNEZ BALLESTER, MIGUEL ÁNGEL; GARCÍA MARÍN, JOSÉ ANDRÉS; AGUAYO ALBASINI, JOSÉ LUIS. **258**

C099.- RESULTADOS DE LA ADECUACION DEL PROTOCOLO DE UN PREOPERATORIO EN UN HOSPITAL COMERCAL.
ALMELA SÁNCHEZ-LA FUENTE, JOSE MARÍA; LÒPEZ SANTIAGO, ASENSIO; RUBIO GIL , ESTHER; ARENAS DIAZ, CARLOS ALBERTO. **260**

C100.- ANÁLISIS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS MEDIANTE LA REVISIÓN DE RECONSULTAS.
PEÑALVER ESPINOSA, DIANA; COSTA MARTÍNEZ, BEATRIZ E; CUTILLAS PÉREZ, MARIA DEL MAR; ESCARBAJAL, MARIA DEL CARMEN; POVZON, PAVLO; RAMOS LÓPEZ SARA. **261**

C001.- RESULTADOS TRAS IMPLANTAR UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER CENTRAL EN PREMATUROS GRANDE.

BAREA BEJARANO, ALEJANDRO; BERMEJO COSTA, FRANCISCA; GARCÍA GONZÁLEZ, ANA; LEANTE CASTELLANOS, JOSÉ LUIS; PINA MOLINA, JOSÉ MIGUEL; MUÑOZ MARTÍNEZ, PABLO.

Objetivos.

Evaluar la evolución de la incidencia de sepsis asociadas a catéter central (SAC) tras la implantación de un proyecto de prevención de las mismas en una unidad de cuidados intensivos neonatales nivel IIIb.

Métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo. En la muestra de estudio, se incluyeron los prematuros grandes inmaduros (aquellos nacidos con edad gestacional <32 semanas o peso al nacimiento < 1.500 gramos) que ingresaron en la unidad de neonatología y sobrevivieron las primeras 72 horas de vida. El periodo de estudio comprendió desde enero de 2013 hasta diciembre de 2016.

Como variable de estudio se analizó la densidad de incidencia de SAC (número de SAC/1.000 días de catéter central). Se determinaron igualmente otras variables demográficas, de morbilidad y mortalidad.

En enero de 2014 se implantaron una serie de medidas relacionadas con la inserción y manipulación de catéteres intravenosos centrales. Estas medidas fueron seleccionadas tras una revisión de la evidencia disponible y difundidas mediante videos explicativos. Se elaboraron listados de verificación asociados a estas medidas.

Los datos fueron recogidos a partir de la historia clínica del paciente e introducidos en una base de datos. El procesamiento de datos se realizó mediante SPSS versión 21.ª La correlación entre la densidad de incidencia y SAC se determinó aplicando el test de Pearson y aceptando como significativo un valor aleatorio del 0,05% ($p < 0,05$).

Resultados.

Se incluyeron un total de 142 pacientes, de los cuales 111 portaron catéter central. Se registraron 10 SAC en un total de 1397 días de catéter. La densidad de incidencia global fue de 4,32/1000 días de catéter (IC 95% 1,47-7,17). La densidad de incidencia en los distintos periodos anuales de estudio fue de 8,24 (2013); 7,22 (2014); 3,57 (2015); 0 (2016), mostrando una correlación negativa estadísticamente significativa ($p=0,04$), respecto al tiempo de evolución del proyecto. El último episodio de SAC tuvo lugar en agosto de 2015, manteniéndose durante los últimos 16 meses (383 días de catéter) una tasa cero de SAC.

Conclusiones.

La sepsis nosocomial es la causa adquirida más frecuente de mortalidad y morbilidad en los grandes inmaduros, siendo las SAC el origen más frecuente. Las estrategias puestas en marcha en nuestro centro fueron efectivas en disminuir su incidencia. En el periodo estudiado se observó un descenso progresivo de la tasa de SAC hasta su erradicación durante los últimos 16 meses analizados.

C002.- EPISODIO APARENTEMENTE LETAL (ALTE) EN LACTANTES ¿SON ADECUADOS LOS RECURSOS HOSPITALARIOS EMPLEADOS?.

ALGAR FERNÁNDEZ, LUIS MIGUEL; DEL TORO SARAVIA, CARLOS; JAÉN MORENO, MARÍA; PÉREZ CÁNOVAS, CARLOS; MORALO GARCÍA, SARA; RODRÍGUEZ GRACÍA, JOSÉ.

Objetivos.

Describir las características clínicas de pacientes con diagnóstico de episodio aparentemente letal (ALTE) que precisan ingreso hospitalario.

Realizar estudio inicial de coste-enfermedad.

Analizar las diferencias del manejo de pacientes diagnosticados de ALTE en la sala de observación de urgencias o en la planta.

Métodos.

Estudio descriptivo-analítico retrospectivo.

Población de estudio: lactantes menores de 12 con diagnóstico de ALTE.

Los datos se extrajeron de la historia clínica electrónica (selene) desde noviembre de 2015 a diciembre 2016

Variables del estudio: Motivo de consulta, tiempo hospitalización, exploraciones complementarias y diagnóstico final.

Se determina coste directo sanitario por tiempo hospitalización exclusivamente .

Resultados.

Muestra total 58 pacientes con edad media 21,6±2,4 meses (84,5% del total menor de 3 meses). Nivel de triaje 2 como más frecuente (71%). Motivo de consulta predominante asociación clínica (37,9%), seguido de apnea o cambio de coloración aislada. Diagnóstico final reflujo gastroesofágico (36,25%), seguido de idiopático (34,5%), respiratorio (19%) o vagal (5,2%), diagnosticando 1 cardiopatía y 2 convulsiones. Ningún paciente requirió ingreso en cuidados intensivos pediátricos. Tiempo ingreso de 3,45±1,62 dias (mediana 2 días). Realizada alguna exploración al 55,2% del total siendo la más frecuente la neuroimágen (32%), seguido de EEG (24,1%), transito digestivo (10,3%) y ecocardiografía (10,3%). A los pacientes de menor edad se les realizó mayor número de neuroimágen y ecocardiografía y menor de EEG, sin diferencias en tiempos medio de ingreso o diagnóstico final respecto a los de mayor edad. En el 51% de los casos se relacionó la sintomatología con la ingesta. El coste medio del proceso fue de 3138,48 euros (mediana 1291,8). Se compara la muestra con 10 pacientes ingresados en observación de urgencias durante menos de 1 día sin encontrar diferencias en motivo de consulta, edad o diagnóstico a alta, con coste medio de proceso de 285,75 euros.

Conclusiones.

El cambio en el manejo del episodio aparentemente letal en el lactante desde el ingreso hospitalario con la solicitud de pruebas complementarias para despistaje neurológico y cardiológico hacia la observación con monitorización cardiorrespiratoria en sala de observación de urgencias podría ser no solo una medida coste-efectiva sino también implicaría una actuación menos cruenta para paciente y familia; repercutiendo directamente en una mejor calidad asistencial.

Como oportunidades de mejora surge la realización de una vía clínica del paciente con ALTE en el servicio de pediatría para disminuir la variabilidad clínica observada el manejo de estos pacientes. Siendo el objetivo principal de dicha vía disminuir la variabilidad del manejo de ALTE, el tiempo de estancia hospitalaria y conseguir una mejora coste-efectividad.

C003.- DISMINUCIÓN DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS EN URGENCIAS INFANTILES, MEDIANTE UN CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD.

BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES; GARCÍA SÁNCHEZ, JUAN; FUENTES FERNÁNDEZ, MARTA; SÁNCHEZ JIMENEZ, EVA MARÍA; LLAMAS SÁNCHEZ, ALFONSO CARLOS; CAMACHO PARDO, LAURA.

Objetivos.

DISMINUIR EL PORCENTAJE DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS EN URGENCIAS INFANTILES.

Métodos.

Durante el año 2015, la tasa de hemocultivos contaminados en urgencias infantiles llego a superar el 12%, con una media de 10.3% en dicho año y un pico máximo del 12.9% en el mes de junio; cuando el gold standard está en un 4%.

A tenor de estos resultados, se consideró que surgía una oportunidad de mejora y se decidió "aprovechar" dicha oportunidad para realizar intervenciones correctoras que abordaran el problema, todas ellas enmarcadas en un ciclo de evaluación y mejora de la calidad.

Para iniciar dicho ciclo de mejora se contó con el apoyo de la coordinadora médica de urgencias infantiles, supervisor de la unidad, así como pediatras de urgencias infantiles.

La metodología utilizada es la de PJ Saturno para los ciclos de mejora.

Para identificar, clasificar y priorizar las causas del problema se utilizó un análisis de causa-efecto (Diagrama Ishikawa). Las causas se agruparon en 5 grandes categorías: personas, recursos, trabajo, pacientes y procedimientos.

Posteriormente se diseñó el ciclo de mejora.

La elaboración de los criterios de calidad se basó en una revisión sistemática publicada en anales de pediatría. Se establecieron 8 criterios de calidad, para aumentar la flexibilidad y mejorar el cumplimiento se contemplaron excepciones y aclaraciones.

La primera evaluación se llevó a cabo del 18-1-2016 al 28-2-216

Una vez obtenidos los resultados de la 1ª evaluación, se realiza un Diagrama de Afinidades y un Diagrama de Gantt donde se concreta el Plan de Acción y se rediseña el Ciclo de Mejora inicial.

Entre las medidas correctoras realizadas destacan:

- Analizar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la correcta técnica de extracción de hemocultivos.
- Revisión, actualización e implantación del protocolo de extracción de hemocultivos.
- Registro de los cuidados aplicados.
- Sesión formativa e informativa sobre protocolo de extracción de hemocultivos.

- Cartelería (algoritmos extracción hemocultivos).

Tras la aplicación de dichas medidas correctoras se reevaluaron los criterios de calidad establecidos, del 16-5-2016 al 26-6-2016.

Finalizado el ciclo de mejora se establece un plan de monitorización cuatrimestrales.

Resultados.

Tanto en la primera como en la segunda evaluación se midieron 60 casos.

Tras la aplicación de un Programa de Gestión de Calidad se obtuvo un aumento en todos los criterios propuestos, consiguiendo 100% en la desinfección de la zona de punción con Clorhexidina 2%. En la desinfección del frasco de hemocultivo, se pasó de un 0% de cumplimiento a un 68%. Se aumento un 50% en los criterios de punción anticubital y uso de guantes estériles y mascarilla. Para el resto de los criterios el cumplimiento tras las medidas correctoras superó el 50%.

Tras implantar las medidas correctoras el número de incumplimientos paso de 380 (79%) a 155 (32%). En todos los criterios se observó una mejora estadísticamente significativa.

Durante el año 2016 el porcentaje de hemocultivos contaminados no superó el 6%.

Conclusiones.

Los resultados revelan que mediante la aplicación de un Programa de Gestión de Calidad se puede disminuir el porcentaje de hemocultivos contaminados, evitando así ingresos innecesarios, retraso en el diagnóstico, administración de antibióticos y la práctica de nuevos hemocultivos u otras pruebas, mejorando así la calidad de los cuidados y aumentando la seguridad del paciente.

C004.- MEJORA EN EL MANEJO HOSPITALARIO DE BRONQUIOLITIS AGUDA (BA) TRAS INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO CLÍNICO DE SERVICIO.

PEREZ CANOVAS, CARLOS; MARTÍNEZ ALVAREZ, ANA; DEL TORO SARAVIA, CARLOS; MORALO GARCÍA, SARA; SOLANO NAVARRO, CARMEN; RODRÍGUEZ GARCÍA, JOSÉ.

Objetivos.

Analizar diferencias en la actuación de lactantes ingresados por bronquiolitis aguda (BA) tras aplicación de protocolo de servicio

Métodos.

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar en el que se incluyó facultativos de urgencias, neumología, hospitalización, cuidados intensivos y enfermería de urgencias y hospitalización, se desarrolló un protocolo de actuación basado en la evidencia clínica seleccionada tras estudio bibliográfico, que incluye criterios de ingreso y alta hospitalaria, criterios de realización de exploraciones complementarias, monitorización y tratamiento administrado. Se realiza estudio retrospectivo comparativo entre pacientes con diagnostico de BA que precisan ingreso hospitalario durante el mismo periodo epidémico (diciembre-enero) previa y tras la introducción de protocolo de servicio. Selección aleatoria de 124 pacientes divididos en 2 grupos de estudio (65 pre-protocolo y 59 post-protocolo). Variables categóricas expresadas en porcentajes. Diferencias entre variables categóricas con prueba chi-cuadrado. Comparación de medias de distribución no normal con test de Mann-Whitney

Resultados.

Predominio de pacientes menores de 3 meses (70,2%) que presentan menor gravedad y menor necesidad de exámenes complementario y tratamiento broncodilatador ($p < 0,05$) que en grupo de edad mayor. Tras la introducción de protocolo mejoró el criterio de ingreso pasando de un 35,6% al 53,7% de gravedad moderada o grave (p 0,06), disminuyó el uso de oxigenoterapia del 82,5% al 61,01% ($p <0,05$) gracias a uniformidad en la cifra de SatO2 para inicio de administración y la retirada de monitorización continua en pacientes sin necesidad de oxigenoterapia, edad > 6 semanas y ausencia de historia de apnea; disminución del uso de broncodilatadores del 93,1% a 36,2% ($p<0,05$), tratamiento sin evidencia científica de mejoría clínica. No se encontraron cambios significativos, aunque si disminución en la realización de radiografía torácica (11,1% vs 10,3%), analítica sanguinea (32,8% vs 30,5%) o uso de antibioterapia (23,6% vs 15,7%). El cambio más significativo es la reducción del tiempo de ingreso de 7,5 a 5,1 días ($p < 0,05$). No aumentó el porcentaje de ingreso en cuidados intensivos o uso de ventilación mecánica. No analizados la satisfacción de la familia con el trato recibido.

Conclusiones.

La puesta en marcha de un protocolo de servicio consensuado da lugar a una actuación más adecuada a la evidencia científica con disminución del uso de tratamiento no justificado así como de oxigenoterapia, lo que conlleva a una disminución en el tiempo de ingreso. La mayor unificación en criterios de ingreso ha propiciado una disminución en el porcentaje de los mismos con mayor adecuación a gravedad. Es necesario continuar la monitorización de indicadores de calidad en el manejo de bronquiolitis

C005.- IMPLANTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN A DONANTES DE LECHE MATERNA..

BERMEJO COSTA, FRANCISCA; GARCÍA GONZÁLEZ, ANA; LEANTE CASTELLANOS, JOSÉ LUIS; MARTÍNEZ-TAFALLA LÓPEZ, CLARA; BAREA BEJARANO, ALEJANDRO; MUÑOZ MARTÍNEZ, PABLO.

Objetivos.

El propósito de este estudio es doble. Por un lado se describe nuestra experiencia al implantar un centro de atención a donantes de leche materna (CAD) colaborativo, y por otro se estudia el impacto del mismo sobre el pronóstico de los prematuros grandes inmaduros.

Métodos.

Se realizaron dos análisis diferenciados:

1. Con la finalidad de describir la experiencia del CAD, tras dos años de su implantación (de julio 2015 a abril de 2017), se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron los envíos bidireccionales llevados a cabo en el periodo de estudio, describiendo las siguientes variables: volumen de leche cruda enviada y pasteurizada recibida; número de donantes reclutadas y de pacientes receptores de leche humana donada pasteurizada y procesada en un banco de leche (LMD).

2. El impacto de la implantación del CAD se evaluó centrándonos en la población de prematuros de < 32 sg. o con peso al nacimiento < 1.500 g. Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental comparando un periodo de 18 meses previo al comienzo del CAD (febrero 2015-Julio 2015) con los 18 meses posteriores (agosto 2015-enero 2017). Como variable principal se contrastó el tiempo en alcanzar el aporte enteral completo. Se analizaron igualmente otras variables secundarias relacionadas con el suministro nutricional (días de nutrición parenteral y de catéter central, proporción de leche materna en el día 14 de vida), así como otras variables demográficas, de morbilidad y mortalidad.

La información se obtuvo a partir de las historias clínicas de los pacientes y, de los registros específicos de recepción y envío de leche del CAD. Los datos fueron introducidos en una base de datos informatizada y analizada con SPSS versión 21.

Resultados.

Desde el 6 de agosto de 2015, fecha en la que se realizó el primer transporte, se han realizado 23 traslados de leche, 19 (82.6 %) bidireccionales y 4 (17.4 %) sólo de envío de leche cruda. Un total de 44 mujeres han contribuido como donantes, proporcionando un volumen de 156 litros de leche cruda. Se recibieron del banco de leche 89 litros de leche procesada, que se invirtieron en la alimentación de 67 recién nacidos.

En el estudio del impacto del CAD se incluyeron un total de 112 pacientes, 54 en el periodo previo y 58 en el posterior. Ambos grupos fueron homogéneos respecto a las variables demográficas analizadas. El tiempo mediano en alcanzar la alimentación enteral completa

fue de 9,2 días (rango intercuartil: 6,7-11,5) en el primer periodo y de 7,7 días (RIC 6,5-11,7) en el segundo (p = 0,045). Se observó de forma secundaria una reducción en la mediana de los días de nutrición parenteral de 9 (RIC 7-13) a 7 (RIC 5-11) (p = 0,001). Se constató una reducción en los días de catéter central y una proporción mayor de leche humana en el día 14 de vida, en estos casos sin alcanzar la significación estadística.

Conclusiones.

En nuestro entorno, la implantación de un CAD ha sido factible y ha ofrecido a madres lactantes la posibilidad de donar leche para otros recién nacidos subsidiarios. Además, este servicio ha permitido proporcionar leche humana a recién nacidos que no se disponían de leche de su propia madre. En la población de prematuros grandes inmaduros, esta ventaja se ha traducido en una progresión más rápida del aporte enteral, con una reducción de los días de nutrición parenteral, con los beneficios que ello conlleva.

C006.- DIFERENCIAS AUTONÓMICAS EN LA TASA DE CESÁREAS Y A QUÉ FACTORES SE ASOCIAN.

CALLEJO HURTADO, VICTORIA; SOBRAO LÓPEZ, ARANTXA; PALAZÓN CABANES, BEGOÑA; MUÑOZ PÉREZ, ÁNGELES; SÁNCHEZ SERRANO, ELENA; FERNANDEZ PARDO, JACINTO.

Objetivos.

La tasa de cesáreas se ha identificado como un indicador de buena práctica relacionando una baja tasa con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. En general, se considera que los problemas clínicos que derivan en la indicación de una cesárea se distribuyen de una forma homogénea en el conjunto de la red hospitalaria, por lo que las diferencias en las tasas de cesáreas pueden vincularse más a estilos de práctica clínica que a comorbilidades o complicaciones de las pacientes. Nuestro objetivo consiste en estudiar si existen diferencias en las tasa de cesáreas (TC) entre las diversas comunidades autónomas (CCAA) y a qué factores se asocian.

Métodos.

Estudio observacional-analítico retrospectivo a partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y de las aplicaciones de consulta del Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS): Registro de altas de hospitalización (CMBD), Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD) e Indicadores Clave del SNS (INCLASNS). La TC se calcula como (a / b) * 100; donde a= Número de altas en GRD que identifican parto por cesárea y b= Número de altas en GRD que identifican parto. Se estudian las diferencias observadas entre las diversas CCAA en el año 2014 (último con datos disponibles) y los factores asociados, mediante análisis de correlación bilateral.

Resultados.

En el año 2014, en España, se registraron 328.752 altas hospitalarias por parto (edad media 31,64 años). De ellas, 73.289 fueron por cesárea (edad media 32,71 años). La TC para el total nacional fue 22,29% (21,94% para el conjunto de Hospitales del SNS [HS] y 38,09% para el conjunto de Hospitales Privados [HP]), con importantes diferencias regionales (de mayor a menor TC): Extremadura 27,96 (28,04% HS y 40,88% HP); Castilla y León 24,84% (24,57% HS y 48,93% HP); Comunidad Valenciana 24,13% (23,94% HS y 46,99% HP); Castilla - La Mancha 23,72% (23,09% HS y 44,67% HP); Andalucía 23,17% (22,69% HS y 36,46% HP); Cataluña 22,96% (22,31% HS y 38,07% HP); Galicia 22,59% (22,53% HS y 39,62% HP); Cantabria 22,52% (22,81% HS y 43,89% HP); Murcia 22,08% (20,81% HS y 42,42% HP); Madrid 22,02% (21,93% HS y 34,74% HP); Baleares 21,94% (21,29% HS y 37,34% HP); La Rioja 20,66% (20,59% HS y 51,52% HP); Aragón 19,96% (19,55% HS y 38,78% HP); Canarias 19,52% (19,18% HS y 35,47% HP); Asturias 19,22% (19,63% HS y 31,44% HP); Navarra 15,98% (17,36% HS y 27,98% HP) y País Vasco 13,55% (13,47% HS y 31,91% HP). Tras realizar un análisis de correlación bilateral de las TC frente a otros diversos parámetros e indicadores disponibles por CCAA, únicamente se encuentra asociación significativa negativa con el Producto

Interior Bruto (PIB) per cápita (r=-0,617 [p=0,008]) y con la edad media de las pacientes sometidas a cesárea (r=-0,578 [p=0,015]), y positiva con la tasa de pobreza (r=0,601 [p=0,011]).

Conclusiones.

En España existen importantes diferencias regionales en las TC, apreciándose una relación inversa con el PIB per cápita y con la media de edad de las mujeres sometidas a cesárea de cada CCAA, y positiva con la tasa de pobreza. Las TC son más elevadas (casi el doble) en los hospitales de titularidad privada que en los pertenecientes al SNS.

C007.- SEDOANALGESIA ANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN URGENCIAS COMO MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

DEL TORO SARAVIA, CARLOS; DAGHOUM DORADO, ELENA; RUÍZ PACHECO, Mª ÁNGELES; MORALO GARCÍA, SARA; PÉREZ CÁNOVAS, CARLOS; BASTIDA SÁNCHEZ, ENCARNA.

Objetivos.

Analizar los procedimientos dolorosos que precisan sedoanalgesia en urgencias pediátricas.

Revisar los fármacos utilizados en la sedoanalgesia para comprobar si existe variabilidad en función del procedimiento

Evaluar la monitorización utilizada.

Métodos.

Estudio descriptivo-analítico retrospectivo.

Criterios de inclusión: Niños que atendidos en urgencias infantiles que precisan sedoanalgesia en procedimientos dolorosos. No se analizaron procedimientos que precisan ansiolisis o analgesia leve.

Los datos se recogieron de un formulario específico de sedoanalgesia para procedimientos dolorosos, creado en urgencias infantiles, de marzo a octubre de 2015.

Variables estudiadas:

- Datos demográficos.
- Tipos de procedimientos dolorosos que precisan sedoanalgesia.
- Contraindicación de la técnica.
- Monitorización: pulsioximetría / ECG / TA.
- Asociación farmacológica.
- Adecuación de la analgesia y sedación.
- Efectos adversos.
- Tipos de sedoanalgesia por procedimientos.
- Tiempo de observación tras la realización del procedimiento.

Las variables categóricas se expresan en porcentajes, utilizando la prueba de chi-cuadrado para las diferencias entre variables.

Resultados.

Muestra de 102 niños.

Siendo la edad media para ambos grupos de 4,4 años. Un 63,7% fueron niños y 36,3% niñas.

Los procedimientos más habituales fueron: Reducción cerrada de fractura (73,5%, de los cuales el 90% fueron fracturas desplazadas), seguido de sutura de herida complicada (11,8%), artrocentesis (5,9%) o punción lumbar (5,9%).

El 88% no reflejada alergia que pudiera alterar la técnica ni datos exploratorios de vía aérea difícil (escala Mallampati I ó II).

Monitorización con pulsioximetría de forma exclusiva en el 56% de los pacientes, monitorizando el resto además con registro electrocardiográfico continuo y determinación de tensión arterial.

Asociación farmacológica en la mayoría de pacientes (88%) siendo la más utilizada midazolam con ketamina (43,1%) seguido de óxido nitroso con fentanilo intranasal (22,5%) y de propofol con fentanilo (17,6%). Se alcanzó sedación adecuada (sedación moderada por escala de Ramsay) en el 67,5% y analgesia adecuada en el 86%. Comunicadas complicaciones en 10 pacientes (depresión respiratoria o hipoxemia y vómito como los más frecuentes) sin necesidad de suspender técnica. El 55% de los pacientes precisó observación con monitorización previo a su alta. Preferencia en la utilización de sedación intravenosa que inhalada en fracturas desplazadas (87% vs 62%; $p < 0,05$), y artrocentesis (80% vs 20%; p 0,05) sin diferencias en sutura de heridas complejas. Mayores niveles de sedación (88% vs 0%; $p < 0,01$) y analgesia (92% vs 63%; $p < 0,05$) con la sedación intravenosa frente a la inhalada. Mayor porcentaje de observación hospitalaria tras la técnica con la sedación intravenosa (91% vs 40%; $p < 0,05$). No se encontraron diferencias en cuanto a la duración de la técnica y elección de fármaco a utilizar.

Conclusiones.

La utilización de sedoanalgesia moderada-profunda en procedimientos dolorosos, como la reducción cerrada de fracturas altamente dolorosas, mejora la calidad asistencial, siendo uno de los indicadores de calidad que establece la SEUP.

La creación de formularios con registro de tiempos, monitorización, fármacos y dosis utilizadas, así como complicaciones mejora el rendimiento y seguridad del paciente. La terapia endovenosa sigue siendo más utilizado en nuestra serie que la inhalada y mejora los indicadores de sedación y analgesia, si bien aumenta la necesidad de vigi

C008.- MEJORA DE LAS COMPETENCIAS EN EMERGENCIA PEDIATRICA MEDIANTE LA SIMULACIÓN CLÍNICA CON GRUPOS MIXTOS PEDIATRA-ENFERMERO.

MORALO GARCIA, SARA; PÉREZ CÁNOVAS, CARLOS; DEL TORO SARAVIA, CARLOS; BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES.

Objetivos.

Mejorar las competencias del personal que atiende las emergencias pediátricas, a nivel práctico y teórico, mediante un curso de simulación en emergencias pediátricas.

Evaluar el grado de satisfacción del alumnado con el curso.

Valorar puntos de mejora para las siguientes ediciones.

Métodos.

Mejorar las competencias del personal que atiende las emergencias pediátricas, a nivel práctico y teórico, mediante un curso de simulación en emergencias pediátricas.

Evaluar el grado de satisfacción del alumnado con el curso.

Valorar puntos de mejora para las siguientes ediciones.

Resultados.

La evaluación de competencias fue adecuada. La mayor puntuación en actuaciones se estableció en la evaluación de triángulo de evaluación pediátrica, monitorización inicial y liderazgo, siendo la peor puntuada la información a familiares o decisión de traslado. La valoración global del curso fue buena (media > 8) siendo los aspectos más reconocidos la evaluación del profesorado, composición mixta del curso, utilidad en actividad habitual y el cumplimiento de expectativas. Escasas diferencias entre médicos y enfermeros.

Conclusiones.

Durante los 2 años que se están realizando los programas de entrenamiento a mejorado considerablemente las competencias en emergencias del personal sanitario, con una excelente valoración de la formación mediante simulación por personal sanitario.

Como oportunidades de mejora se plantea la necesidad de introducir la simulación dentro de la formación continuada en urgencias para mejorar competencias. La mejora en la formación de formadores mediante cursos de instructor nacional y la posibilidad de disponer de material y espacio específico para formación mediante simulación clínica.

C009.- GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR. IMPLANTACIÓN..

TUDELA URREA, MARIA FRANCISCA; PAREDES GONZALEZ, JOSE MIGUEL; MARTINEZ GONZALEZ, MIGUEL ANGEL; HERNANDEZ MENDEZ, SOLANGER; RUZAFA MARTINEZ, MARIA.

Objetivos.

Reducir la variabilidad en la práctica clínica asistencial y transferir la evidencia científica a la práctica clínica. Objetivos específicos: Aumentar la satisfacción de los pacientes y eliminar intervenciones que tienen un efecto mínimo en la calidad o causan daños.

Métodos.

El diseño es un estudio descriptivo prospectivo longitudinal de la situación actual de la guía clínica. Se crea un grupo de "impulsores" con un "líder" y "colider", protagonistas del desarrollo y funcionamiento de la guía, formando un equipo multidisciplinar con un determinado compromiso. Un total de 34 impulsores trabajan en la guía. Para ello se llevan a cabo cursos de formación específica orientada en la guía del manejo y valoración del dolor. En las reuniones de guía se trabaja recomendaciones, protocolos y actividades que se llevaran a cabo en la institución. Para medir la implantación de la guía, se ha realizado anualmente, desde el inicio de la guía, un estudio de satisfacción del paciente través del cuestionario "Percepción del paciente relacionado con el manejo del dolor".

Resultados.

Con respecto a la recogida de datos, la cuestión si el paciente presenta dolor desde el ingreso del paciente del hospital, en los años 2013, 2014 y 2015 presentaron respectivamente el 74,20%, el 75,60% y el 78,80%, y el año 2016 se obtuvo un 78,16%. En referencia a la presencia de dolor en las últimas 24 horas, en el año 2013 fue de un 54,80%, en 2014 un 39,70%, en 2015 un 37,50% y en el año 2016 un 62,07%.

Conclusiones.

Trabajar con la guía, refuerza el trabajo en equipo y reconforta al paciente y al personal sanitario saber que las actuaciones están basadas en la mayor evidencia científica que se dispone.

C010.- COMUNICACIÓN CON POBLACIÓN EXTRANJERA EN EL HCUVA: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL INTÉRPRETE PROFESIONAL.

SÁNCHEZ-PEDREÑO SÁNCHEZ, ALBA; MARTÍNEZ MENCHÓN, TERESA; NICOLÁS RUIZ, FRANCISCO; GALCERÁ TOMÁS, JOSÉ; MARRAS FERNÁNDEZ-CID, CARLOS; SÁNCHEZ-PEDREÑO GUILLÉN, PALOMA.

Objetivos.

(1) Conocer y describir la situación de la comunicación interlingüística entre usuarios y proveedores de servicios en el HCUVA.

(2) Proponer acciones encaminadas a la mejora de la comunicación en el mismo contexto.

Métodos.

Trabajo de campo cualitativo (37 entrevistas personales a 42 proveedores de servicios) realizado en el primer semestre del año 2013, mediante un muestreo por conveniencia y a través de la técnica de la bola de nieve.

Resultados.

Las lenguas más demandadas por los usuarios son el árabe y el inglés. Por tanto, en estas lenguas y en determinados servicios y especialidades médicas (p.ej.: Información, Urgencias, Psiquiatría, Oncología) las personas entrevistadas destacan la necesidad de que intervenga un intérprete profesional.

Las formas de comunicación más utilizadas en el HCUVA son la comunicación directa en la lengua del paciente (por parte de proveedores que conocen su lengua), la comunicación en español simplificado, la intervención de intérpretes profesionales o de intérpretes ad hoc (p.ej.: acompañantes –familiares, algunos de ellos menores de edad–, otros proveedores de servicios, pacientes), y otras formas de comunicación (estrategias para solventar los problemas de comunicación, como la gesticulación o la utilización de programas de traducción automática).

Las estrategias adoptadas para solventar los problemas de comunicación en numerosas ocasiones, a pesar de la buena intención y esfuerzo por parte de usuarios y proveedores por mejorar la comunicación, pueden suponer un perjuicio para la calidad de la asistencia.

Los motivos por los que no se recurre al intérprete profesional son el desconocimiento de la existencia del servicio, la preferencia por una comunicación sin intermediarios, los problemas de accesibilidad, disponibilidad e inmediatez del servicio de interpretación y las cuestiones organizativas y de coordinación entre este y el hospital.

El hecho de no recurrir a intérpretes profesionales como una primera forma de comunicación cuando se desconoce la lengua del paciente ocasiona consecuencias, entre las que destacan el aumento de la duración y del número de consultas, las dificultades e incorrecciones en diagnósticos y tratamientos y los problemas en la relación médico-paciente.

Conclusiones.

La eficacia y la calidad de la asistencia sanitaria aumentan cuando interviene un intérprete profesional. La utilización de otras formas de comunicación se debe al desconocimiento de la figura del intérprete y a las características del servicio de interpretación existente.

Por tanto, los proveedores apuestan por un servicio de intérpretes en plantilla, entre otras soluciones que derivan del estudio realizado, como la (in)formación a proveedores y usuarios y el (re)conocimiento de la figura del intérprete profesional.

C011.- LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON LOS PADRES EXTRANJEROS EN EL TRIAJE DE URGENCIAS INFANTILES.

FOULQUIÉ RUBIO, ANA ISABEL; BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES; MELGARES DE AGUILAR FERREIRA, MARIA DOLORES; GARCÍA SANCHEZ, JUAN; SÁNCHEZ JIMENEZ, EVA MARIA; MUÑOZ SÁNCHEZ, MARTA.

Objetivos.

Analizar las dificultades que encuentra la enfermera de triaje con población inmigrante.

Determinar las soluciones para superarlas.

Métodos.

Estudio descriptivo transversal analítico, de los enfermeros que trían en urgencias infantiles.

La población con la que se contaba era 18 enfermeras que trian en urgencias infantiles, se obtuvo una tasa de respuesta del 83,3% (n=15).

Los datos se obtuviero a traves de un cuestionario, confeccinado desde el punto de vista del ámbito de la interpretación en los servicios públicos y de la enfermería que tria.

Durante el mes de noviembre de 2016 se confeccionó el cuestionario y se pilotó con profesionales sanitarios que trabajan en la puerta de urgencias de distintos hospitales de Murcia, el pilotaje se realizo de forma aleatoria. Tras dicho pilotaje se eliminaron 2 preguntas sobre el uso de profesionales en la interpretación.

Cuestionario final constaba de 3 bloques: nacionalidades atendidas, comunicación con los pacientes (Bloque principal) y perfil del encuestado.

El bloque principal lo constituyó la comunicación entre el enfermero y los padres de los niños atendidos, conteniendo cinco subgrupos: grado de acuerdo con la descripción de la situación, causas de las dificultades encontradas, estrategias para realizar la comunicación, proveedor de soluciones comunicativas, características reales y deseadas de los intérpretes y frecuencia problemas de comunicación.

El cuestionario constaba de 45 ítems con respuestas tipo Likert con 5 opciones de respuesta. En el bloque de dificultades la escala tenía tres opciones de respuesta.

La encuesta se pasó en diciembre de 2016.

El análisis de los datos se realizó con el SPSS-20.

Resultados.

Perfil del encuestado:

La muestra fue de 15 enfermeras con una edad media de 40 años (+ 12,8), siendo un 80% mujeres, con 11 (+ 7,2) años trabajados.

Nacionalidades atendidas:

La procedencia principal es África, siendo Marruecos el pais que más consulta en urgencias infantiles, seguido de Europa (Paises del Este), Ámerica (Sur-América) y Asia (China)

Comunicación con los pacientes:

La barrera idiomática dificulta a la enfermera la valoración del niño en el triaje.

Las principales estrategias de comunicación cuando no se habla el mismo son hermanos, niño enfermo y adulto acompañante de padres y gestos.

Si se utiliza una persona externa para solucionar los problemas de comunicación la aportan los padres o son voluntarios.

El perfil del traductor ad hoc es una persona sin formación con conocimiento de idiomas.

Conclusiones.

Los resultados indican que cuando existe barrera idiomática para realizar el triaje, la valoración está concicionada por no profesionales (niño enfermo, hermanos, otros adultos) o comunicación por gestos, lo que provoca falta de información sobre la enfermedad del niño, la toma de medicación y historial médico; interfiriendo en la calidad de la atención prestada y en la seguridad del niño y a su vez, puede influir en la percepción por parte de los padres de la asistencia recibida. Aunque la presencia continúa de un intérprete de las lenguas demandadas no es una opción, por la naturaleza del servicio, existen otras alternativas que hacen uso de las nuevas tecnologías y que podrían contribuir a una comunicación eficaz con ayuda de intérpretes profesionales.

C012.- COMPLICACIONES EN SONDA GÁSTRICA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.

BERNAL GALERA, MARÍA DE LOS ÁNGELES; MATEO PEREA, GINÉS; PEREDA MÁS, ARTURO; NAVARRO MINGORANCE, ÁLVARO.

Objetivos.

Analizar las complicaciones relacionadas con las sondas gástricas de los pacientes asistidos por una Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos Pediátricos

Métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo de los registros de la historia clínica de las complicaciones ocurridas en los pacientes portadores de sondas gástricas de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos Pediátricos durante el año 2016

Resultados.

En el periodo estudiado se han registrado 117 incidencias, para un grupo de 28 pacientes y 5282 días de uso. Los grupos de edad de estas incidencias han sido: menores de 1 año: 43 (36,4%), 1-2 años: 14 (11,9%), 2-4 años:2 (1,7%). Las incidencias han ocurrido en sonda nasogástricas en un 50,4 % de los casos, en sonda de gastrostomía en un 47,8 % y un 1,8% en otro tipo, siendo la incidencia para sondas nasogástricas del número 6 un 83,3 %, del 7 un 1,7%, del 8 un 12% y para sondas de gastrostomía del número 12 un 13,8%, del 14 un 32,7%, del 16 un 34,5%, del 18 un 12% y del 20 un 6,9%. La incidencia mayoritaria ha sido la decanulación, con un total de 41 registros (35%), mayoritaria en el grupo de menores de 1 año, seguido de la obstrucción (10%). La salida accidental fue resuelta el 93% de las veces (109 ocasiones) por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica y Cuidados Paliativos Pediátricos y solamente el 7% restante fue solucionado por otro personal sanitario, siendo en un 4,3% de las veces resuelta por personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario, mientras que la resolución de la obstrucción fue resuelta en todos los casos por personal de la unidad. Se encuentra factores que influyen sobre las incidencias en un 49,5% de los casos

Conclusiones.

El estudio y conocimiento de las complicaciones relacionadas con las sondas gástricas en la edad pediátrica así como las manifestaciones previas de estas, permite trabajar en la prevención de las mismas, como la anticipación a través de la adecuación de la formación de los cuidadores principales de niños portadores de sondas gástricas y la formación de los profesionales sanitarios relacionados con la asistencia a pacientes pediátricos, lo que aportar una mejora de la calidad asistencial y un aumento de la seguridad de los pacientes en domicilio.

C013.- PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO.

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M. ADORACIÓN; CASTAÑER RAMÓN-LLÍN, CARLA; FURONES TORMO, BEATRIZ; LÓPEZ LÓPEZ, RAQUEL; ASENSIO, M. DEL MAR; CÁRCELES BARÓN, M DOLORES.

Objetivos.

Los trastornos del Espectro Autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo con una prevalencia incrementada drásticamente en los últimos años. Son niños con comorbilidades que conllevan atención médica hospitalaria. Poseen un procesamiento sensorial anormal, una memoria visual y "desestructuración emocional" ante nuevas situaciones y experiencias. Se acepta que pueden presentar grandes dificultades en los Hospitales y problemas con diferentes medicaciones. Objetivos:

- Primarios:

- Mejorar su asistencia hospitalaria mediante protocolos de actuación.

- Secundarios:

-Conocer los problemas que plantean en el área quirúrgica.

- Valorar las medicaciones a utilizar.

- Formación del personal sanitario.

Métodos.

Tras una extensa revisión bibliográfica se ha protocolizado la atención de niños TEA, durante el período perioperatorio.

Se han realizado reuniones con Asociaciones de Familiares, Profesorado, Áreas Sanitarias de Atención Primaria y con los Servicios Quirúrgicos para consensuar el protocolo.

En el Hospital se han colocado "SÍMBOLOS VISUALES" y se han desarrollado "VIDEOS" e "HISTORIAS SOCIALES" con pictogramas y fotografías reales del proceso quirúrgico, para que padres y profesores los enseñen de forma anticipatoria. También se utilizan terapias de juegos con útiles médicos y visitas al área quirúrgica, para "DESENSIBILIZACIÓN".

En la consulta de Preanestesia, se establece un sistema de "ALERTA Y REGISTRO", con un plan de mantenimiento perioperatorio individualizado, consensuado con los padres.

Se aplican estrategias para mejorar los cuidados y reducir la ansiedad, como atención preferente, admisión rápida y flexible, habitación tranquila con bajos estímulos sensoriales y el mismo personal, para minimizar el impacto que le producen las personas extrañas. Traen sus juguetes favoritos y sus medios visuales habituales de comunicación. Son acompañados todo el tiempo por sus padres. Y en el quirófano se realizan estrategias individualizadas respecto a medicaciones para reducir la agitación y el dolor postoperatorio, con el fin de acortar su estancia hospitalaria.

Resultados.

-Durante el año de aplicación de este protocolo, se ha flexibilizado y mejorado de forma sustancial la atención a estos niños.

-Se ha reducido enormemente su agitación, pudiendo acortar al máximo su estancia hospitalaria (menos de 4 horas postoperatorias, en el 90%)

-En los casos más severos, se han observado respuestas paradójicas a Benzodiacepinas. La Ketamina (Antagonista NMDA) ha resultado de gran eficacia.

-Los padres se han involucrado en la planificación de los cuidados médicos a sus hijos, siendo fundamentales para ayudar a interpretar las necesidades analgésicas.

-Se han detectado posibilidades de mejora, en cuanto a:

-Formación en TEA del personal sanitario.

-Necesidad de métodos específicos para valoración del dolor.

-Implicación de la escuela y los profesores especializados en la enseñanza anticipatoria.

Conclusiones.

Es preciso establecer líneas de colaboración entre Instituciones Sanitarias, Asociaciones de Padres y con los Profesionales implicados en el manejo de niños con TRASTRONO DEL ESPECTRO AUTISTA, con la finalidad de trabajar conjuntamente para mejorar su experiencia durante la atención médica y quirúrgica.

C014.- SCREENING BASAL PSICOSOCIAL EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE ARRIXACA.

AVILÉS ALCÁNTARA, EVA MARÍA; CASTELLANO ÁLVAREZ, MARIA ROSA; VICENTE MARTÍ, LIDIA; FERNÁNDEZ ROCA, LUCÍA; AVILÉS HERNÁNDEZ, JUAN DIONISIO; CASTELLOTE VARONA, JAVIER.

Objetivos.

Realizar un screening basal psicosocial en pacientes geriátricos.

Presentación del Screening basal psicosocial que se incluye en la valoración inicial de un Servicio Médico de Ortogeriatría.

La enfermedad en el anciano puede ocasionar cambios a nivel físico, psicológico, conductual y social. Un cribado psicosocial puede mostrar las relaciones existentes entre aquellas.

Métodos.

Estudio descriptivo observacional correlacional. Muestra de 42 pacientes derivados al Equipo de Atención Psicosocial, hospitalizados (Marzo, 2016/Marzo, 2017). Los instrumentos de medida fueron la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) y la Escala Gijón de valoración sociofamiliar en el anciano.

Resultados.

N=42 pacientes, 69.05% mujeres, 30.95% hombres.43% presenta ansiedad, 29% depresión y 21% vive en una situación social intermedia, no presentando ninguno de los casos una situación de deterioro social severo.

Aplicando el coeficiente de correlación de Spearman, encontramos una relación significativa (0.84) entre el nivel de ansiedad y el de depresión.

Se da una relación significativa (0.68) entre la situación social en que se encuentran los sujetos y su nivel de ansiedad.

Encontramos una relación significativa(0.71) entre la situación social de los sujetos y el nivel de depresión.

Y no encontramos relación significativa entre la variable sexo con ansiedad (-0.08), depresión (-0.06) ni situación social (-0.10).

Conclusiones.

Los resultados indican que a mayor nivel de ansiedad, los sujetos presentan una mayor puntuación en depresión, cuando la situación social de los sujetos es buena presentan un menor valor en ansiedad y ante una situación social buena los sujetos presentan menor puntuación en depresión.

El cribado permite de manera más completa y preventiva la detección de necesidades psicosociales en el paciente geriátrico. Los pacientes sin patología mental cuentan con capacidades de afrontamiento y adaptación normalizadas. Se infiere que el criterio del equipo de Ortogeriatría para detectar necesidades emocionales es sensible y apropiado.

C015.- EVALUACION DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA "CONFORT ROOM" EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA.

GARCÍA MARTÍNEZ DE ESTARRONA, AITZIBER; SANCHEZ GOMEZ, AZAHARA; GALLARDO CARRASCO, MARIA DEL CARMEN; BELINCHON ORTEGA, LAURA; HERNANDEZ GARCIA, MARIA DEL CARMEN; DIEZ GALERON, SARA.

Objetivos.

Principal: Evaluar la implantación de una "Confort Room" (CR) en una unidad de agudos de psiquiatría. Se trata de un espacio de confort diseñado y creado en equipo por profesionales de la unidad, con el fin de reducir considerablemente el uso de contenciones físicas y/o aislamientos en pacientes en crisis /situaciones de estrés.

Secundarios: Describir la utilización de la CR por parte de los profesionales y usuarios. Valorar el nivel de ansiedad pre-post intervención tras uso de la CR del usuario.

Describir las contenciones físicas realizadas a partir de la fecha de inicio de las intervenciones en la CR y comparar el número de contenciones que se han realizado antes y después del inicio de la CR.

Métodos.

Estudio longitudinal, descriptivo y cuasi-experimental pre/post. Se han elaborado ad hoc en google online tres instrumentos de medida. Por un lado, un cuestionario para la evaluación por los profesionales de enfermería tras utilizar la habitación según el protocolo establecido (únicamente visible por la supervisora de la unidad): fecha/hora, enfermera que realiza intervención, profesional que le acompaña, tiempo intervención, motivo de la intervención, terapia/estrategia utilizada y valoración del resultado del 1 al 10. Por otro lado, un cuestionario para la evaluación por los usuarios, realizado por la supervisora en días posteriores: datos socio demográficos (sexo, edad y diagnóstico), valoración de la intervención del 1 al 10, valoración del/los profesionales que le atendieron del 1 al 10, valoración de la ansiedad pre/post intervención del 1 al 5, recomendaciones/sugerencias de mejora del usuario y por último un cuestionario de evaluación de contenciones físicas (muy similar al que ya se dispone en el programa informático SELENE donde el equipo de enfermería tiene un icono específico): fecha/hora categoría profesional y número de personas que han intervenido, lugar dónde se ha producido, carácter contención, estado previo paciente, estrategias previas utilizadas y tipo de contención utilizada. Los datos del número de contenciones realizadas en el mismo periodo previo a la inauguración de la CR se obtienen a través del SELENE.

El análisis estadístico se realizará mediante el paquete estadístico SPSS v22.0, calculándose frecuencia, porcentaje y distribución de las respuestas dadas en cada una de las preguntas.

Este estudio puede presentar limitaciones puesto que el cuestionario utilizado no está validado, lo que podría afectar a la validez interna del estudio. La selección de la muestra no es aleatorizada por lo cual podría producir un sesgo de selección. Sesgo de información

como consecuencia del "Efecto Hawthorne" o respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que están siendo estudiados

Resultados.

En esta línea, varios estudios han demostrado que dichas habitaciones contribuyen a una mayor satisfacción y reducción del estrés en pacientes psiquiátricos agudos y disminuyen los porcentajes de aislamiento y contención en unidades psiquiátricas hospitalarias.

En España, no se ha realizado ninguna investigación al respecto, por lo cual sería la primera vez que se utilizaría dicho concepto en una unidad psiquiátrica hospitalaria.

Conclusiones.

Las primeras intervenciones están siendo valoradas de forma muy positiva tanto por los profesionales como por los usuarios. Proyecto pionero en España del cual es necesario difundir resultados, con el fin de valorar su posible implantación en otras unidades/servicios para poder humanizar los cuidados en psiquiatría

C016.- PROYECTO "ACOMPAÑAD@S" ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES PALIATIVOS..

SANTOS MATEO, ISABEL Mª; LOZANO PASTOR, VICTORIA EUGENIA; MORALES CAMACHO, VANESA; SANTOS MATEO, JUAN JOSÉ; RODRIGUEZ RÓDENAS, JOSE MIGUEL; ARNAU ALFONSO, JUAN JOSÉ.

Objetivos.

Reunida la comisión de profesionales responsables en Cuidados paliativos del Área, se detecta variabilidad en la práctica clínica lo que supone inseguridad en el paciente, para lo cual determinamos realizar una guía clínica como acción de mejora para abordar la resolución del problema detectado.

OBJETIVOS:

Diseñar e implantar una guía clínica multidisciplinar para la atención integral al paciente paliativo y familia en el proceso de enfermedad y duelo.

Métodos.

MÉTODO:

Fase I:

- Reunión con los profesionales tanto de Atención Primaria como Especializada de todas las categorías, motivados para realizar esta actividad de mejora de la calidad asistencial.
- Análisis de la situación actual. DAFO. Grupo focal.
- Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de dicha guía.
- Establecimiento de un cronograma. Diseño, implantación y medición de resultados.

Fase II. Diseño.

- Mayo 2017 .Se establecen reuniones mensuales de dos horas hasta el último trimestre de 2017.
- Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Embase, Medline y Cochrane en español e inglés, de enero de 2011 hasta diciembre 2016.Así como, una búsqueda general en Internet, donde se han consultado distintas guías y planes elaborados por la Administración de varias Comunidades Autónomas.

Fase III. Implantación.

- Octubre 2017. Se realizará a través de sesiones clínicas en todos los servicios de hospitalización, así como en los Centros de Salud del Área.

Resultados.

- Las actividades de diseño de la calidad como es la realización de esta guía clínica, comprenden aquellos planes asistenciales previstos para los pacientes con unas determinadas necesidades. Están basados en la evidencia científica, en el análisis del proceso y en el consenso de los profesionales.
- Proporcionan un instrumento para planificar y coordinar la secuencia de subprocesos que se suceden en el Proceso de Atención al paciente Paliativo, desde su recepción en un determinado servicio hasta su fallecimiento.
- La formación de un equipo de trabajo multidisciplinar y la puesta en común de las necesidades, prioridades, los recursos de los que disponemos y la forma de proceder ante este tipo de pacientes, garantizan la calidad asistencial.
- La medición de resultados se realizará tras su implantación a través del análisis de una encuesta de satisfacción validada cumplimentada por los pacientes y por sus familias.

Conclusiones.

- La creación de esta guía supondrá la prestación de una atención integral y multidisciplinar al paciente paliativo y familia en el proceso de enfermedad y duelo.
- Facilitará la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales.
- Nos permitirá conocer los recursos asistenciales, psicológicos y sociales disponibles en el Área de Salud.

C017.- TRAQUEOSTOMÍA Y COMPLICACIONES TARDÍAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.

MATEO PEREA, GINÉS; PEREDA MÁS, ARTURO; NAVARRO MINGORANCE, ÁLVARO; BERNAL GALERA, MARÍA DE LOS ÁNGELES.

Objetivos.

Analizar las complicaciones que han tenido en su domicilio los pacientes pediátricos portadores de cánula de traqueostomía asistidos por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos Pediátricos.

Métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo de los registros de la historia clínica de las complicaciones ocurridas en los pacientes pediátricos portadores de cánula de traqueostomía de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos Pediátricos desde Marzo de 2011 a Mayo de 2016.

Resultados.

En el periodo estudiado se han registrado 112 incidencias. Los grupos de edad de estas incidencias han sido: <1 año: 23 (21%), 1-2 años: 61 (54%), 2-4 años:11 (10%), >4 años: 16 (14%). Las incidencias han ocurrido en un 41% de los casos en cánulas del nº3.5 y el 36% en cánulas del nº4. Estas incidencias han ocurrido en un 39% de las ocasiones en pacientes que utilizaban ventilación mecánica invasiva. La incidencia mayoritaria ha sido la decanulación, con un total de 73 registros, mayoritaria en todos los grupos de edad salvo en el de mayores de 4 años, que ha sido la p resencia de granulomas. La decanulación fue resuelta el 92% de las veces (67 ocasiones) por los cuidadores y solamente en un 3% de las veces fue resuelta por personal sanitario sin la participación de los cuidadores, mientras que la resolución de los granulomas debió efectuarse en el hospital. Se registra un exitus relacionado con cánula de traqueostomía y oxigenoterapia. El 77% de las ocasiones en las que hubo complicaciones, se presentaron sin síntomas previos.

Conclusiones.

El estudio y conocimiento de las complicaciones relacionadas con las cánulas de traqueostomía en la edad pediátrica así como las manifestaciones previas de estas, permite trabajar en la prevención de las mismas, como la anticipación a través de la adecuación de la formación de los cuidadores principales de niños portadores de cánula de traqueostomía y la formación de los profesionales sanitarios relacionados con la asistencia a pacientes pediátricos, adquiriendo especial relevancia en aquellos relacionados con los servicios de urgencias, lo que debe aportar una mejora de la calidad asistencial y un aumento de la seguridad de los pacientes en domicilio, que se traducirá en una mejora global tanto para el paciente como para el sistema asistencial.

C018.- CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA EN EL TIEMPO DE RESPUESTA DE UN LABORATORIO INMUNOLÓGICO DE REFERENCIA REGIONAL.

MURO AMADOR, MANUEL; BOTELLA MARTINEZ, CARMEN; BOLARIN RODRIGUEZ, JOSE MIGUEL; RODRIGUEZ MURCIA, JOSE; MAS CASTILLO, ADELIA.

Objetivos.

Los datos producidos en un laboratorio inmunológico tienen el potencial de influir de forma crítica en el diagnóstico de los pacientes con patologías inmunitarias y en su posterior tratamiento. El estándar para la acreditación del laboratorio clínico ISO UNE-EN 15189:2007, entre los cuales se encuentra el laboratorio inmunológico, define la etapa pre-analítica como los pasos que se desarrollan desde la solicitud del clínico, incluyendo por orden cronológico los requisitos necesarios para el examen, preparación del paciente, colección de la muestra primaria y transporte de la misma hacia y dentro del laboratorio. Esta etapa finaliza cuando comienza el procedimiento para el examen analítico.

El objetivo principal de este trabajo fue mejorar el tiempo de respuesta (TR) en un laboratorio inmunológico de referencia regional. Para ello se utilizó un ciclo de evaluación y mejora (CEM).

Métodos.

Se realizó un estudio cuasi experimental antes-después con abordaje cuanti-cualitativo mediante la realización de ciclo de evaluación y mejora. Tras la identificación de la oportunidad de mejora se realizó una clasificación de las categorías causales y un análisis de causa y efecto. Se diseñaron 5 criterios fiables para evaluar la calidad en la elaboración de informes con TR adecuado y se realizó una evaluación del cumplimiento de estos criterios antes y después de la implantación de una serie de medidas correctoras.

Resultados.

Se midió el cumplimiento de los 5 criterios definidos en 50 informes sobre un marco muestral de 1101 informes emitidos. La re-evaluación fue realizada sobre un marco de 1537 informes seleccionando 60 Según los datos obtenidos en la re-evaluación, se mejoró la calidad, disminuyendo el número de incumplimientos detectados (mejoras relativas del 50%-85.7%), en todos los criterios excepto en el criterio 1 (todas las muestras recibidas tiene que presentar una correcta identificación) y en el criterio 3 (toda petición debe acompañar la información clínica necesaria aportada por el facultativo emisor), en el cual incluso se obtuvo menor proporción de cumplimiento que en la primera evaluación.

Conclusiones.

Hemos detectado y estudiado las posibles causas de demora en el TR, como sospecha de situación sometida a CEM. Los resultados y mejoras obtenidas pueden ser utilizados como herramienta para el aseguramiento de la calidad y en nuestro caso optimización de nuestra

acreditación europea EFI. De esta manera, se han establecido como pautas definidas en nuestro laboratorio, un sistema de vigilancia a largo plazo de los resultados utilizando los datos disponibles, la revisión periódica (por ejemplo, mensual o, al menos, una anual obligatoria) de las medidas de desempeño que buscan rendimientos inaceptables y tendencias, especialmente cada vez que los sistemas, flujo de trabajo o cambio de equipo sean, de alguna manera, modificados.

C019.- MEJORA DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE MEDIANTE UN PROTOCOLO Y MONITORIZACIÓN DE SUS INDICADORES DE CALIDAD.

LÓPEZ IBORRA, LIDÓN; ROLDAN VALCARCEL, Mª DOLORES; FERRER BAS, Mª PILAR; HELLIN GIL, Mª FUENSANTA; PÉREZ MOROTE, JESÚS; GOMEZ TORRES, MERCEDES.

Objetivos.

El transporte intrahospitalario de pacientes puede originarse en cualquier momento del proceso asistencial y por distintos motivos, como pueden ser: la capacidad tecnológica de la unidad, la habilidad clínica del profesional sanitario y las horas de enfermería por paciente al día, convirtiéndose en una práctica habitual en la dinámica de trabajo diaria.

En los pacientes graves cualquier traslado supone un riesgo para su estabilidad, y una responsabilidad para los profesionales que lo acompañan, siendo mayor la aparición de complicaciones que disminuyen si se cuenta con un equipo de transporte especializado.

Aunque esta actividad tiene un enfoque multidisciplinario, es enfermería el responsable de coordinarla, ejecutarla y a quien le corresponde iniciar y completar el traslado intrahospitalario, de una forma que sea eficaz para la organización y al mismo tiempo fiable y segura para el paciente.

Nuestro objetivo fue elaborar un protocolo que regule el procedimiento de traslado intrahospitalario, sirviendo de soporte para coordinar a todo el personal implicado, asegurando unas condiciones de seguridad y comodidad para el paciente, y que podrá ser evaluado mediante la monitorización periódica de sus indicadores de calidad.

Métodos.

En una 1ª fase, se creó un Protocolo de Traslado Intrahospitalario, basado en la evidencia científica, por un grupo de trabajo compuesto por enfermeros y supervisores de enfermería de las distintas unidades y servicios hospitalarios, siguiendo el proceso y estructura corporativas, que fue consensuado y aprobado por el Núcleo de Seguridad y la Comisión de Cuidados. En una 2ª fase, se realizó la primera monitorización, centrada en el Servicio de Radiodiagnóstico, utilizando el sistema de aceptación de muestras por lotes (LQAS), como método de evaluación rápida. El estándar de cumplimiento se estableció en el 90%, el umbral fue del 60%, con un riesgo ? del 5%, un riesgo ? del 20%, y un número decisional de 3, resultando un tamaño muestral de 13 casos.

El indicador porcentual de las medidas correctas adoptadas en el transporte intrahospitalario de pacientes fue: (Nº de pacientes trasladados correctamente al servicio de Radiodiagnóstico/Nº de pacientes trasladados al servicio de Radiodiagnóstico)x100, y los subindicadores: acompañamiento del paciente según la Escala de Valoración del Riesgo, comprobación de los dispositivos necesarios durante el traslado (fijación de vías,tubos,drenajes, sondas,etc.), presencia del soporte de sueros, revisión de la sueroterapia y perfusiones, comprobación de la bala de oxígeno, y la notificación del traslado por parte del celador al personal de enfermería de la unidad.

Resultados.

El protocolo de traslado intrahospitalario se terminó en julio de 2016. En enero de 2017, durante esta primera monitorización, el 100% de los pacientes que acudieron al Servicio de Radiología fueron traslados correctamente, obteniéndose un 100% de cumplimiento en todos los subindicadores.

Conclusiones.

Aplicar un protocolo claro y apropiado para el transporte intrahospitalario ayuda en el proceso de toma de decisiones sobre: el tipo de equipo a utilizar, el personal necesario para acompañar al paciente, la coordinación y la comunicación entre los distintos profesionales y unidades implicadas, disminuyendo los eventos adversos y realizándose en unas condiciones de seguridad y comodidad para el paciente. Se continuará realizando otras monitorizaciones para evaluar el resto de traslados a otros servicios, siendo el siguiente el de Hemodinámica.

C020.- MEJORA DE ESPERA DE PRIMERAS VISITAS TRAS LA REORDENACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DE APARATO LOCOMOTOR.

PASCUAL, HERMINIA; VILLEGAS, MANUEL; GONZÁLVEZ, JUAN JOSÉ; FERNANDEZ MARTÍN, PILAR; BAEZA ALCARAZ, ANGEL, BALLESTA, ANTONIA.

Objetivos.

Analizar el resultado de la implantación de medidas de reordenación de la asistencia en las consultas de aparato locomotor en nuestra área de salud.

Métodos.

En el mes de Mayo de 2017 se puso en marcha una nueva estructura en las consultas externas de Rehabilitación, Reumatología y Traumatología (aparato locomotor). Se llegó a un acuerdo entre los tres servicios para determinar que patologías iban a ser vistas preferentemente en cada uno de ellos, informándose de ello a los profesionales de los centros de salud. Se elaboraron trípticos al efecto. Además se cambió la vía de entrada de las primeras visitas a aparato locomotor, sustituyendo a un traumatólogo por un rehabilitador. Además, se tomaron medidas para eliminar la existencia de pacientes sin cita fijada.

Se han comparado los meses de abril de 2016 con abril de 2017, teniendo en cuenta el número de pacientes sin fecha, pacientes en espera superior a 90 días y media de espera de pacientes atendidos. Adicionalmente se han comprado también las esperas de pacientes intervenidos en traumatología.

Resultados.

En 2016 se contaba con 4802 pacientes en espera para consultas externas de aparato locomotor. De ellos 447 no tenían cita asignada y 1883 esperaban más de 90 días. La espera media de los atendidos en abril fue de 49,12 días. En abril de este año, había 4734 pacientes en espera para consultas, de los cuales sólo 2 no tenían cita asignada y 1403 esperaban más de 90 días. La media de espera de los atendidos ha sido de 41,23 días.

Respecto a la espera quirúrgica se ha pasado de 237,16 días de espera en pacientes intervenidos en abril de 2016 a 127,90 en abril del 2017, con un número de pacientes en espera de más de 180 días de 411 en 2016 y 71 en 2017.

Las diferencias de medias han sido estadísticamente significativas.

Conclusiones.

Se ha mejorado la espera en consultas externas de aparato locomotor tras los cambios implementados y en la lista de espera quirúrgica

C021.- ¿POR QUÉ VUELVEN A CONSULTAR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR PROBLEMAS DE APARATO LOCOMOTOR?.

SÁNCHEZ SABATER, BARBARA; LLUNA LLORENS, AFRICA DAKOTA; GARCÍA GARCÍA, ELENA MARÍA; MEDRANO MORTE, ISABEL; GARCIA MORALES, MARIA; MOYA TRUJILLO, FRANCISCO DE ASIS.

Objetivos.

Analizar los motivos de las reconsultas a Urgencias en el plazo máximo de 7 días después de la inicial en pacientes con patología de aparato locomotor.

Métodos.

Se han seleccionado los pacientes que han acudido que han acudido por segunda vez en los siguientes 7 días a urgencias, con motivo de patología de aparato locomotor (fractura, luxación, traumatismo, lumbalgia o cervicalgia). Se han recogido todos los casos de febrero de este año. Se ha tomado datos del motivo de la reconsulta, la evolución, y las consecuencias. Además, en los casos donde se han detectado incidentes de seguridad, se ha analizado su impacto, repercusión, efectos en el paciente, factores causales y evitabilidad. Como fuente de datos se ha utilizado los formularios de Urgencias y el informe de alta.

Resultados.

De los 7206 casos atendidos en este año, 49 correspondían a pacientes con patología de aparato locomotor que han acudido al menos dos veces en el plazo de 1 semana a urgencias. De ellos, 17 era por un motivo diferente al primero, pero 32 (65,3%) casos correspondían a reconsultas por el mismo motivo inicial. De estos, 3 estaban citados para revisión, con buena evolución y los 29 restantes: en 5 casos (17,2%), la evolución fue buena, en 5 hubo algún problema relacionado con el diagnóstico, 16 (55,2%) problemas relacionados con el tratamiento y en 4 (13,8%), problemas con el cumplimiento por parte del paciente.

En 7 casos, el 14,3% del total de reconsultas (intervalo de confianza= 4,5-24,1%), ha habido algún incidente de seguridad del paciente (4 molestias por la inmovilización, 2 fracturas que pasaron desapercibidas y 1 bursitis infectada que no se drenó totalmente).

En 15 casos, por persistencia de los síntomas, se ha precisado cambio en el tratamiento.

Conclusiones.

Los problemas más frecuentemente detectados en reconsultas han estado relacionados con el tratamiento.

Las causas más frecuentes de incidentes han sido los problemas con las inmovilizaciones y problemas diagnósticos.

C022.- MONITORIZACIÓN DE PROFILAXIS DE TVP EN PACIENTES CON FRACTURAS DE EXTREMIDAD INFERIOR EN URGENCIAS.

LLUNA LLORENS, ÁFRICA DAKOTA; SÁNCHEZ SABATER, BÁRBARA; MEDRANO MORTE, ISABEL; GARCÍA ELENA MARÍA, GARCÍA; MORALES MARÍA, GARCÍA.

Objetivos.

Monitorizar la indicación de profilaxis de TVP en pacientes con traumatismos de extremidades inferiores en Urgencias.

Métodos.

Entre 2009 y 2011 se realizó un ciclo de mejora en el que se pasó de una tasa de profilaxis correcta frente a TVP (trombosis venosa profunda), en estos pacientes, del 74% al 92%.El pasado año se declaró un incidente de seguridad en un paciente con una fractura en el pie e inmovilizado con una férula y entre otras medidas, se revisaron todos los pacientes con diagnóstico de fractura en extremidad inferior dados de alta en Urgencias en enero y febrero Este año se han vuelto a revisar los casos que acudieron los mismos meses, para comprobar si se había pautado correctamente tratamiento profiláctico con heparina o no.

Como fuente de datos se han usado los formularios de Urgencias y el informe de alta. Se han tomado datos de la localización de la fractura, inmovilización con yeso y tratamiento al alta. Se han revisado las indicaciones de la SECOT para profilaxis de TVP. Para el contraste de proporciones se ha usado el test de la Chi cuadrado

Resultados.

De los 180 pacientes con factura, 66 fue en extremidad inferior, siendo ingresados 15. De los 51 restantes, 31 tenían indicación de profilaxis y la llevaban pautada. Del resto, 3 casos, un 5,9%, deberían haberla llevado pautada. El pasado año fueron 2 casos de 37 fractura en extremidad inferior (5,4%). La diferencia no es estadísticamente significativa ($p>0,05$). Se han revisado los 3 casos, en los que no ha habido complicaciones.

Conclusiones.

Se mantiene un correcto cumplimiento en torno al 95% pero sigue habiendo casos de problemas de seguridad

C023.- TÍTULO: ¿QUÉ PASÓ TRAS EL CICLO DE MEJORA DE DRENAJES PLEURALES?: REEVALUACIÓN..

CLEMENTE LASERNA, MARIA JOSE; FERNÁNDEZ GIL, MARCA ENCARNA; LÓPEZ SANTO, ISABEL; MAÑAS MARÍN, BEATRIZ; PÉREZ NAVARRO, ESPERANZA; SANCHEZ CARREÑO, Mª JESÚS.

Objetivos.

Principal:

Reevaluar la calidad de cuidados al paciente con drenaje pleural (DP) en el hospital tras 8 años de un ciclo de mejora.

Específicos:

Comprobar el uso del formulario de Monitorización de DP (FMDP) en Selene en las distintas unidades

Estudiar si se registran los cuidados esenciales en el DP

Conocer si existe diferencia de registro y cuidados entre las distintas unidades

Métodos.

Estudio observacional descriptivo de serie de casos.

Población: pacientes ingresados en el hospital portadores de DP

Fuente: Hoja de registro de inserción de tubos pleurales en consulta de Neumología y Reanimación

Herramienta: Formulario con Criterios(Cr) y Subcriterios(SubCr):

CR1: anotación diaria de la cantidad de líquido drenado

SubCr1: Registro en FMDP

CR2: Existe registro diario en la HªC sobre incidencias o cuidados del DP

SubCr2: Registro en FMDP

CR3•: Se revisa/cura el lugar de inserción del tubo pleural

SubCr3: Registro en FMDP

CR 4: Indicación médica en tratamiento del DP

SubCr4: Indicación médica en tratamiento del Nivel de aspiración

CR6: Nivel de aspiración del sistema coincide con el tratamiento o está entre -15 y -20 cm de H20.

Otros datos recogidos: ubicación y cargo médico de los pacientes

Registro diario in situ de los criterios del DP a pie de cama y en los registros en Selene. Tras 2 meses de recogida se obtienen 90 de registros .Los datos han sido analizados con el programa informático SPSS 15.0.

Resultados.

El cumplimiento es: Cr1 un 70% y sólo un 53,75% utilizan el FMDP (SubCr1). EL Cr2: un 83,33%, si bien sólo un 52,38% de veces se hace en FMDP (SubCr2). El Cr3 un 73,42% pero únicamente un 51,90 % se registra en FMDP (SubCr3). En Cr4 un 59,42%, el SubCr4 baja a un 40,58%. El Cr5 el 95,41%. Cr6 un 89.34%.

Sólo el 22,5% de los registros están a ubicados de la Unidad de Neumología.

Por plantas el cumplimiento es: Cr1 en H7I y H7D (100%) mientras en H2IP, H6D, H3D y HDQ3 (75%, 73.3%, 0% y 27.3% respectivamente). Cr2: en (H7D, H7I y H6D) es del 100%, siendo en H2IP (70,6%) y HDQ3 (63.6%), destacando por su inferioridad H3D (28,6%). El Cr3 obtiene resultados similares a los anteriores. El cumplimiento respecto al FMDP: en SubCr1: H7D: 95.2% y H7I: 100%, mientras que H2Ip: 31,3%, H3D:0%, HDQ3:9,1%, H6D :53,3%; coincidiendo que el registro tiene mayor incumplimiento en aquellas unidades que menos utilizan el FMDP. El SubCr2: H7D: 95,2% y H7I: 80% , en el resto de plantas los valores son más bajos: H2Ip: 29.4%, H3D: 0%, HDQ3: 18,2%, H6D: 60%. Coincidiendo nuevamente los peores registros con la no utilización del FMDP. En SubCr3 obtenemos resultados similares.

Cumplimiento de Cr4: MI: 92.3% , NML: 76.5%, ONCO: 16.7% y CIR: 0%. Disminución en SubCr4 en todos los servicios MI: 61.5%, NML 48.5%, ONCO 16.7%, CIR:0%.

El Cr5 excelente en todas la unidades y también Cr6 menos en HDQ3 (50%) que son las que menos utilizaban los formularios de registro.

Conclusiones.

Podemos ver que este FMDP no se está utilizando de forma generalizada en el hospital, observando que en aquellas plantas donde más se utilizan (H7D, H7I) mejoran los cuidados y están mejor reflejados.

Desde la unidad de Neumología estamos actualizando el protocolo creado con el ciclo de mejora anterior. Consideramos que sería conveniente hacer una difusión de la utilización del FMDP en todas las unidades en las que puedan localizarse estos pacientes dado los resultados de este estudio.

El FMDP no es sólo un registro , ayuda a mejorar la calidad de los cuidados.

C024.- PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR APARIENCIA SIMILAR DE MEDICAMENTOS: REENVASADO DE LEVODOPA/CARBIDOPA.

FERNÁNDEZ-LOBATO, BÁRBARA; CONESA NICOLÁS, ELENA; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, Mª CRISTINA; NÚÑEZ BRACAMONTE, SARA; MUÑOZ GARCÍA, IRIS; CHICA MARCHAL, AMELIA Mª.

Objetivos.

Los errores de medicación se definen como: cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Un etiquetado de los medicamentos inapropiado o de apariencia similar es una causa frecuente de errores de medicación y su prevención exige tomar medidas.

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) recomienda reenvasar aquellos medicamentos sólidos para administración por vía oral que la industria farmacéutica no presenta en dosis unitarias. Reenvasado es el procedimiento por el cual se envasa un medicamento para que pueda ser administrado al paciente en la dosis prescrita por el médico.

Objetivos:

Describir la implementación de un procedimiento de reetiquetado de medicamentos para prevenir errores de dispensación por apariencia similar.

Garantizar la seguridad y calidad del almacenamiento de medicamentos reenvasados con medidas de identificación en los sistemas automatizados de dispensación (SAD) del Servicio de Farmacia (SF).

Métodos.

En la Guía Farmacoterapéutica del Hospital (GFT) disponemos de 6 presentaciones distintas del medicamento Levodopa/Carbidopa (L/C) comprimidos (comp): L/C 200/50 mg comp retard, L/C 100/25 mg comp retard, L/C 100/25 mg comp, L/C 50/12,5 mg comp (fraccionado del anterior), L/C 250/25 mg comp, L/C 125/12,5 mg comp (fraccionado del anterior). Estos medicamentos no están comercializados en dosis unitaria por ello el SF debe reenvasarlos y fabricar las dosis no disponibles (fraccionando las unidades completas); antes de ser integrados en el sistema de distribución de medicamentos de dosis unitaria SDMDU. Todos los medicamentos reenvasados tienen apariencia similar.

Se desarrolló un sistema de reetiquetado que permita identificar visualmente de modo rápido el medicamento, diferenciando las distintas presentaciones disponibles.

Hemos clasificado las presentaciones disponibles seleccionando sus características más destacadas: forma farmacéutica (FF), color, unidades completas y fraccionadas por el SF.

Resultados.

El sistema de reetiquetado consistió en la aplicación de etiquetas de diferentes formas geométricas y colores. Las FF comp retard se identificaron con etiqueta triangular de color rojo L/C 200/50 mg y verde L/C 100/25 mg. Las FF comp de liberación inmediata completas se identificaron con etiqueta circular en amarillo para la dosis L/C 100/25 mg y azul para L/C 250/25 mg, coincidiendo en ambos casos con el color del comp comercializado. Las unidades fraccionadas elaboradas en el SF se identificaron con etiqueta semicircular conservando el color de la presentación de partida.

Para mejorar la Seguridad y Calidad del SDMDU se definieron ubicaciones fijas en los SAD, con etiqueta identificativa para prevenir errores de almacenamiento y dispensación.

Conclusiones.

La falta de comercialización de estos medicamentos en dosis unitaria y dosis adaptadas a las prescritas por el médico, obliga a los SF a implantar estrategias de mejora en los circuitos de reenvasado, almacenamiento y dispensación que garanticen la calidad y seguridad del tratamiento del paciente hospitalizado.

El sistema de reetiquetado facilita la identificación y diferenciación visual de estos medicamentos, contribuyendo a prevenir los errores de medicación por apariencia similar. La ubicación fija con etiqueta identificativa en los SAD ayuda a prevenir errores de almacenamiento y dispensación.

C025.- VALIDACION DE LA SEGURIDAD EN LA INTEGRACION DE LOS PROGRAMAS FARMIS® Y SAVAC®.

ALONSO DOMINGUEZ, MARIA TERESA; SANCHEZ MARTINEZ, IRIA; LEON VILLAR, JOSEFA; NICOLAS MARTINEZ, JOSE JOAQUIN; GONZALEZ GONZALEZ, SUSANA; MARTINEZ LAJARIN, FRANCISCA.

Objetivos.

Establecer la secuencia y el procedimiento de seguridad para monitorizar la correcta integración del programa de prescripción y validación de tratamiento oncológico (FARMIS®) con el programa informático de gestión del servicio de farmacia (SAVAC®), en relación a la adecuación del perfil farmacoterapéutico individualizado y consumo de estos medicamentos. Es aplicable a los tratamientos de preparación en sala blanca, ya sea tratamiento oncológico como mezclas intravenosas.

Métodos.

El protocolo de validación incluyó acciones en 3 puntos :

1- descarga real de stock de FARMIS a SAVAC ,donde consten los consumos reales por medicamento, código y unidades utilizadas, teniendo en cuenta el ahorro de viales y la adecuación de los mismo. Se comprueba por separado, en ambos programas, a día vencido, el consumo de los medicamentos utilizados y se comparan los registros de elaboración en papel y el registro informático.

2- Perfil farmacoterapeutico del paciente: en el perfil de cada paciente se deberá reflejar la dosis exacta prescrita, validada y administrada, por ámbito, servicio responsable y diagnóstico de facturación.

3- Proceso de facturación a terceros: con la validación de los ítems establecidos para este fin tales como dosis exacta del fármaco, PVL correspondiente a la dosis, IVA, y la ausencia de aplicación de descuentos.

El periodo de monitorización fue de 10 días. Cada día se seleccionaron 5 pacientes al azar para la comprobación de los 3 puntos anteriores.

Resultados.

Durante este periodo, se realizaron un total de 2079 mezclas intravenosas a 1889 pacientes de las cuales se analizaron las elaboradas para 50 pacientes.

Para los tres aspectos analizados, los resultados fueron: 32(1,5%) descargas erróneas de consumos de tratamiento de ellas el 100% fue por un error humano en el proceso de adecuación por viales. Los errores pudieron subsanarse con la corrección del stock. El perfil farmacoterapéutico de los pacientes fue correcto en el 100% de los casos, respecto a la dosis de tratamiento. En referencia al departamento responsable, se produjo un error en 29(38%)pacientes, imputando el proceso, al departamento de consulta de hematología, en

lugar de hospital de día. El error se originó durante el proceso de admisión, por lo que fue algo ajeno al proceso de integración.

Conclusiones.

La integración entre ambos programas resulta segura en lo que refiere a la descarga del perfil fármaco terapéutico de FARMIS® a SAVAC® y la facturación a terceros.

Los errores detectados en cuanto a la descarga de FARMIS® a SAVAC®, en lo que refiere a las unidades de los medicamentos utilizados, se ha correlacionado con errores humanos cuya prevención tenemos que reforzar incorporando un segundo paso de comprobación previó a la descarga entre ambos programas.

C026.- SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADOS INTENSIVOS: EVALUACION DE INDICADORES RELACIONADOS CON ENFERMERIA.

MARTÍNEZ MANZANERA, MARÍA ÁNGELES; ALCAÑIZ RIAÑO, ANA REYES; CABALLERO ALEMÁN, FUENSANTA; GONZÁLEZ VICENTE, ANA; GONZÁLEZ BOTELLA, MARÍA DOLORES; GRIMALDOS LÓPEZ, JUAN CARLOS.

Objetivos.

Analizar los indicadores de calidad de enfermería en una unidad de cuidados intensivos relacionados con el proyecto Bacteriemia Zero y Neumonia zero

Métodos.

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo. Sujetos de estudio: pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos. Periodo de estudio: Marzo 2015-Marzo 2016.

Los indicadores evaluados están relacionados con el manejo del paciente con intubación orotraquetal (Proyecto Neumonía Zero) y el manejo del paciente portador de catéter venoso central (Proyecto Bacteriemia Zero).

El proceso de recogida de datos lo ha realizado una sola persona durante todas las evaluaciones que se han llevado a cabo. El procesamiento de los datos se realizo de forma centralizada y se utilizo para el análisis de los mismos el programa SPSS 15.0.

Resultados.

Tras los 13 meses de monitorización se han llevado a cabo 52 evaluaciones, donde se han incluido 333 pacientes con intubación orotraqueal y 387 pacientes con catéter venoso central.

Respecto al Proyecto Neumonia Zero, el indicador que presento mayor cumplimiento fue el Inflado del neumotaponamiento 20-25 mmHg con un 98.95% de los casos. El indicador con peor cumplimiento fue el registro de la Aspiración Subglotica, con un 92.05%. Los demás indicadores presentaron valores por encima del 95% de cumplimiento.

En relación al Proyecto Bacteriemia Zero. El 100% de los pacientes presento el punto de punción en perfecto estado, el 99.69% de los apósitos estaba limpio y la fijación estaba correcta en el 98.86% de los casos. No se encontraron pacientes con flebitis ni catéteres trombosados.

Conclusiones.

La evaluación continua y continuada de los cuidados de Enfermería nos facilita el control y seguimiento de la actividad asistencial que les prestamos a los pacientes. En nuestro caso, la mayoría de los indicadores evaluados presentan unos resultados de calidad óptimos y dentro de unos estándares adecuados.

C027.- EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL ETIQUETADO SOBRE EXCIPIENTES DE DECLARACION OBLIGATORIA DE FARMACOS REENVASADOS.

SANCHEZ MARTINEZ, INMACULADA; FERNANDEZ GARCIA, ANTONIO JOSE; MUROS ORTEGA, MARIA; RODRIGUEZ MOLINA, MARIA ANTONIA; RODRIGUEZ LUCAS, CARMEN; VALIENTE BORREGO, FRANCISCO.

Objetivos.

Evaluar y mejorar el cumplimiento de criterios de calidad sobre excipientes de declaración obligatoria en el etiquetado de las formas farmacéuticas orales sólidas reenvasadas por el servicio de farmacia

Métodos.

El reenvasado de medicamentos es el proceso realizado por los servicios de farmacia previo a la dispensación por dosis unitaria, para acondicionar un medicamento y que pueda ser administrado a la dosis prescrita sin necesidad de manipulación alguna, garantizando una completa e inequívoca identificación. La información a incluir en el etiquetado de cada unidad reenvasada ha de coincidir con la información básica del acondicionamiento secundario, incluidos los excipientes. La circular 02/2008 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) "Instrucción sobre excipientes en el etiquetado, prospecto y ficha técnica de los medicamentos de uso humano", establece que etiquetado y prospecto han de ser conformes con la ficha técnica e incluir los excipientes de declaración obligatoria (EDO). Los excipientes son sustancias inertes, pero algunos cuentan con acción y/o efecto reconocido, por lo que será necesario declarar su presencia de manera que no quede ninguna duda en la información aportada sobre la composición del fármaco en el momento de su administración. Se diseñó una primera evaluación para la realización de un ciclo de mejora de calidad. Se obtuvo un listado con todas las formas farmacéuticas sólidas orales que se reenvasan (n=389), y los excipientes mostrados en su etiquetado a partir del listado maestro de la máquina envasadora. Se diseñaron 2 criterios a evaluar: (C1) en el etiquetado del reenvasado de formas farmacéuticas orales sólidas deben estar reflejados todos y cada uno de los EDO cuando los haya; (C2) los EDO deben estar reflejados según denominación recogida en Circular 2/2008. Para evaluar ambos criterios se consultaron las fichas técnicas de las especialidades reenvasadas a través del centro de información online de la AEMPS, y se compararon con los excipientes que figuran actualmente en el etiquetado de cada forma reenvasada.

Resultados.

No todas las fichas técnicas estaban disponibles a través de AEMPS, por lo que también fue necesario consultar la información proporcionada por el laboratorio fabricante. De las 389 especialidades que se reenvasan, 208 cumplen ambos criterios (53%). Ninguno de los criterios analizados alcanza un cumplimiento del 100%: siendo del 69% para C1 y del 53% para C2, que cuenta con el mayor número de incumplimientos (181 frente a 121).

Conclusiones.

Más de la mitad de las formas farmacéuticas orales sólidas reenvasadas cumplen en su etiquetado con los criterios de calidad diseñados. Sin embargo, es necesario mejorar la información mostrada en dicho etiquetado, priorizando la adecuación a la descripción recogida en la Circular 2/2008, con el fin de prevenir posibles errores de administración. La metodología aplicada ha permitido identificar oportunidades de mejora para optimizar la calidad y seguridad del proceso de reenvasado.

C028.- IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MEJORAS EN LA CALIDAD DEL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS.

VINEY ., ALICE CHARLOTTE; FERNÁNDEZ-LOBATO, BÁRBARA; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, MARÍA CRISTINA; MUÑOZ GARCÍA, IRIS; GARCÍA LAGUNAR, MARÍA HENAR; ESCONDRILLAS GÓMEZ, LUIS MARÍA.

Objetivos.

El circuito de reposición de medicamentos de los sistemas automatizados de dispensación y almacenamiento verticales (SADA-V), empleados en el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias (SDMDU), comienza con el suministro de los medicamentos desde el SADA horizontal (SADA-H). El objetivo del estudio fue analizar y comparar las incidencias en el circuito (IC) de reposición de medicamentos en los SADA-V antes y después de la implantación de mejoras en el circuito.

Métodos.

Estudio observacional, retrospectivo, comparativo de las IC registradas en la reposición de medicamentos de los SADA-V, realizado en dos periodos de un año durante 2 años consecutivos (Enero 2015 - Enero 2016 y Febrero 2016 - Febrero 2017), tras un periodo de implantación de un ciclo de mejoras en el circuito. Se elaboró una base de datos con tipo de IC, medicamento implicado e intervención farmacéutica (IF) realizada. Los tipos de IC se clasificaron en: a) medicamentos no disponibles en envase clínico que deben ser acondicionados para su posterior distribución en el SDMDU o medicamentos recepcionados y ubicados en el Servicio de Farmacia (SF) pero aún no incluidos en el circuito de reposición del SADA-H; b) medicamentos no disponibles en el SF debido a demora en el suministro por parte del proveedor; c) medicamentos específicos gestionados por tránsito (excluidos de la propuesta de pedido) o medicamentos gestionados por compra; d) medicamentos con stocks definidos según periodos estacionales que necesitan ser adaptados a consumos actualizados; e) medicamentos con problemas de suministro notificados incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital.

Resultados.

Durante el primer periodo de estudio se generaron 6120 (31,48%) IC de 19440 líneas totales de pedido de reposición. Según el tipo de incidencia: a)64,71% (n=3960); b)17,65% (n=1080); c)5,88% (n=360); d)3,51% (n=215); e)18,25% (n=505).

Tras el análisis de las incidencias generadas durante el primer periodo, se detectaron 2 puntos críticos en el circuito. El primer punto crítico fue el importante volumen de IC de medicamentos aún por reenvasar, por lo que se realizó una IF para redefinir el circuito de reenvasado (a). El segundo punto crítico fue la demora del suministro de medicamentos por parte del proveedor (b). Se redactó una nota informativa a los laboratorios recordando el horario de recepción de pedidos, y a su vez se adaptó dicho circuito para optimizar el proceso de almacenamiento en el SADA-H. Otras IF´s fueron: (c) análisis y actualización de los medicamentos gestionados por tránsito, (d) adaptación de stocks de los

medicamentos a los consumos actuales y (e) búsqueda de alternativas terapéuticas en la GFT y cambios de proveedor.

Durante el segundo periodo de estudio se generaron 972 (4,83%) IC de 20112 líneas totales de pedido: a)46,91% (n=456); b)30,86% (n=300); c)5,98% (n=58), d)3,88% (n=38); e)12,37% (n=120).

Conclusiones.

Con las IF´s, se ha reducido en un 84,12% el número total de IC en el segundo periodo, incluso con un número superior de líneas totales de pedido en el segundo periodo debido a un aumento en la carga asistencial. Las IF´s implantadas y las estrategias de mejora del circuito que fueron instauradas durante el periodo de estudio, han permitido optimizar los recursos y agilizar el circuito de almacenamiento y dispensación de medicamentos, aumentando la calidad de todo el proceso farmacoterapéutico.

C029.- PLAN DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS.

ORTÍN KATNICH, LISA; SERRANO NAVARRO, JUANA MARÍA; RICO LLEDÓ, Mª JOSE; MARTÍN RUIZ, JUAN FRANCISCO; TRIVIÑO HIDALGO, JULIÁN; PARDO TALAVERA, JUAN CARLOS.

Objetivos.

General: Mejorar la prescripción en pacientes críticos.

Específicos:

1. Desarrollar indicadores para evaluar si los cambios que se realizan en la prescripción se registran en la hoja de tratamiento.

2. Implementar acciones de mejora.

Métodos.

Durante las rondas de seguridad realizadas en una UCI de un hospital general universitario, se han detectado errores frecuentes en las hojas de tratamiento, ocasionados en gran parte por los numerosos cambios que precisan los pacientes.

El grupo de trabajo de rondas decide evaluar el nivel de calidad de dichas hojas. Tras una búsqueda bibliográfica, no se encuentra indicadores que puedan servir para este fin y se opta por desarrollarlos.

Se definen los indicadores que se van a medir, el plan a seguir y la interpretación de la medición.

Cada indicador incluye: nombre, términos, aclaraciones, tipo de indicador, justificación, población de estudio, fórmula, fuente de datos, tipo de evaluación, frecuencia de evaluación, referencias y excepciones.

El estándar es del 95% de cumplimiento en todos los indicadores y todos son de proceso.

Los indicadores son:

1. Prescripción modificada transcrita.

2. Prescripción suspendida transcrita.

3. Pauta de insulina transcrita en tratamiento corresponde al administrado.

4. Fórmula de nutrición enteral.

5. Dosificación de nutrición enteral transcrita.

6. Diuresis espontánea o sonda vesical.

7. Drenajes quirúrgicos transcritos.

8. Sonda nasogástrica transcrita.

9. Dieta absoluta real.

10. Vía de administración indicada.

11. Dosificación intravenosa adecuada.
12. Identificación del paciente en las dos páginas de la hoja de tratamiento.
13. Parámetros del respirador reflejados en el tratamiento.
14. Revisión de pruebas complementarias.
15. Tratamiento al alta completo.

Los resultados de cada evaluación se difundirán en sesión clínica, donde se decidirá acciones de mejora.

Se realiza un diagrama de Pareto antes-después y se calcula la mejora absoluta y relativa.

Resultados.

Actualmente se han hecho 2 evaluaciones:

En la primera, todos los indicadores se hallan por debajo del estándar de cumplimiento, excepto el indicador 6.

Los resultados se difundieron en sesión clínica por el referente de seguridad del servicio, acordando que se realizarían evaluaciones periódicas y que si se detectaban datos erróneos el evaluador lo señalaría para que sirva de aviso al resto de profesionales.

En la segunda evaluación, 4 indicadores cumplen el estándar (5, 6, 11 y 14).

Hay mejora en los indicadores 2, 3, 12 y 15 y han empeorado el 1, 7 y 10.

En el 13 el cumplimiento está por debajo del 50% en las dos evaluaciones.

Según los resultados del Pareto, el área de mejora conseguida supuso el 10,2%.

Se han difundido los resultados, en este caso por el jefe de servicio.

En la próxima sesión de difusión se realizará un ejercicio práctico en una hoja de tratamiento

Conclusiones.

El tratamiento en un paciente crítico es, junto con los cuidados, la herramienta más eficaz para su asistencia; poner barreras para minimizar los errores de prescripción es una tarea prioritaria. Disponer de indicadores de evaluación avala la efectividad de las acciones de mejora que se implantan y esperamos que ayude a facilitar la implicación de los profesionales.

Nuestra organización trabaja para mejorar la seguridad de los pacientes, en breve dispondremos de prescripción electrónica, con lo que una parte considerable de estos errores se podrán evitar, y mientras tanto trabajaremos en fortalecer la cultura de seguridad

C030.- MEJORANDO LA ATENCIÓN DEL PACIENTE AÑOSO: PICTOGRAMAS EN EL MENÚ HOSPITALARIO..

MONEDERO SAIZ, TAMARA; PASCUAL SOLA, MARTA; SOLER NICOLÁS, MARÍA MAGDALENA; SÁNCHEZ ÁLVAREZ, CARMEN.

Objetivos.

Valorar la comprensión real que tienen los ancianos de los menús ofertados, y su influencia en la aceptación de la dieta hospitalaria desde una unidad de nutrición en atención especializada.

El proceso de envejecimiento conlleva un declive cognitivo asociado a la edad, viéndose afectadas las capacidades de memoria, atención o percepción visual. Así se va perdiendo la precisión en la comunicación enfermo - profesional sanitario. En el día a día esto puede pasar desapercibido debido a que las capacidades básicas del lenguaje parecen intactas cunado se hace un examen superficial.

Métodos.

Se incluyeron 60 pacientes de forma aleatoria (por sorteo de camas). Se les pasó el Minimental Test (MMSE). Se escogió dicho test por ser un método muy utilizado y validado por la comunidad científica para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos y lleva poco tiempo el realizarlo .

A 30 se les ofreció el menú habitual (Grupo A) y a 30 se les ofrecieron los pictogramas (Grupo B) para hacer un estudio comparativo entre ambos grupos.

El menú habitual para los pacientes ingresados consta siempre de 3 opciones de primer plato y otras 3 opciones de segundo a elegir un plato de cada. Ensalada, pan, postre y agua. Existen también modificaciones específicas de estos menús para conformar así un catálogo de 10 dietas terapéuticas para patologías específicas.

Un pictograma es un signo icónico dibujado y no lingüístico que representa figurativamente, de forma más o menos realista, un objeto real o significado.

Los diseños de los pictogramas escogidos coinciden con los que utilizan las personas con autismo y han sido implantados en los hospitales de Zaragoza y Ávila en su cartelería, rótulos e información, en proyectos pioneros en España para este colectivo de personas autistas.

El indicador escogido para medir la aceptación de este nuevo método de lenguaje codificado en pictogramas fue la cantidad de residuos en las bandejas tras la comida de los pacientes.

Resultados.

Del grupo A: 16,7% dejó 3/4 partes de residuos en la bandeja, 46,7% la mitad y 26,7% ¼ parte. Del grupo B: 3,4% se dejó 3/4 partes, 23,4% desperdiciaron la mitad, y 4% 1/4 parte del alimento. Eligiendo con menú convencional, solo un 10% se lo comió todo, y escogiendo con pictogramas aumentan a un 33,4% los que acaban la bandeja entera.

Conclusiones.

Mejora la aceptación del menú a través de los pictogramas frente al método convencional.

No debemos descuidar a nuestra población anciana, en riesgo de una situación de inferioridad y marginación que se agrava en momentos de estrés como son la enfermedad y el ingreso hospitalario.

Sabido y demostrado ya el alto índice de desnutrición hospitalaria en el paciente anciano y sus repercusiones en su morbimortalidad, consideramos de gran importancia la comprensión de la oferta alimentaria hospitalaria y corroboramos el éxito de este nuevo método para lograrlo.

C031.- PROEMPOWER, INNOVANDO PARA EMPODERAR AL DIABÉTICO.

SÁNCHEZ NANCLARES, GORKA; LÓPEZ ACUÑA, PILAR; ALCARAZ MUÑOZ, JOSÉ MANUEL; CARAVACA BERENGUER, MARIA JOSÉ; AGUILAR HERNÁNDEZ, RAFAEL; MARTÍN MUÑOZ, ENRIQUE.

Objetivos.

La diabetes tipo II se ha convertido en una prioridad sanitaria para Europa, ya que es la enfermedad que más recursos sanitarios consume (17%) y tiene una clara tendencia ascendente, debido al sedentarismo, la alimentación industrial y el envejecimiento de la población. No en vano se la etiqueta como la epidemia del siglo XXI. Mejorar la capacidad de autocuidado del paciente diabético es la acción más eficiente posible.

En ProEmpower el objetivo es doble:

1. Construir una solución de gestión continua para potenciar el autocontrol de los pacientes diabéticos tipo 2.

2. Validar en entornos reales de cuatro países dos prototipos de dicha solución realizados por distintas empresas.

Métodos.

Para lograr este nuevo desarrollo es necesario asumir riesgos y contratar servicios de I+D. Por ello elegimos como herramienta la Compra Pública Pre-Comercial (PCP) que facilita compartir bajo condiciones de mercado, riesgos, beneficios y un desarrollo competitivo en fases. Tiene el fin de dirigir los desarrollos hacia las necesidades del sector público, a la vez que se comparan y validan soluciones alternativas de distintos proveedores.

La Comisión Europea subvenciona un PCP al 90%. Se requieren consorcios de al menos 3 entidades independientes de 3 estados miembros/asociados, de los cuales al menos 2 deben ser compradores públicos con capacidad legal y financiera así como de tracción de la demanda.

Los compradores públicos plantean el reto: construir una solución de gestión continua para potenciar la autogestión de los diabéticos tipo 2. Esta solución debe superar todo lo existente en el mercado actual para poder ser financiada como PCP, justificando así su novedad y el riesgo asumido en su desarrollo innovador.

Los proveedores serán evaluados rigurosamente después de cada una de las cuatro fases de adquisición, partiendo de al menos 5 empresas hasta las 2 finales:

- Fase 0: Fase de preparación, consulta a mercado y licitación (11 meses)

- Fase 1: Concepto de diseño, arquitectura de soluciones técnicas y especificaciones (5 meses)

- Fase 2: Desarrollo de prototipos en dos iteraciones (10 meses)

- Fase 3: Desarrollo y prueba de sistemas piloto (16 meses)

Los dos prototipos serán probados por 100 pacientes y 25 profesionales en cada una de las 4 regiones de España, Portugal, Italia y Turquía (400 pacientes y 100 profesionales en total).

El diseño es un ensayo clínico controlado. Cada paciente incluido tendrá su control con idéntica complejidad.

Resultados.

Se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22 para medir la mejora en tres dimensiones de la calidad asistencial:

1-Calidad percibida, mediante encuestas de satisfacción dirigidas a los pacientes y profesionales.

2-Resultados en salud, midiendo la mejora en parámetros clínicos (HbA1c).

3-Eficiencia, evaluando el impacto en la frecuentación en AP, hospitalización, solicitudes de interconsultas y pruebas complementaria

Conclusiones.

Se lograrán dos prototipos validados en entornos reales de cuatro regiones europeas distintas, garantizando su replicabilidad en Europa.

Pacientes y cuidadores participantes firmarán un consentimiento informado autorizando el uso de sus datos para este fin. Todo acorde al exigente Nuevo Reglamento europeo de Protección de Datos (UE) 2016/679. El proyecto será evaluado por el Comité Ético del Área de Salud en la que se efectúe el piloto.

El proyecto está financiado al 90% por la Comisión Europea a través del Programa Horizonte 2020, € 4.498.160 de un presupuesto total de 5 millones de €.

C032.- PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA CAPTACION DEL PACIENTE PREDIABETICO Y VALORACION DEL CONTROL DEL DIABETICO.

GARCIA HERRERO, IGNACIO; DELGADO ROMERO, BLANCA; BERMUDEZ INGLES, ALEJANDRO; BERMUDEZ GALINDO, GUILLERMO; PEREZ JIMENEZ, MARIA BEGOÑA; BRIONES GARCIA, AMELIA.

Objetivos.

Detectar entre los usuarios de nuestro Centro de Salud el porcentaje de pacientes que hay con diabetes y prediabetes sin diagnosticar.

Detectar los pacientes diabéticos mal controlados. Establecer las pautas y/o protocolos a seguir con ellos.

Establecer protocolo de captación entre IMC y diagnostico de prediabetes.

Métodos.

Muestreo descriptivo, aleatorio simple de todos los pacientes que acuden al centro para realización de analítica en el periodo comprendido entre 01/11/2016 y 25/11/2016, en todos estos casos añadimos la petición de HbA1C a dicha analítica, descartamos embarazadas.

Consideraciones:

Prediabetes: la prediabetes es un trastorno en que el nivel de la glucosa en la sangre es mayor de lo normal pero no lo suficientemente alto como para que sea diabetes. Este trastorno significa que está en peligro de tener diabetes de tipo 2. Concretamente, y según la ADA el peligro es entre 25 y 50% de padecer diabetes tipo 2 antes de 5 años.

La ADA (Asociación Americana de Diabetes) ha definido tres puntos de corte para la HbA1C:

HbA1C ? 5,6%, nivel no diabético.

HbA1C ENTRE 5,7% Y 6,4%, nivel prediabético.

HbA1C ? 6,5%, Compatible con el diagnóstico de diabetes.

Igualmente, la ADA mantiene como la meta en el tratamiento del paciente diabético un nivel de HBA1C ? 7%.

Resultados.

N = 8933
n = 275
Usuarios a los que no se les hace o realiza HbA1c= 38.54%.
Usuarios con diagnostico de diabetes: 27.27%.
Usuarios sin diagnostico de diabetes: 72.72%.
Usuarios captados con criterios de prediabetes: 21.50%
Usuarios captados diabéticos sin diagnostico previo: 1%

Usuarios diagnosticados de diabetes con HbA1c menor DE 7%: 61.30%
Usuarios diagnosticados de diabetes y con HbA1c Mayor de 7% o estar más de 6 meses sin analizar: 38.70%.

El 75,75% de los captados como prediabeticos, y que conocemos su IMC, presentan un IMC mayor a 27.
El 87,14% de los diabéticos que ya conocíamos presenta un IMC superior a 27.
De los usuarios que tenemos que no presentan criterios de prediabetes, solo conocemos el IMC de un 67% y de estos, el 48,50% presentan un IMC superior a 27.

Conclusiones:

Tenemos un 21% de pacientes con criterios de prediabetes desconocido.

Consideramos importante establecer como protocolo para todos nuestros pacientes con IMC>27% y otro factor de riesgo cardiovascular cualquiera, solicitar HbA1c plásmatica para localizar y poder instaurar, si tienen diagnostico de prediabetes, medidas higienico-dieteticas en estos pacientes, y así prevenir, dentro de lo posible, la aparición de diabetes tipo 2.

C033.- EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PORTAL DEL PACIENTE EN LA REGIÓN DE MURCIA DESDE "LA CONSULTA CORREO".

CANOVAS INGLES, ANDRES; BARRAGAN PEREZ, ALBERTO JAVIER; SAENZ DE MIERA, ALONSO; ALCANTARA ZAPATA, FRANCISCO; ESPAÑOL MORALES, IGNACIO; SEDES ROMERO, JOSÉ.

Objetivos.

El "Portal del Paciente" (PdP) es una página web donde el Servicio Murciano de Salud (SMS) ofrece servicios on-line al ciudadano. Nuestro objetivo es analizar la evolución del PdP desde su servicio inicial como consulta al médico de Atención Primaria (AP) por parte del ciudadano.

Métodos.

Periodo: mayo-2009 a mayo-2017. Fuente: Portal del Paciente. El ciudadano debe validar su acceso con clave solicitada. Se describe el análisis desde antes de la creación del PdP hasta la reciente implementación de la consulta con enfermería (15/05/2017). El proyecto se inició en 1 EAP a través de la opción de consulta por correo electrónico. Los trabajos presentados durante el pilotaje, adecuación y prepación de la "Consulta Telemática" (CT) son el fruto de la beca del FFIS emergente R09/05. En mayo de 2016 se crea la CT. Respecto a la consulta telemática (CT) –la antigua "consulta correo"-, en todos los casos, el médico de AP valora el contenido de la CT y, si considera la necesidad de atender al paciente de manera presencial, se le cita desde la propia respuesta en el correo. En caso contrario, responde al paciente con las indicaciones pertinentes.

Resultados.

Los servicios disponibles, en mayo 2017, en el Portal del Paciente son:

"Cita con mi médico". Nos lleva a la cita web ya conocida por los ciudadanos.

"Mi receta electrónica". Le permite consultar las recetas electrónicas prescritas al ciudadano.

"Mi historia clínica". Consiste en un portal donde el ciudadano puede consultar algunos aspectos de su historia clínica: prescripciones, citas de primaria, citas de especializada, acceso a informes médicos, etc.

"Historia clínica digital". Permite al ciudadano acceder al sistema de historia clínica digital del SMS.

"Mis devoluciones" permite a los ciudadanos pensionistas, en caso de que se les haya devuelto algún importe en concepto de exceso de aportación en la adquisición de medicamentos con receta, comprobar las dispensaciones implicadas. "Mis datos de contacto" sirve para facilitar o modificar nuestra dirección de correo o el teléfono móvil aportado.

"Consulta con mi médico" permite al ciudadano hacer llegar Consultas Telemáticas (CT) a su médico de atención primaria y que éste le responda por el mismo medio.

"Cita con mi enfermera" y "Consulta con mi enfermera", a partir del 15 mayo actual.

En abril-2016, 3.800 pacientes se habían comunicado on line con su médico de AP. En el Área donde se inició la experiencia con correo, 540 pacientes habían usado la CT solo durante agosto-2016.

Permitir a los pacientes acceder on line a su Historia Clínica digital reduce en un 11% la presión de trabajo del médico.

Conclusiones.

- El PdP permite una mejor comunicación entre el paciente con su profesional sanitario de AP.
- Se está modificando la forma de relacionarse los pacientes con los profesionales de AP del SMS.
- La CT se inició en 2009 en un Área de Salud y se extendió en 2013 a todas las Áreas como uno de los servicios más innovadores y que mejor representa la e-salud en la Región.
- Se estimula la relación entre medico y enfermera como Unidad Básica de Salud al servicio de los pacientes.

C034.- PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.

VALVERDE SOTO, MARIA JOSÉ; LOPEZ GARCIA, JUAN ANTONIO; RUBIO MARTINEZ, PEDRO LUIS; IGNATIEVA, ANNA.

Objetivos.

La EPOC es una enfermedad crónica de importante prevalencia a nivel nacional, dándose en un 10,2% (2.185.764) de la población para edades comprendidas entre los 40 y los 80 años.

Esta patología conlleva una serie de complicaciones que generan una importante pérdia en la calidad de vida de quienes la presentan. Entre dichas complicaciones podemos destacar, desde un punto de vista asistencial, las exacerbaciones. Es en el aspecto de la prevención de las re-agudizaciones donde la actividad de la enfermera de Atención Primaria (AP) cobra especial relevancia: un buen control ambulatorio de la patología disminuirá los eventos adversos de la EPOC, reduciendo las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios y, de este modo, el gasto socioeconómico de la enfermedad.

Objetivo General: valorar la calidad de los cuidados de enfermería de AP prestados a los pacientes con diagnóstico EPOC de una determinada zona básica de salud de la Región de Murcia.

Objetivos Específicos: reducir el porcentaje de exacerbaciones en los pacientes diagnosticados con EPOC en una zona básica de salud de la Región de Murcia. Potenciar la prevención de las exacerbaciones a través del control de los principales factores de riesgo. Mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con EPOC.

Métodos.

Se plantea un estudio de mejora de la calidad de abordaje cuali-cuantitativo para valorar la situación sanitaria de los pacientes EPOC de una zona básica de salud de la Región de Murcia.

A partir de un análisis causal sobre la situación de estos pacientes se diseñan 7 criterios de calidad: (C1) seguimiento de pacientes con EPOC, (C2) evaluación del manejo de la terapia inhalatoria, (C3) control del hábito tabáquico, (C4) consejo de deshabituación tabáquica, (C5) vacunación antigripal, (C6) vacunación contra el Neumococo y, (C7) planes de cuidados de enfermería. Se realizó una evaluación del cumplimiento de dichos criterios antes y después de la adopción de una serie de medidas correctoras.

El período del estudio ha sido comprendido entre octubre del año de 2016 a mayo del año 2017, con revisión del aplicativo de historia clínica OMI-AP.

Resultados.

Los resultados obtenidos tuvieron dos vertientes. Por un lado, un primer análisis de la situación de los pacientes EPOC, permitió estimar el grado de cumplimiento de los criterios

propuestos y realizar el análisis de los defectos de la calidad para, de este modo, priorizar las intervenciones a desarrollar. El criterio más incumplido fue el consejo de deshabituación tabáquica (C4) con un 14,85% de incumplimiento, siendo la vacunación antigripal (C5) el que mayor cumplimiento presentó con un 16,44%.

Por otro lado, tras la aplicación de las medidas correctoras, en una segunda evaluación, se objetivó una mejora en el cumplimiento de los siete criterios propuestos.

Conclusiones.

El correccto manejo del paciente EPOC desde el ámbito de AP permite una disminución de las exacerbaciones de dicha enfermedad mejorando, de este modo, la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Las intervenciones implantadas a través del presente ciclo de calidad evidencian una mejora en el manejo extrahospitalario del paciente EPOC, lo que debería traducirse en una disminución de las consultas a urgencias y las hospitalizaciones resultado de las exacerbaciones de la patología crónica.

C035.- 13,6% DE INSATISFECHOS… Y CON ESTO ¿QUÉ HACEMOS?.

LEÓN MUÑOZ, VICENTE JESÚS; LISÓN ALMAGRO, ALONSO J.; LÓPEZ LÓPEZ, MIRIAN.

Objetivos.

Diferentes autores (Robertsson, Giesinger, Bourne, Nilsdotter y Scott) coinciden en indicar que cerca del 20% de pacientes intervenidos de prótesis de rodilla no se muestran satisfechos con el resultado, en ausencia de complicaciones. Tras la evaluación del grado de satisfacción de una cohorte de pacientes en sus controles anuales rutinarios, la correlación con la calidad de vida relacionada con la salud evaluada mediante el cuestionario COOP-WONCA y la constatación de que un 13,6% de los pacientes evaluados no expresan adecuada satisfacción, hemos replanteado cambiado la cinemática del modelo protésico que empleamos de forma rutinaria. Objetivo del trabajo: presentar las acciones emprendidas para mejorar dicho porcentaje.

Métodos.

En ausencia del facultativo, el personal de enfermería ha encuestado a 81 pacientes intervenidos de prótesis de rodilla unilateral durante el control rutinario anual de su proceso. Todos los pacientes han sido intervenidos por el mismo cirujano con el mismo tipo de implante ultracongruente. Se les ha solicitado que valoraran el grado de satisfacción con el resultado de la intervención practicada (extremadamente satisfecho, muy satisfecho, moderadamente satisfecho, discretamente satisfecho e insatisfecho).

Resultados.

76,5% mujeres y 23,5% hombres. Edad media 69,83 ± 8,2 años. Seguimiento medio mínimo desde la intervención de 5 años. Resultado de satisfacción actual con el resultado de la intervención: extremadamente satisfecho 46,9%, muy satisfecho 39,5%, moderadamente satisfecho 6,2%, discretamente satisfecho 4,9% e insatisfecho 2,5%. No hemos obtenido una correlación significativa entre el grado de satisfacción con el resultado expresado y la puntuación del cuestionario COOP-WONCA (coeficiente de correlación Spearman 0,076 con p 0,49).

Conclusiones.

Hemos cambiado desde 2014 a las versiones medial pivot de los modelos protésicos. Existen suficientes estudios in vitro e in vivo que demuestran que los implantes medial pivot siguen un patrón cinemático similar al fisiológico de la rodilla no protetizada. Esta cinemática se altera severamente con implantes convencionales. Seguimos empleando bloques de corte personalizados, tras diseño de la cirugía sobre modelos virtuales en 3D, con los que hemos demostrado numerosas ventajas e incorporamos progresivamente los instrumentales de tecnopolímeros, que supondrán el siguiente avance técnico de la cirugía sustitutiva de rodilla.

Aún no disponemos de la versión validada para la población española de The Forgotten Joint Score (de Behrend y cols.) que pensamos que será la encuesta óptima para poder contrastar si el cambio en la cinemática del modelo protésico se traduce en el decremento del porcentaje de insatisfechos.

C036.- HUMANIZAR LA ASISTENCIA. UN RETO ACTUAL..

BERNAL BELIJAR, INES; MESEGUER BARRIONUEVO, ANA; ESPARZA LORENTE, ANA; MARTINEZ BERNAL, ANTONIO; AYALA SANCHEZ, NURIA; SANTIAGO GARCÍA, CARMEN.

Objetivos.

1.-Constituir la Comisión de humanización del área

2-Elaborar un banco de buenas practicas clinicas deirigidas a la humanizacion de la asistencia en el area de salud.

Métodos.

Estudio prospectivo desde Mayo de 2016 a Mayo de 2017.Basado en opinion de expertos y buzon de sugerencias.

Este proyecto nace de la iniciativa del SMS, a través de la Subdirección General de Humanización del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Se prioriza como oportunidad de mejora en la comisión de dirección del área y se concreta en la Comision de Humanizacion del area, de carácter multidisciplinar, formada pòr médicos, enfermería, responsable de calidad, de gestión, mantenimiento, de admisión y atención al usuario y miembros del equipo directivo de area, contando con profesionales tanto de Atención Primaria como Hospitalaria. Mediante tormenta de ideas se recogen iniciativas en marcha y proyectos. Se crean subcomisiones, grupos de trabajo con responsables para liderarlas .Se establece un reglamento interno de funcionamiento. También se articulan métodos para recoger la opinión del paciente.

Resultados.

1.-Se cosntituye la comision de Humanizacion del area en Mayo de 2016, estableciendo diferentes lineas de trabajo lideradas por distintas subcomisiones, que se han reunido de forma periodica.

2.- Entre las buenas prácticas clínicas cabe destacar:

- Actuaciones de mejora de las infraestructuras sanitarias facilitando la señalización interna y externa de los centros y eliminando las barreras arquitectónicas.

-Se han llevado a cabo distintas iniciativas desde el área materno infantil en colaboración con otros profesionales para posibilitar la unión de madre e hijo tras el parto, Programa "Piel con Piel" o Potenciación de recogida de sangre de cordón.

-Ludoteca, como herramienta terapéutica, uniformes diferentes en plantas pediátricas, CMA pediátrica de adaptación al medio, donde los padres están con los niños en la premedicación y en la reanimación adaptada a niños, asi como se facilita el acceso a los padres 24 horas en todas las areas pediátricas y de neonatología, colaboraciones de donación de leche materna..

-Coordinación de las distintas actividades de voluntariado en el recinto hospitalario, labores de acompañamiento al paciente ingresado que realizan voluntarios de distintas asociaciones como Cruz Roja, la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) o Fundación Fade. , Asociaciones sobre higiene, alimentación y ejercicio.

-En Atención Primaria, acciones que mejoran la continuidad asistencial como "consulta electrónica" ,Proyecto "Ama mujer" para mujeres con menopausia. Enfermera con un cupo de pacientes asignado.

-En Salud Mental. talleres para Pediatras y enfermería pediátrica sobre conductas difíciles en niños. Asi como cambio de filosofía y mejora del entorno.

-La unidad de trasplantes ha realizados acciones de mejora de comunicación interna y externa, de sensibilización a la población.

-En UCI , flexibilización de horarios e implicación de familiares, entre otros…

Conclusiones.

1.-La creación de la comisión de humanización ha permitido recoger e impulsar múltiples acciones que mejoran la asistencia a pacientes.

2.- El trabajo en equipo y Las medidas consensuadas multidisciplinares ayudan a mejorar los problemas.

3.- El area materno infantil, las acciones que mejoran la continuidad asistencial, Salud Mental y Uci lideran los proyectos

C037.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO NO HACER EN UN ÁREA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA: PRIMEROS RESULTADOS.

MORENO LOPEZ, ANA BELEN; LÓPEZ-PICAZO FERRER, JULIO JOSÉ; PICAZO CÓRDOBA, ROMÁN; VERA GUIRAO, JUAN JOSÉ; GARCÍA GAMBÍN, FRANCISCO; MARQUÉS ESPÍ, JUAN ANTONIO.

Objetivos.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en 2013 el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, con la finalidad de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por tales aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Para ello, cada sociedad científica acordó 5 recomendaciones de "no hacer" (RNH) basadas en la evidencia científica mediante el Método Delphi.

El objetivo de este trabajo es identificar y seleccionar las RNH susceptibles de evaluación, así como diseñar indicadores y un plan de monitorización, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial y la seguridad de nuestros pacientes disminuyendo la prevalencia de prácticas a "no hacer" entre los facultativos.

Métodos.

En agosto de 2016, para cada uno de los servicios y unidades (médicos, quirúrgicos y centrales) de la cartera de servicios de nuestro área, se realizó la búsqueda de RNH de las diferentes sociedades científicas, enmarcadas en el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España", disponibles en la página web del ministerio. Cuando no existían, se buscaron las recomendaciones correspondientes a la iniciativa americana (CHOOSING WISELY) e inglesa (NICE - Do not do). Se identificaron 252 recomendaciones correspondientes a 41 servicios y unidades.

En primer lugar se unificaron RNH repetidas (misma recomendación o similar en más de una especialidad), quedando un total de 249 recomendaciones. Posteriormente, se seleccionó un listado de RNH teniendo en cuenta como criterio básico la factibilidad de medición de su prevalencia, tomando como fuentes la Historia Clínica Electrónica (Selene® u OMI-AP®) y las bases de datos existentes en el Servicio Murciano de Salud, fundamentalmente los cubos de datos y las de prescripción y facturación de medicamentos. Además, se consideraron criterios de magnitud hipotética como de relevancia de la RNH en términos de calidad asistencial (efectividad, eficiencia) y de seguridad del paciente.

El método de evaluación será la obtención de la totalidad de los datos de forma automática cuando sea posible y, en caso contrario, se realizará un muestreo para estima el valor del indicador mediante auditoría de historias clínicas por observación directa, utilizando la técnica de evaluación rápida de aceptación de muestras por lotes (LQAS). El intervalo temporal elegido comprenderá de 4 a 12 meses de 2016, en función de la prevalencia de cada intervención sanitaria y disponibilidad de datos.

Resultados.

Finalmente se seleccionaron un total de 25 RNH (10%), correspondientes a 18 servicios diferentes (61%), para las cuales se creó su correspondiente indicador de evaluación. El 72% de las recomendaciones seleccionadas serán calculadas directamente y el 28% restante se evaluarán mediante LQAS. Se aceptará una proporción de conducta inadecuada del 5% para todos los indicadores, así como un umbral mínimo aceptable del 75% para los evaluados por LQAS. A partir de los resultados obtenidos se detectarán y acometerán oportunidades de mejora que serán objeto de actuación.

Conclusiones.

La proporción de RNH medibles es baja debido a que mayoritariamente han sido construidas como consejos genéricos y no formuladas para ser evaluadas. La factibilidad de ser medidas de forma no concurrente ni por observación directa ha sido el factor decisorio fundamental.

C038.- ANALISIS DE CALIDAD PERCIBIDA EN UN PROYECTO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL..

GARRE GARCIA, ADRIANA; MARIN YAGO, ANA MARIA; CAYUELA FUENTES, CATALINA; GONZALEZ CANOVAS, MARIA; LOPEZ LOPEZ, VICTOR; SORIANO GIMENEZ, VICTOR.

Objetivos.

Nuestra ONG lleva 17 años desarrollando proyectos de cooperación internacional de carácter sanitario en diversos países (Guinea, Camerún, Senegal, Mali, Sahara). En la campaña de 2016 en Senegal planteamos analizar la percepción que nuestros pacientes quirúrgicos tienen de la calidad de la atención que les prestamos.

Métodos.

Se realizó una encuesta cuyo diseño, por el contexto, buscó la sencillez y rapidez en su realización. Fue traducida al francés por personal experto. Constaba de 11 preguntas y contemplaba las siguientes dimensiones de la calidad: Accesibilidad, Trato, Información, Calidad científico-técnica, Percepción del dolor y Valoración global de la atención recibida.

Dada las dificultades para poder realizarla tras el alta del paciente, se decidió que el mejor momento era cuando el paciente se marchaba tras el alta con la intención de disminuir el efecto de "cliente cautivo". Para ello, se instruyó a una persona del país, voluntaria de Cruz Roja. Uno de los integrantes de nuestra ONG (médico internista) supervisó todo proceso.

La encuesta se realizó al paciente y, en caso de niños, a alguno de sus progenitores.

Resultados.

Respondieron la encuesta 193 pacientes, el 56 % de los pacientes intervenidos.

La edad media de los pacientes encuestados fue de 39,6 años, con un rango entre 2 y 90 años. El 67% hombres y el 33 % mujeres.

El 60% esperaron varios días para ser intervenidos, el 35 % menos de un día. Nadie esperó más de una semana.

El 92% afirman que se les explicó de forma clara en qué consistía la intervención.

El 90% señalaba que el trato por parte del personal le ayudó a sentirse más tranquilo/a y calmado/a.

El 95% reconoce que el trato por parte de los profesionales siempre fue amable y el 100% que fue respetuoso.

En cuanto a la percepción del dolor: el 22% no sintió dolor, el 65 % dolor leve, el 11% dolor moderado, y el 2% dolor severo.

El 100% afirma que la calidad de la atención siempre fue buena y el 100 % valora a los profesionales como muy buenos.

El 98% está muy satisfecho con la calidad de la atención recibida, el 100% volvería a operarse con este equipo y el 100% lo recomendaría a sus amigos y familiares.

Conclusiones.

No hemos encontrado referencias bibliográficas sobre análisis de calidad percibida en proyecto de cooperación sanitaria internacional.

Revisamos en cada campaña nuestros procedimientos incorporando elementos como el consentimiento informado, mejoras en los aspectos de seguridad del paciente (identificación, documentación clínica, traductores competentes, etc), pero nunca habíamos analizado cómo nuestros pacientes perciben lo que hacemos.

El análisis de la percepción de nuestros pacientes con la atención recibida es muy buena. Hay que tener en cuenta que la atención es completamente gratuita en un contexto sanitario donde hay que pagar por cualquier prestación.

En cuanto a la percepción del dolor, aunque el 77% referían haber tenido dolor leve o no haberlo sentido, estamos revisando nuestros procedimientos de analgesia postquirúrgica para próximas campañas.

C039.- GUÍA DE ACTUACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE GESTACIONAL TARDIA.

MARTINEZ ROJO, CARMEN; RUBIO ALACID, SONIA; RODRIGUEZ PORTILLA, NATALIA EMILIA; SOTO HERRERO, VERONICA; MARTINEZ ROMAN, CONCEPCION.

Objetivos.

-Mejorar de la salud de las mujeres y sus familias favoreciendo el desarrollo de un duelo normal.

-Proporcionar herramientas a los profesionales sanitarios para facilitar el acompañamiento.

-Sensibilizar sobre la muerte superando los tabúes culturales y emocionales elaborados en torno a la muerte perinatal.

Métodos.

Se realizó un grupo de trabajo para la elaboración de la guía, el cual hizo una revisión bibliográfica en las principales fuentes de datos biomédicas de artículos posteriores al año 2000. Los descriptores fueron: perinatal death, stillbirth, grief, grief perinatal. La metodología de trabajo fue trabajo grupal, reuniones de consenso, lectura crítica y reflexiva y cierre del documento.

Resultados.

Estudio descriptivo de las muertes perinatales en nuestro hospital.

Elaboración de una serie de recomendaciones comunes a todo el proceso, relacionadas con las habilidades de comunicación en el duelo. Dotando al profesional de una serie de frases y palabras recomendables para el acompañamiento a la familia y otras que se deben evitar.

Se realizan una serie de recomendaciones específicas dependiendo del momento en el que se encuentre la gestante. Recomendaciones en puerta de urgencias (cómo dar la noticia), en planta de gestantes, en paritorio (la despedida y cajita de recuerdo), en quirófano, en planta de puérpera (manejo lactogenesis) y al alta (grupos de duelo y folleto recomendaciones).

Se recoge también en la guía los aspectos legales relacionados con la muerte perinatal, enterramientos, registro del bebé , prestaciones por maternidad.

Y también las recomendaciones para el cuidado emocional del profesional que atiende a estas familias.

Conclusiones.

Pese a que la mortalidad perinatal representa una cifra baja con respecto al numero total de partos, el enorme impacto emocional y la gran repercusión que supone para las familias y los profesionales que las atienden, hace que se le vaya otorgando una importancia clínica al duelo por la pérdida de un hijo que se manifiesta en los cambios en los entornos hospitalarios, así como la elaboración de diferentes guías relacionadas con el tema.

C040.- PLAN DE HUMANIZACIÓN: ANIMAR Y SENSIBILIZAR A LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO EN EL CUIDADO DE LAS EMOCIONES.

LOZANO PASTOR, VICTORIA EUGENIA; MORALES CAMACHO, VANESA; SANTOS MATEO, ISABEL Mª; VILLA MALDONADO, PEDRO; ARNAU ALFONSO, JUAN JOSÉ; MARTIN PEREZ, MANUEL ANTONIO.

Objetivos.

- Conocer los principales motivos de reclamación por parte de los pacientes del área de salud.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios y no sanitarios en el ámbito de la humanización, relaciones interprofesionales y profesional- paciente.
- Impregnar de humanización a los profesionales del área.

Métodos.

Análisis cualitativo de quejas y reclamaciones registradas en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2016, en el área de salud. Para ello se analizaron 843 reclamaciones de los últimos tres años.

Estudio descriptivo transversal, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline y Embase en español e inglés, utilizando las palabras clave: Humanización, necesidades y demandas de servicios de salud, profesionales, pacientes y el operador booleano "AND".

Se inicia un novedoso Plan de Humanización, en el área, comenzando con la realización de una charla, "humanización en la asistencia", para todas las categorías profesionales, con una duración de 90 minutos. La charla se impartió en todos los servicios y centros del área, de forma voluntaria y en horario laboral, consensuando con cada servicio el mejor día y hora para facilitar la asistencia de todos los interesados.

Resultados.

Tras revisar las reclamaciones registradas en nuestra área de salud, se comprueba que existe un incremento exponencial en los últimos tres años. Obtenemos como resultados, relacionados con la humanización: falta de información, empatía, calidez, escucha activa, trato personalizado y normativa rígida.

Se realizaron un total de 17 charlas, de las cuales las cuatro últimas fueron a petición del personal debido al interés suscitado, en las que asistieron 467 profesionales de un total de 665 trabajadores en activo, por tanto la asistencia fue aproximadamente de un 70%.

Tras cada sesión se recibió un feedback por parte de los profesionales en los que manifestaron haber reconocido durante las charlas emociones como tristeza, esperanza, alegría, motivación…, con las que se sentían identificados, valorando la necesidad de esta sensibilización como mejora de la asistencia.

Conclusiones.

Perder la salud supone enfrentarnos a situaciones no vividas anteriormente. Toda persona cuando enferma experimenta una serie de emociones que el personal sanitario debe considerar y cuidar.

Los profesionales de la salud debemos recibir y atender a nuestros pacientes de una forma profesional, con una dosis de humanidad y humanización que, casi siempre, silenciosamente, nos demandan. La Humanización no está pautada ni impuesta en nuestros protocolos de actuación sanitaria, si no que, dependen de nuestra voluntad como profesionales dedicados, a la asistencia y al cuidado de personas, en diferentes situaciones y ámbitos sanitarios.

Tras los resultados obtenidos del estudio de las reclamaciones revisadas, se detecto como una de las debilidades la falta de un plan de humanización en la asistencia a la salud.

Los profesionales de la salud necesitan de una formación e información en materia de humanización. Aunque muchas son habilidades adquiridas en nuestra vida y en el ejercicio de nuestra profesión, la rutina y las cargas de trabajo diarias promueven un trato, a veces, no todo lo adecuado a las necesidades del paciente.

Como objetivos a corto plazo nos marcamos medir el nivel de impacto de nuestra intervención entre los profesionales, evaluando los conocimientos adquiridos a través de una encuesta validada.

C041.- SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA..

SEVILLA HERNÁNDEZ, ENCARNACIÓN ARACELI; PALAZÓN MORENO, ALBA; GARROTE MORENO, LAURA CRISTINA; AMORÓS RIVERA, SOFÍA; FERNÁNDEZ DE HARO, MARIA DEL MAR; HERRERO BROCAL, ALBA.

Objetivos.

La creación en nuestro hospital de una unidad de rehabilitación cardiaca y la implantación de un programa que incluye reentrenamiento al esfuerzo bajo supervisión especializada y charlas de educación sanitaria, hace necesario conocer la opinión de nuestros usuarios a fin de realizar los cambios y mejoras pertinentes que aseguren una atención de calidad al paciente afecto de cardiopatía isquémica.

Objetivos

1. Describir las características epidemiológicas de la población sometida al programa de rehabilitación cardiaca (PRC) de nuestro hospital.

2. Determinar el grado de satisfacción de la población con dicho programa.

Identificar las áreas susceptibles de mejora en la atención al paciente durante el desarrollo del programa.

Métodos.

Población: pacientes incluidos en el PRC durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2016.

Programa: se establecen dos grupos de reentrenamiento al esfuerzo que acuden a tratamiento dos días por semana y a charlas de educación sanitaria cada 15 días, durante dos meses de seguimiento.

Intervención: encuesta de satisfacción autoadministrada y anónima una vez finalizado el PRC.

Variables:

- Epidemiológicas: edad y sexo

- Satisfacción: acogida y explicación del programa, organización de citas en consulta, horario de tratamiento, características generales del gimnasio, interés por las charlas de educación sanitaria, control del registro electrocardiográfico, quejas y sugerencias.

Resultados.

Durante el periodo de estudio, 47 pacientes fueron incluidos en el PRC (87% hombres). La edad media fue de 55.278,46 años.

Los resultados en relación a la satisfacción con el desarrollo del PRC fueron muy positivos en la mayoría de los ítems registrados. Respecto al sistema de acogida y explicación del

PRC el 95.45% consideraban suficiente la información recibida, y un 95.34% pensaba que el modo de organización de las citas en consulta era cómodo. El horario se ajustaba a las necesidades de los pacientes prácticamente en la mitad de los casos. En relación a las características e instalaciones del gimnasio: la mayoría pensaba que la limpieza, la iluminación y el material empleado eran adecuados (48-55%), pero la ventilación fue considerada como deficiente en el 44.44%. Las charlas impartidas fueron en su mayoría de gran interés para todos los pacientes, siendo la mejor valorada la relacionada con el ejercicio físico (62.22%), seguido de la dieta cardiosaludable (60%) y la cardiología básica (59.09%).

Conclusiones.

1. La población de pacientes sometidos al programa de rehabilitación cardiaca está compuesta en su mayor parte por hombres entre la quinta y sexta década de la vida.

2. El grado de satisfacción de los pacientes sometidos al programa de rehabilitación cardiaca fue muy elevado.

3. Los elementos mejor valorados fueron los referentes al sistema de acogida y las charlas impartidas, siendo evaluada como deficiente y por tanto susceptible de mejora la ventilación.

C042.- REPERCUSIÓN DE LA TURNICIDAD EN LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

ORTIZ PIÑERO, MIRIAM; LEAL LLOPIS, JESUS; PARETS LLORCA, ROSARIO.

Objetivos.

Analizar como repercute en la salud de los profesionales de enfermería el turno de trabajo que desarrollan

Métodos.

La investigación llevada a cabo, trata de un estudio descriptivo, de tipo trasversal, con variables cualitativas como cuantitativas. La población objeto de estudio son las Enfermeras y Auxiliares de Enfermería del Servicio de Digestivo (unidad de hospitalización y unidad de pruebas especiales) del Hospital Morales Meseguer. Los instrumentos de recogida de datos han sido tres cuestionarios: el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh, el cuestionario breve de Burnout y la incidencia de la actividad profesional. Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS 15.0

Resultados.

La edad media global obtenida del personal del Servicio Digestivo es de 48,13 ± 1.487 años, siendo de género femenino el 93,1%. La media de años trabajado en este servicio es de 11,37 ± 2.171 años, siendo el 62.1% de la muestra pertenecientes a la unidad de hospitalización y el 55,2% Enfermeras. El 37,9% realiza turno diurno, 51,7% turno rodado y 10,3% turno nocturno.

El 100% de los profesionales presentan mala calidad del sueño, siendo malos dormidores el 90,9% del turno diurno, el 66,7% del turno rodado y el 100% del turno nocturno.

Respecto al Síndrome de Burnout, presentan niveles altos el 9,1% del turno diurno, el 6,7% tuno rodado y el 33,3% del turno nocturno.

En relación a los factores que condicionan el trabajo, la fatiga física esta presente en el 45,5% de los trabajadores del turno diurno, el 66,7% del turno rodado y no hay casos en el turno nocturno. La fatiga mental afecta al 36,4% del turno diurno, al 73,3% del turno rotatorio y al 33% del turno nocturno.

Conclusiones.

Los trabajadores con turno nocturno presentan mayores problemas de sueño y niveles altos de Síndrome de Burnout que los trabajadores con turno diurno y rodado.

Los profesionales que tienen un turno diurno o rodado presentan mayor fatiga física y mental que los que tienen turno nocturno.

C043.- MEJORA DEL ENTORNO LABORAL Y SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE NUEVOS TURNOS DE TRABAJO.

PEREZ GARCIA, Mª CARMEN; LEAL LLOPIS, JESUS; GONZALEZ FAJARDO, ANA; MARTINEZ ALEMAN, MANUEL; CRESPO CARRION, Mª JOSE; LOPEZ ALCARAZ, FRANCISCO.

Objetivos.

Conocer la percepción de las enfermeras sobre su entorno laboral y su satisfacción con el trabajo antes y después de la implantación de turnos de 12 horas

Métodos.

Se diseñó un estudio cuasi-experimental en diferentes unidades de hospitalización y cuidados intensivos. Los sujetos participantes son enfermeras y auxiliares de enfermería donde se evaluaron las variables objeto de estudio antes y después de implantar turnos de trabajo de 12h. Se recogieron, entre otros, datos sociodemográficos, satisfacción laboral y percepción del entorno laboral a través del cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). La mayor parte de las preguntas eran de tipo escala de Likert expresando el grado de acuerdo, de satisfacción, o de frecuencia. Se punta cada ítem del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo), la media es 2.5. Si la puntuación es superior al 2.5, se podría decir que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia del ítem en su entorno laboral, y viceversa. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados.

Se han incluido en el estudio 175 sujetos, de los que el 53,7% son Enfermeras y el 46,35 auxiliares de Enfermería.

La dimensión "Dotación y adecuación de recursos" fue puntuada en la primera evaluación con 2,68 y en la segunda 2,74.

La dimensión "Relaciones enfermera-medico" se puntuó con 2,48 antes de los turnos de 12h y con 2,76 después ($p>0.001$).

En cuanto a la "Habilidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras por parte de sus responsables", las puntuaciones medias fueron de 2,83 y 3,01.

La dimensión "Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad" en la primera evaluación fue de 2,85 y en la segunda 3,01.

La "Participación de las enfermeras en cuestiones del hospital", se puntuo con un 2,04 antes de los turnos de 12h y con 2,23 después

El 75,2% indicaron estar moderadamente o muy satisfechas con su trabajo antes y el 93,8 después ($p<0,001$) . El 81,3% recomendaría este hospital a otra compañera para trabajar antes de los nuevos turnos y el 90,1% después. El 94,5% lo recomendaría a sus familiares y/o amigos antes y el 96,3% después de implantar los turnos de 12h.

Conclusiones.

Tras analizar los datos podemos concluir que la percepción del entorno laboral y la satisfacción con el trabajo ha mejorado en todas sus dimensiones tras la implantación de los turnos de 12 horas.

C044.- SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL SERVICIO DE FARMACIA: ÁNALISIS COMPARATIVO.

MUÑOZ GARCÍA, IRIS; VINEY, ALICE CHARLOTTE; PÉREZ PÉREZ, INMACULADA GEMA; GARCÍA SIMÓN, MARIA SERGIA; GUTIÉRREZ CÍVICOS, MARIA DEL ROCÍO; MIRA SIRVENT, MARIA CARMEN.

Objetivos.

Comparar los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a facultativos especialistas de área(FEA) y al personal de enfermería(DUE) sobre el servicio de farmacia en dos periodos de tiempo, tras la implantación de un ciclo de mejora. Y su comparación con resultados de otros servicios de farmacia nacionales.

Métodos.

Estudio retrospectivo comparativo de los resultados de las encuestas de satisfacción anuales realizadas en 2015 y 2016 a FEA y DUE en un hospital de tercer nivel.

Las encuestas incluían 3 preguntas comunes y una diferente entre FEA y DUE. Fueron:A)Satisfacción sobre la competencia del servicio en informar de cualquier consulta o duda técnica B)Satisfacción sobre la información general(alertas de seguridad de medicamentos, nuevos medicamentos, guía farmacoterapéutica,etc.)proporcionada C)Satisfacción sobre la tramitación de prescripciones(destinada exclusivamente a FEA) ó Satisfacción sobre la llegada a la hora pactada de los pedidos(dirigida a DUE) y D)Satisfacción global con el servicio. Cada pregunta estaba acompañada de 5 respuestas, a elegir una(puntuación asignada): Muy mal(1), mal(2), normal(3), bien(4) y muy bien(5). Se concluían con un apartado de observaciones con un campo libre de texto para el encuestado. Se realizó un ajuste matemático para la transformación de la escala de puntuación 1-5 a 1-10.

El ciclo de mejora implementado se basó en la publicación de una nueva edición de la guía farmacoterapéutica y la creación de un figura coordinadora del circuito de dispensación de dosis unitarias a pacientes hospitalizados.

Se recogió además el número de personas a las que se les envió la encuesta y las contestadas. Los resultados anuales fueron introducidos en una base de datos (Benchfar®) compartida con otros servicios de farmacia nacionales que evalúan el mismo indicador, obteniéndose un intervalo de confianza(IC) del 95% para la satisfacción global por parte de FEA y DUE.

Resultados.

Encuestas 2015: Fueron enviadas 73 encuestas a FEA (97,26%tasa de respuesta; 0,07%tasa de error) y 43 a DUE (53,49%tasa de respuesta; 0,4% tasa de error). La puntuación obtenida en cada preguntas fue: A)7,73 B)6,59 C)7,29(FEA) y 5,29(DUE) y D)7,82(FEA) y 5,58(DUE). El IC de la satisfacción global Benchfar® fue 8,2-9,3(FEA) y 5,3-8,2(DUE). Los comentarios desde FEA fueron, la falta de un programa de prescripción electrónica, la comunicación fluida con el clínico para indicar la disponibilidad de un

fármaco, el desconocimiento de la guía farmacoterapéutica y la gran profesionalidad y disposición del servicio. El DUE añadió la sugerencia de la apertura del servicio en horario nocturno.

Encuestas 2016: Se enviaron 73 encuestas a FEA (47,95%tasa de respuesta; 11%tasa de error) y 43 a enfermería (86,05%tasa de respuesta; 6%tasa de error). La puntuación obtenida fue: A)7,06 B)6,77 C)7,16(FEA) y 5,50(DUE) y D)8,07(FEA) y 5,55(DUE). El IC de la satisfacción global Benchfar® fue 7,4-10,1(FEA) y 5,1-9,1(DUE). Los comentarios que acompañan a estas encuestas hacían referencia a aumentar el control de la isoaparencia de fármacos y ampliación de la apertura de la farmacia en horario nocturno.

Conclusiones.

Se muestra un descenso en la puntuación en las preguntas A),C)(para FEA) y D)(para DUE). Por el contrario, se observa un ascenso en la satisfacción de las preguntas B), C)(para DUE) y D)(para FEA). La satisfacción global de FEA en 2015 estuvo por debajo del IC, sin embargo, el resto de resultados de satisfacción global los encontramos dentro del IC aportado por Benchfar®.

C045.- MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE NUEVOS TURNOS DE TRABAJO.

GONZALEZ FAJARDO, ANA; LEAL LLOPIS, JESUS; LOPEZ ALCARAZ, FRANCISCO; CRESPO CARRION, Mª JOSE; MARTINEZ ALEMAN, MANUEL; ALONSO FRIAS, Mª ARANZAZU.

Objetivos.

Describir como perciben la calidad de vida profesional los profesionales de Enfermería antes y después de la implantación de turnos de 12 horas

Métodos.

Se diseñó un estudio cuasi-experimental en diferentes unidades de hospitalización y cuidados intensivos. Los sujetos participantes son enfermeras y auxiliares de enfermería donde se evaluaron las variables objeto de estudio antes y después de implantar turnos de trabajo de 12h. Se recopilaron los datos mediante el cuestionario de Calidad de Vida Profesional CVP-35. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados.

Se han incluido en el estudio 175 sujetos, de los que el 53,7% son Enfermeras y el 46,35 auxiliares de Enfermería.

La dimensión apoyo directivo obtuvo una puntuación en la primera evaluación de 5,6 y de 6,14 después de implantar los turnos de 12h ($p=0,002$).

La carga de trabajo fue percibida con una puntuación de 5,72 antes de los nuevos turno y 5,38 después ($p=0,091$)

La motivación intrínseca mejoro con la nueva organización de trabajo pasando de 8,39 a 8,49 ($p=0,498$)

La calidad de vida global con el trabajo paso de 6,26 antes de los turnos de 12 horas a 7,23 después de estos turnos ($p=0,003$).

Conclusiones.

Tras analizar los datos podemos concluir que la calidad de vida profesional ha mejorado en todas sus dimensiones tras las implantación de los turnos de 12 horas, siendo esta mejora estadísticamente significativa ($p<0,05$) en dos de sus dimensiones.

C046.- ¿QUE OPINAN LOS TRABAJADORES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE TURNOS DE 12 HORAS?.

LEAL LLOPIS, JESUS; CRESPO CARRIÓN, Mª JOSE; MARTINEZ ALEMAN, MANUEL; LOPEZ ALCARAZ, FRANCISCO; GONZALEZ FAJARDO, ANA; MARTINEZ GARCIA, JUAN ANTONIO.

Objetivos.

Conocer la percepción que tienen los profesionales de Enfermería tras la implantación de un turno de 12h en sus unidades.

Métodos.

Se ha realizado un estudio transversal, descriptivo y observacional. Se han incluido profesionales de enfermería que desarrollan turnos de 12 y profesionales de enfermería que NO llevan este tipo de turno pero que trabajan en unidades donde conviven diferentes tipos de turnos. Se han explorado aspectos relacionados con el ámbito laboral y social de los trabajadores. Para ello se ha diseñado un instrumento "ad hoc" de 10 preguntas con respuestas tipo likert. Los datos se han analizado con programa informático SPSS 15.0.

Resultados.

El numero de sujetos incluidos en el estudio ha sido 137, de los cuales el 59,1% llevaban turno de 12h y el 59,9% eran enfermeras y el 40,1% eran Auxiliares de Enfermería.

El 92,59% de los sujetos con turno de 12h considera que este turno ha mejorado mi organización familiar y el 91,36% considera que han mejorado las posibilidades de realizare acitividades de ocio y tiempo libre.

Respecto a si ha mejorado la atención y los cuidados de los pacientes, el 98,77% de los profesionales con turno de 12h están de acuerdo y el 68,52% en los que no llevan turno de 12h.

En relación al clima laboral de la unidad, el 100% de los profesionales con turno de 12h están de acuerdo y el 64,28% en los que no llevan turno de 12h.

Igualmente se ha explorado la percepción sobre si este tipo de turno es agotador, no estando de acuerdo con esta afirmación el 92,36% de los profesionales con turno de 12h y el 67,86% en los que no llevan turno de 12h.

Respecto a si este tipo de turnos genera mas problemas de seguridad del paciente, el 95,06% de los profesionales con turno de 12h están en desacuerdo y el 80,35% en los que no llevan turno de 12h tampoco están de acuerdo con esta cuestión.

La mayoría de los profesionales que llevan turno de 12h (97,53%) volverían a elegir este turno y el 98,77% lo recomendaría a otros compañeros.

Conclusiones.

La mayoría de los profesionales que llevan turnos de 12 horas tienen una percepción muy positiva de esta organización del trabajo debido a que mejora aspectos de la organización laboral y familiar y no genera problemas de seguridad del paciente.

Los profesionales que no tienen este turno, pero que comparten trabajo con este turno, también valoran positivamente los diferentes aspectos explorados aunque en un nivel algo menor que aquellos que realizan turnos de 12h.

C047.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS PARCIALES DE UN PROGRAMA PILOTO SOBRE USO RESPONSABLE DE ANTIBIÓTICOS EN LA PRIMERA INFANCIA.

MARTIN AYALA, GEMA; CHUMILLA VALDERAS, Mª ÁNGELES; GARNICA MARTÍNEZ, BEATRIZ; ESPEJO GARCÍA, Mª PILAR; VIGUERAS ABELLÁN, JUAN JOSÉ; SORIANO IBARRA, JUAN FRANCISCO.

Objetivos.

Evaluar la efectividad de un programa de intervención en uso responsable de antibióticos en su fase de pilotaje previo a la ampliación a escala al conjunto del Servicio Regional de Salud.

Métodos.

Se diseñó un programa de uso responsable de antibióticos en la primera infancia (en niños menores de 3 años), utilizando una metodología participativa y recursiva. Se ha pilotado durante doce meses (1 de abril de 2016 a 31 de marzo de 2017), en tres Centros de Salud de tres Áreas de Salud distintas, con la finalidad de identificar barreras y elementos facilitadores, así como generar conocimiento para enriquecer las intervenciones definidas al inicio del programa. Se muestran resultados parciales del piloto. Se definieron siete indicadores para monitorizar la prescripción de antibióticos y la calidad de la misma.

Se comparan los datos de los 9 primeros meses del piloto con un período preintervención equivalente.

Resultados.

En los 9 primeros meses de pilotaje se produce una disminución de la prescripción de antibióticos en dos de los tres Centros de Salud pilotados.

Centro de Salud 1 (periodo 2015)

DHD: 29,47

%NPT< 3años: 57

%NPT< 3años CVA: 55

Centro de Salud 2 (periodo 2015)

DHD: 17,06

%NPT< 3años: 47,26

%NPT< 3años CVA: 34,73

Centro de Salud 3 (periodo 2015)

DHD: 12,23

%NPT< 3años: 26,22

%NPT< 3años CVA: 23,25

Centro de Salud 1 (periodo 2016)

DHD: 23,68

%NPT< 3años: 50

%NPT< 3años CVA: 49

Centro de Salud 2 (periodo 2016)

DHD: 12,39

%NPT< 3años: 36,82

%NPT< 3años CVA: 33,50

Centro de Salud 3 (periodo 2016)

DHD: 12,31

%NPT< 3años: 26,52

%NPT< 3años CVA: 26,87

*NPT < 3a: porcentaje de niños menores de 3 años que han recibido antibióticos en al menos una ocasión.

*NPT < 3a CVA: porcentaje de niños menores de 3 años con diagnóstico de Catarro de Vías Altas tratados con antibióticos.

Conclusiones.

Se muestra la efectividad del programa en la mejora de la prescripción de antibióticos en los niños menores de tres años.

Palabras clave

Antibióticos, Pediatría.

C048.- EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO CON VÁLVULA DE DRENAJE TORÁCICO: CALIDAD Y AHORRO PUEDEN IR DE LA MANO.

ROLDÁN VALCÁRCEL, Mª DOLORES; CARRILLO ORTEGA, JOAQUIN; BOTÍA TOMÁS, Mª JOSE; LOZANO PEREZ, SANDRA; GUIRAO MARTINEZ, LAURA; PASTOR PALAZON, JOSEFA.

Objetivos.

La complicación más frecuente en el postoperatorio de las Cirugías Torácicas es la fuga aérea persistente, siendo motivo de aumento de las estancias hospitalarias y otras complicaciones asociadas. El HCUVA como hospital de referencia regional recibe procesos complejos de otros centros, siendo un tratamiento habitual de dichas fugas persistentes el uso de la válvula de drenaje torácica, la cual permite al paciente el seguimiento de su proceso ambulatoriamente. Los objetivos son analizar la evolución de los pacientes tratados con la válvula de drenaje torácico y calcular el ahorro que supone para el sistema sanitario al reducir la estancia hospitalaria.

Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante 5 meses de los pacientes sometidos a cirugía torácica portadores de drenajes que sufrieron fuga como complicación de su proceso, que terminaron siendo portadores de válvula de drenaje torácico. Se recogieron el tiempo de portar el drenaje, complicaciones postoperatorias, media de días del tratamiento ambulatorio y las estancias/ costes hospitalarias ahorradas.

Resultados.

De los 163 pacientes intervenidos de cirugía torácica , 32 pacientes tuvieron como complicación fuga aérea, siendo en total 20 los pacientes que se fueron de alta con la válvula para control ambulatorio. La media de días tratados ambulatoriamente fueron 7,05 días por paciente. Se calculó en total unas 141 estancias hospitalarias de ahorro, aproximadamente unos 99.639,06 Euros.

Conclusiones.

Los pacientes tratados con la válvula de drenaje torácico implicados por el equipo multidisciplinar, en su manejo y cuidados, manifiestan una recuperación ambulatoria de forma satisfactoria, sin suponer riesgos para el paciente ni mayor morbilidad, a la vez que demuestran que supone ahorro de procesos hospitalarios de forma significativa.

C049.- DISCREPANCIA ENTRE EL SISTEMA GRD Y LA REALIDAD: ESTUDIO DEL COSTE MEDIO DE LA MICROCIRUGÍA RECONSTRUCTIVA FACIAL CON CO.

CAMACHO RIVAS, ROCÍO; VILLANUEVA SAN VICENTE, VÍCTOR; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MARÍA ÁNGELES; CORTEZ LEDE, MARIA GABRIELA; VALLE RODRÍGUEZ, EKAITZ.

Objetivos.

Evaluar si el sistema GRD de gestión de recursos sobre el que se basan los presupuestos del Sistema Sanitario Nacional, en el caso de la cirugía oncológica facial con reconstrucción microquirúrgica de colgajo libre peroneo se corresponde con el coste medio real en el servicio de Cirugía Maxilofacial del HCUVA.

Métodos.

Para estimar el coste medio real de una microcirugía oncológica con colgajo peroneo en HCUVA, tomamos a los pacientes a los que habíamos realizado esta intervención en los años 2011 y 2012 y calculamos la estancia media depurada. Se realizó un inventario del material utilizado durante la cirugía. Se tuvo en cuenta el gasto de personal sanitario, de estancia en reanimación y en planta.

En nuestro hospital la mitad de los casos se incluyen en el GRD 786 y un tercio en el GRD 482.

Resultados.

Según el Ministerio de Sanidad para el año 2012, en el GRD 786 la estancia media hospitalaria depurada es de 13,97 días y el coste medio es de 13.553,71 €. En el GRD 482 es de 16,21 días y 16.749,13 € respectivamente. Estos datos difieren levemente con respecto a los publicados para el año 2011.

En nuestro estudio la estancia hospitalaria media depurada para el año 2011 y 2012 fue de 18,92 días con un gasto medio de 25.631,17 €.

Conclusiones.

Existe una diferencia económica significativa entre el coste medio real de la microcirugía oncológica de cabeza y cuello con colgajo óseo peroneo en HCUVA y el previsto según el sistema GRD de gestión de recursos que varía de 8.882,04 € a 12.077,46 € según se clasifique al paciente en el GRD 482 o 786 respectivamente.

C050.- MEJORA DE LOS CUIDADOS Y CONTROL DEL CONSUMO Y GASTO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA MEDIANTE APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO.

HELLIN GIL, Mª FUENSANTA; FERRER BAS, Mª PILAR; CHUMILLAS HERRERO, RAQUEL; SORIANO HERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER; GARCIA PEREZ, GREGORIA; TORRALBA MARTINEZ, PEDRO.

Objetivos.

La incontinencia urinaria no sólo supone un problema físico para el paciente, sino también psicológico y social, al mismo tiempo que constituye, para las instituciones sanitarias, una carga de trabajo importante a valorar en el personal sanitario, y económicamente un consumo y gasto considerables a cubrir. Ante esta situación, se hace necesario establecer protocolos o procedimientos del manejo de los pacientes con incontinencia, que a su vez regulen tanto la actividad de los profesionales como el uso eficiente de los recursos materiales.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto que tiene la implantación de un protocolo de cuidados al paciente con incontinencia, que precisa de productos absorbentes,y realizado basándose en la evidencia científica,sobre la situación del paciente (calidad de vida, aparición de complicaciones, etc.),y sobre la institución sanitaria (ahorro de consumo y gasto, ajuste de personal en función de la carga de trabajo, etc.).

Métodos.

Estudio cuasiexperimental pos-test con grupo control, prospectivo, desarrollado en dos unidades de hospitalización de adultos de Medicina Interna, con alta ocupación de pacientes incontinentes que precisan de productos absorbentes, en una se implantó el protocolo de cuidados al paciente incontinente, basado en la evidencia científica y creado previamente por un grupo de trabajo, tras realizar sesiones formativas con el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares), y en la otra, se continuó trabajando con el procedimiento habitual. La muestra se ha calculado mediante comparación de proporciones, con una seguridad del 95% y poder estadístico del 80%, estimando que la aplicación de cuidados a pacientes con incontinencia que precisan de productos absorbentes es eficaz en un 70%, que la aplicación de cuidados a estos pacientes mediante el protocolo creado será del 90%, y con un 25% de pérdidas, obteniendo una muestra de 161 mediciones por grupo, total 322 mediciones. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, tipo de incontinencia, producto absorbente que precisa, aparición de complicaciones relacionadas, frecuencia de cambios del producto absorbente, consumo y gasto relacionado con los productos absorbentes.

Resultados.

El tipo de incontinencia detectada es mayoritariamente mixta (urinaria y fecal), predominando el uso de pañales elásticos de día y en la unidad experimental el tipo supernoche para la noche. En la unidad experimental no se han producido complicaciones asociadas a incontinencia, la frecuencia de cambios es cada 4 horas existiendo pocas diferencias entre los turnos, se han consumido 882 productos absorbentes que suponen un

coste de 272 euros. En la unidad control se han detectado 23 eritemas y 18 dermatitis con o sin infección, con una frecuencia de cambios poco homogénea que no permite organizar el trabajo de las auxiliares, y se consumieron 1046 productos absorbentes, que suponen un gasto de 293 euros.

Conclusiones.

Al aplicar el protocolo se consigue una frecuencia de cambios más regular que facilita la organización del trabajo, se presentan menos complicaciones, disminuyendo el consumo y el coste asociado a productos absorbentes. A partir de este estudio, se ha modificado dentro del programa informático SELENE el formulario de constantes vitales, incluyendo un registro para enfermeras y auxiliares de enfermería relacionado con el tipo de incontinencia, producto absorbente necesario y frecuencia de cambios adecuada al mismo, para mejorar la calidad de los cuidados a pacientes incontinentes.

C051.- ¿ES POSIBLE CONTENER EL AUMENTO DE SOLICITUDES DE EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS?.

MASO NAVARRO, LUISA; RAMOS ALCALA, AIDA; SERRANO VELASCO, LAURA; MARTINEZ ENCARNACION, LOURDES; CHANS CUERVO, MARIA ANGELES; BENEDICTO OROVIC, JOSE.

Objetivos.

Introduccion:- Es una realidad que el número de solicitudes de exploraciones radiológicas va en aumento progresivamente..Esto supone en muchos casos que sino es posible crecer en RRHH, aumenten los tiempos de espera y la externalizacion a centros concertados

Objetivo.- Análisis de las entradas al servicio de radiología. Mejorar la demanda de solicitudes de exploraciones radiológicas a un servicio de radiología.

Métodos.

Se analizo por parte del jefe de servicio junto con la dirección del centro la demanda que recibía el servicio en las diferentes modialidades de estudios radiológicos (TAC, RMN, Ecografias), viendo una demanda creciente.

De forma consensuada se pusieron medidas correctoras :

1.- Tanto en Atención Primaria como del Hospital: Información a los jefes de servicio/Coordinadotes médicos de pruebas solicitadas por servicio y facultativo con envió periódico y comparativos. En los cuadros de mandos de forma mensual reciben información

2- Presentación en reunión de Cierre de CG 2015 y objetivos 2016, de datos globales de área y propios de cada servicio, comparándonos con el año anterior de consumo de exploraciones complementarias y su coste en euros según precios públicos de BORM.

3.- Valoración de todas las propuesta por parte de los responsables de cada área, con desestimación cuando de forma flagrante no aportan datos o no se ajustan mínimamente. La discrepancias del radiólogo con el clínico las resuelven telefónicamente .

4.- Mejora en los sistemas de registro de la Historia clinica (Selene/OMI). Que el aplicativo cada vez que se solicita una nueva prueba (analitica o de RX), te muestra la previa del mismo tipo y la fecha de realizacion.

5.- Valoracion de la capacidad del servicio y la demanda, con estimación del excedente y planificación de la externalizacion de forma semanal.

6- Redirigir la Externanalizacion a los mas coste efectivo y menos complejo.

6.-Potenciacion de la figura del Radiologo Consultor.

Resultados.

TAC.-En 2015 se recibieron 15.053 solicitudes de TAC y 14.785 en 2016 (se consiguió disminuir 1,82%),las solicitudes del hospital pasaron de 14.055 a 13.487 (un 4% menos)

RMN.-16.202 solicitudes de RMN en 2015 y 17.947 (aumento un 10%), tanto en las solicitudes de Primaria como del Hospital.

Ecografias.- Se solicitaron 23.058 ecografias en el hospital en 2015 y 22.603 en 2016 (disminución del 2 %), de forma global hay un aumento, pasando de 37.099 a 38.069, básicamente a expensas de la solicitud en primaria. Pero se detecta una importante descenso comparando con 2014, en que se solicitaron 40.089.

Conclusiones.

1.- Las solicitudes de TAC por parte de los servicios hospitalarios han disminuido con las medidas implantadas, al igual que las de Ecografía.

2.- Las solicitudes de RMN, tanto por parte de Atención Primaria como del hospital han aumentado y es una exploración en auge.

3.- La información a los profesionales de sus datos, asi como la revisión de las propuestas y la posibilidad de consultar al radiologo son clave en la toma de decisiones y en prescripción de exploraciones complemtarias

C052.- ACTUACIONES DE MEJORA EN PACIENTES CON EPOC EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS.

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, MARIA JOSÉ; JIMÉNEZ GUILLÉN, CASIMIRO; MARTÍN AYALA, GEMA; AGUILERA MUSSO, BELEN; ESTEBAN RODRIGUEZ, GUSTAVO; LOPEZ ROMAN, FRANCISCO JAVIER.

Objetivos.

Describir las distintas actuaciones que se han llevado a cabo desde el Servicio Regional de Salud para mejorar el abordaje del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Métodos.

Desde el año 2010, el Servicio Regional de Salud ha realizado distintas actuaciones enmarcadas dentro del Plan de Acción para la Mejora del Uso de los Medicamentos (PAMUM), para mejorar la calidad asistencial de los pacientes con EPOC.

(2010-2011) BRISA

Objetivo: conocer la prevalencia de EPOC no diagnosticada en población atendida, entre 40 y 70 años y con exposición al tabaco.

(2012-2013) AUDITCOPD

Objetivo: analizar el uso de la espirometría portátil en consulta de Atención Primaria, como técnica de cribado para diagnóstico de EPOC a personas con factores de riesgo.

(2013-2016) Intervención Global en EPOC en un Área

Objetivo: mejorar la calidad de la atención al paciente EPOC mediante la optimización del proceso asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada (Neumología, Urgencias, Medicina interna y Rehabilitación).

(2016-2020) EPOCFARM

Objetivo: modificación en la adecuación terapéutica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tras una intervención dirigida al personal sanitario.

Resultados.

BRISA: Participaron en el estudio 183 médicos de familia y 161 enfermeras pertenecientes a 52 equipos de atención primaria. Prevalencia de EPOC no diagnosticada en la Región 16,2%.

AUDITCOPD: En este estudio participaron 41 médicos de familia y 38 enfermeras. Se realizaron 196 espirometrías portátiles (28 no han sido validadas) de las que en un 10,7% el FEV1/FEV6 es menor a 70%, estableciendo el límite del FEV1/FEV6 en 75% el porcentaje de espirometrías con patrón obstructivo ascendería a 20,4%.

Intervención Global en EPOC en un Área: 104 médicos de familia y 62 enfermeras se formaron en este programa durante tres años, tanto en realización e interpretación de espirometrías, como en utilización de inhaladores, deshabituación tabáquica, rehabilitación y prevención de reagudizaciones.

EPOCFARM: Está en fase de reclutamiento de investigadores.

Conclusiones.

A pesar de haber mejorado el abordaje de los pacientes con EPOC gracias a todas estas actuaciones, se ha visto la necesidad de seguir implantando estrategias desde el Servicio Regional de Salud.

C053.- UTILIDAD DE LOS REFERENTES DE HIGIENE DE MANOS EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA.

RABADAN ANTA, TERESA; TORRES MARTÍNEZ, ISABEL; PELLICER VILLAESCUSA, SILVIA; DE CASTRO DÍAZ, MILAGROS; CANTERO SÁNCHEZ, ENCARNACIÓN; PEREZ ROMERO, SHIRLEY B.

Objetivos.

General:

Mejorar la adherencia a la higiene de manos (HM) en un hospital general universitario (nivel II).

Específicos:

1. Evaluar la adherencia en profesionales del centro.
2. Promover la higiene de manos mediante profesionales referentes en el área laboral.

Métodos.

Dentro del Plan de Actuación de Estrategia Multimodal OMS 2017-2021 del Área de Salud (EMOMS) se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:

1. Reactivación del Grupo de Higiene de Manos (GHM) con sesiones de trabajo en las que se decide revisar el Plan de Actuación EMOMS, evaluar adherencia, formar referentes de HM en cada unidad y de los 3 estamentos profesionales (médico, enfermera y auxiliar), para promover la HM en su área laboral, monitorizar su cumplimiento y según resultados adoptar acciones de mejora.

2. Medición por observación directa disimulada de la adherencia a la HM de la población a estudio, durante 1º trimestre 2017.

? Población a estudio: todos los profesionales implicados en la atención sanitaria de unidades de hospitalización y UCI. La observación se realizó por 2 miembros del GHM, formados para ello.

? Variables medidas: categoría profesional, servicio, oportunidad de HM en los 5 momentos, si la HM se hizo con solución alcohólica o con agua y jabón, si se omitió y llevaban guantes, si la técnica (6 pasos) fue correcta y si se portaban anillos, pulseras o uñas pintadas.

? Indicador utilizado para cumplimiento de adherencia: nº acciones x 100 / nº oportunidades totales.

La evaluación de resultados se ha realizado mediante estadística descriptiva con cálculo de medias para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

Resultados.

Se ha revisado el Plan de Actuación EMOMS y se han consensuado las siguientes acciones de mejora: sesiones en unidades participantes, cartelería, sesiones con familiares, intervenciones diferenciadas en habitaciones de aislamiento.

Además, con motivo de la Jornada Mundial de HM: mensaje por megafonía, uso del juego interactivo de HM para formación amena y ágil, utilización de lámpara ultravioletas para evaluación de la técnica.

Se dispone de 47 profesionales referentes.

Total oportunidades HM: 321.

Nº Acciones HM: 100. En 60 ocasiones no se realizó siguiendo la técnica de 6 pasos. De las 40 realizadas siguiendo la técnica el 50% eran estudiantes, 47,8% auxiliares, 40,9% enfermeras y 31,6% médicos.

De los profesionales evaluados, llevaban anillos 61,6%, pulseras 33,3% y uñas pintadas 11,4%.

De 100 acciones de HM, 93 fueron con solución alcohólica, 7 con agua y jabón.

Se omitió HM portando guantes en 119 oportunidades, corresponden al 57,7% estudiantes, 49,4% auxiliares, 33% enfermeras y 1,3% médicos.

Media global de adherencia: 31%. Mayor adherencia en UCI (64,7%). Adherencia por categorías profesionales: 44,3% enfermeras, 38,5% estudiantes, 26,7% médicos y 26,5% auxiliares.

Se evaluaron los 5 momentos, del 2, 3 y 5 hubo muy pocas oportunidades. El primer momento de 153 oportunidades se realizaron 37 acciones (24,2%), del cuarto de 153 oportunidades se realizaron 50 (32,7%).

Se tiene previsto realizar nueva evaluación en 6 meses.

Conclusiones.

Fomentamos la implicación de miembros de cada unidad y categoría profesional (referentes de HM) para promover la HM desde el propio equipo. Pretendemos transformar el sentimiento de vigilancia por el de confianza, por acciones propuestas por compañeros/as de la unidad; poniendo en valor la creatividad de todos/as, además de compartir experiencias e ideas.

C054.- EVOLUCIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL DE IBERMUTUAMUR.

MADRID CONESA, ANTONIO; ALARCÓN REINA, SONIA; CABRERA SIERRA, MARTHA; SANZ SANZ, VALENTÍN; ARAGÓN SOSA, OCTAVIO; CALVO BONACHO, EVA.

Objetivos.

El Manual SADECA (Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial) reúne los estándares obligatorios, relacionados con la seguridad del paciente, que permiten identificar los puntos críticos y promueven líneas de actuación para convertir la seguridad en un valor presente en cada práctica asistencial y garantizar un entorno seguro para el paciente, disminuyendo los errores médicos. El objetivo de este estudio fue valorar la utilidad de usar el Manual SADECA en un hospital de una mutua colaboradora con la seguridad social para el análisis inicial, antes de implantar un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente y para la mejora de los estándares de buenas prácticas.

Métodos.

Se utilizó el checklist del Manual SADECA a modo de diagnóstico inicial, con posterior evaluación al año y a los 3 años de su implantación (2014-2017). El checklist fue realizado por 5 personas involucradas en el sistema de gestión de riesgos y se evaluó mediante acuerdo aquellos estándares que aplicables a nuestro ámbito. Tras el resultado del checklist inicial, se establecieron prácticas seguras, atendiendo a los planes de mejora según priorización de los riesgos: Atención eficiente y segura, Atención limpia y segura, Cirugía segura y Medicación Segura, como línea de trabajo dentro del Plan Estratégico 2014-2016, junto con cultura de Seguridad del Paciente y la certificación del sistema de gestión de riesgos según norma UNE 179003:2013.

Resultados.

Se ha observado durante ese periodo un aumento del cumplimiento en los estándares obligatorios relacionados con la seguridad del paciente, alcanzando un 84% en 2017, frente al 68% que se obtuvo en 2014. Al año de su implementación, se objetivaron mejoras en los procesos de consentimiento informado, información clínica, procesos asistenciales, equipamiento, medicación, riesgos asistenciales, identificación segura, notificación de riesgos y resultados. El proceso de certificación favoreció e impulsó procesos de mejora y de autoevaluación continua, con un mayor cumplimiento global para el tercer año, añadiéndose mejoras en mayor monitorización de las infecciones, manejo de medicación de alto riesgo, e información y formación a los profesionales sobre las condiciones de las infraestructuras, instalaciones y equipos que les afectan y de las medidas emprendidas para su adecuación y mejora.

Conclusiones.

El Manual SADECA ha resultado un instrumento útil para mejorar los estándares de buenas prácticas en nuestro hospital, con mejoras a nivel asistencial e incentivando de la comunicación entre los profesionales y los pacientes.

C055.- SINASP SIRVE. PARADA EN UNA PLANTA DEL HOSPITAL GENERAL.

ALBACETE MORENO, CARLOS LUIS; MORENO LÓPEZ, ANA BELÉN; PÉREZ LUJÁN, RAQUEL; PUJALTE RÓDENAS, VIRGINIA; BANACLOCHE CANO, CECILIA.

Objetivos.

El SiNASP sirve para mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis sistema está en el aprendizaje para la mejora.

Métodos.

Narramos las actuaciones que generó una notificación a propósito de una parada cardiorrespiratoria (PCR) en una planta de hospitalización. El evento se catalogó como de severidad máxima (SAC1) y el Núcleo de Seguridad inicio un análisis causa-raíz (ACR).

El ACR es una herramienta de análisis retrospectivo de los incidentes de seguridad, encaminada a identificar qué, cómo y por qué ocurrieron, con el objetivo de diseñar e implementar las intervenciones oportunas para evitar que vuelvan a suceder.

Resultados.

Lo primero que se hizo es formar un grupo de trabajo multidisciplinar.

Su primera tarea fue reunir toda la información posible sobre el tema, con una secuencia de eventos.

Se trata de un varón de mediana edad que ingresa a primeros de agosto por urgencias tras una caída con traumatismo cráneo-encefálico y fractura vertebral. El que su lengua materna no fuera el castellano dificultaba la comunicación. A los pocos días comienza con un cuadro de nerviosismo, temblor y agitación, compatible con delirium tremens, que precisó medicación específica y medidas de sujeción mecánica. Aun así, una madrugada se arranca la sujeción y sale de la planta hasta la zona de ascensores, donde cae en PCR. Allí se inician medidas de soporte vital por el personal de enfermería y médico de guardia. Se traslada a UCI donde se evidencia encefalopatía postanóxica, falleciendo el paciente dos días después.

La segunda tarea fue indagar las causas. Se comenzó por una tormenta de ideas para identificar factores que pudieran haber contribuido (no causado) a que se produzca el evento adverso, incluyendo aquellas barreras que, mediante su fallo (completo o parcial) o su ausencia puedan haber permitido su aparición. Las causas identificadas fueron debatidas, ordenadas y agrupadas en categorías mediante un diagrama de causa y efecto. Las conclusiones fueron:

-Insuficiente formación en soporte vital básico instrumentalizado.

-Carros de parada poco amigables en el acceso al instrumental.

-Sistemas de contención mecánicas poco eficaces.

Se priorizaron y pusieron en marcha las siguientes acciones correctoras:

1-Diseño e implementación de un procedimiento de parada para el hospital general, con la intención de poner en marcha el Soporte Vital Básico Instrumentalizado por Roles. Para ello se programaron actividades formativas, unas 10 ediciones del curso dirigidas a todo el personal del Hospital General (médicos, enfermería, auxiliares).

2-Cambios en los carros de parada. Se revisaron los fármacos y el material fungible, añadiendo unos, eliminando otros y modificando de viales de algunos.

3-Elaboración de un Manual de Contención cuya finalidad es mantener sujeto al paciente, siempre bajo las órdenes médicas escritas de un facultativo, y siempre que no exista alternativa.

Conclusiones.

Herramientas como el SiNASP nos permite mejorar la seguridad de los pacientes, que a través del análisis de situaciones, se promueven cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.

C056.- EVALUACIÓN Y PLAN DE MEJORA TRAS CONFUSIÓN ENTRE DOS CONTRASTES RADIOLÓGICOS..

MORENO PASTOR, ANA; GARCÍA MOTOS, CONSUELO; MENÉNDEZ FUENTES, MARÍA JOSÉ; ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN.

Objetivos.

Evaluar y mejorar la identificación, transporte, almacenaje y administración de los contrastes radiológicos.

Métodos.

Se detectan en el Servicio de Radiología y en el período de un año (de noviembre de 2015 a noviembre de 2016) dos errores en la administración de contrastes radiológicos, en concreto la confusión entre el gadolinio y el contraste iodado. En el primer caso, en un estudio de RM se administra contraste iodado intravenoso en vez de gadolinio. En el segundo caso, en una dacriocistografía se administra vía lagrimal gadolinio en vez de contraste iodado.

Tras la detección del problema de seguridad se notifica la incidencia en el SINASP (Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente) con el objetivo de identificar los posibles factores desencadenantes y poder eliminarlos o reducirlos para que no se repita el mismo incidente. La Comisión de Seguridad del Paciente realizó un análisis causa-raíz, identificando las siguientes categorías relacionadas con el evento: equipos/dispositivos (los envases de ambos contrastes son iguales en tamaño, forma y colores, y el nombre comercial es similar) gestión organizativa/recursos (los contrastes se sirven desde el Servicio de Farmacia al de Radiología en la misma caja). Los factores contribuyentes serían: factores de la organización (no existir un protocolo de transporte de los contrastes entre el Servicio de Farmacia y de Radiología), equipamiento (armario de almacén único para ambos contrastes), factores profesionales (no existir una persona de referencia encargada del manejo de los contrastes).

Resultados.

La frecuencia de aparición de ambos incidentes es baja (hasta ahora desconocemos casos previos) y en ambos casos el incidente llegó al paciente sin causarle daño (SAC 4-riesgo bajo). No obstante, la probabilidad de recurrencia podría ser mayor.

La Comisión de Seguridad del Paciente notifica el incidente a la casa comercial responsable que argumenta que el código de colores de los envases es correcto en base a la normativa del ministerio.

Tras el análisis causa-raíz se realizó un ciclo de mejora que engloba las siguientes propuestas:

- Elaboración de un protocolo de transporte de los contrastes desde el Servicio de Farmacia al de Radiología. Ambos contrastes se distribuirán en cajas separadas y cerradas (primer chequeo).
- Revisión de la disponibilidad de los recursos humanos y materiales. La Supervisora de Enfermería del Servicio de Radiología será la persona encargada de recibir, etiquetar y almacenar ambos contrastes (segundo chequeo). Etiquetará los envases con una pegatina amarilla donde se lee: Gadolinio, Resonancia Magnética. Almacenará los contrastes en armarios separados.
- Formación de los profesionales que administran el contraste radiológico: el personal de enfermería debe comprobar el nombre del contraste antes de administrarlo (tercer chequeo).
- Información a todos los profesionales y servicios implicados en las distintas actividades recogidas en el protocolo.
- Monitorización de la implantación del nuevo sistema de trabajo mediante indicadores de proceso y de resultado. Hasta la fecha se ha seguido el plan de mejora planteado y no se han detectado nuevos incidentes al respecto.

Conclusiones.

-La Seguridad del Paciente es una responsabilidad de todos los profesionales de los Sistemas de Salud.

-Promover la participación activa en el SINASP como medio para conocer este tipo de incidentes.

-Conocer la importancia de analizar los incidentes y buscar medidas de reducción de riesgo.

C057.- GRADO SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS E IMPLICACIÓN EN INCIDENTES DE SEGURIDAD POR LOS RESIDENTES.

LLOR ZARAGOZA, PALOMA; MARTINETTI, VANESSA; SAURA GARCÍA, ISABEL; SÁNCHEZ SOLER, SORAYA; MORENO HERNÁNDEZ, MARTA; PEÑALVER ESPINOSA, DIANA.

Objetivos.

En los últimos años se viene investigando la importancia de las posibles repercusiones de los incidentes de seguridad del paciente en los profesionales. Algunos de estos trabajos se han centrado en el periodo de la residencia. El objetivo de este trabajo es conocer la valoración por los residentes del grado de seguridad en Urgencias que perciben y la implicación de los mismos en incidentes de seguridad del paciente.

Métodos.

Se ha utilizado un cuestionario sobre segundas víctimas, basado en tres trabajos publicados sobre residentes, que ya se había pilotado previamente. Este cuestionario se ha distribuido entre los residentes que realizan guardias en Urgencias en nuestro Hospital. En este cuestionario se preguntaba por si en el último año se habían visto involucrados directa o indirectamente en algún incidente de seguridad con algún paciente, su posible afectación por el hecho y las consecuencias tanto para el paciente como para el residente. En la distribución y recogida de cuestionarios han participado también médicos residentes.

Para contraste de medias se ha utilizado el test de la T de Student.

Resultados.

Se han obtenido un total de 51 cuestionarios.

El 66% referían tener formación en seguridad del paciente. Del total de encuestados, 27 (52,9%) refieren haberse visto implicados en algún incidente de seguridad directamente, en una ocasión en la mayor parte de veces (48%), cinco de estos profesionales refería haber estado involucrados en dos ocasiones, seis hasta 3 veces, uno en cuatro ocasiones y dos hasta 5 veces en el último año, contabilizándose un total de 52 incidentes. Respecto al lugar donde ocurrió el incidente, el 57,2% fue Urgencias, el 11,4% Atención Primaria y el 31,4% en hospitalización.

Respecto a la valoración del grado de seguridad de urgencias, de 0 a 10, la media ha sido de 5,7 en el conjunto de los encuestados. En este punto se han encontrado diferencias de puntuación de los encuestados con formación en seguridad del paciente (6,1 puntos) respecto a los que no la tenían (5 puntos) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,018). También se han evidenciado diferencias significativas entre pacientes sin implicación en incidentes de seguridad (6,2 puntos) y con implicación (5,2 puntos), más aún si el incidente ocurrió en Urgencias (4,2 puntos)

Conclusiones.

El porcentaje de residentes que se ven implicados en incidentes de seguridad del paciente es considerable, siendo Urgencias el servicio donde más incidentes han presenciado. La valoración del grado de seguridad del paciente en urgencias depende de la formación y de la experiencia haberse implicado en un incidente de seguridad.

C058.- PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS HACIA LA CALIDAD DEL CUIDADO Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UN ÁREA DE SALUD.

HERNÁNDEZ MÉNDEZ, SOLANGER; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MIGUEL ÁNGEL; CANO ROJO, JOSÉ ÁNGEL; CASANOVA NAVARRO, LAURA; RAMOS MORCILLO, ANTONIO JESÚS; RUZAFA MARTÍNEZ, MARÍA.

Objetivos.

Describir la percepción sobre la calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes que tienen las enfermeras en el Área de Salud

Métodos.

Estudio observacional, transversal, realizada en dos mediciones: 2012 (M0) y en 2016-17 (M1). Enfermeros de atención hospitalaria y primaria. Variables: sociodemográficas; laborales y resultados. Análisis descriptivo, aportando medias, desviaciones estándar, distribución de frecuencias absolutas y relativas. Pruebas estadísticas Ji-cuadrado (x2) para proporciones, t de Student para medias independientes y prueba de ANOVA de un factor para más de dos medias. Prueba U de Mann-Whitney y prueba de Kruskall-Wallis. Resultados significativos estadísticamente para $p<0,05$

Resultados.

Tasa de respuesta de 60,33% y 63,04% en M0 y M1. 61% en M0 y 67% en M1 consideran que la calidad de los cuidados de su hospital o centro de salud es buena, sin observarse diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 6,41; p=0,093). Casi 50% están algo seguros de que sus pacientes podrán manejar su autocuidado en su proceso salud/enfermedad tras el alta, 40% en ambas medidas manifiestan estar seguros, diferencias que no son significativas (Ji cuadrado 7,27; p=0,064). Patrón similar respecto a percepción acerca de la seguridad de que la estructura organizativa del hospital/centro de salud actuará para resolver los problemas que se han notificado. Porcentajes más altos se aglutinan en las opciones algo seguro y seguro, con 80% de las respuestas, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 1,36; p=0,714). Tampoco hay diferencias (Ji cuadrado 1,37; p=0,848) en la valoración que hacen de su unidad/centro de salud en la SP. Alrededor de un 90% de los profesionales en M0 y M1 consideran que es aceptable y muy buena. La mitad considera que la calidad de los cuidados se ha mantenido en el último año, y algo más del 25% considera que ha mejorado, diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 0,228; p=0,892). En aspectos relacionados con la SP en el lugar del trabajo, solo hay diferencias significativas en "sensación de que los errores se utilizan en tu contra", destacando en M0 un 13,2% de profesionales frente a un 5,2% en M1 que manifiestan estar muy en desacuerdo. "En esta unidad/centro de salud planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan" está muy bien valorado, entre un 70-75% señalan de acuerdo/muy de acuerdo. Contrario destaca que alrededor de un 42% están de acuerdo/muy de acuerdo en

"Durante el traslado de pacientes a otras unidades o en los pacientes derivados desde la atención hospitalaria al centro de salud o al contrario se pierde información"

Conclusiones.

Los resultados muestran una adecuada percepción sobre la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes que prestan los profesionales de enfermería; sin embargo, las puntuaciones obtenidas muestran un margen de mejora. La evidencia sugiere que las enfermeras son muy conscientes del impacto de sus comportamientos de práctica profesional sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención y se destaca la importancia de entornos de trabajo de apoyo para facilitar estas prácticas. La formación, implantación de buenas prácticas del cuidado y el establecimiento de estrategias específicas de fomento de la cultura de seguridad en los profesionales favorecerá la mejora de la calidad de los cuidados que se prestan en la organización

C059.- VÍA CLÍNICA DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER. RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN..

FLORES FUNES, DIEGO; SORIA ALEDO, VICTORIANO; ONCINA REQUENA, ANA; PÉREZ GUARINOS, CARMEN VICTORIA; GARCÍA MARÍN, JOSÉ ANDRÉS, AGUAYO ALBASINI, JOSE LUIS.

Objetivos.

La vía clínica para el tratamiento de la diverticulitis aguda de sigma se implantó en el Hospital Morales Meseguer en julio de 2011. El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad de esta vía clínica.

Métodos.

Estudio ambispectivo de una serie de 386 pacientes diagnosticados de DA en el HMM entre los años 2010 y 2016. Se han analizado los pacientes según el periodo de estudio (grupos I y II, antes y después de la implantación de la vía clínica) y según la primera opción de tratamiento elegida. Las variables principales de resultado son días de estancia, número de episodios, grado de Hinchey, pruebas radiológicas utilizadas, fracaso del tratamiento y estancia en UCI.

Resultados.

De los 386 pacientes atendidos, 72 pacientes (18.7%) se incluyeron en el grupo I y 314 (81.3%) en el grupo II. No ha habido diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo o estadio de Hinchey entre ambos grupos. 87 pacientes (27.7%) han sido tratados de forma ambulatoria en el grupo II frente a ninguno en el grupo I. Ningún paciente tratado de forma ambulatoria ha precisado ingreso en UCI o intervención quirúrgica urgente; no obstante ha habido un 20% de fracaso de tratamiento ambulatorio. Se indicó ingreso hospitalario y tratamiento conservador a 71 pacientes (98.6%) en el grupo I y a 214 pacientes (68.2%) en el grupo II. La estancia hospitalaria media del grupo I ha sido de 11.7 días y la del grupo II de 8.1 días ($p<0.001$).

Conclusiones.

La implantación de la vía clínica de la diverticulitis aguda ha supuesto la ambulatorización de casi un tercio de los pacientes y una reducción significativa de la estancia hospitalaria, todo ello sin aumentar la morbilidad ni la mortalidad.

C060.- APLICACIONES DEL CONTROL ESTADÍSTICO DE PROCESOS EN ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.

CANO TRIGUEROS, EMILIANO; DÍAZ SERRANO, ROMINA.

Objetivos.

Aunque originariamente se desarrollaron para su uso en ingeniería industrial, las técnicas de control de calidad estadístico pueden ser aplicadas a procesos sanitarios estandarizados para reducir su variabilidad El objetivo de este trabajo es describir las aplicaciones de dichas técnicas en un Servicio de Angiología y Cirugía Vascular mediante la monitorización de las tasas de Infección Quirúrgica, dado que dicho parámetro es uno de los mejores indicadores de calidad asistencial (OMS).

Métodos.

Diseño: Datos del sistema de vigilancia del control de la infección del servicio recogidos prospectivamente.

Periodo de estudio Enero 2012 a Marzo 2017. El número total de intervenciones quirúrgicas incluidas en el estudio fue registrado mensualmente (n = 682). Los criterios de infección usados son los emanados por los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de Atlanta, EEUU.

Métodos Estadísticos: Gráficos Estadísticos "p control" (distribución binomial) fueron usados. Agrupamos las muestras mensuales por trimestres, con tamaño desigual: número de infecciones quirúrgicas / número de intervenciones al trimestre. Se calcula la Línea Central p y los Límites de control 3, 2, y 1 Sigma (desviación standard), así como la diferencia entre cada Límite de Control Superior y la tasa total de incidencia de infección quirúrgica. Se usaron para detectar situaciones de fuera de control del proceso la existencia de Puntos de Alerta fuera de los límites y los criterios de las "Reglas Suplementarias". Paquetes estadísticos utilizados SPSS y Minitab.

Resultados.

La tasa de infección quirúrgica fue del 1,76% (Línea Central) (n = 12). No se observaron puntos de alerta para 3 Sigma, Límite Control Superior 7,5%, ni para 2 Sigma, Límite Control 5,8%. Se objetivan 5 mediciones en las que se supera el Limite de Control 1 Sigma (3,8%), establecido por nosotros como Puntos de Vigilancia del Proceso "Infección de la Intervención Quirúrgica". Se representan gráficamente los "Gráficos de Control p" con la Línea Central, Límites de Control 3, 2 y 1 Sigma, intervenciones e infecciones trimestrales, Puntos de Vigilancia y tendencia. Los criterios de las "Reglas Suplementarias" informan que dicho proceso está en Control Estadístico en el periodo estudiado.

Conclusiones.

El Control de Calidad mediante Gráficos Estadísticos aplicado al programa de vigilancia prospectiva de las tasas de infección quirúrgica en nuestro servicio puede ser un método válido para analizar e intervenir en la variabilidad de dicho proceso, con el objetivo de reducirla y con ello los costes tangibles e intangibles, proporcionando un indicador de calidad objetivo básico en un servicio quirúrgico.

C061.- FILTRADO GLOMERULAR PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON DM2 QUE TIENEN MAYOR RIESGO DE SUFRIR EVENTOS CARDIOVASCULARES.

OROZCO BELTRÁN, DOMINGO; CEBRIÁN CUENCA, ANA Mª; RUIZ QUINTERO, MANUEL; DE CASAS FERNÁNDEZ, XANIA; REDONDO ROMERO, LAURA; GIL GUILLÉN, VICENTE.

Objetivos.

Entre un 20 y un 40% de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen enfermedad renal crónica (ERC), y ésta se clasifica en 5 estadios en función de la tasa estimada de filtrado glomerular (TFG). Se considera como TFG anormal cuando es <60 mL/min/1.73 m2, aunque este punto de corte puede no ser óptimo con fines pronósticos o en poblaciones específicas. El objetivo de nuestro estudio fue identificar el umbral más adecuado de TFG que permita identificar mejor a aquellos pacientes con diabetes tipo 2 que tienen mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares (ECV).

Métodos.

Estudio de cohortes prospectivas donde se incluyeron 17955 pacientes con diabetes tipo 2, libres de ECV en 2007 y fueron seguidas durante 5 años (2007-2012). ECV: hospitalización por infarto agudo de miocardio, o accidente isquémico cerebrovascular o muerte. Ámbito: Comunidad Valenciana. Fuente: historia clínica electrónica de atención primaria Abucasis e historia clínica electrónica hospitalaria. Participantes: 954 médicos y enfermeras de atención primaria de la Comunidad Valenciana. Variables: edad, género, glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1c), presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, índice de masa corporal (IMC), creatinina sérica, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos y TFG. La TFG la calculamos usando la fórmula de la Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). Se calcularon la odds ratio (OR) cruda y ajustada por distintas variables. Se utilizaron el área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) y el estadístico Chi2 para identificar el umbral óptimo de TFG.

Resultados.

La incidencia de ECV fue de 7,5% (n=1348) durante un seguimiento medio de 3,2 años. Los pacientes con ECV tenían menor TFG (74,2 vs 80,9 mL/min/1,73m2; p<0,001). La TFG <60 mL/min/1,73m2 se asoció a más ECV (OR= 1,96; IC 95% 1,71-2,24; p< 0,001). En un contexto no ajustado, una TFG igual a 76 mL/min/1,73m2 mostró la mayor capacidad discriminativa y la mejor bondad de ajuste (área bajo la curva ROC 0,56, Chi2 98,8). En un modelo multivariante que incluyó a la edad, género, presión arterial, IMC, HbA1c, dislipemia, hipertensión, tratamiento con insulina y tratamiento con anticoagulantes, una TGF igual a 71 mL/min/1,73 m2 maximizaron la discriminación y la calibración (área bajo la curva ROC 0,73, Chi2 850) del mismo.

Conclusiones.

La TFG se asocial a ECV y mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2, tras ajustar por las principales variables confusoras. Con fines pronósticos, un umbral más alto de TFG (71 a 76 mL/min/1.73/m2) podría identificar mejor a aquellos pacientes con diabetes tipo 2 con mayor riesgo de ECV, respecto del punto de corte comúnmente establecido de 60 mL/min/1.73/m2.

C062.- ESTUDIO DE USABILIDAD APLICADO A UN NUEVO MODELO DE AGUJA ESPINAL.

LÓPEZ SORIANO, FRANCISCO; LAJARÍN BRQUERO, BARTOLOMÉ; SERRA GOMEZ, CARMEN.

Objetivos.

Objetivo: En los últimos años se han importado metodologías de evaluación como los estudios de usabilidad con enfoque en el usuario (anestesiólogo, entre otros) al manejar una herramienta (aguja), considerándose como un atributo de calidad que puede evaluarse. En el caso de las agujas espinales, deben cumplir con varios requisitos: Adaptación a la función que ha de realizar (Utilidad, hace lo que tiene que hacer; equivale a efectividad), Facilidad de uso (equivale a eficiencia) y Cumplimiento de las expectativas del usuario (equivale a satisfacción).

El objetivo ha sido evaluar la usabilidad objetiva de un nuevo modelo de agujas espinales (Akus®) con un diseño de cabezal diferente, identificando sus prestaciones y limitaciones, valorando la satisfacción del anestesiólogo que las maneja, evaluando si cada elemento de la aguja, se ajusta a los principios de usabilidad exigidos para un producto pasivo manejado por un usuario activo.

Métodos.

Método: Evaluación heurística individual con experto y a través de listado. Desarrollamos una escala de usabilidad, según los principios del System Usability Scale de Brook (1986), con la participación de 4 expertos (2 Anestesiólogos y 2 Ingenieros). Se manejaron 3 borradores que dieron lugar a 11 preguntas cerradas y 1 abierta. Los ítems del listado buscaron responder a las preguntas: ¿hace lo que tiene que hacer y es suficiente para su uso? (Utilidad y Capacidad: ítems 1,2,3,7), ¿es fiable y segura? (Confiabilidad: ítems 4,5,6,8) y ¿qué ventajas ó desventajas aporta y que oportunidades de mejora ofrece? (Satisfacción: ítems 9,10,11,12); evaluadas con una escala tipo Licker de 5 valores (1-5), de menor a mayor. Se evaluaron 50 agujas (Akus®) de punta Whitacre de los calibres 25G y 26G, participando 10 anestesiólogos expertos de 2 hospitales; a los que previamente se les explicó la metodología de uso de la herramienta. Se consensuó por unanimidad un nivel de corte para el margen de mejora (rediseño) de 4,4 sobre 5 posibles. Resultados de 4,5 se consideraron excelentes.

Resultados.

Resultados: El rango de edad de los pacientes fue 24-53 años (8 hombres y 19 mujeres para la aguja 25G, y 8 y 15 para la 26G). La 25G alcanzó un valor medio por ítem de 4,60 ± 0,34; y la 26G de 4,47 ± 0,57. Y ambas agujas de 4,45 ± 0,44. Solo un valor de los 50 fue inferior a los márgenes de mejora prefijados, lo que indicó necesidad de rediseño. Si despreciamos el ítem de menor puntuación (Rapidez de flujo del LCR en las agujas 26G: 3,75 ± 0,79), ambas agujas alcanzaron un valor medio de 4,64 ± 0,36 sobre 5 (nivel excelente). Estos valores superan con creces los valores de corte de los 80%, aceptados mayoritariamente para considerar que un producto cumple las expectativas de los usuarios.

Según la información obtenida para el ítem "Rapidez de flujo del LCR", se abordó un nuevo diseño de mejora en el cono de la guja transformando el flujo turbulento en laminar.

Conclusiones.

Conclusiones: Son escasos o nulos los trabajos publicados que incorporan satisfacción del anestesiólogo, plantean oportunidades de mejora ó seguridad clínica. Este es el primer estudio clínico de agujas espinales que incluye la valoración del anestesiólogo en sus resultados. Las agujas Akus® 25G y 26G han demostrado tener una excelente usabilidad para los anestesiólogos, con excelente valoración en utilidad, capacidad y confiabilidad, incorporando valor añadido de alta satisfacción con el uso de las mismas.

C063.- OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA. EN BUSCA DE LA EVIDENCIA EN INDICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN.

ESTEBAN GARRIDO, MAIKA; BEJAR VALERA, JAVIER; MILUY GUERRERO, MARIO; LÓPEZ ALMELA, EDUARDO.

Objetivos.

Análisis de la calidad de las prescripciones de oxigenoterapia crónica domiciliaria y descripción de la comorbilidad de los pacientes en tratamiento

Métodos.

Revisamos el 48% de las 774 prescripciones del área de salud a fecha 15 de Marzo de 2015, en proporción al grupo prescriptor. Recogimos 101 variables: Datos demográficos. Gasometría. Pulsioximetría. Creatinina. Hemoglobina, Espirometría, Poligrafía nocturna, Ecocardiograma, Categorías de paciente pluripatológico y otras enfermedades crónicas según la Sociedad Española de medicina Interna. Indicación de la prescripción, expresada o no. Estabilidad clínica en el momento de la prescripción. Revisiones en consulta de oxígenoterapia. El análisis estadístico se realizó con el Chi-cuadrado, T de student y correlación lineal. Agrupamos a nuestros pacientes según nueve indicaciones definidas por nosotros

Resultados.

El 33% de las prescripciones se hacen con pO2 <55; el 48% con pO2<60; aplicando criterios de prescripción aceptados como excepciones al dintel de pO2 >60 (Hipertension pulmonar, policitemia, arritmia severa, desaturación nocturna, disnea severa en situación paliativa) el 75% cumplen los criterios de indicación. Encontramos diferencias significativas de cada grupo de indicación frente al total de pacientes y también según el prescriptor. Prescriptores: 1.Neumología 44%. 2.Medicina Interna 27%. 3.Medicina Familiar y Comunitaria, Urgencias y otras especialidades 17%. 4.Desconocido 12%. Grupo de indicación: 1. EPOC 20%: Sexo masculino, fumadores y exfumadores, dilatación del ventrículo derecho, FEV1 46%, pO2 57. 2. SAHS 18%: Obesidad y edad más joven, 65 años. 3. CARDIOPATIA 14%: Sexo femenino, anemia menor de 10 gr, fibrilación auricular asociada a cardiopatía, ser pluripatológico , edad 79 años, pO2 65, FEVI 56%. 4. IRC 14% (Insuficiencia respiratoria crónica no EPOC): fumadores, neoplasias sólidas y hematológicas, tuberculosis residual, pCO2 51. 5. IRA 11% (Insuficiencia respiratoria aguda): enfermedad cerebrovascular, alteraciones segmentarias de la contractilidad. 6. OTROS 9% (miscelánea): Vasculitis y enf. del tejido conectivo, demencia, neoplasia solida y hematológica, toxicomanía, osteoporosis, tumor pulmonar primario, tumor pulmonar metastásico. 7. INFEC 9% (Infección Pulmonar):litiasis biliar, Infecciones urinarias de repetición, demencia leve. 8. ASMA 4%: Sexo femenino, osteoporosis, deterioro cognitivo severo, dilatación de ventrículo derecho. 9. ETE 1% (enfermedad tromboembólica)

Conclusiones.

Durante los últimos 37 años la prevalencia de prescripción de OCD se ha multiplicado 100 veces sin que las indicaciones aceptadas apenas hayan cambiado. Los síndromes asociados a hipoxemia nocturna son la principal causa de este reciente crecimiento. La prevalencia de OCD en nuestro área de 3,5 ‰ en 2015, es similar a la media nacional de 2010, 2,6 ‰ . Posiblemente la comorbilidad pueda demostrar la eficacia de éste gran aumento en la prescripcion de oxígeno en el mundo desarrollado. Se requieren más estudios en poblaciones no sesgadas, para evaluar si se repiten características de comorbilidad arriba referidas en las indicaciones más dudosas. Se cuestiona tanto la calidad de nuestra prescripción como la rigidez de los criterios clásicos de prescripción aceptados. Proponemos como mejora para el control de las prescripciones "huerfanas" de indicación, en consulta de oxigenoterapia, aplicar éstos criterios de comorbilidad para el mantenimiento o suspensión de dicho tratamiento, y seguimiento de estos pacientes

C064.- IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA DE BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, CARTAGENA.

BUENO GONZÁLEZ, Mª DEL MAR; LÓPEZ-PÉREZ, ROCIO; GARCÍA IZQUIERDO, OLIVIA; JÓDAR PÉREZ, Mª ÁNGELES; LÓPEZ SOTO, ÁLVARO; URBANO REYES, Mª ISABEL.

Objetivos.

Introducción de la técnica de biopsia de vellosidad corial en la unidad de medicina fetal de nuestro hospital como otra opción para el diagnóstico prenatal invasivo, ya que hasta el momento no disponíamos de dicha técnica en nuestro centro.

Métodos.

1.Identificación del problema: BVC no disponible

2.Búsqueda de dónde realizar el aprendizaje, y elección de Hospital Clinic de Barcelona para realizar la formación.

3.Un facultativo de la Unidad de Medicina Maternofetal se desplaza a Barcelona durante 6 miércoles consecutivos para realizar la formación.

4.Una vez concluido el periodo formativo, se solicita material, se diseña circuito de consultas, se contacta con el laboratorio de genética (que se encuentra a 42 Km), circuito de mensajería para el envío de las muestras, se diseña el protocolo del servicio y se presenta una sesión clínica formativa para el resto del personal.

5.La técnica de biopsia de vellosidad corial se incorporó en nuestro centro en diciembre de 2015.

6.Se implantó un sistema de registro para recopilar la información de todas las pacientes sometidas a la técnica, así como resultados y complicaciones, para monitorizar la técnica.

7.Con dos facultativos entrenados se procedió a la formación de otros obstetras progresivamente, para que la técnica se implantara en Nuestro Servicio.

Resultados.

La técnica de biopsia de vellosidad corial se incorporó en nuestro centro en diciembre de 2015. Hasta mayo de 2017 se han realizado un total de 164 BVC en el HGUSL. Se han realizado 110 BVC en gestaciones evolutivas y 54 BVC en gestaciones diferidas.

La edad media fue de 34.15 años. La edad gestacional media fue de 13,1 semanas en gestaciones evolutivas y de 8,1 semanas en abortos.

De nuestras pacientes, el 35.63% eran nulíparas y el 64.37% multíparas. El 67,6% no tenían antecedentes de interés. El 98.8% se realizó la BVC por vía transcervical y 1.2% por vía transabdominal.

La indicación principal de la prueba fue el screening de primer trimestre de alto riesgo.

Conclusiones.

La biopsia de vellosidad corial es una técnica que resulta una herramienta muy importante para el diagnóstico prenatal. Para ello es importante tener conocimientos en genética para saber interpretar el resultado. Al ser una técnica invasiva tiene una curva de aprendizaje y los resultados y las complicaciones derivadas de la técnica son, en parte, operador dependiente. Durante este primer año de realización en nuestro hospital, no hemos encontrado diferencias en cuanto a complicaciones con respecto a los datos publicados. No ha habido problemas de mala organización. Esto ha sido debido a que se definió a priori el diseño y el circuito a llevar a cabo.

La implementación de la técnica de biopsia corial ha sido posible porque desde nuestro servicio se vio como un problema el no disponer de la técnica, se planteó como un nuevo reto incorporarla a nuestra cartera de servicios, sin conformismo con lo que ya funcionaba. Esto nos ha permitido obtener un diagnóstico más precoz. Otra ventaja es que, al poder realizarla en nuestro centro, evitamos que las pacientes se tengan que desplazar a otro centro para la realización de BVC como se venía haciendo hasta el momento, o bien, tuvieran que esperar hasta la semana 16 para realizarse una amniocentesis.

Ante el proyecto de incorporación de una nueva técnica, consideramos que es muy importante elaborar a priori un buen diseño de la estrategia, para evitar la aparición de fallos de organización, material, mensajería, y sobre todo un compromiso multidisciplinar.

C065.- CICLO DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA..

PALAZON MORENO, ALBA; AMOROS RIVERA, SOFIA; GARROTE MORENO, LAURA CRISTINA; SEVILLA HERNANDEZ, ENCARNACION ARACELI; GONZALVEZ ORTEGA, MANUEL; FERNANDEZ DE HARO, MARIA DEL MAR.

Objetivos.

En el primer año de funcionamiento de nuestra Unidad de Rehabilitación Cardiaca (RC) revisamos el proceso de creación y desarrollo del proyecto, así como las características de la población sometida a tratamiento.

Objetivos:

Describir el proceso de elaboración y las distintas etapas asistenciales hasta completar la implantación del programa de RC en nuestro medio.

Determinar las características clínico-epidemiológicas de la población sometida al programa de RC de nuestro hospital.

Métodos.

La elaboración del programa de RC de nuestro hospital surge ante la necesidad de dar respuesta al deterioro clínico y funcional secundario a isquemia coronaria aguda.

Durante el año 2015 fue elaborado el PRC por parte de los servicios implicados en el proceso asistencial (fundamentalmente Cardiología y Rehabilitación).

El seguimiento de los pacientes se realiza desde el ingreso tras el evento coronario, y según unos criterios de inclusión, hasta completar el año de participación en el PRC. La población

a estudio la forman los pacientes incluidos durante el período de enero a diciembre de 2016.

Para la realización del programa se establecen dos grupos de reentrenamiento al esfuerzo que acuden a tratamiento dos días por semana y a charlas de educación sanitaria cada 15 días, durante dos meses de seguimiento.

A fin de determinar las características de la población incluida en el PRC se recogen variables:

Epidemiológicas: edad, sexo

Laborales: profesión, situación laboral pre/post-tratamiento

Clínicas: factores de riesgo, coronariopatía previa, enfermedad actual (fecha de revascularización y número de vasos revascularizados), uso de dispositivos tipo marcapasos o Desfibrilador semiautomático (DAI), tiempo de evolución.

Resultados.

Durante el periodo de estudio, 47 pacientes fueron incluidos en el programa de RC (41 hombres) con una edad media de 55.2 +-8,46 años .

La dislipemia fue el factor de riesgo más prevalente (61.7%), seguido del tabaco (57.45%) y la hipertensión arterial (48.96%). Un 30% había sufrido enfermedad coronaria previa.

Más del 50% de la población a estudio había sido sometida a procedimientos de revascularización en más de un vaso coronario (32.60% dos arterias, 19.57% más de dos arterias). Sólo un paciente era portador de marcapasos y DAI.

El tiempo de evolución medio desde el evento coronario hasta la incorporación al programa de RC es de 4 meses.

El 82.98% de la población estaba en activo y un 6.38% desempleado. Los grupos profesionales tratados incluían: transportistas (14.89%), empresarios/gerentes (12.76%) y profesores (8.51%). Al final del tratamiento el 41% se había reincorporado a su trabajo habitual.

Conclusiones.

La población de pacientes sometidos al programa de rehabilitación cardiaca está compuesta en su mayor parte por hombres entre 50-60 años, con revascularización en más de un vaso coronario en más de la mitad de los casos.

El tiempo de evolución medio desde el evento cardiaco hasta la inclusión en el programa fue de 4 meses.

La dislipemia, el tabaco y la hipertensión arterial fueron los factores de riesgo asociados con con mayor frecuencia. Presentando hasta en un tercio de los pacientes enfermedad coronaria previa.

La gran mayoría de los pacientes se encontraba en situación laboral activa en el momento del evento cardiaco. La reincorporación laboral tras el programa se consigue en el 41% de los casos.

C066.- MONITORIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON CRONH Y COLITIS ULCEROSA. ¿ES EFICIENTE?..

SANTIAGO GARCIA, CARMEN; GARCIA SIMON, MARIA SERGIA; MORAN SANCHEZ, SENADOR; SEDES ROMERO, JOSE; BERNAL BELIJAR, INES; ALONSO SAEZ MIERA, MARIA JOSE.

Objetivos.

INTRODUCCIÓN: La monitorización de fármacos biológicos es útil en y permite optimizar y hacer más eficiente los tratamientos individualmente según clínica del paciente

OBJETIVO: monitorización de terapias biológicasanti-TNF alfa (infliximab, adalimumab,) en el servicio de Digestivo y optimizar los tratamientos.

Métodos.

Se constituyo una comisión de biológicos con los tres servicios clínicos implicados, Farmacia y dirección médica y se realizo Monitorización Farmacocinética de Terapias Biológicas . Asi como reuniones con los servicios implicados y disiscutir, de manera multidisciplinar, los resultados obtenidos y ajustar el tratamiento de aquellos pacientes que lo requerían.

Resultados.

En estas determinaciones de niveles plasmáticos se han analizado 22 pacientes (25 determinaciones) procedentes del Servicio de Digestivo, tratados con infliximab; 20 pacientes (20 determinaciones), tratados con adalimumab.

Las decisiones adoptadas por consenso fueron:

-Infliximab en Digestivo: en 2 pacientes se acorta intervalo, en 2 se alarga intervalo, en 4 se cambia de biológico y 14 continúan con la misma pauta posológica.

-Adalimumab en Digestivo: en 3 pacientes se alarga intervalo, en 4 se cambia de biológico, en 3 se suspende tratamiento y 10 continúan con misma pauta posológica.

De los 42 pacientes monitorizados,18 precisaron de alguna modificación en el tratamiento (8pacientes cambiaron de terapia biológica, en 5 se alargó el intervalo posológico, en 2 se acortó el intervalo posológico, y en 3 se suspendió tratamiento biológico).

En ambas patologías el precio del paciente tanto de Colitis ulcerosa como E de Crohn es menor que la media del SMS

CU, coste por paciente (9.261 euros en el area frente a 9.933 euros de media regional) y Crohn (8.990 euros frente 9.288 euros)

Conclusiones.

: 1.- la monitorización farmacocinética de los niveles plasmáticos ha permitido optimizar el tratamiento biológico de manera individualizada en función de la situación clínica del

paciente, objetivamente, y reduciendo el número de tratamientos no efectivos así como las reacciones adversas asociadas.

2.- Se obtienen mejores resultados económicos, en términos de eficiencia, ya que evitamos aumentos de dosis innecesarias en pacientes que han presentado falta de respuesta al tratamiento así como que se espacie o acorte el intervalo posológico o que se aumente o disminuya la dosis de manera innecesaria.

C067.- EFECTIVIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN UN HOSPITAL DE 350 CAMAS.

CAYUELA FUENTES, CATALINA; GONZÁLEZ CELDRÁN, REBECA; ZUAZU JAUSORO, MARÍA ISABEL; CANDELA GARCÍA, MARÍA JOSÉ; MARTÍNEZ MUÑOZ, VICTORIA; BLAYA SOLANA, AÍDA.

Objetivos.

Desde la Comisión de Transfusión de nuestro centro constituida por hematólogos anestesiólogos, cirujanos, urólogos, traumatólogos, internistas, intensivistas, médicos de familia etc se elaboró el "Procedimiento de Transfusión Masiva "(PTM), que posteriormente se difundió a los Servicios implicados. Los objetivos principales tras la aprobación del mismo fueron:-Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia masiva mediante el trabajo en equipo (clínico, laboratorio y servicio de transfusión)-Organización y simplificación de tareas para un suministro eficiente de los componentes sanguíneos. Se diseñaron los paquetes de componentes sanguíneos a administrar durante el PTM, elaborándose cuatro paquetes que incluyeron concentrados de hematíes, plasma fresco congelado y pooles de plaquetas - Se asignó un papel específico a cada servicio y/o unidad implicados.

Métodos.

Se han evaluado desde 2015 todos los casos en los que se ha producido la activación del PTM. Se han obtenido los datos de doce pacientes (5 pacientes de 2015, 3 de 2016 y 1 de 2017 junto a 3 activaciones inapropiadas) recogiendo: edad, sexo del paciente, departamento y médico responsable de la activación, etiología de la hemorragia, resultado de la actuación, registro de utilización de componentes sanguíneos, incidencias y las acciones de mejora aplicables al acto.

Resultados.

La activación del PTM se realizó por 3 Servicios: Anestesiología y Reanimación, Unidad de Cuidados Intensivos y Aparato digestivo. La etiología de la hemorragia fue de predominio gastrointestinal: pancreatitis necrótico-hemorrágica (1), hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas (3) y postquirúrgica (1), sangrado de vasos femorales en el contexto de una celulitis, tras cirugía ortopédica mayor (1) y el último caso 2 ario a politraumatismo. Todos los casos recogidos en nuestro estudio son varones con una media de edad media 62,3+ 7,2 años. Para la reposición de la volemia se utilizaron en todos los casos cristaloides y en cinco de los nueve, además, coloides (? 500ml), siendo el servicio de Anestesiología y Reanimación el que más los utiliza.El recuento de componentes sanguíneos totales fue de: 40 concentrados de hematíes, 23 de plasma fresco congelado y 4 pooles plaquetas. En seis pacientes se administró antifibrinolíticos, (ácido tranexámico,1gr). En la mayoría no se repitió dosis. Se administró fibrinógeno en 4 de los 9 pacientes y complejo protrombínico en 2 de los 9. La mortalidad a las 24 h se situó en el ratio de 2 muertes de 9 pacientes en total.

Conclusiones.

El protocolo ha sido activado especialmente por el Servicio de Anestesia, ya que la mayoría de pacientes que requirieron una intervención quirúrgica. La activación del PTM ha sido correcta en nueve casos. Se utilizaron como fármacos adyuvantes: ácido tranexámico, fibrinógeno, vitamina k y complejo protrombínico. Errores en el cumplimiento del protocolo: 1. La no administración de todos los paquetes de transfusión.2. Retraso en la activación del protocolo.3. Falta de comunicación al Servicio de Transfusión del cese del protocolo. El funcionamiento del protocolo ha sido muy bueno, lo que ha garantizado la disponibilidad casi inmediata de los componentes sanguíneos una vez activado.Consideramos fundamental la presencia de estos protocolos de actuación, en un Hospital como el nuestro,aunque no se atienden grandes politraumatizados ni se realiza cirugía vascular ni obstétrica, para garantizar un adecuado tratamiento de los pacientes con hemorragia masiva.

C068.- CONSULTAS DIGITALES EN UN ÁREA DE SALUD. NUESTRA EXPERIENCIA.

BARRAGÁN PÉREZ, ALBERTO JAVIER; ALONSO SAENZ DE MIERA, MARIA JOSEFA; ESPAÑOL MORALES, IGNACIO; CANOVAS INGLES, ANDRES; RUBIO NAVARRO, MARÍA JULIA; GALERA CUESTA, FRANCISCO J.

Objetivos.

Facilitar la accesibilidad desde Atención Primaria (AP) a los servicios de Atención Hospitalaria (AH) por medio de consultas digitales (CD) que eviten el desplazamiento de los pacientes si no es necesario.

Métodos.

Ámbito: Área de Salud (267.641 tarjetas sanitarias). 16 Equipos de AP. Periodo de estudio: Junio-2015 a Mayo-2017. Fuente: formularios diseñados por AE en aplicación Selene. Análisis estadístico: frecuencias. CD analizadas y características implantadas:

- A Cardiología: todas las interconsultas por cualquier motivo. Implantado en 3 EAP. Inicio en Junio-2015. Posibilidad de adjuntar ECG escaneado
- A Obstetricia: interconsultas por los siguientes motivos: agenda completa; captación tardía, diabetes gestacional, embarazo ectópico, mola, más de 2 abortos y otros. Implantado en 16 EAP. Inicio en Enero-2016
- A Ginecología: interconsultas por los siguientes motivos de vía rápida: ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; AGUS: atipia glandular de significado incierto; LSIL (CIN I): lesión escamosa intraepitelial de bajo grado; ASC-H: atipia escamosa de significado incierto, no se descarta lesión intraepitelial; HSIL: lesión escamosa intraepitelial de alto grado; Metrorragia postmenopáusica; Otros. Implantado en 16 EAP. Inicio en Febrero-2016
- A Neumología Infantil: interconsultas por cualquier motivo. Implantado en 16 EAP. Inicio en Marzo-2016
- A Dermatología: interconsultas por motivos de patología inflamatoria y tumoral. Impalntado en 3 EAP. En fase de pilotaje. Posibilidad de adjuntar imágenes sin límite de resolución. Inicio en Abril-2016
- A Unidad del Sueño: interconsultas según criterios de apnea del sueño. Implantado en 16. Inicio en Noviembre-2016

En todos los casos, el médico de AH valora el contenido del formulario de interconsulta cumplimentado en AP y, si considera la necesidad de atender al paciente de manera presencial, se le cita desde el área administrativa de consultas externas de AH. En caso contrario, responde al profesional de AP con las recomendaciones oportunas.

Resultados.

El número total de CD evaluadas y las que no han precisado cita presencial, han sido:

- A Cardiología: 968. Sin cita: 222 (22,93%)
- A Obstetricia: 1.167. Sin cita: 223 (19,02%)
- A Ginecología: 355. Sin cita: 49 (13,80%)
- A Neumología Infantil: 90. Sin cita: 10 (11,11%)
- A Dermatología: 86. Sin cita: 24 (27,91%)
- A Unidad del Sueño: 97. Sin cita: 10 (10,31%)
- Total del Área: 2.763. Sin cita: 537 (19,44%)

Los tiempos de respuesta de AH a AP han oscilado entre 1 y 7 días.

Conclusiones.

- Este sistema permite la interconsulta AP-AH sin que conlleve una derivación con desplazamiento del paciente como portador
- Se ha mejorado, por tanto, la accesibilidad de los usuarios a los servicios
- El feed-back del procedimiento mejora la información de los profesionales contribuyendo, también, a la mejora de la formación en AP por medio de las respuestas

C069.- SAUCE (SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CONTRATACIÓN DE EMPLEADOS).

MULA JULIA, ANTONIA; LUQUE CAYUELA, MARIA ANGELES; SAEZ MARTINEZ, JOSE; HERNANDEZ GUILLAMON, DOLORES MARIA; BUENDIA PARDO, MATILDE.

Objetivos.

El nº de profesionales que trabajan en el Área I – Murcia Oeste asciende a más de 5.000, teniendo 46 especialidades en el ámbito de Atención Especializada. Son habituales circunstancias que generan ausencias de profesionales a las que hay que dar cobertura para dar continuidad asistencial en nuestra Área: acumulaciones de tareas, coberturas de puestos vacantes en plantilla, riesgos durante el embarazo, bajas maternales, permisos de lactancia y de paternidad, IT, permisos sin sueldos, …

Secretarias de dirección junto con el Dpto. informática han realizado el diseño, desarrollo e implementación de la herramienta informática SAUCE (Solicitud y AUtorización de Contratación de Empleados) permite gestionar circuito de solicitudes contratación personal en el HCUVA, registrando, conociendo y verificando la situación que tiene cada contratación al momento. Es un proceso que implica una triple validación, por un lado por parte de la correspondiente Dirección (Gestión / Médica / Enfermería), por otro, por parte de la Gerencia del HCUVA y por último el envío a SSCC para aprobar o denegar la contratación.

Objetivos

Diseñar herramienta capaz de compartir información nos permita conocer y verificar la situación de diferentes tipos contratación que se realizan en nuestra Área

Registrar las diferentes contrataciones (eventuales nuevos, renovaciones, vacantes o sustituciones).

Visar por las Direcciones la autorización de contratación que surjan.

Enviar a SSCC para autorización o denegación.

Comprobar y verificar contrataciones aprobadas.

Generar doc. normalizados de formalización de contratación establecidos por el SMS.

Minimizar errores

Explotar información

Métodos.

Ámbito: Atención Especializada

Fase 1: Partiendo de formularios de diseño propio normalizados por la Directora de Gestión, se creó un grupo de trabajo compuesto por un Téc Informática y Secretarias. Se realizó propuesta que contemplaba las diferentes necesidades, se analizaron demandas de contratación realizadas durante el 1º semestre del año 2015.

Fase 2: Una vez realizado el análisis, se procedió al diseño de una "plantilla tipo" donde se registrarían los distintos tipos de solicitudes de contratación.

En esta fase se llevaron a cabo varias acciones:

•Establecimos diferentes perfiles de acceso.

•Fijamos criterios mecanización correcta de solicitud

•Determinamos diferentes visados necesarios para autorizaciones de la dirección del hospital.

•Formalizamos envío de doc. para aprobación de SSCC.

•Establecimos mecanismos de recepción de aprobación o denegación de solicitudes por parte de Servicios Centrales.

•Determinamos sistema de envió doc. a Serv. de Personal para formalización de contratación.

Fase 3: El proceso de desarrollo ha seguido ciclo de vida interactivo, con períodos de mejora sucesivos sobre las actividades:

-Validación por el equipo de secretarias y dirección

-Refinamiento requisitos que se deben de cumplir

-Autoevaluación consecución de objetivos marcados.

-Ciclo de mejora continúo

Resultados.

Puesta en marcha se realizó en noviembre de 2015, en diciembre realizaron 41 registros. En el año 2016 los datos ascendieron a 301 registros, siendo aprobadas las solicitudes en un 98,72 %. En el 1º cuatr. 2017, registrado 179 solicitudes, de las cuales el 100% aprobadas por Dirección SMS

Conclusiones.

Registro y control contrataciones mismo soporte.

Agilidad proceso contratación menor tiempo más segura.

Eliminación doc papel.

Capacidad compartir información

Competitividad eficacia de tarea.

Minimizado error

C070.- ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARÍA: LA CITA WEB ENFERMERA.

RUIZ SÁNCHEZ, ALFONSO JOSÉ; TERÓN MARTÍNEZ, Mª JOSÉ; SAEZ SOTO, ANGELES DEL ROSARIO; CULIAÑEZ ALENDA, MÁXIMO; PIQUERAS GONZÁLEZ, M. REMEDIOS; CABALLERO GUERRERO, BEATRIZ.

Objetivos.

Analizar los resultados de la implantación de la Cita Web como herramienta de accesibilidad a la consulta enfermera en atención Primaria. Describir el proceso de cambios estructurales y para facilitar la implantación de la cita web enfermera AP.

Métodos.

Estudio de las citas solicitadas a través de cita web y su evolución desde su inició el 27 de marzo de 2017, hasta el 21 de abril de 2017, se estudian 20 días en cuatro semanas de lunes a viernes.

Se estudian las citas de 11 Centros de Salud, 26 puntos asistenciales, 100 enfermeras y 111 agendas del tipo enfermera "000", Los tipos de citas estudiados en cada agenda son: cita programada, cita domicilio programado, cita a demanda y la cita a demanda solicitada a través de la Web/APP del SMS.

La fuente de los datos son las citas en las agendas tipo enfermera ""000" de OMI-AP. El análisis de los datos se realiza mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Para la implantación de la cita Web se han realizado, previamente, cambios en la organización en cada centro asistencial, eliminado las agendas comunes de enfermería, mejorado la dotación material clínico y cambios en las agendas de cada enfermera. Las modificaciones organizativas y la dotación de recursos permiten que la enfermera esté en disposición de dar respuesta a la demanda de cuidados de la población, bien sea demanda directa del usuario o derivada de otro profesional. Las modificaciones en las agendas enfermeras han supuesto la incorporación de citas del tipo demanda (situación "0", DEM. color negro) a las ya existentes. Estas nuevas citas, son las que van a estar accesibles a la población, a través de la Web, teléfono o presencialmente en el centro y están distribuidas a lo largo de la jornada para facilitar el horario de la citas.

Resultados.

El total de citas en las 111 agendas en periodo estudio es de 50917, que se distribuyen como sigue, el 45.79% citas Programadas, el 15.24% citas Domicilio Programado y el 38.97% citas de Demanda. En cuanto a las citas asignadas encontramos que de las 50917 totales, se asignaron 28461, esto es un 55.90%. Las citas asignadas, según el tipo de cita, se distribuyen de la siguiente forma: Programada 23315, asignadas 14142 esto es el 60.66%, citas Domicilio ^Programado 7761, asignadas 2745, el 35.92% y citas a Demanda 19841, asignadas 11531, esto es un 58.12%. En cuanto al número de citas Web a Demanda asignadas se realizaron 618 lo que supone el 5.36% de las citas asignadas a

Demanda y el 2.17% del total de las citas asignadas en las 111 agendas enfermeras durante el periodo de estudio.

La evolución semanal de las citas asignadas a Demanda a través de la Web nos aportan los siguientes resultados: 1ª semana de la implantación se asignaron 3094 de las que 101 fueron Web, el 3.26%, en la 2ª semana, se asignaron 3206, fueron Web 157, el 4.90%; en la 3ª semana se asignaron 2009 citas, siendo Web 118, lo que significa el 5.87% y en la 4ª semana 2765 citas de las que fueron Web 188, esto es el 6.80%.

Conclusiones.

Los cambios organizativos en el trabajo de las enfermeras de los centros de atención primaria han posibilitado la implantación de la Cita Web enfermera y por consiguiente una mejora en la accesibilidad de la población a recibir asistencia sanitaria de su enfermera de referencia.

El número de citas asignadas a través de la cita Web/App del SMS aumenta semanalmente lo que nos indica la mejora de la accesibilidad a la consulta de la enfermera referente en atención Primaria.

C071.- TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ALCÁNTARA ZAPATA, FRANCISCO; BARRAGÁN PÉREZ, ALBERTO; SÁNCHEZ PLAZA, JOAQUÍN JOSÉ; CÁNOVAS INGLÉS, ANDRÉS; ALARCÓN SOLDEVILLA, FERNANDO; HERRERA MARTINEZ, A. MARÍA.

Objetivos.

posibilitando tanto la resolución no presencial como la mejor priorización del proceso.

Métodos.

Se elige como mecanismo de derivación el entorno de peticiones del HIS de AE. La identificación del paciente y el proceso de login es automático y transparente para el facultativo de AP.

Un punto crítico de la teledermatología es la realización y posterior tratamiento de la imagen. Se decide utilizar el circuito de Imagen Médica no Radiológica. Cada centro de salud ha elegido la organización que mejor se adapta a sus condiciones. Las fases de la implantación son:

- Definir los formularios para la cumplimentación clínica. Se diferencia entre procesos tumorales e inflamatorios y todos las interconsultas se realizarán por este circuito.
- Crear una agenda de Imagen Médica por centro donde se citará al paciente
- Configurar el software de envío de imágenes al servidor
- Presentar el circuito al Centro de Salud.
- Formación en técnicas de imagen. A los centros se les proporcionan cámaras réflex y dermatoscopios, aunque algunos de ellos utilizan para la imagen la cámara de su propio teléfono móvil.
- Confirmar con nuestros servicios jurídicos que no se inclumple ninguna norma en relación a la protección de datos. Se establecen los consentimientos informados para determinados casos del paciente
- Se da un tiempo para establecer este circuito como único y obligatorio.

Los pasos para realizar una interconsulta de teledermatología son:

1. El médico AP Solicita la interconsulta telemática a Dermatología cumplimentando los datos clínicos de los formularios
2. Se cita al paciente para la prueba de imagen en la agenda de Imagen Médica, garantizando de esta manera la correcta identificación del paciente.
3. Se envía el archivo de la imagen al servidor de Imagen Médica

Resultados.

En el periodo Abril-2016 a Mayo-2017: 86 teleconsultas, de las cuales, no han precisado cita presencial 24 (27,91%).

El tiempo de respuesta de AE a AP es inferior a 5 días.

Se obtiene una herramienta muy importante para optimizar la interconsulta al especialista de manera que al cumplimentar el médico de AP los formularios se suministra la información necesaria para que el especialista pueda resolver el problema de modo no presencial así como proporcionar la información para la cita cuando se decida que el paciente va a ser derivado.

Se establece una relación estrecha entre el médico de AP y el de AE no solamente para realizar derivaciones sino para realizar consultas sobre aspectos concretos del problema de salud, convirtiéndose en una herramienta formativa personalizada muy eficaz.

El sistema está implantado y en activo en tres zonas de salud. Y en fase de iniciar la extensión al resto de zonas del área.

Conclusiones.

La aplicación del proyecto implica una disminución de la demora en abordar el problema de salud del paciente por parte del especialista. Se prioriza el problema de manera más eficiente y se evita al paciente visitas innecesarias.

C072.- FORMACIÓN: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ESTERILIZACIÓN..

SABUCO TEBAR, EMILIANA; SALMERÓN GRACIA, (PONENTE)ANTONIO; RÍOS RISQUEZ, MARÍA ISABEL; MAYOR MAYOR, CONCEPCIÓN; SABUCO SABUCO, VICENTE; ORTIZ BARBA, INMACULADA.

Objetivos.

Formar al personal y a los estudiantes de la rama sanitaria en materia de limpieza, desinfección y esterilización.

Fomentar el pensamiento crítico en el personal del área VI y estudiantes de la rama sanitaria en materia de esterilización

Métodos.

En la central de esterilización de nuestro hospital, se realizan sesiones formativas a los alumnos de tercero de grado de enfermería pertenecientes a la Universidad de Murcia y a la UCAM que realizan sus prácticas en los quirófanos programados y de urgencias, así como, a todos los alumnos de primer curso del módulo medio de auxiliar de enfermería pertenecientes a los tres institutos de Murcia que realizan sus prácticas en el hospital. Las sesiones a los alumnos tienen una hora y media de duración, con una media de 15 alumnos, la metodología de la enseñanza se basa en el desarrollo de conceptos básicos y demostraciones prácticas con un método de enseñanza de aprendizaje constructivo – interactivo en el que se fomenta la participación activa del alumnado.

Paralelamente en el 2016 se han realizado talleres sobre "gestión del material a tratar en un servicio de esterilización", dirigido a personal sanitario que esta relacionado directa o indirectamente con el procesado del material sanitario. Estas sesiones son de una hora de duración en diferentes unidades del Hospital (UCI, reanimación, quirófanos, unidades de enfermería de traumatología, están integrados dentro de un ciclo de mejora de gestión del material y son el resultado de un análisis de la calidad de procesado de los materiales que llegan a la central de esterilización de las diferentes unidades del hospital.

En Mayo del 2016 se han realizado las primeras jornadas de esterilización del área VI, con un carácter ampliamente multidisciplinar en la que asistieron enfermeros, ingenieros, odontólogos, auxiliares de enfermería… El objetivo de estas jornadas fue crear un punto de encuentro entre los diferentes profesionales, con un espacio dedicado a la formación y al intercambio de opiniones en materia de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario. Las próximas jornadas están previstas en Noviembre del 2017. Todas las acciones formativas dirigidas a los profesionales sanitarios están acreditadas dentro del plan de formación continuada del SMS.

Resultados.

En nuestra central se han realizado en el 2016, 6 sesiones formativas para estudiantes de auxiliares de enfermería, 5 sesiones a estudiantes de grado de enfermería, 11 talleres a personal del hospital en sus respectivas unidades y 1 jornadas de esterilización dentro del

plan de formación continuada del SMS. Desde la central de esterilización hemos percibido un aumento del interés de los profesionales sanitarios por el correcto tratamiento del material, por las consultas que recibimos en la unidad.

Conclusiones.

Son necesarios más espacios formativos en materia de esterilización en nuestra área. En el 2017 esta previsto realizar las mismas actividades formativas que en el 2016, incorporando la realización de un curso dirigido a auxiliares de enfermería e higienistas dentales de 8 horas de duración, dentro del plan de formación continuada del Servicio Murciano de Salud.

C073.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE UN PROYECTODOCENTE EN UN ÁREA SANITARIA.

RUBIO GIL , ESTHER; INIESTA MARTINEZ, DOLORES; MARTÍNEZ RODRIGUEZ, MARIA DEL CARMEN; MARTINEZ MARTINEZ, ANTONIA.

Objetivos.

Evaluar un proyecto docente para alcanzar una mejora tanto en la participacion de alumnado y que posibitar realmente al alumnado la adquisición y el desarrollo de las competencias para el desarrolllo de sus tareas.

Métodos.

Ante la escasa participacion de alumnos en el plan docente anual del área durante los dos últimos años se ha desarrolllado un proceso que ha permitido mejorar la participación basado en la selección de los contenidos mas interesante para el alumnado , una mejora en la organización espacial y temporal, una proximidad entre las tareas y los intereses del alumnado, organización del profesorado en torno a las expectativas del alumnado fomentando el deseo de aprender implicando a los mandos superiores , con el objetivo de potenciar la participación de alumnos en las actividades docentes , mejorar la evaluación de los cursos ofertados y conseguir que sea de interes para su practica habitual .Para ello se ha desarrollado un proceso que permite en primer lugar captar las necesides de los alumnos, a traves de una solicitud de intereses individuales , realizar una programación formativa anual basada en necesidades del alumnado y de la empresa . Además a través del diseño de recogida de datos periodicos en cada acto formativo poder evaluar la participación , la adecuación de la actividad , la capacidad docente del ponente , los medios puestos a disposicion del alumnado y los créditos alcanzandos en los cursos diseñados , con elfin de poder autoevaluarnos.

Resultados.

En el año 2014 se ofertaron 56 actividades ,participando 735 alumnos, alcanzano 50.5 créditos en total .En el año 2015 se impartieron 92 actividades participaron 1217 alumnos, consiguiendo 52 creditos , en el año 2016 se realizaron 114 actividades , 1821 alumnos y una media de evaluacion 4.2 (sobre 5) .

Conclusiones.

Aunque se sabe que son muchos los factores que inciden en la práctica educativa y en consecuencia que están implicados en su mejora , una autoevaluación es necesaria para poder incidir en los puntos mas débiles y poder diseñar situaciones de aprendizaje que posibiliten realmente al alumnado la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para la realización de sus tareas habituales .

C074.- ESTRATEGIA PARA IMPULSAR LA INVESTIGACION CLINICA EN EL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA.

AGUILERA MUSSO, BELEN; JIMENEZ GUILLEN, CASIMIRO; HERNANDEZ MARTINEZ, MARIA JOSE; MARTIN AYALA, GEMA; LOPEZ ROMAN, JAVIER; ESTEBAN RODRIGUEZ, GUSTAVO.

Objetivos.

Implementar acciones dirigidas a fomentar la participación de los profesionales sanitarios de atención primaria en la investigación clínica

Métodos.

Una de las líneas estratégicas del Plan de acción para la Mejora del uso de los medicamentos (PAMUM 2016-2020), es avanzar en la investigación clínica en el ámbito de atención primaria. En este sentido a nivel institucional se ha puesto en marcha una intervención global para promover esta iniciativa.

Periodo de duración: 2016-2020.

La estrategia está estructurada en dos fases

1ª fase: Participación Institucional

- Diseño estudios clínicos: Se ha constituido un grupo de trabajo formado por farmacéuticos, médicos e informáticos expertos en investigación y metodología clínica, los cuales han diseñado y presentado al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) tres estudios clínicos relacionados con el uso seguro y adecuado de los medicamentos.
- Difusión y reclutamiento de investigadores: Presentación de los estudios clínicos a los directivos de las diferentes áreas de salud. Posteriormente se han visitado los centros de salud exponiendo los estudios a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) invitándoles a participar e intervenir como investigadores en los mismos.

2ª fase: Participación de profesionales sanitarios investigadores

- Fase experimental.(trabajo de campo)
- Explotación de datos y análisis de resultados.
- Publicación de resultados

El grupo de trabajo proporcionara a los profesionales investigadores el apoyo formativo y metodológico necesario en cada una de las fases de estudio.

Resultados.

Actualmente se ha realizado la primera fase del estudio:

- Diseño de los estudios (febrero 2016 –diciembre 2016)

? POLDAT: estudio experimental para analizar la eficacia de una intervención sobre pacientes diabéticos para optimizar su control y cumplimiento terapéutico”

? EPOCFARM: estudio clínico de modificación en la adecuación terapéutica en pacientes con EPOC tras una intervención dirigida al personal sanitario.

? REV/MED estudio clínico aleatorizado controlado sobre la efectividad de diferentes intervenciones dirigidas a minimizar errores de la medicación en persones mayores

- Difusión y reclutamiento de investigadores (enero 2017 –mayo2017)

? Presentación directivos y coordinadores de centros de salud de 8 áreas de salud

? 41 centros de salud participantes

? 240 profesionales sanitarios investigadores.

Conclusiones.

- Se observa una clara apuesta de las instituciones en motivar la investigación clínica en un ámbito sanitario en él que tradicionalmente se aprecia un menor desarrollo.
- La primera fase del estudio demuestra por parte de los profesionales sanitarios un alto grado de motivación y participación en los distintos estudios clínicos presentados.

C075.- IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE TRIAGE DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

LOPEZ GARCIA, JUAN ANTONIO; MARTINEZ ARAN, TEODORO JOSE; BARBA PEREZ, MERCEDES; MARTINEZ GUTIERREZ, ANSELMO; MARIN BUENDIA, ANTONIO; PEREZ FLORES, ERNESTO.

Objetivos.

Datos de la encuesta de calidad percibida en urgencias revelan que un número importante de pacientes percibe esperar más de 15 minutos para ser atendido por un sanitario. Los pacientes refirieron que sólo un 45,3% esperó menos de 15 minutos para ser atendido, frente al 57,6% de la media del SMS, y el 63,3% del mejor hospital del SMS.

El servicio de urgencias cuenta con un sistema de distribución de nuevos pacientes entre los facultativos aleatorio y basado en el orden de admisión, suponiendo esto un riesgo para la seguridad del paciente al no ser tenida en cuenta la gravedad del paciente.

Estas circunstancias son percibidas como una oportunidad de mejora, lo que lleva a iniciar un proyecto que permita disminuir el tiempo para la primera atención por parte de personal sanitario, y que una vez valorado se atienda a los pacientes en función de la gravedad de su motivo de consulta. Además nos proponemos describir las características de los usuarios del servicio de urgencias en cuanto a motivos de consulta y gravedad.

Métodos.

Se crea un grupo de trabajo coordinado por la Unidad de Calidad y el Supervisor de Área con participación de profesionales de todas las categorías del Servicio de Urgencias que debe revisar las causas de insatisfacción con el tiempo de espera en urgencias, evaluar los diferentes sistemas de triage disponibles en nuestro entorno con criterios de validez, fiabilidad y coste. Este grupo debe además tener en cuenta la integración del sistema de triage con el aplicativo de historia clínica.

Una vez evaluados los diferentes sistemas de triage, se decide la implantación de la adaptación llevada a cabo en el Área II, se trata de un triage realizado por enfermería integrado completamente en el aplicativo de historia clínica, lo que supone un reducido coste.

Se hace un rediseño funcional de los circuitos de trabajo y visualización de pacientes en historia clínica en el ámbito de urgencias, y una actualización de registros.

Resultados.

En los 4 meses siguientes a la implantación del sistema de triage se han valorado al 96,44% de pacientes atendidos en urgencias (14.359), precisando una segunda valoración 641 pacientes 0,05%. En cuanto a la gravedad el 0,05% fueron emergencias vitales (rojo), el 3,91% emergencias (naranja), 48,94% urgencias (amarillo) y 47,09% menos urgentes (verde y azul). Las categorías sintomáticas más prevalentes han sido lesiones y

traumatismos 19,06%; síntomas abdominales y digestivos 13,83%; Disnea y problemas respiratorios 9,81%.

Conclusiones.

La implantación de un sistema de triage posibilita una primera valoración por un profesional sanitario en los primeros minutos tras la admisión en urgencias.

El triage realizado por enfermería ofrece resultados seguros y rápidos.

El perfil de usuario del servicio de urgencias es un paciente menos urgente que consulta por lesiones / traumatismos o por problemas abdominales.

Tareas pendientes:

1. Rediseñar la distribución de profesionales en el servicio según las necesidades asistenciales evidenciadas.
2. Monitorizar los tiempos de atención en urgencias:

a. Admisión-triage

b. Triage-atención médica

c. Tiempos de respuesta de las pruebas complementarias

d. Estancia en urgencias (pacientes de alta)

e. Estancia en urgencias (pacientes con ingreso)

C076.- MEJORA DE LA ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE FARMACIA: CREACIÓN DE UNA AGENDA EN SELENE.

RODRÍGUEZ MOLINA, MARIA ANTONIA; RAMÍREZ CARBONELL, MARIA DOLORES; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, ANA MARÍA; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, INMACULADA; LUCAS VILLA, NURIA; VALIENTE BORREGO, FRANCISCO.

Objetivos.

Mejorar la calidad de la atención a Pacientes externos del Servicio de Farmacia Hospitalaria con la puesta en marcha de una agenda en SELENE.

Métodos.

En nuestro servicio de Farmacia veníamos constatando en los últimos años un aumento más que considerable de los pacientes externos atendidos. Hemos pasado de 1821 pacientes externos atendidos en 2014 a 3047 en 2016 (+ 67%). Este incremento de actividad se traducía en un aumento del estrés de los trabajadores, roturas de stock por imposibilidad de previsión de las visitas y detrimento de la calidad asistencial, con la consiguiente insatisfacción de los pacientes respecto a la atención recibida. En Septiembre de 2016, en coordinación con Dirección de Enfermería, comenzamos a diseñar una agenda de Pacientes Externos de Farmacia en Selene. Establecimos la duración mínima de la visita en cinco minutos (con la posibilidad de seleccionar varios huecos según el tipo de atención), gestionamos los permisos de acceso al programa informático al personal de la Unidad, informamos paulatinamente a los pacientes atendidos de la futura organización de las visitas mediante una agenda y comenzamos a utilizarla en octubre de 2016

Resultados.

Al principio el uso de la agenda no fue total, puesto que nos aumentaba en un par de minutos la duración de la visita (confirmación de la comparecencia del paciente y cita de la siguiente visita), pero rápidamente aprovechamos los beneficios de la misma.Desde octubre de 2016 hasta el 30 de abril de 2017 hemos registrado 1215 visitas.En el campo observaciones introducimos siempre el fármaco, dosis, pauta y todas aquellas anotaciones que mejoren la asistencia (siguiente revisión del especialista, situaciones especiales del paciente…)

Conclusiones.

Tras 6 meses de trabajo efectivo con la Agenda en SELENE de pacientes externos, hemos experimentado una serie de ventajas que nos refuerzan su uso:

-Adecuación del stock de fármacos a las necesidades de los pacientes.

-Descenso del nivel de estrés de los trabajadores, puesto que pueden preparar las visitas con anterioridad (conociendo el fármaco, pauta, últimas visitas…) y disponer de la información que el paciente pueda requerir.

-Mayor organización del tiempo al disponer de horario de visitas (el resto de tiempo se destina a otras tareas necesarias del Servicio de Farmacia)

-Aunque algunos pacientes nos expresan que prefieren acudir al servicio sin cita previa (a demanda), la mayoría nos muestran su satisfacción por varias razones: Aviso en el teléfono del usuario de la próxima cita con 48 horas de antelación, posibilidad de reunificar citas (revisiones del paciente) evitándole desplazamientos innecesarios y reducción de los tiempos de espera.

En general la agenda en Selene se ha traducido en un aumento de la calidad de nuestro trabajo en el área de Pacientes Externos.

C077.- DE LA FRAGMENTACION A LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

MARTÍNEZ SÁNCHEZ, ENCARNACIÓN; BALLESTEROS MESEGUER, CARMEN; MORENO PINA, J.PATRICIA; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, ELIA; BAEZA ALCARAZ, ÁNGEL; MARTÍNEZ GARCÍA JUAN ANTONIO.

Objetivos.

Facilitar la continuidad de cuidados en el mismo escenario asistencial, en atención primaria tanto en el centro de salud como en domicilio, a los usuarios pertenecientes a un Área de Salud.

Métodos.

Se trata un estudio descriptivo, de intervención y retrospectivo.

Se analiza el número total de personas atendidas en consulta enfermera y en las consultas de tareas comunes/botiquín/sala de demanda, de un Centro de Salud del Área. Se observa como la actividad realizada en las consultas de tareas comunes, es superior a la realizada en las consultas de cada enfermera. Por lo que se plantea un cambio organizativo consistente en reorientar la actividad asistencial de las consultas de tareas comunes a la consulta de la enfermera que corresponde a cada usuario. Estrategias para el cambio:

- Modificación de agendas con espacios de demanda.
- Establecimiento de los horarios de consulta y domicilio en espejos.
- Formación en metodología enfermera y registros en historia clínica OMI-AP.
- Reuniones con responsables de enfermería, Direcciones y Gerente.
- Visitas a Centros de salud: analizando espacios, informando a los profesionales del cambio propuesto y de seguimiento.

El cambio organizativo se pilota en un Centro de Salud el 1 de Octubre de 2012, se comparan los resultados del cuarto trimestre del año 2011 con el del año 2012, tanto en la consulta de tareas comunes como en la consulta enfermera, antes y después del cambio.

La extrapolación a todos los Centros de Salud del Área se realiza durante al año 2013, por lo que en la extensión al Área se comparan los datos de 2012 con 2014. En este caso se comparan datos de presión asistencial, ya que en estos ya se contaba con este indicador.

Fuente de datos: Sistema de información en Atención Primaria (SIAP), los datos han sido analizados con la hoja de cálculo excell 2007 y la significación estadística con EpiInfo 7.

Resultados.

En el pilotaje, el número total de personas atendidas en consultas de tareas comunes durante cuarto trimestre del año 2011 fue de 9.201 y en consulta enfermera 2.788. En el cuarto trimestre del 2012, después de la intervención, el número total de personas

atendidas en consulta de tareas comunes es de 3.118 y en consulta enfermera de 8.556 (X2=36,28;p=0,0000).

En la extensión al Área, la presión asistencial en consulta de tareas comunes durante el año 2012 fue de 1.225 y por consulta enfermera 1.403, después de la intervención, en el año 2014 la presión asistencial en consultas de tareas comunes fue de 686 y en consulta enfermera de 2.315 (X2= 352,56; p= p=0,0000).

Conclusiones.

Se constata un aumento en la actividad asistencial en la consulta enfermera de todas las enfermeras, que se ha duplicado y triplicado en algunos casos y por el contrario una disminución en las consultas de tareas comunes que ha sido estadísticamente significativo lo que demuestra que las estrategias implementadas para conseguir el cambio organizativo, han sido efectivas.

Un aumento de la visibilidad enfermera.

El liderazgo de los Responsables de Enfermería y el apoyo del Área administrativa ha sido determinante.

El nuevo "Modelo de Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial" en la Consulta Enfermera con la población asignada, se ajusta más al modelo de Atención Primaria.

Este cambio organizativo ha permitido la implantación de programas como el de crónicos complejos (PCC) y "Seguimiento telefónico al alta hospitalaria".

C078.- INCENTIVANDO LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TOP DE CUIDADOS.

MEROÑO RIVERA, MARÍA DOLORES; ROLDAN CHICANO, MARIA TERESA; RODRIGUEZ TELLO, JAVIER; MARTINEZ BERNAL, ANTONIO; CAYUELA GARCIA, ANA MARIA; LOPEZ LACOMA, JOSE CARLOS.

Objetivos.

Establecer un sistema de reconocimiento y motivación de las unidades de enfermería con mayor nivel de calidad de los cuidados.

Métodos.

Se realiza una monitorización semanal de los indicadores de calidad de los cuidados. Posteriormente se realiza una ponderación de los indicadores comunes a todas las unidades de hospitalización, que son:

- Valoración de enfermería al ingreso
- Realización del plan de acogida
- Cuidados adecuados a pacientes con catéter venoso periférico
- Valoración del riesgo de caídas
- Cuidados adecuados a pacientes con riesgo alto de caídas
- Caídas en pacientes hospitalizados
- Cuidados adecuados a pacientes con sonda vesical
- Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP)
- Cuidados adecuados a pacientes con riesgo alto de de desarrollar UPP
- Pacientes con UPP
- UPP desarrolladas durante el ingreso
- Pacientes con informe de cuidados al alta

La ponderación se realiza sumando todos los porcentajes de cumplimiento, tras invertir aquellos que presentan mayor calidad con un menor porcentaje, y se divide entre el total de indicadores (12). Una vez obtenido el resultado se divide por 10 para obtener un valor entre 0 y 10, más fácilmente comprensible por los profesionales.

A principios de cada mes se envía a todas las unidades de hospitalización una clasificación de las mismas en relación a la puntuación media obtenida en todas las semanas del mes anterior, y se sube a la intranet del Área de Salud una fotografía de los profesionales de la unidad que ocupa el primer puesto.

Resultados.

La media de cumplimiento de los indicadores de calidad en los últimos 4 meses de 2016 es superior a 5 en todas las unidades. La puntuación más alta fue 9,03 y la mínima 5,97. De las 17 unidades de hospitalización monitorizadas, 7 se encontraban por encima de 8 puntos. La puntuación media del hospital se situó en 8,13.

Conclusiones.

Es necesario reconocer el esfuerzo realizado y los buenos resultados obtenidos por los profesionales en relación a la calidad de los cuidados. El reconocimiento público a la consecución de objetivos, y la posibilidad de conocer la posición en la que se encuentra la unidad en relación al resto, permite involucrar a los profesionales en la monitorización de los indicadores de calidad y motivarlos a una mejora continua de la calidad de los cuidados.

C079.- IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO SUEÑON EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL REGIONAL.

MORALES CAMACHO, VANESA; LOZANO PASTOR, VICTORIA EUGENIA; SANTOS MATEO, ISABEL MARIA; VILLA MALDONADO, PEDRO; MARTÍN PÉREZ, MANUEL ANTONIO; RODRIGUEZ RÓDENAS, JOSÉ MIGUEL.

Objetivos.

Objetivo Principal:

- Certificar la correcta difusión y ejecución del proyecto

Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de ruido de las unidades de hospitalización y los factores que interrumpen el sueño
- Implantar las recomendaciones del programa en base a la literatura consultada y las recomendaciones del proyecto
- Ejecutar y evaluar en proyecto en términos del cumplimiento del Gantt

Métodos.

La valoración abarca el diseño del soporte material Gantt y sus contenidos, los circuitos de elaboración, formación y ejecución de éstos y la evaluación del grado de implantación alcanzado. Estudio descriptivo transversal. Búsqueda bibliográfica de los últimos 5 años con las palabras clave: Difusión; Implantación; Excelencia clínica; Descanso nocturno; Enfermería

Resultados.

La importancia de respetar el descanso del paciente hospitalizado para su recuperación, así como la necesidad de minimizar los factores que interrumpen el sueño forma parte de unos de los objetivos principales del Plan de Humanización de nuestro Hospital. El proyecto Sueñon, dirigido por el Instituto para la Investigación en Salud Carlos III (ISCIII), comienza por la inscripción y compromiso a nivel institucional e individual del personal de enfermería. Una vez que el personal de enfermería cuenta con el empoderamiento de la Dirección como líder indiscutible para la ejecución del mismo, se han programado charlas a los trabajadores de 20 minutos de duración, para la difusión del proyecto a todos los profesionales del área de Salud, así como el modo de inscribirse telemáticamente al mismo.

Una vez realizada la difusión entre los trabajadores, y en el momento de la recepción del paciente al ingreso, se les informará a los pacientes y/o familiares, del proyecto, de las actividades e intervenciones que se llevarán a cabo para respetar el descanso nocturno, así como la sensibilización que un sueño adecuado supone uno de los factores determinantes para la recuperación en el ingreso.

Mediante la herramienta Gantt, se incorpora en Excel el proyecto creando una tabla de tareas que permite fechar su ejecución (en principio y fin) y describirlas adecuadamente. Tareas como la sensibilización, luz adecuada, respeto de horario de sueño de 00:00 a 6:30 horas…etc. Pueden ser explicadas, ejecutadas y evaluadas de modo sencillo y eficiente.

Conclusiones.

Desde el Plan de Humanización de nuestro Hospital y en base a la Evidencia científica, se apuesta por un aumento de la Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados. Se pretende que para el segundo trimestre de 2017 se ponga en marcha la implantación de la primera fase del plan, con la formación, información y sensibilización de los profesionales. Para finales de año se prevé una segunda y tercera fase del plan, y se pretende que se encuentre en marcha al menos un 70% de sus tareas y la implicación y formación de los profesionales del área junto con pacientes y familiares. Dada las características y peculiaridades de nuestro hospital, se necesita además, una re planificación de los horarios y tareas de enfermería que respeten los horarios y compromiso de Sueñon.

C080.- INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN U.C.I. OPORTUNIDAD DE MEJORA.

ALCAÑIZ RIAÑO, ANA REYES; CABALLERO ALEMÁN, FUENSANTA; GONZÁLEZ VICENTE, ANA; GRIMALDOS LÓPEZ, JUAN CARLOS; PUJANTE RODRÍGUEZ, CARMEN; HIDALGO BRAVO, IRENE.

Objetivos.

Medir el nivel de calidad asistencial de Enfermería en nuestra unidad a través de los Indicadores de Calidad (I.C.) y analizar su evolución con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente.

Métodos.

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo, en la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.). Se han llevado a acabo 52 mediciones incluyendo 686 pacientes ingresados en el servicio en el periodo de un año. El proceso de recogida de datos ha sido realizado por la supervisora de U.C.I. Los resultados se recogieron de forma centralizada y se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS. 15.0. Los I.C. evaluados fueron la Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión y realización de los cuidados correspondientes, revisión y ajuste de alarmas del paciente e identificación del personal en la gráfica del paciente.

Resultados.

A un 92,16% de los pacientes se le realizó la valoración del riesgo de úlceras por presión y un 96,30% recibió los cuidados adecuados. Se encontró un o,19% de pacientes con alarmas anuladas y un 93,84% de los pacientes tenía las alarmas revisadas y ajustadas a su estado actual. El personal registro su nombre y apellidos en gráfica en un 95,25%.

Conclusiones.

Se concluye que la monitarización continua de los I.C. mejora la calidad de la atención prestada en U.C.I. y por tanto garantiza la seguridad del paciente. En el plan de mejora se incluirán medidas como la ampliación de los datos recogidos en relación con la seguridad del paciente y la comunicación y discusión de los resultados con el personal de U.C.I. implicado, ya que se ha demostrado que el simple hecho de saber que se va a medir supone un impulso para mejorar la

calidad en los cuidados.

C081.- UNIDAD FUNCIONAL DE HERIDAS CRONICAS..

FALCON BORNAY, ANA MARIA; VILLA MALDONADO, PEDRO; ARNAU ALFONSO, JUAN JOSÉ.

Objetivos.

En el año 2015 comienza una andadura en el mundo de las heridas crónicas, que da lugar a un proyecto para avanzar en la manera de afrontarlas, unificando criterios y creando un equipo multidisciplinar para su abordaje, tras la obtención de buenos resultados con disminución, muy apreciable en el tiempo de curación se crea la "UNIDAD FUNCIONAL DE HERIDAS CRONICAS" (UFHC).

Objetivos

1.Aumentar la autonomía y satisfacción de los pacientes

2.Fomentar comunicación, formación y consenso de criterios entre profesionales

3.Disminución de costes. optimizando el uso eficiente de lo recursos materiales

4.Aplicar y fomentar los cuidados de enfermería basados en la evidencia

5.Agilizar la atención de los pacientes por especialista que corresponda

6.Disminuir cambios del personal de enfermería durante el tto

7.Motivar a los profesionales y favorecer la investigación

8.Análisis de resultados

Métodos.

Análisis de la situación, diagnóstico y consenso de tto

Constitución del equipo uniendo AP y AH

Establecimiento de fases de trabajo:

1.-Diseño. Una enfermera recibe formación específica sobre el tto, evolución y diagnóstico de las HC, responsable de la UFHC

2.-Difusión. Presentación a la Comisión de Cuidados del Área V

3.-Implantación:

?Ubicación: En Consultas Externas.

?Constituida por una Enfermera a tiempo parcial

?Realización de desplazamientos a Unidades de Hospitalización, Centros de Atención Primaria y a domicilios para realizar, análisis y tratamiento individualizado junto con los profesionales de Enfermería responsables de cada paciente, contribuyendo así a la formación a pie de cama, in situ

?Centralización del uso y distribución de material especifico de curas Suministrando tto adecuado para seguimiento de la cura, según la necesidad

?Informe personalizado de los pacientes que precisan TPN.

?Derivación inmediata a atención hospitalaria , si es necesario, para tto por su especialista

?Registro de curas y seguimiento en Agenda de Enfermería de HC

?En AP: Seguimiento de las heridas por enfermera y médico de referencia y no en sala de curas. Si es preciso, seguimiento conjunto en el hospital

?En Atención Hospitalaria: Seguimiento de las heridas que por sus características lo precisen

?Comunicación DIRECTA con la UFHC, personalmente con hoja de interconsulta y vía telefónica, por parte de cualquier profesional del Área de Salud

?Sesiones de Enfermería periódicas , suele ser 1 por cada centro de salud ,para unificar criterios y consensuar tto, sesiones clínicas con casos, mensual

Resultados.

Hospital:

?Incluidos 98 pacientes

?75,51% alta

?24,49 % en tratamiento

Atención Primaria:

?Se han incluido 114 pacientes

? 71,05% alta

?14,03 % en tto

?14,90% éxitus y abandonos.

Formación:

?Jornada Heridas Crónicas

?3 Talleres Avance en tto de heridas crónicas

?Sesiones Clínicas mensuales en los tres centros de salud con una asistencia del 100% de los profesionales de Enfermería

Conclusiones.

La implantación de la UFHC ha contribuido en la creación de un equipo unificado y solido entre primaria y hospitalizada, dando lugar a una disminución de la prevalencia, incidencia y complicación de las heridas tratadas, así como a un mejor diagnostico y evolución.

Se tratan heridas crónicas, pie diabético, lesiones de MMII y heridas derivadas por cualquier especialista con evolución tórpida, así como, heridas para el tto con TPN. Actualmente, heridas con más de 6 meses e incluso años, tienen una media de cicatrización de 2 a 3 meses. GRACIAS AL TRATAMIENTO INTEGRAL Y AL TRABAJO EN EQUIPO

C082.- REDES SOCIALES: UN LUGAR DONDE EL HOSPITAL DEBE ESTAR.

MORENO SÁNCHEZ, INÉS; SÁNCHEZ LÓPEZ, SARA; SÁNCHEZ SABATER, BÁRBARA; SALCEDO LOBERA, ESPERANZA; ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN.

Objetivos.

Los hospitales españoles aún no han entendido la importancia que tiene Internet y sus posibilidades para constituir un vínculo, no sólo con sus pacientes, sino también con la sociedad.

Ordenador, móvil y tableta se han convertido en soportes definitivos para fidelizar al ciudadano, informándole, gestionando incluso la interacción con el centro y hasta controlando sus patologías crónicas. Analizaremos la presencia de los hospitales públicos de la ciudad de Murcia en las redes para evaluar su impacto y la calidad de la información que de éstos se distribuye.

Métodos.

El ARS (análisis de las redes sociales) es una herramienta fundamental para entender publicaciones y preferencias de las redes. Son variables que dan respuestas y crean nuevos interrogantes. Evaluaremos los tres hospitales públicos de la capital de Murcia: Arrixaca, Morales Meseguer y Reina Sofía.

- Facebook: Ninguno de los hospitales de la ciudad de Murcia tiene página oficial en Facebook, siendo el Hospital Virgen de la Arrixaca el que tiene más impacto en esta red social.

- Twitter: @AreaUnoArrixaca es la que tiene más seguidores, seguida de @Area6VegaMedia. Sólo el Morales Meseguer como hospital tiene cuenta propia @HospitalGUMM.

- LinkedIn: la red de los profesionales, aunque su uso es mayor por parte de la empresa privada y de las universidades. Los hospitales públicos de mayor tamaño del país cuentan con página en esta red. Los hospitales de la capital no se encuentran entre Empresas, Universidades, Grupos o Empleos.

- Instagram: En esta red social carecen de cuenta los tres hospitales, aunque como localización están muy presentes. No están tampoco en YouTube, o en Google+ por citar algunas.

- A pesar del incremento de la presencia en la red de nuestros hospitales que supuso el ser elegidos por el número uno del MIR (Morales Meseguer) a nivel nacional el pasado año, o por el número siete (Arrixaca) este año, esto no se ha traducido en una mayor presencia en las redes sociales. Tampoco se ha observado mayor presencia en la prensa digital.

Las instituciones sanitarias de nuestro ámbito han apostado por las redes sociales y lo van a seguir haciendo mucho más en el futuro. Esto posibilita una mayor información (se puede discutir la calidad de la misma). Si, tradicionalmente una persona no podía contactar mas de 150 personas de media; gracias a las redes sociales este numero ha aumentado exponencialmente.

Resultados.

La presencia de los hospitales públicos de la Región de Murcia en las redes sociales es escasa. Sin control por parte de instituciones oficiales; contando solo con opiniones puntuales de usuarios y "spam" sin filtro.

El 77% de los pacientes realiza búsquedas en Internet antes de solicitar una consulta; 1 de cada 4 busca la experiencia de otros; y el 41% afirma que los medios sociales influyen en su elección de hospital o profesional sanitario. Ante esto la pregunta sigue siendo ¿hay que estar en las redes sociales? ¿estamos perdiendo las posibilidades de las nuevas tecnologías de la información para comunicar?

Conclusiones.

1. Debemos seguir profundizando en el concepto de red social y en la incorporación de este al trabajo profesional.

2. Es importante que los sistemas de información formal e informal puedan colaborar y que los profesionales tengamos como objetivo impulsar esa colaboración coherentemente.

3. Para desarrollar estrategias de intervención basadas en redes deben existir equipos o profesionales de referencia para los usuarios de los servicios.

C083.- INTRODUCCIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN EL ÁREA DE ONCOHEMATOLOGÍA RADIOTERAPICA.

LOPEZ IBAÑEZ, MERCEDES; VICENTE CARRION, PEDRO; RUIZ MARTINEZ, M ASUNCION; GALIAN PUJANTE, DELFINA; HERNANDEZ BERNAL, ESTHER.

Objetivos.

Introducir los conceptos de Metodología Enfermera como método de trabajo, valoración de riesgo de Caídas y Evaluación del dolor como quinta constante. Formar a los Enfermeros del Área en Planes de Cuidados y emisión de IC. Implantar el Asistente de Enfermería. Detectar mediante el juicio clínico enfermero los problemas que influyen en la elección de Planes de Cuidados adecuados. Registrar los cuidados en los formularios correspondientes.

Métodos.

Tras la implantación del Asistente en las Unidades de Hospitalización General, en Marzo de 2016, el Área de Calidad de Enfermería diseña la estrategia para la formación de los profesionales del Área de Oncología Radioterápica en Metodología Enfermera, para los pacientes que precisan ingreso y aislamiento estricto tras la administración de un comprimido oral de I131 terapeútico (Iradioactivo) en la mayoría de los casos y en contadas ocasiones la administración IV de Lutecio 177 (radioactivo), como medida de radioprotección tanto para el personal del Área como familiares. El Área está dotada de siete profesionales de Enfermería más el Supervisor y dos camas con habitaciones blindadas destinadas para tal fin. La formación se organiza al igual que en hospitalización. Una enfermera del Área de Calidad formada para tal fin, se desplaza diariamente a dicha Área en horarios pactados con el personal de Enfermería de mayor disponibilidad, se da la clase de forma individual a modo de taller y se acredita a través del SIAFOC. A raíz de la formación, al ingreso se valora el paciente con el modelo de Marjory Gordon, comienzan a utilizar la taxonomía NANDA-NOC-NIC definiendo los problemas derivados del paciente junto al juicio clínico enfermero, emitiendo diagnósticos, resultados, intervenciones y actividades e IC al alta. Posteriormente las enfermeras asistenciales de dicha Área, se dan cuenta de que, además de las necesidades comunes que hacen que los pacientes muestren similares conductas adaptativas, existen diferencias individuales en función de su proceso de enfermedad y las características propias del tipo de ingreso. La forma de diseñar los Planes de Cuidados fue organizando varios talleres grupales según disponibilidad, para poder elegir los posibles Diagnósticos que van a utilizar con mayor frecuencia debido a la dificultad del tipo de ingreso. Además se eligieron las actividades propias del quehacer diario.

Resultados.

Se impartieron doce talleres de una hora de duración cada uno de ellos para la formación de los ocho profesionales de Enfermería, consiguiendo con ello la implantación del Asistente de Enfermería y la utilización de formularios para registro de Riesgo de Caídas, Escala Eva, Catéteres venosos y sondas vesicales. Los Diagnósticos de Enfermería más utilizados, Déficit de Autocuidado: alimentación, Gestión ineficaz de la propia Salud, Disconfort, Deterioro de la movilidad física y Disfunción sexual. Tras su emisión se organizan los Planes

de Cuidados. Pasadas 24-48h, tras la medición de la radiación que indica que ya pueden recibir al alta , se emite el IC al mismo tiempo que se entregan las recomendaciones al paciente.

Conclusiones.

Enfermería tiene la responsabilidad de llevar a cabo unos registros de calidad que representen la actividad realizada. De esta forma se han visto beneficiados principalmente la calidad de los servicios prestados, la información entre el equipo y han contribuido a la continuidad de cuidados, sin olvidar el nivel de satisfacción que ha supuesto entre los profesionales del Área.

C084.- MI PRIMER DÍA DE PRÁCTICAS: "UN RECUERDO IMBORRABLE".

SUBIELA GARCIA, JOSE ANTONIO; MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA; JIMENEZ ANTON, MARIA DEL MAR; CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO; MARTÍNEZ PARDO, ANTONIA.

Objetivos.

Dentro del plan de docencia de nuestra Área de Salud (Área VIII-Mar Menor), hemos puesto en marcha, por primera vez, una Jornada que incluye un Plan de Acogida de todos los alumnos independientemente de la Facultad y/o Instituto de donde procedan. El objetivo principal de este estudio era evaluar en los alumnos de grado, por un lado, el Plan de Acogida y, por otro, la satisfacción de estos alumnos sobre las prácticas realizadas en nuestra Área de Salud.

Métodos.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional y trasversal que abarcaba casi la totalidad del periodo académico 2016-2017 (1 de septiembre de 2016 a 30 de Abril de 2017). Nuestra población objeto de estudio fueron todos los estudiantes de Grado de Ciencias de la Salud que habían realizado prácticas clínicas en nuestra Área de Salud independientemente de la duración de estas y del centro de procedencia. El instrumento utilizado fue una encuesta de elaboración propia que constaba de 10 preguntas, 2 de ellas con una gradación tipo Likert (malo, regular, normal, bueno y excelente) y otras 5 preguntas que tienen una gradación tipo Likert (1=Nunca; 5=Siempre). Las otras tres (nº8, 9 y 10) eran preguntas abiertas que no era obligado contestar. La encuesta (carácter anónimo) fue autoelaborada utilizando la herramienta "Google Formularios" y se envió por medio del correo electrónico a todos los alumnos de Grado. Para el análisis de los datos se empleó la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010.

Resultados.

Durante el periodo que estuvo abierta la encuesta (1 mes) se cumplimentaron un total de 64 encuestas lo que supone que un 54,7% del total de los alumnos de Grado del Área (n=117). Con respecto a la pregunta acerca de la puntuación global de las prácticas el 51,6% contesto que "Excelente" y el 39,1% "Bueno". En cuanto a la evaluación sobre el Plan de Acogida realizado por la Unidad de Formación y Docencia del Área VIII, el 50% manifestó que había sido "Excelente" y el 40,6% la calificó como "Buena". Con respecto a la experiencia personal durante las prácticas y sobre si recomendarían el Área VIII para la realización de prácticas clínicas el 67,2% contesto "Siempre" en ambos casos. A la cuestión formulada sobre el buen ambiente de trabajo el 62,5% contestó "Siempre". A la pregunta sobre si fue adecuada la duración y el horario, el 39,1% y el 59,4% respectivamente contestaron "Siempre".

Conclusiones.

Podemos subrayar que la satisfacción global de los alumnos con respecto a las prácticas clínicas realizadas en nuestra Área de Salud puede ser calificada de buena-excelente. Atribuimos este hecho fundamentalmente a la labor de los tutores de prácticas clínicas de nuestra Área. No obstante estamos convencidos de que el Plan de Acogida inicial que además de la descripción de la estructura del área, su ubicación, misión, visión y valores, medidas de prevención y de protección, también aborda aspectos que hacen especial hincapié en la actitud hacia pacientes, familiares, compañeros y profesionales, contribuye a que los alumnos afronten sus prácticas clínicas desde una perspectiva muy positiva y puedan reducir así su nivel de estrés ante el inminente inicio de éstas, por lo que mantendremos y mejoraremos este Plan de Acogida en cursos venideros.

C085.- JORNADAS DE PÉRDIDAS Y DUELO. ¿POR QUÉ? ¿PARA QUIÉN?. ¿PARA QUÉ?.

ROSIQUE ANTONELLI, MIREILLE; PEREZ GALVEZ, MªDOLORES; GRACIA ARTEAGA, ARÁNZAZU; VARA GARCIA, GLORIA; MARTINEZ ANDREU, FRANCISCA; RUBIO ROSIQUE, ESMERALDA.

Objetivos.

Sensibilizar los profesionales y la población civil de las necesidades de apoyo al duelo y los recursos existentes.

Conocer el nivel de interés de los profesionales sobre el tema de la muerte, las pérdidas y el duelo

Motivar los profesionales a la formación en duelo.

Motivar al cambio para un acompañamiento de los procesos de enfermedad muerte

Mejorar la atención al usuario en situación de pérdida, duelo o sufrimiento.

Aportar herramientas para los profesionales para acompañar en esos procesos.

Dar a conocer los recursos de apoyo al duelo existentes en Murcia

Métodos.

Organización de unas jornadas de formación sobre duelo y pérdidas desde diferentes enfoques.

Organización de talleres formativos en escucha activa, manejo de emociones, y uso de cuentos en el entorno hospitalario.

Encuesta para conocer el perfil del oyente de las jornadas

Resultados.

La respuesta a la convocatoria de las jornadas superó las expectativa. Las inscripciones llegaron a 178 personas y se llenó el salón de actos del hospital.

La entrada era libre para la población no sanitaria. La respuesta positiva al evento sugiere un interés por parte de los sanitarios y no sanitarios.

Se realiza un vídeo del evento con entrevistas a profesionales que se difunde en las redes de comunicación.

Ha aumentado la demanda de acciones formativas en el ámbito sanitario desde la celebración de las jornadas.

Conclusiones.

La organización de jornadas en relación con el duelo y las pérdidas aportan un beneficio sustancial en relación a la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

Son un revulsivo para un cambio positivo y humanizador en la atención al usuario.

Suscitan un interés transcendente en la evolución de los cuidados holísticos del usuario y del propio personal sanitario.

Se inscribe en los valores de excelencia que sustentan unos cuidados de calidad.

C086.- EVOLUCIÓN INVERSA DE LA FRECUENTACIÓN EN MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EN CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ESPAÑ.

MEDINA TOVAR, BLANCA; MARTÍN GASCÓN, ANA; DE LA ROSA, VICENTE; FERRARO, LIA; INIESTA-PINO, IGNACIO; FERNÁNDEZ PARDO, JACINTO.

Objetivos.

Estudiar la evolución de la frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año (FAP) y de la frecuentación en consultas externas de atención especializada por 1.000 habitantes/año (FAE) en España desde 2007 a 2014.

Métodos.

Estudio observacional-analítico retrospectivo a partir de los datos obtenidos de las aplicaciones de consulta interactiva del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS): Indicadores Clave del SNS (INCLASNS). La FAP se calcula como (a / b); donde a= Número de consultas a medicina de atención primaria, registradas en un año (suma de todas las efectuadas, tanto en el centro sanitario como en el domicilio de los pacientes, con independencia de su modalidad: ya sea a demanda, concertada/programada, o urgente/sin cita). y b= Población asignada a atención primaria en ese año. La FAE se calcula como (a / b) * 1.000; donde a= Número de consultas registradas en hospitales y centros de atención especializada en un año, ya sean primeras o revisiones (no incluye las visitas al dentista, psicólogo, fisioterapeuta o enfermería, ni las exclusivamente dirigidas a la realización de una prueba). y b= Población de ese año. Se estudia la evolución seguida por la FAP y la FAE a lo largo del periodo 2007-2014 y se realiza un análisis de asociación entre ambos indicadores mediante correlación bilateral.

Resultados.

En el periodo estudiado, en el conjunto de España, la FAP ha ido disminuyendo continua y paulatinamente desde 5,96 consultas por persona asignada/año en el año 2007, hasta 5,24 en 2014 (último año con datos completos disponibles). Sin embargo, la FAE ha ido incrementándose también de manera continua y progresiva desde 1.718,48 consultas por 1.000 hab./año, hasta 2.097,87 en el año 2014. Tras realizar un análisis de correlación bilateral entre las tasas de FAP y las de FAE de los ocho años estudiados, se encuentra una robusta asociación negativa (r=-0,903) altamente significativa (p=0,002) entre ambos indicadores que demuestra una clara evolución inversa.

Conclusiones.

En los últimos años y en el conjunto nacional, se observa una disminución continua y paulatina de la FAP, a la vez que un continuo y progresivo incremento de la FAE, apreciándose una clara relación inversa en la evolución de ambos indicadores.

C087.- EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS COMO INSTRUMENTO QUE ASEGURA LA AUTONOMÍA DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

AYALA VARGAS, MARÍA JOSÉ; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LETICIA; VIGUERAS PAREDES, PABLO; SALCEDO HERNÁNDEZ, JOSÉ RAMÓN; ANDREU MARTÍNEZ, BELÉN; FERNÁNDEZ CAMPOS, JUAN ANTONIO.

Objetivos.

El propósito del presente trabajo es mostrar cómo el documento de instrucciones previas es el medio más efectivo para manifestar la intención del otorgante cuando todavía es capaz de expresarla a los profesionales sanitarios que le atienden, garantizando que ésta pueda ser cumplida.

Métodos.

Datos facilitados por el Registro Nacional de Instrucciones Previas; El Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial a través del Registro Murciano de Instrucciones Previas; Legislación reguladora Instrucciones Previas.

Resultados.

Se aprecia un progresivo crecimiento de las inscripciones de documentos de instrucciones previas conforme aumenta la edad del otorgante y con ello la probabilidad de sufrir una enfermedad degenerativa que provoque una situación de dependencia, al pasar de 1.296 inscripciones en los intervalos de edad de 51-65 años a 1.498 en los mayores de 65 años.

En el documento de voluntades anticipadas cualquier persona mayor de edad, capaz y libre, puede manifestar anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no pueda expresarla personalmente evitando que otras personas decidan por él respecto de recibir o no una técnica o procedimiento sanitario, acerca de la donación de órganos o el nombramiento de un representante. En el registro de instrucciones previas de Murcia se han realizado, según los últimos datos facilitados, un total de 4.072 inscripciones, que contarán de mayor difusión, al poder ser consultados en cualquier parte del territorio por cualquier profesional, igualmente es importante dejar constancia en la historia clínica del paciente del documento de voluntades anticipadas para tener un mayor conocimiento.

Es posible contratar un seguro de dependencia que complemente las prestaciones públicas basadas en ayudas para el cuidado de las personas que están en situación de dependencia, bien a través de una renta, capital o prestación de un servicio (teleasistencia, médico 24 horas, recordatorios de medicación, orientación telefónica o acompañante). Decidiendo si prefiere recibir asistencia en casa con la presencia de un cuidador, o en una residencia, disponiéndolo todo para cuando llegue el momento y dejando constancia de todo ello en el propio documento de instrucciones previas.

Conclusiones.

1) Las leyes 41/2002 y 3/2009 permiten formalizar la voluntad de cualquier individuo mayor de edad, capaz y libre, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no pueda expresarla personalmente. 2) Conforme se aproxima la edad de riesgo de padecer enfermedades degenerativas o dependientes se formulan más este tipo de documentos. 3) Con la inscripción del documento de voluntades anticipadas en el Registro de Instrucciones Previas de Murcia y su posterior traslado al Registro Nacional de Instrucciones Previas, así como con la anotación de su existencia en la historia clínica, se garantiza aún más su cumplimiento.4) La presencia de un representante en el documento de instrucciones previas afianza aún más el cumplimiento de la voluntad en él expresada. 5) El otorgante puede establecer en el documento de voluntades anticipadas si desea recibir o no una técnica o procedimiento sanitario, realizar una donación de órganos e incluso indicar la existencia de un contrato de seguro de dependencia que complemente su situación actual.

C088.- ANÁLISIS DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO QUE HAN PRECISADO INGRESO EN EL ÁREA VIII DE SALUD.

MUÑOZ DÁVILA, MARÍA JOSÉ; JIMÉNEZ ANTÓN, MARIA DEL MAR; CÁMARA SIMÓN, MARGARITA; SÁNCHEZ SERRANO, ADRIANA.

Objetivos.

Analizar la incidencia de VRS positivo con ingreso en el Área VIII.

Analizar las características de los pacientes con VRS+ adultos.

Analizar las características de los pacientes con VRS+ niños.

Elaborar un registro de datos de pacientes VRS+ que precisan ingreso para poder continuar el estudio y comparar resultados en las temporadas posteriores.

Métodos.

Estudio transversal observacional de pacientes con VRS+ que precisan ingreso hospitalario en el Área VIII de Salud, durante la temporada de gripe 2016/2017.

Periodo de estudio: 1 diciembre (primer caso) a 9 de marzo (último caso) 2016/2017.

Muestra: Totalidad de casos.

Obtención de datos: La historia clínica en Selene y Agora, con registro en hoja de cálculo Excel.

Procesamiento de datos: Excel 2010.

Resultados.

En la temporada 2016/2017 se han realizado 84 test de detección del Virus Sincitial Respiratorio con resultado positivo, 71 de estos pacientes (81,4%) necesitaron ingreso, de ellos el 57,7% eran adultos y el 42,3% niños.

De los 41 pacientes adultos ingresados, el 51% eran hombres y el 49% mujeres. La edad media de los pacientes adultos era 72 años con un mínimo de 17 y máximo de 91, con 87 de moda y 77 de mediana. La media de días de ingreso que precisaron fue 9,24, con un mínimo de 1 y máximo de 24, con 8 de moda y 8 de mediana. El 7,3% (n=3) de los pacientes precisó ingreso en UCI y el 7,3% de los pacientes fue éxitus (n=3).

De los 30 niños con VRS+ que necesitaron ingreso el 56,7% eran niños y el 43,3% niñas, con edades entre 15 días y 17 meses. La media de edad fue 91 días, con una moda de 61 y mediana de 57. El 13,3% de los niños ingresados por VRS+ necesitaron ingreso en UCI y fueron trasladados al Hospital Santa Lucía (n=3) o a la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca (n=1). La media de días de ingreso (exceptuando los 4 niños trasladados a UCI) fue de 5,8 días, con 1 día de mínimo y 11 de máximo.

Conclusiones.

Es el primer año que se ha realizado la detección de VRS en adultos Y un alto porcentaje de pacientes con VRS+ precisó ingreso durante más de 9 días de media, en ocasiones con gran severidad de la enfermedad precisando ingreso en UCI. La incidencia en nuestro hospital, fue muy similar en hombres y mujeres.

La incidencia de niños con VRS+ que ha precisado ingreso ha sido mayor en niños que en niñas, ha afectado en todos los casos a niños de corta edad, pero con un rango entre 15 y 517 días. Los niños ingresados por VRS+ necesitaron de media casi 6 días de ingreso y más del 13 por ciento necesitó ingreso en UCI, lo que confirma que la afectación por VRS puede ser una patología grave tanto en niños como en adultos.

El registro de pacientes ingresados por Virus Sincitial Respiratorio que ha sido elaborado para esta temporada, va a permitir recoger los datos de siguientes temporadas y estudiar la evolución de esta enfermedad en adultos y niños en esta Área de Salud.

C089.- IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO INDIVIDUALIZADOS.

CEBRIÁN CUENCA, ANA Mª; OROZCO BELTRÁN, DOMINGO; ÁLVAREZ GUISASOLA, FERNANDO; DE MIGUEL GÓMEZ, ALFONSO; ALCARAZ PÉREZ, ÁLVARO; COX CLARAMUNT, XAVIER.

Objetivos.

Las Guías de Práctica Clínica en diabetes recomiendan individualizar los objetivos de control glucémico (OCG). Recientemente se publicado un novedoso algoritmo que permite individualizar los OCG en relación a ocho parámetros referidos a características del paciente y sus comorbilidades (Cahn A, et al. Diabetes Care 2015;38:2293-300). El objetivo del presente estudio es investigar el porcentaje de pacientes en rango de control adecuado, comparando el objetivo general de hemoglobina glicada (HbA1c) <7% para todos los pacientes, frente al OCG individualizado según el nuevo algoritmo.

Métodos.

Se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes pertenecientes a los cupos de 40 médicos de familia en toda España y calculamos el OCG individualizado según Cahn basado en 8 variables: riesgo de hipoglucemia derivada del tratamiento; expectativa de vida; comorbilidades importantes; complicaciones micro y macrovasculares; deterioro cognitivo; motivación y adherencia; duración de la diabetes y recursos y apoyo del sistema.

Resultados.

Fueron incluidos 402 pacientes (edad 68,9 +11,3 años; mujeres 48,6%; duración de la diabetes <5 años, 24,5%; 5-20 años, 64.6%; >20 años, 10.9%; HbA1c 6,9+1,2%). Las variables que más modificaron el OCG fueron

las comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia derivado del tratamiento y los años de duración de la diabetes. Por contra, la expectativa de vida y la función cognitiva son las variables que menos modificaron el OCG. Aplicando el algoritmo de Cahn, un 53,9% de los pacientes mantienen un objetivo de HbA1c<7%, un 39,5% lo aumentan a 7-7,5% un 6,1% lo incrementan a 7,5-8% y finalmente un 0,6% lo sitúan a >8%. Cuando se aplicó en algoritmo de Cahn, un ligero mayor porcentaje de pacientes se consideraron bien controlados respecto a un objetivo general del 7% (60,5% vs 56,1% p=0,004). Según el cálculo de OCG individualizados, un 12.8% (23/246) de pacientes con HbA1c>=7% estaban bien controlados y un 2.6% (6/162) con HbA1c <7% no alcanzaban buen control.

Conclusiones.

La proporción de pacientes con buen grado de control glucémico mejora ligeramente cuando aplicamos criterios de control glucémico individualizado y obliga a reclasificar un 7.1% (29/408) de los pacientes. Sigue habiendo posibilidad de mejorar el control glucémico en una proporción importante de pacientes.

C090.- MORTALIDAD POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ESPAÑA 2005-2014. TENDENCIA, DIFERENCIAS AUTONÓMICAS Y FACTORES ASOCIADOS.

SANTO MANRESA, ÁNGELA; MEDINA TOVAR, BLANCA; PALAZÓN CABANES, BEGOÑA; MUÑOZ PÉREZ, ÁNGELES; GARCÍA MONREAL, PURIFICACIÓN; FERNÁNDEZ PARDO, JACINTO.

Objetivos.

Estudiar la evolución de las tasas de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes (TAMCI) durante el decenio 2005-2014 en España, así como las diferencias existentes entre las diversas comunidades autónomas (CCAA) y a que factores se asocian.

Métodos.

Estudio observacional-analítico retrospectivo a partir de los datos obtenidos de las aplicaciones de consulta interactiva del Instituto Nacional de Estadística y del Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS): Mortalidad por Causas de Muerte e Indicadores Clave del SNS (INCLASNS). La TMIQ se calcula como (a / b) * 100.000; donde a= Número defunciones por enfermedad isquémica del corazón (CIE-10 I20-I25) y b= Población en ese año. Para obviar diferencias entre poblaciones se realiza un ajuste por edad, utilizando como población estándar la población europea. Se estudian las diferencias observadas entre las diversas CCAA en el año 2014 (último con datos completos disponibles) y los factores asociados, mediante análisis de correlación bilateral.

Resultados.

En los últimos años, en el conjunto de España, las TAMCI han ido disminuyendo continua y progresivamente: desde 72,15 (102,89 para varones [V]; 47,87 para mujeres [M]) en el año 2005, hasta 43,80 (62,69 V; 28,16 M) en 2014. Sin embargo, se observan importantes diferencias entre las diversas CCAA. En 2014, las TAMCI más elevadas se registraron en Asturias 48,56 (73,75 V; 28,81 M), seguida de Canarias 45,38 (64,94 V; 28,25 M), Ceuta 44,22 (60,58 V; 27,45 M), Andalucía 43,8 (62,69 V; 28,16 M), Extremadura 43,25 (65,1 V; 24,25 M), Comunidad Valenciana 42,82 (63 V; 25,67 M) y Murcia 36,73 (53,38 V; 22 M). Por el contrario, las más bajas se registraron en País Vasco 27,55 (45,21 V; 13,7 M), seguida de Navarra 27,84 (40,92 V; 17,04 M), Cantabria 28,38 (44,49 V; 15,52 M), Madrid 28,47 (43,7 V; 17,19 M), Cataluña 30,33 (47,58 V; 16,91 M), Castilla-La Mancha 32,65 (48,07 V; 19,02 M), Galicia 32,67 (50,3 V; 18,39 M), Castilla y León 33,28 (52,01 V; 17,43 M), Aragón 34,76 (54,47 V; 18,01 M), La Rioja 34,88 (51,48 V; 20,41 M), Melilla 34,76 (65,22 V; 14,43 M) y Baleares 36,05 (53,72 V; 21,68 M). Tras realizar un análisis de correlación bilateral de las TAMCI frente a otros diversos parámetros e indicadores disponibles por CCAA, se encuentra asociación significativa negativa con el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita (r=-0,680 [p=0,003]), y positiva con la proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1ª etapa de educación secundaria o inferior (r=0,605 [p=0,010]) y con la tasa de personas con ingresos por debajo del umbral de pobreza (r=0,565 [p=0,018]).

Conclusiones.

Se observa una disminución continua y progresiva de las TAMCI en España, tanto en varones (donde son más altas) como en mujeres, durante el decenio estudiado. Existen importantes diferencias regionales, apreciándose una relación inversa con el PIB per cápita de cada CCAA.

C091.- INCIDENCIA DE GRIPE A EN EL HULAMM EN LA TEMPORADA 2016/2017.

JIMÉNEZ ANTÓN, MARIA DEL MAR; MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA; SUBIELA GARCÍA, JOSÉ ANTONIO; CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO; CÁMARA SIMÓN, MARGARITA.

Objetivos.

Analizar la incidencia de Gripe A que precisa ingreso hospitalario en el Área VIII.

Analizar las características de los pacientes ingresados por Gripe A en el HULAMM en esta temporada.

Obtener registros de incidencia de gripe A de esta temporada para comparar con las siguientes.

Métodos.

Estudio transversal observacional de casos de gripe A con ingreso hospitalario en el Área VIII de Salud.

Periodo de estudio: 1 diciembre (primer caso) a 13 de marzo (último caso) 2016/2017.

Muestra: Totalidad de casos.

Obtención de datos: La historia clínica en Selene y Agora, con registro en hoja de cálculo Excel.

Procesamiento de datos: Excel 2010.

Resultados.

La incidencia de Gripe A en el periodo fue de 94 pacientes, el 52% (n=49) eran mujeres y el 48% (n=45) eran hombres, con edades entre los 25 días y los 94 años. La media de edad exceptuando los menores de un año fue de 69 años, con una moda de 82 y mediana de 75 años. El 6,4% (n=6) eran niños de edad entre 25 días y 9 años. El 6,4% (n=6) precisaron ingreso en UCI. El 12% (n=12) procedían de residencias sociosanitarias. El 41% (n= 39) estaban vacunados frente a la gripe. Fallecieron el 4,2% (n=4) de los pacientes ingresados con Gripe A. NO hemos podido constatar mediante registro en historia clínica que los pacientes institucionalizados hubieran sido vacunados aunque desde las residencias aseguran que se vacuna a todos los pacientes. Las estancias generadas por gripe A hasta el día de hoy han sido 883 días (una paciente sigue ingresada en UCI), la estancia media ha sido de 9,4 días con 5 de moda y 7 de mediana. La estancia mínima ha sido 1 día y la máxima 90 (hasta el día 12 de mayo que sigue ingresada).

Conclusiones.

El porcentaje de pacientes vacunados que han necesitado ingreso por Gripe A ha sido muy alto.

En los pacientes institucionalizados no hemos podido obtener registro de su vacunación en Selene o Agora, aunque en la residencias aseguran que si estaban vacunados, por lo que la incidencia de Gripe A, en paciente vacunado y que precisa ingreso puede llegar al 50%.

La vacuna de la gripe de esta temporada no parece haber tenido la efectividad esperada, aunque como no disponemos de registro de años anteriores, será objeto de investigaciones futuras.

Estamos a la espera de la publicación de datos del observatorio nacional de gripe para poder compararlos.

C092.- ¿CUÁNTO IMPORTAN 5 MINUTOS?.

LISÓN ALMAGRO, ALONSO JOSÉ; LEÓN MUÑOZ, VICENTE JESÚS; LÓPEZ LÓPEZ, MIRIAN; IBAÑEZ GARCÍA, ISABEL.

Objetivos.

El objetivo principal del trabajo ha consistido en demostrar si existe diferencia y si ésta es significativa entre el tiempo que se prolonga la intervención en función del sistema de instrumentación empleado.

Métodos.

Hemos determinado, de forma retrospectiva, la duración de la intervención contabilizando desde el inicio de la incisión hasta el cierre de la herida quirúrgica (tiempo piel-piel) y contabilizando el tiempo que se prolonga la isquemia. La isquemia se ha realizado mediante un torniquete de exanguinación estéril que se ha aplicado antes de la incisión y retirado tras el vendaje de la extremidad en todos los pacientes.

Se ha empleado en todos los casos un implante cementado y sin sustitución patelar. Se han excluido del estudio los casos en los que se han realizado gestos diferentes a los estandarizados. Todas las cirugías han sido realizadas por dos cirujanos senior con amplia experiencia en la cirugía sustitutiva de rodilla y que se asisten el uno al otro. El equipo quirúrgico ha constado de los dos cirujanos mencionados y un/a enfermero/a instrumentista en campo. Una persona auxiliar ha realizado las funciones de circulante.

337 casos analizados. En 247 casos (73,3%) se ha empleado un sistema de bloques de corte personalizados (BCP) tras planificación sobre modelos virtuales en 3D obtenidos mediante tomografía computerizada y en 90 casos (26,7%) instrumentación convencional mecánica (IM) con alineación tibial intramedular. Edad, distribución de sexos, lateralidad y características antropométricas sin diferencias estadísticas entre grupos, lo que los hace comparables. Valores presentados en media y desviación estándar.

204 cirugías cirujano 1 (60,5%) y 133 cirugías cirujano 2 (39,5%). No se ha demostrado diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos de uno y otro cirujano ni con la IM, ni con los BCP, lo que valida el estudio comparativo entre instrumentales de los casos de ambos.

Resultados.

Tiempo piel-piel con IM: 85,28 ± 11,1 minutos. Tiempo de isquemia con IM: 95,61 ± 11,2 minutos. Tiempo piel-piel con BCP: 79,64 ± 12,2 minutos. Tiempo de isquemia con BCP: 89,64 ± 11,8 minutos. Tiempo piel-piel con IM cirujano 1: 82,89 ± 10,8 minutos. Tiempo de isquemia con IM cirujano 1: 93,16 ± 11,4 minutos. Tiempo piel-piel con BCP cirujano 1: 79,43 ± 11,4 minutos. Tiempo de isquemia con BCP cirujano 1: 89,3 ± 11 minutos. Tiempo piel-piel con IM cirujano 2: 85,92 ± 11,2 minutos. Tiempo de isquemia con IM cirujano 2: 96,27 ± 11,1 minutos. Tiempo piel-piel con BCP cirujano 2: 80,24 ± 14,3 minutos. Tiempo de isquemia con BCP cirujano 2: 90,65 ± 13,9 minutos.

Hemos obtenido una diferencia estadísticamente significativa (0,000) favorable al instrumental personalizado al comparar tanto el tiempo piel-piel como el tiempo de duración de la isquemia con un ahorro de tiempo inferior a los 6 minutos. No hemos obtenido diferencia entre los dos cirujanos al comparar sus tiempos con IM (piel-piel p 0,434 e isquemia p 0,333) y con BCP (piel-piel p 0,279 e isquemia p 0,438).

Conclusiones.

De forma coincidente con las publicaciones de Bali y Nunley, hemos obtenido una reducción de los tiempos significativa al emplear instrumental personalizado, pero ¿hasta qué punto tienen importancia 5 minutos en una cirugía que se prolonga hora y media?

C093.- DISEÑO DE UNA GUÍA DIGITAL DE ELIMINACIÓN DE VELLO EN PROCESOS QUIRÚRGICOS.

MARTÍNEZ LÓPEZ, Mª CRUZ; AUÑON VELENCOSO, Mª MAR; CORBALÁN ABRIL, Mª DOLORES; HERRERA FERNÁNDEZ, JOSÉ Mª; MARCO SALAR, ISABEL CRUZ; TORRANO MORENO, ÁNGELA.

Objetivos.

Objetivo general

Minimizar el riesgo de infección quirúrgica.

Objetivos específicos

1. Reducir la contaminación bacteriana de la piel.
2. Unificar criterios en la eliminación del vello en la zona de incisión quirúrgica.
3. Implicar a todos los profesionales relacionadas con la preparación del paciente quirúrgico

Métodos.

Este trabajo se enmarca siguiendo las recomendaciones de las cinco medidas preventivas adoptadas en el proyecto de Infección Quirúrgica Zero (PIQZero).

En 2016 se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar de dieciseis profesionales, que priorizan por consenso veinte actividades como prevención para las infecciones del lugar quirúrgico, destacando como segunda medida preventiva, las actuaciones en el preoperatorio incluyendo la eliminación correcta del vello corporal en la zona de incisión quirúrgica. Se realiza una revisión del procedimiento de enfermería, estableciendo las nuevas medidas y excepciones para la eliminación del vello en todos los procesos quirúrgicos, con el acuerdo del resto de especialidades quirúrgicas. Como herramienta metodológica de consulta rápida, se rediseña y actualiza una guía digital sobre la preparación y rasurado de la piel, cuyo acceso mediante intranet puede ser visualizado en todas las unidades quirúrgicas, y en proyecto al resto de unidades del hospital. La difusión del PIQZero y de todas estas medidas, se realiza mediante sesiones informativas con una secuencia temporal en todas las unidades quirúrgicas, incidiendo especialmente en la importancia de no eliminar el vello si no es estrictamente necesario.

Aunque las medidas adoptadas se llevarán a cabo en todos los procesos quirúrgicos, la evaluación de indicadores se realizará en las intervenciones de cirugía colorrectal y prótesis de rodilla y cadera. La evaluación de la efectividad de estas medidas se realiza mediante indicadores de resultado, en relación con la incidencia acumulada de infección de la incisión quirúrgica superficial. La fuente de datos se extrae del sistema de Vigilancia Epidemiológica de Medicina Preventiva del hospital.

Resultados.

En cirugía general y digestivo se reduce el acotamiento de zonas anatómicas para la eliminación de vello en un 25% en todos los procesos, y en la intervención de esófago un 50%.

El número de sesiones informativas a profesionales fue de 21 en total, correspondiendo a los servicios de anestesia, otorrinolaringología, comisión de cuidados, comisión de dirección, unidad funcional de seguridad del paciente, cirugía maxilofacial, quirófanos, unidades de hospitalización de cirugía general, urología, ginecología y traumatología.

La incidencia acumulada de infección de la incisión quirúrgica superficial durante el primer trimestre del año 2016 en cirugía colorrectal es el 25,6%; en prótesis de rodilla y cadera hubo un sólo caso de infección identificada, por lo que el resultado es el 1,6%.

Conclusiones.

1. La difusión y rápida accesibilidad de consulta mediante una guía digital, favorece la adhesión al cumplimiento de la normativa de retirada del vello corporal, lo que contribuirá a minimizar el riesgo de contaminación bacteriana en la piel, y por tanto a reducir la infección de la incisión superficial de la herida quirúrgica.

2. La difusión periódica de información a los profesionales sobre las medidas adoptadas en este proyecto, así como dar a conocer los efectos adversos si se produjeran, potencia la cultura de seguridad del paciente, favoreciendo la implicación de los profesionales en los procesos quirúrgicos.

C094.- HIPOTERMIA EN QUIRÓFANO. DETECCIÓN DE UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

BLAYA SOLANA, AIDA; GONZÁLEZ CELDRÁN, REBECA; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ASCENSIÓN; CAYUELA FUENTES, CATALINA; YEPES GARCÍA, MARIA TERESA; LÓPEZ LÓPEZ , CARMEN MARIA.

Objetivos.

General: Evaluar la incidencia de hipotermia en pacientes que han sido intervenidos.

Métodos.

En el marco del Proyecto Infección Quirúrgica Zero del Ministerio de Sanidad, se ha realizado un estudio retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas programadas de cáncer colo- rectal. Se decidió analizar este tipo de cirugía porque en todos los casos la duración de la intervención es mayor de 30 minutos y según todas las guías (nivel de evidencia I-II) sitúan a la normotermia entre las medidas de eficacia demostrada en la prevención de las infecciones de sitio quirúrgico y esta recomendación es particularmente clara en intervenciones de larga duración como las de colon y otros tipos de cirugía.

La variable analizada ha sido la temperatura central del paciente a su llegada a la Unidad de Reanimación. La temperatura se mide siempre en todos los pacientes que ingresan en esta Unidad, mediante un sensor de temperatura timpánica.

Los datos se han extraído de la hoja de registro de enfermería de la historia clínica.

Resultados.

De los 77 casos recogidos, solo 6 de ellos tuvieron una temperatura mayor de 36 grados centígrados, es decir, tan sólo un 7'8% de los pacientes mantuvieron la normotermia durante la cirugía. Y un 18% (14 casos) presentó una temperatura inferior a 34ºC.

Conclusiones.

La hipotermia aumenta la morbimortalidad del paciente (alteraciones cardíacas, depresión respiratoria, infecciones, aumento del sangrado, despertar anestésico prolongado…) y el coste sanitario. Nuestros datos son un claro reflejo de que la hipotermia es un problema real que sucede durante la cirugía.

Por tanto, detectada la oportunidad de mejora, es necesario establecer un protocolo de normotermia durante la cirugía que incluya la medición intraoperatoria de la temperatura central en todas las intervenciones con una duración mayor de 30 minutos, y las medidas necesarias (calentamiento activo intraoperatorio con manta de aire…) para minimizar el riesgo de hipotermia. Actualmente ya se está trabajando en ello.

C095.- IMPLEMENTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL QUIRÓFANO DE URGENCIAS DE MATERNAL..

SANCHEZ AGUERA, INMACULADA CONCEPCION; BALLESTEROS MESEGUER, CARMEN; MARTINEZ ROMAN, CONCEPCION.

Objetivos.

El listado de verificación quirúrgica es un instrumento que fue propuesto por la OMS (2008) con el objetivo de contribuir a minimizar los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. El uso de este instrumento ha demostrado una reducción en las complicaciones y una disminución de la mortalidad en pacientes que se someten a una intervención quirúrgica. Un objetivo de Unidad de Calidad Asistencial es implementar su uso en el 95% de las intervenciones quirúrgicas. Con el propósito de garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir una cultura que valore este objetivo, se ha elaborado un protocolo para informar, formar y supervisar a los profesionales sanitarios en el área quirúrgica.

El objetivo del estudio es implementar el uso del listado de verificación quirúrgica en el quirófano de urgencias de maternal y conocer las dificultades para su implementación.

Métodos.

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y analítico. Los datos fueron recogidos durante el periodo Abril-Junio de 2016, en el Hospital de tercer nivel objeto de estudio, en quirófano de obstetricia y ginecología. Incluyen 881 intervenciones quirúrgicas de las cuales 163 fueron programadas y 718 urgentes. El instrumento utilizado fue la medición de un indicador relativo al empleo de la lista de verificación quirúrgica. Los datos fueron recogidos de la base de datos informatizada del hospital (Selene). Previo a la medición de los datos se estableció un protocolo previo de implementación, consistente en: Información, Formación y Supervisión del cumplimiento del listado de verificación quirúrgica a los profesionales sanitarios implicados.

Resultados.

Los principales resultados muestran que la lista de verificación quirúrgica se realiza en el 97.5% de las intervenciones programadas (159) y en el 70.9% de las urgentes (509). Como principales dificultades de cumplimiento se ha observado la falta de tiempo, debido a la corta estancia del paciente en el quirófano.

Conclusiones.

El protocolo de información, formación y supervisión de la implementación del listado de verificación quirúrgica es efectivo para la cirugía programada, sin embargo, se observa una posibilidad de mejora en el caso de las intervenciones urgentes.

C096.- ¿HOY QUIÉN OPERA, EL CIRUJANO O EL INGENIERO?.

IBAÑEZ GARCÍA, ISABEL; LEÓN MUÑOZ, VICENTE JESÚS; LÓPEZ LÓPEZ, MIRIAN; LISÓN ALMAGRO, ALONSO JOSÉ.

Objetivos.

Cuando se emplean bloques de corte personalizados como instrumental para la cirugía sustitutiva de rodilla es fundamental que exista una mínima tasa de modificaciones en quirófano respecto a lo previamente planificado. Sistemas con 2,4 cambios por cirugía, como publica Stronach, son ineficientes. Con anterioridad al diseño de los bloques de corte, en la propuesta de planificación quirúrgica, los ingenieros tienen en cuenta las preferencias de cada cirujano, que determina para sus casos unos parámetros de corte básicos atendiendo al eje varo o valgo de la extremidad. Dichos parámetros presentan un margen de maniobra en el que el ingeniero puede moverse para buscar la óptima ubicación del implante atendiendo a las características de la particular anatomía ósea del paciente. Posteriormente, el cirujano puede realizar virtualmente la intervención modificando todo tipo de parámetros pre-establecidos, antes de validar definitivamente la planificación y pasar a la fase de producción de los bloques de corte.

El objetivo del trabajo ha sido el análisis cuantitativo y cualitativo del tipo de modificaciones realizadas por el cirujano antes de validar la planificación.

Métodos.

Hemos determinado retrospectivamente las modificaciones preoperatorias realizadas por un cirujano senior sobre los parámetros de corte básicos de sus propios casos, tras la planificación de la cirugía ofrecida por el ingeniero en 159 casos, de los más cerca de 300 realizados en la Unidad con esta tecnología.

Resultados.

Se producen cambios respecto a la planificación inicial en 142 casos (89,3%). El cambio más frecuente (95 casos, 66,9%) afecta a la pendiente tibial, que se ajusta a las características particulares de cada paciente y al concepto cinemático del modelo protésico a emplear. En 56 de estos 95 casos se incrementa la pendiente de 3º a 5º. Cambios en la rotación externa del componente femoral en 45 casos (31,7% de los cambios). Ello condiciona, además, los cambios que se producen en el nivel de corte posterior de los cóndilos. Cambio en el nivel de corte de la osteotomía tibial en 52 casos (36,6%). 8 cambios de talla tibial (5,6%) y 2 cambios de talla femoral (1,4%).

Conclusiones.

Se produce un número de modificaciones que confirma que el diseño de la cirugía es por parte del cirujano, no por parte del ingeniero. Existe una elevada personalización. En un escaso 10% los parámetros básicos que el cirujano determinó como estándar al definir sus preferencias son válidos para la cirugía.

C097.- GESTIÓN INTEGRAL DEL AISLAMIENTO DE PACIENTES POR CONTAGIO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DE ADULTOS.

MARTINEZ MILLAN, SILVIA; FERRER BAS, Mª PILAR; GARCIA CORBALAN, MARIA ISABEL; CARRILLO ORTEGA, JOAQUIN; JIMENEZ FERNANDEZ, ROSA Mª; MUÑOZ SARMIENTO, JOSEFA.

Objetivos.

Los aislamientos son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección, pacientes infectados o colonizados y el sujeto susceptible, otros pacientes, profesionales o familiares, con el fin de disminuir la posibilidad de trasmisión. El adecuado y correcto aislamiento de los pacientes diagnosticados, o con sospecha de diagnóstico de enfermedad contagiosa, resulta imprescindible en las unidades de hospitalización convencional, ya que repercute tanto a nivel clínico-asistencial como de gestión hospitalaria, incidiendo directamente en el desarrollo de la actividad asistencial, la gestión de recursos hospitalarios, el mantenimiento de la limpieza correcta a cada tipo de patógeno, y la limpieza terminal adecuada.

Los objetivos que nos planteamos para el diseño del manual, fueron prevenir la transmisión de patógenos de un paciente a otro y/o personal de contacto, sean profesionales o familiares, definir el procedimiento de actuación del personal de enfermería ante un paciente aislado, unificar la actuación de los profesionales que entran en contacto con pacientes infecto-contagiosos, y proporcionar herramientas para el cumplimiento de las normas internas del hospital.

Métodos.

Para cumplir estos objetivos, se realizaron diversas actividades. Se creó en la historia informatizada del paciente la petición denominada "aislamiento", a realizar por el facultativo, que incluye el tipo y el motivo del aislamiento, y donde quedará registrada para su visualización por el Servicio de Admisión que procederá a su gestión. Esto nos permitió decidir con antelación el orden del paciente por ejemplo en las programaciones quirúrgicas. También se registrará en el programa informático de Farmacia, en la prescripción electrónica, como parte del tratamiento. Además, se realizó un manual de aislamiento multidisciplinar, que unifica el procedimiento a seguir, e incluye cartelería con los algoritmos correspondientes a cada tipo de aislamiento, que fueron distribuidos por todas las unidades. Por último, se ha monitorizado el indicador: Correcto aislamiento de pacientes con patología infecto-contagiosa de contacto, respiratoria, por gotas o con necesidad de aislamiento protector, incluyendo subindicadores de estructura, proceso y resultado, con el objetivo a alcanzar del 100% de cumplimiento. Esta monitorización se ha sumado al cronograma de monitorizaciones del área, programándose cada 6 meses. Se han realizado hasta ahora 2 monitorizaciones, una en Noviembre de 2016 y otra en Mayo de 2017, realizando entre ellas, como actividad de mejora, la formación in situ a los profesionales de enfermería.

Resultados.

En la monitorización realizada en las unidades de hospitalización del H. General en Noviembre de 2016, se obtuvo un 20,7% de aislamientos realizados correctamente, y el 57,5% de los aislamientos tenían cumplimentada la petición electrónica de aislamiento por el facultativo. En la monitorización realizada en Mayo de 2017, el 40% de los aislamientos eran correctos, y tenían petición cumplimentada el 77%.

Conclusiones.

Con la creación del manual de aislamiento, sus algoritmos y los carteles identificativos de cada tipo de aislamiento, se ha conseguido definir y unificar el procedimiento de actuación de los profesionales que entran en contacto con pacientes infecto-contagiosos, y proporcionar herramientas para su cumplimiento. La mejora relativa de la última monitorización revela las principales causas de incumplimiento, y nos permite valorar las intervenciones necesarias para seguir mejorando.

C098.- ¿QUÉ GRADO DE INFORMACIÓN REAL DAN LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE INTERVENCIONES PROGRAMADAS EN CIRUGÍA GENERAL?.

PÉREZ GUARINOS, CARMEN VICTORIA; SORIA ALEDO, VÍCTOR; FLORES PASTOR, BENITO; JIMÉNEZ BALLESTER, MIGUEL ÁNGEL; GARCÍA MARÍN, JOSÉ ANDRÉS.; AGUAYO ALBASINI, JOSÉ LUIS.

Objetivos.

El consentimiento informado (CI) es una herramienta utilizada en el proceso de información a los pacientes que se someten a procedimientos invasivos. Nuestro objetivo es evaluar el grado de información proporcionado por documentos de CI en pacientes quirúrgicos programados en cirugía general.

Métodos.

Estudio prospectivo de una serie consecutiva de 67 pacientes, 14 hombres (23%) y 47 mujeres (77%), con edad media 56,3 años, programados para tres procedimientos frecuentes: cirugía tiroidea 12 casos (19,7%), cirugía colo-rectal 15 (24.6%), y colecistectomía 34 (55,7%). El ámbito del estudio ha sido un Hospital General Universitario situado en un núcleo urbano, y que atiende a una población de 250.000 habitantes. Método: El mismo día o el día previo a la intervención se valora el porcentaje de pacientes que han leído el CI y, en aquellos casos en que no se ha realizado, se concede un tiempo para su lectura (20 min). Posteriormente se constata el grado de conocimiento sobre la indicación (causa) de la cirugía, procedimiento quirúrgico, complicaciones y alternativas a la cirugía. La evaluación ha sido conducida por dos evaluadores entrenados en un estudio previo de concordancia de 15 casos.

Resultados.

De 61 pacientes existía lectura previa del CI en 12 pacientes (19,7%). No lo leyeron los 49 restantes (80,3%), aunque en 13 casos (31,7% de estos 49) había sido leído por familiares. Tras la lectura y evaluación según los indicadores creados, se recopilaron los siguientes datos sobre fallo en la información:

Indicación quirúrgica 2 (3.3%)

Procedimiento-conocimiento 17 (29.7%)

Procedimiento-detalles 7 (11.5%)

Información sobre complicaciones 7 (11.5%)

Detalle sobre complicaciones 33 (54%)

Información sobre alternativas 32 (52.55)

Conocimiento de alternativas 43 (70.5%)

Conclusiones.

Un alto porcentaje de los pacientes no leen el CI. Además, incluso tras su lectura se aprecia amplio desconocimiento del procedimiento, de las complicaciones en relación con la intervención y de las alternativas a la cirugía.

C099.- RESULATDOS DE LA ADECUACION DEL PROTOCOLO DE UN PREOPERATORIO EN UN HOSPITAL COMERCAL.

ALMELA SÁNCHEZ-LA FUENTE, JOSE MARÍA; LÒPEZ SANTIAGO, ASENSIO; RUBIO GIL , ESTHER; ARENAS DIAZ, CARLOS ALBERTO.

Objetivos.

Implantar y evaluar el impacto de un protocolo consensuado entre los servicios quirúrgicos y de anestesia para la solicitud de pruebas complementarias según la valoración del riesgo anestesico de los pacientes, puesto que la evidencia científica ha demostrado que la solicitud rutinaria deuna bateria de pruebas preoperatorias a todos los pacientes no aporta seguridad y es una fuente de iatrogenia .

Métodos.

Se convocó un grupo de trabajo con participación de todos los servicios quirurgicos y anestesia , realizándose una revisión bibliográfica y se propone la elaboración del Protocolo. Se establecieron criterios según el riesgo del paciente (criterios ASA) , edad y tipo de cirugía . Las pruebas incluidas en protocolo son hemograma , coagulación, electrocardiograma y radiografía de tórax.Se realizaron dos sesiones formativas y se distribuyó el protocolo.Posteriormente se evaluó el impacto en función del número de pruebas complementarias solicitadas antes y despues.

Resultados.

En el 2016 se intervinieron por CCI y CMA 2.676 pacientes y en 2015 2651 pacientes . En el periodo de enero a mayo antes de implantar el protocolo se solictaron a todos los pacientes una radiografía de tórax (1241), de junio a diciembre de 2016 a un 32% de los pacientes no se les realizó una radiografía de tórax.

Conclusiones.

Los exámenes preoperatorios que usan antes de los procedimientos quirúrgicos a menudo se realizan más por protocolo que por necesidad médica . Implantar un protocolo con finalidad de seleccionar la mejor opción de anestesia y orientar en el manejo según el riesgo permite adecuar la solictud de pruebas complentarias al riesgo del paciente , y ser mas eficientes .

C100.- ANÁLISIS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS MEDIANTE LA REVISIÓN DE RECONSULTAS..

PEÑALVER ESPINOSA, DIANA; COSTA MARTÍNEZ, BEATRIZ E; CUTILLAS PÉREZ, MARIA DEL MAR; ESCARBAJAL, MARIA DEL CARMEN; POVZON, PAVLO; RAMOS LÓPEZ, SARA.

Objetivos.

Analizar los informes de alta de los pacientes que vuelven a consultar en Urgencias en el plazo de 1 semana tras una atención inicial, en busca de posibles incidentes en la primera atención.

Métodos.

Se ha revisado la historia clínica de todos los pacientes que acudieron en febrero de 2017 a nuestro servicio de urgencia, y que volvieron a realizar al menos una visita en los siguientes 7 días. De ellos se han analizado 370 casos para conocer los motivos de la reconsulta, la evolución, la existencia de algún fallo en la primera atención y la presencia o no de incidentes de seguridad. La fuente de datos ha sido el informe de alta informatizado. Se han analizado por médicos del servicio de Urgencias.

Resultados.

De los 4355 pacientes atendidos se identificaron 367 que figuraban con reconsulta en 1 semana. De ellos, 61 casos fue por un motivo diferente al de la consulta inicial (16,7%). El resto, 305 (83,7%) lo hicieron por alguna causa relacionada con la primera visita. En estos últimos, 28 (9,2%) lo hicieron por cita fijada en la consulta inicial. Los 277 restantes lo hicieron por iniciativa propia.

Se han encontrado incidentes de seguridad en 23 casos, un 6,27% de las reconsultas (intervalo de confianza 3,8-9,4%).

Respecto a la repercusión ha tenido en el paciente, en un 33,3% habido daño físico que ha requerido tratamiento adicional y en el 52,4% ha necesitado pruebas adicionales para comprobar consecuencias. Los efectos que se han producido en el paciente han estado relacionados con efectos generales en el 61,9% de casos y la medicación en el 38,1%.El 3,3%) de los incidentes se han considerado evitables.

Conclusiones.

Se han evidenciado un 6,27% de incidentes en pacientes que reconsultan en el plazo de una semana en urgencias, de los cuales una tercera parte ha causado daño físico y algo más de la mitad ha necesitado pruebas adicionales.

COMUNICACIONES PÓSTER

P001.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON MARCAPASOS DESDE UN HOSPITAL COMARCAL.
NIETO TOLOSA, JOSÉ; LÓPEZ CUENCA, ANGEL ANTONIO; GONZÁLEZ CÁNOVAS, CRISTINA; GARCÍA ALMAGRO, FRANCISCO; CARNERO VARO, ANDRÉS; GARCÍA ALBEROLA, ARCADIO. **269**

P002.- MODELO TRIPLE META PARA EVALUACIÓN DE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO EN EL ÁREA III DEL SMS. **271**
AGUILAR DUARTE, KAREN LISSETTE; RODRÍGUEZ SOLER, ROSANA.

P003.- APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS.
HERNÁNDEZ FELICES, FRANCISCO JAVIER; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MÓNICA; PALAO RICO, MARÍA; MESEGUER FRUTOS, MARÍA DOLORES; ZUAZU JAUSORO, ISABEL; MARTÍNEZ MUÑOZ, VICTORIA. **273**

P004.- CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LOS INGRESOS A MEDICINA INTERNA DESDE.
VIDAL NAVARRO, PABLO; DE JESÚS PÉREZ, CANDELARIA; SÁNCHEZ MEJÍAS, ELISABETH; MARTÍNEZ LERMA, EDUARDO JOSÉ; HERNÁNDEZ JUAN JOSÉ, VIVES; GONZÁLEZ NAVARRO, MARÍA DULCE. **275**

P005.- SATISFACCIÓN LABORAL EN PERSONAL SANITARIO DE UCI POLIVALENTE. UTENSILIO IMPRESCINDIBLE PARA UNA ASISTENCIA DE CALIDAD. **277**
ABENZA HURTADO, JESUS DAVID; ABENZA HURTADO, JESUS DAVID; SAEZ PAREDES, PEDRO; GASPAR MARTINEZ, JOSE JAVIER.

P006.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN Y TRAMITACIÓN DE LOS REGISTROS DE IMPLANTES EN EL QUIRÓFANO.
BOLUDA JIMÉNEZ, JUANA; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, PILAR; CULIAÑEZ ALENDA, MÁXIMO; GARCÍA RUBIO, ANA MARÍA; SÁNCHEZ LÓPEZ, CAROLINA; ALACID HERNÁNDEZ, MARÍA ANTONIA. **278**

P007.- CONSULTAS EXTERNAS. TENGAMOS EN CUENTA LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE.
ESPAÑOL MORALES, IGNACIO; SANCHEZ MONTON, TRINITARIO; BERNAL BELIJAR, INES; MIRANDA ROLLON, MARIA; SEDES ROMERO, JOSE; CASTILLO MORENO, JUAN ANTONIO. **280**

P008.- PROTOCOLO NEUMONIA ZERO: INDICADOR DE CALIDAD EN UCI.
SAEZ PAREDES, PEDRO; ABENZA HURTADO, JESUS DAVID; GARCIA GIMENEZ, MARIA JOSE; SAEZ PAREDES, ALFONSO; GASPAR MARTINEZ, JOSE JAVIER. **281**

P009.- ADHERENCIA A LA FASE DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES INCLUIDOS EN REHABILITACIÓN CARDIACA?. **282**
BORDONADO MARTINEZ, Mª JOSE; GOMEZ VILLALBA, Mª JOSE; MARTINEZ GARCIA, ROSA Mª; RAMIREZ MENDEZ, LOURDES.

P010.- CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AL ALTA HOSPITALARIA. **283**
HERRERO PEREZ, ANDREA; NICOLAS ABELLAN, ALICIA; MARTINEZ GARCIA, ROSA Mª.

P011.- EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES ACOGIDA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN 10 AÑOS DE MEDICIÓN.
MUÑOZ PÉREZ, GLORIA; RODRIGUEZ MONDEJAR, JUAN JOSE; SÁEZ SOTO, ÁNGELES DEL ROSARIO; TERON MARTINEZ, Mª JOSE; INIESTA SANCHEZ, JAVIER; CORBALÁN DOLERA, CONCEPCIÓN. **284**

P012.- EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES NO COMUNICATIVOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA MEDIANTE UNA ESCALA CONDUCTUAL. **286**
GONZÁLEZ NAVARRO, ANA Mª; RUBIO LUJÁN, SONIA; MEDINA GARCIA, REMEDIOS.

P013.- ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE INDICADORES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
CABALLERO GUERRERO, BEATRIZ; TERON MARTÍNEZ, Mª JOSÉ; SAEZ SOTO, ÁNGELES DEL ROSARIO; INIESTA SÁNCHEZ, JAVIER; CULIAÑEZ ALENDA, MÁXIMO; RUIZ SÁNCHEZ, ALFONSO JOSÉ. **288**

P014.- EVALUACIÓN Y MEJORA DEL NIVEL DE ADHESIÓN AL LAVADO DE MANOS DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.
GOMEZ GONZALVEZ, GUADALUPE; HERNÁNDEZ MÉNDEZ, SOLANGER; CASANOVA NAVARRO, LAURA; CAYUELA HERNÁNDEZ, JUAN MIGUEL; CANO ROJO, JOSE ÁNGEL; MORENO CLEMENTE, NURIA. **290**

P015.- PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ACERCA DEL ESTILO DE LIDERAZGO QUE EJERCEN LOS SUPERVISORES EN UN ÁREA DE SALUD.
GUTIERREZ ARANDA, JUANA MARIA; TUDELA URREA, FRANCISCA; COLOMINA LOPEZ, JHANIRA; ROBLES BRABEZO, JOSE MANUEL; OLIVER LOZOYA, DAVID; JIMENEZ MURCIA, JESUS. **292**

P016.- EXANGUINOTRANSFUSIÓN: CALIDAD PARA EL NEONATO.
JIMENEZ MEORO, MERCEDES; FERNÁNDEZ MORALES, ISABEL MARIA; FUNES VERA, CONSUELO; HITA, ANA; FREIRE MOURON, Mª CARMEN; RODRIGUEZ VALIENTE, MONICA. **293**

P017.- OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN UCI: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.
SAEZ PAREDES, ALFONSO; MENENDEZ FUENTES, ISABEL; MENENDEZ FUENTES, MARIA JOSE; MENENDEZ FUENTES, ALEJANDRO; GARCIA GIMENEZ, MARIA JOSE; SAEZ PAREDES, PEDRO. **295**

P018.- TUTORES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, UNA PIEZA CLAVE EN LA FORMACIÓN FUTURA DE LOS ENFERMEROS. **296**
CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO; SUBIELA GARCIA, JOSE ANTONIO; MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA; MARTÍNEZ PARDO, ANTONIA.

P019.- MONITORIZACIÓN DEL PROGRAMA EPOC EN UN CUPO DE AP.
VIVANCOS UREÑA, PEDRO; FUENTES PARDO, MARÍA; CAMPOY SOTO, DANIEL; GARCIA GARCIA, MARIA. **298**

P020.- DISEÑO DE UNA GUÍA INFORMATIVA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN.
RUIPEREZ SEGURA, MARINA; RODRIGUEZ MURCIA, ANDRES; CABALLERO GUERRERO, BEATRIZ; GONZALEZ MARTINEZ, JOSE FULGENCIO; ABAD IZQUIERDO, SUSANA; LACAL MATEOS, JOSE. **299**

P021.- ANÁLISIS DE LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, 2016. **300**
LÓPEZ-PICAZO FERRER, JULIO JOSÉ; MORENO LÓPEZ, ANA BELÉN; MORENO MUÑOZ, MARIA CRUZ; NÚCLEO SEGURIDAD, ÁREA I - M. OESTE.

P022.- CALIDAD DE USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD.
PIÑANA LÓPEZ, ALFONSO; ALONSO GARCÍA, Mª CONCEPCIÓN; LUQUIN MARTINEZ, RAFAEL; MENDEZ DIAZ, CASIMIRA; CÁNOVAS INGLÉS, ANDRÉS; ALONSO SAENZ DE MIERA, Mª JOSE. **302**

P023.- ANÁLISIS DE CAUSAS Y PROPUESTA DE ACTIVIDADES PARA MEJORAR EL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA. HOSPITAL DE 3º NIVEL.
GARRIDO CORRO, BEATRIZ; MORENO LÓPEZ, ANA BELÉN; LÓPEZ-PICAZO FERRER, JULIO JOSÉ; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, MARIA JOSÉ; BRAÑA NOYA, RUFINA; GRUPO MEJORA, SPE. **303**

P024.- TRIAJE TELEFÓNICO DE TOXICIDADES INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA. **305**
TORNEL COSTA, CARMEN; PINA MINGORANCE, INMACULADA.

P025.- FATIGA POR ALARMA EN URGENCIAS.
MORALES VAZQUEZ, ESTELA; ALCARAZ MARTINEZ, JULIÁN; BOSQUE LORENTE, PILAR; MARTINEZ FERNANDEZ, ESPERANZA; SOTO CASTELLÓN, BELEN; GUZMAN, JOSE ALBERTO. **307**

P026.- PONGÁMONOS DE ACUERDO. CICLO DE MEJORA SOBRE LAS OPINIONES DE LOS TRABAJADORES RESPECTO A LAS VISITAS EN LA UCIP.
ROBLES MADRID, FRANCISCO JOSÉ; FRUTOS FLORES, MARÍA JOSÉ; LÓPEZ ZARAGOZA, MARÍA ISABEL; CLAVEL GARCÍA, CLEMENTINA; PEÑALVER MANZANO, ALBERTO; QUIÑONERO MÉNDEZ, FRANCISCO. **309**

P027.- BROTE POR ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UCI; ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INCIDENCIA Y MEDIDAS ADOPTADAS.
MARTÍNEZ ABRIL, JOSÉ EUGENIO; ALCARAZ ESCRIBANO, MARÍA LUZ; PELLICER ALCARAZ, MARÍA. **311**

P028.- SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.
UBEDA FERNÁNDEZ, MÓNICA; GARCIA LLAMAS, ANTONIO ALBERTO; GARCIA SANCHEZ, MARIA AMALIA; MARTINEZ SANCHEZ, MARIA ANGUSTIAS; MIRAS GONZALEZ, MARIA JOSE; HERNÁNDEZ MÉNDEZ, SOLANGER. **312**

P029.- SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN MEDICO QUIRÚRGICA.
ROBLES BRABEZO, JOSE MANUEL; CARRRASCO RUIZ, DAVID; SAURA LUCAS, SALVADOR ALFREDO; GARCIA LLAMAS, ANTONIO ALBERTO; JIMENEZ MURCIA, JESÚS; MARTINEZ GONZÁLEZ, MIGUEL ÁNGEL. **314**

P030.- PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.
VILANOVA BARCELÓ, MARÍA INÉS; RODRÍGUEZ QUIJANO, LORENA; SORIA CANDELA, PALOMA; GONZÁLEZ NAVARRO, MARÍA DULCE; VIVES HERNÁNDEZ, JUAN JOSÉ; MARTÍNEZ LERMA, EDUARDO. **315**

P031.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE GRUPOS DE INVESTIGACIÓN PARA RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN URGENCIAS.
RODRÍGUEZ QUIJANO, LORENA; VILANOVA BARCELÓ, MARÍA INÉS; SORIA CANDELA, PALOMA; GONZÁLEZ NAVARRO, MARÍA DULCE; MARTÍNEZ LERMA, EDUARDO; VIVES HERNÁNDEZ, JUAN JOSÉ. **317**

P032.- PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA.
CASTAÑER RAMÓN-LLÍN, CARLA; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ADORACIÓN; FURONES TORMO, BEATRIZ; ARAICO RODRÍGUEZ, FERNANDO; CÁRCELES BARÓN, Mª DOLORES; LÓPEZ LÓPEZ, RAQUEL. **319**

P033.- PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES SOBRE SU APRENDIZAJE EN GESTIÓN DE LA CALIDAD.
BOTELLA MARTINEZ, CARMEN; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LUIS ENRIQUE; SÁNCHEZ GALIÁN, MARIA JOSEFA; MONZÓ NÚÑEZ, ELISABETH; CUBILLANA HERRERO, JOSÉ DOMINGO. **321**

P034.- PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE DE UN HOSPITAL TERCIARIO: PROCESO DE ACTUALIZACIÓN TRAS CINCO AÑOS.
CUBILLANA HERRERO, JOSÉ DOMINGO; SÁNCHEZ GALIÁN, MARIA JOSEFA; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LUIS ENRIQUE; MONZÓ NÚÑEZ, ELISABETH; BOTELLA MARTÍNEZ, CARMEN. **323**

P035.- INCORPORACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE NEUMOLOGÍA Y ALERGOLOGÍA EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: NUESTRA EXPERIENCIA.
SOLER GALLEGO, PEDRO; CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; MARTÍNEZ GONZÁLVEZ, ANA BELÉN; ALMANCHEL RIVADENEYRA, MIGUEL; MARTÍNEZ GARCÍA, ANA MARIA. **324**

P036.- IMPLANTACION DE UN SERVICIO DE TRADUCCIÓN COMO MEJORA.
ALVAREZ DOMINGUEZ, GLORIA MARIA; HERRERO LOPEZ, ANICETO; MARTINEZ BLAYA, ENRIQUE. **326**

P037.- IMPLANTACIÓN DE SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN DEL ÁREA 2.
RUBIO NAVARRO, MARÍA JULIA; SELLÉS NOHALES, ÁNGELES; ALCÁNTARA ZAPATA, FRANCISCO J.; PELLICER ORENES, FRANCISCO; MIRANDA ROLLÓN, MARÍA; YAGÜE SÁNCHEZ, JOSE MIGUEL. **327**

P038.- CONTINUIDAD ASISTENCIAL INTERNIVELES: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.
BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA; NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; MANCEBO GONZALEZ, ALMUDENA; ALMANCHEL RIVADENEYRA, MIGUEL; TOMAS LUIZ, AINA; MENÉNDEZ NARANJO, LAURA. **328**

P039.- IMPLANTACIÓN DE AVISO DE CITA POR SMS A PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS: NUESTRA EXPERIENCIA.
GALIÁN CÁNOVAS, MARÍA JESÚS; BLÁZQUEZ PEDRERO, MAGINA; CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; MANCEBO GONZÁLEZ, ALMUDENA; TOMÁS LUIZ, AÍNA. **330**

P040.- ESTUDIO DEL GASTO ASOCIADO A LA INCOMPARECENCIA DE LOS PACIENTES TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL AVISO POR SMS DE LA CONSULTA.
NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; MARTÍNEZ GONZÁLVEZ, ANA BELÉN; MANCEBO GONZÁLEZ, ALMUDENA; TOMÁS LUIZ, AINA; GARCÍA GAMBÍN, FRANCISCO. **332**

P041.- AGILIZACIÓN DE CONSULTAS Y/O PRUEBAS REALIZADAS POR PARTE DEL HOSPITAL A PETICIÓN DE LA INSPECCIÓN MÉDICA.
CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; MARTÍNEZ GONZÁLVEZ, ANA BELÉN; GALIÁN CÁNOVAS, MARÍA JESÚS; BERNAL FERNÁNDEZ, TEODORA; TOMÁS GARCÍA, NURIA; ALMANCHEL RIVADENEYRA, MIGUEL. **334**

P042.- EVOLUCIÓN EN LA DETECCIÓN DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA.
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, IRIA; DE BÉJAR RIQUELME, NURIA; SORIA SOTO, MANUEL; MESTRE ALMARCHA, MARIA JOSÉ; HERNÁNDEZ HERRERO, CARMEN; LEON VILLAR, JOSEFA. **336**

P043.- GUIA DE ACTUACION CLINICA PARA EL DESARROLLO DE LA DESENSIBILIZACION A FARMACOS.
RAMIREZ HERNANDEZ, MERCEDES; CHICA MARCHAL, AM; MARTINEZ PENELLA, M; ALLEGUE GALLEGO, JM; RODRIGUEZ BRAUN, E; HUERTAS AMOROS, ANGEL JULIO. **338**

P044.- ENFERMEROS REFERENTES EN DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.
AVILÉS ARANDA, JOSE DOMINGO; HERNÁNDEZ FERRANDIZ, MARI CARMEN; MORENO PINA, JOSEFA PATRICIA; PALAZÓN CANDEL, NOELIA MARÍA; PEÑALVER HERNÁNDEZ, FELIX. **340**

P045.- MONITORIZACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO DE LA OMS EN UN ÁREA DE SALUD.
ROLDAN CHICANO, MARIA TERESA; MEROÑO RIVERA, MARIA DOLORES; RODRIGUEZ TELLO, JAVIER; YAGÜE SANCHEZ, JOSE MIGUEL; CONESA HERNANDEZ, DANIEL; SEOANE CEGARRA, LAURA. **341**

P046.- INCORPORACIÓN DE UN COORDINADOR EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS.
GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, MARIA CRISTINA; MUÑOZ GARCIA, IRIS; VINEY, ALICE CHARLOTTE; SANCHEZ CANOVAS, JUANA; FERNÁNDEZ-LOBATO, BARBARA; MARTINEZ PENELLA, MÓNICA. **343**

P047.- PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL APLICADO A UN PROYECTO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL.
TOLEDO GARCÍA, SARAH; SALCEDO CÁNOVAS, CÉSAR; CÁNOVAS SANCHÍS, SERGIO; HERNÁNDEZ PALAZÓN, DOLORES; MIRETE ALCÁZAR, MARIA DOLORES; GARCÍA JIMENEZ, CATALINA. **345**

P048.- EVALUACION DEL PROTOCOLO DE REGISTRO DEL DOLOR POSTQUIRURGICO.
LOPEZ ALCARAZ, FRANCISCO; CARPIO DE LA PEÑA, RICARDO; HERNANDEZ FERRANDIZ, Mª CARMEN; LEAL LLOPIS, JESUS. **347**

P049.- PROPUESTA DE UN MÓDELO DE SOLICITUD, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA PROGRAMAS QUIRÚRGICOS COMPLEMENTARIOS.
BLAZQUEZ PEDRERO, MAGINA; MARRAS FERNANDEZ CID, CARLOS; BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA; VILLAESCUSA PEDEMONTE, MARIANA; TOMAS GARCIA, NURIA; LUCAS GÓMEZ, JUAN MANUEL. **348**

P050.- SEDACIÓN EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS REALIZADAS EN UCI PEDIÁTRICA: ANÁLISIS DE COMPLICACIONES.
PEÑALVER MANZANO, ALBERTO; MONTOSA GARCIA, RAQUEL; MARIN YAGO, ANA; JURADO BELLON, JUAN; TUBILLA PRECIADO, DAVID; ROBLES MADRID, FRANCISCO JOSE. **350**

P051.- APORTACIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL A LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA.
MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, JUAN; VERA ESCOLAR, FLORA; SÁEZ MIRAVETE, SALVADORA; NAVARRO PÉREZ, ALMUDENA; GIL BROCEÑO, INÉS; NAVARRO MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR. **352**

P052.- GESTANTES TRAS UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA EN UNIDAD DE DIABETES GESTACIONAL.
GONZÁLEZ PINA, Mª DOLORES; GARCIA PLANES, MIGUEL ANGEL; PEREZ GALVEZ, DOLORES; GUARDIA BAENA, JUAN MANUEL; HERNANDEZ MARTINEZ, ANTONIO MIGUEL. **354**

P053.- PREVENCIÓN DE ERRORES DE ISOAPARIENCIA EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS FRACCIONADOS.
CONESA NICOLÁS, ELENA; FERNÁNDEZ-LOBATO, BÁRBARA; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, MARÍA CRISTINA; NUÑEZ BRACAMONTE, SARA; VINEY, ALICE CHARLOTTE; GARCÍA MÁRQUEZ, ANDRÉS. **356**

P054.- REDUCCIONES DE JORNADA. EVOLUCIÓN 2012-1016
PEREDA MAS, ARRTURO; MATEO PEREA, GINÉS; TORRANO GARCÍA, ROCÍO; PORTO GALLEGO, Mª TERESA. **358**

P055.- ACCIÓN FORMATIVA SOBRE REGISTRO DE DATOS EN OMI. TRASFERENCIA AL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.
PEREZ GALVEZ, DOLORES; BANACLOCHE CANO, CECILIA; BARCELO BARCELO, INMACULADA; BOTELLA MARTINEZ, CARMEN; MARTOS GARCIA, LUIS; FERNANDEZ ABELLAN, PABLO. **359**

P056.- PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DE MUESTRAS DE PACIENTES CON CARCINOMA PULMONAR EN EL ÁREA 2 DEL SMS
ORTIZ GONZÁLEZ, ANA; SOTO GARCÍA, SARA; MARTÍN RODRÍGUEZ, ANA LAURA; MORALES SUÁREZ, NURIA; SÁNCHEZ DE LAS MATAS GARRE, MARÍA JOSÉ; LÓPEZ PEÑA, CARMEN. **361**

P057.- SATISFACCIÓN LABORAL EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y LABORALE.
ABELLAN MOMPEAN, LAURA; RIOS RISQUEZ, Mª ISABEL; MARIN GUILLEN, CRISTINA; ABELLAN SOTO, SANDRA; MORALES DUSSAC, ANA; MORALES VAZQUEZ, ESTELA. **363**

P058.- EVALUACIÓN Y MEJORA DEL REENVASADO MANUAL DE MEDICAMENTOS ORALES EN UN SERVICIO DE FARMACIA.
SORIA SOTO, MANUEL; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, IRIA; DE BÉJAR RIQUELME, NURIA; GÓMEZ GIL, ALBERTO; LACÁRCEL RODRÍGUEZ, MARÍA PILAR; CAMPOY SORIA, MARÍA ANTONIA. **365**

P059.- EVALUACION DE LOS RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION EN EL LABORATORIO DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD EXTERNA.
RODRIGUEZ ROJAS, CARLOS; PEDREGOSA DIAZ, JOSE; GUTIERREZ GARCIA, IRENE; PEREZ CAÑADAS, PABLO; MARTINEZ INGLES, JOSE RAMON; ALBALADEJO OTON, MARIA DOLORES. **367**

P060.- INTOLERANCIA A LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO: PREVALENCIA Y COMPLICACIONES.
GASPAR MARTÍNEZ, JOSÉ JAVIER; ABENZA HURTADO, JESÚS DAVID; MONTOYA MUIÑA, RAQUEL; SÁEZ PAREDES, PEDRO. **369**

P061.- ACUERDOS DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.
SELLES NOHALES, ÁNGELES; ALCÁNTARA ZAPATA, F. J.; BERNAL BELIJAR, INÉS; RUBIO NAVARRO, JULIA; GALERA CUESTA, FRANCISCO JOSÉ; CASTILLO LÓPEZ, VICTORINO. **371**

P062.- ACCIONES DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. AREA 2. CARTAGENA.
CONESA HERNANDEZ, ANDRES; CRUZADO QUEVEDO, JESÚS ANGEL; BENÍTEZ NIEBLAS, ANDRÉS; MARTÍNEZ ANDREU, Mª CARMEN; MULERO MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR; AYALA SÁNCHEZ, NURIA ENCARNA. **373**

P063.- ACTUALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS E IDENTIFICACIÓN DE LOS DE ALTO RIESGO EN URGENCIAS.
DE BÉJAR RIQUELME, NURIA; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, IRIA; GARCÍA MOTOS, CONSUELO; GUZMÁN RODRÍGUEZ, JOSÉ ALBERTO; BLANCO NICOLÁS, JUAN ANTONIO; MOLINA VICTORIO, ELIO FRANCISCO. **375**

P064.- BUSCANDO LA EFECTIVIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO.
GIL LÓPEZ, JOSEFA; VALENZUELA ANGUITA, MARTINA; HERNÁNDEZ PÉREZ, ENCARNACIÓN; IBARRA CUENCA, JUANA; ESTEBAN LLORET, CRISTINA; MORENO REINA, SANDRA. **376**

P001.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON MARCAPASOS DESDE UN HOSPITAL COMARCAL..

NIETO TOLOSA, JOSÉ; LÓPEZ CUENCA, ANGEL ANTONIO; GONZÁLEZ CÁNOVAS, CRISTINA; GARCÍA ALMAGRO, FRANCISCO; CARNERO VARO, ANDRÉS; GARCÍA ABEROLA, ARCADIO.

Objetivos.

Evaluar los resultados de un programa de reciente implantación de seguimiento remoto de marcapasos en nuestra área de salud.

Métodos.

Fueron incluidos los pacientes del área con implante de marcapasos compatible con el sistema CareLink (Medtronic) en el hospital de referencia, tras una primera revisión en el mismo y ser registrados en el sistema CareLink. A partir de ese momento se programó la siguiente revisión en el hospital comarcal, donde se evaluó la información disponible "on line" obtenida de la interrogación de los dispositivos. Los pacientes fueron invitados a completar una encuesta que evaluaba su grado de satisfacción en relación con la revisión tradicional en el hospital de referencia (puntuación de 1 a 5, donde 1 era "muy mala" y 5 "muy buena"), se les preguntaba sobre los medios utilizados para acudir a la consulta (medio de transporte, necesidad de acompañante, …) y sobre el ahorro económico y en tiempo empleado respecto a las revisiones en el hospital de referencia. Por último se calculó el impacto ambiental evitado con el cálculo medio por paciente de los Kg de CO2 emitido por los medios de transporte utilizados por los pacientes (según los datos de la European Environment Agency (EEA)).

Resultados.

Desde Noviembre 2014 a Abril 2017 fueron incluidos 68 pacientes (44% mujeres). La mayoría eran jubilados (91%). El medio de transporte más utilizado fue el coche particular (72%), seguido de la ambulancia (22%). Precisaron de acompañante el 91% de los pacientes, que tuvieron que ausentarse de su puesto de trabajo en el 55% de los casos, lo que les suponía en el 34% de las ocasiones una afectación alta o muy alta. El tiempo medio que les supuso a los pacientes la visita al hospital fue de 1,3±0,8 horas. La revisión en el hospital comarcal supuso un ahorro de 72±12 km respecto a la consulta tradicional en el hospital de referencia. Ello supuso una reducción media de 10,5 Kg de CO2 por paciente. El 78% de los pacientes valoraron la revisión del marcapasos en su hospital comarcal como "muy buena" y el 22% restante como "buena". Se detectaron en 4 pacientes episodios de FA no conocidos, en 2 pacientes se detectó un nivel bajo de la batería, y en 1 caso se detectó un aumento de umbrales que obligó a consultas periódicas, sin necesidad de otras actuaciones. No hubo complicaciones en ningún caso.

Conclusiones.

El sistema de telemonitorización de los pacientes con marcapasos permite la realización de un seguimiento eficiente y seguro desde un hospital comarcal. Con ello se consigue una mayor implicación de los profesionales, una mejora en la atención a los pacientes y una reducción en los gastos y en la contaminación ambiental.

P002.- MODELO TRIPLE META PARA EVALUACIÓN DE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO EN EL ÁREA III DEL SMS.

AGUILAR DUARTE, KAREN LISSETTE; RODRÍGUEZ SOLER, ROSANA.

Objetivos.

1. Destacar el alza en el número de IVE.

2. Comparar los diferentes costes de los métodos LARC frente al IVE, para justificar la necesidad de mejorar la formación y concienciar a la población de su uso, para evitar embarazos no deseados.

3. Conocer la opinión de las usuarias que solicitan IVE.

Métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo analítico del número de IVE.

Se realiza una investigación para conocer los diferentes costes, tanto de los IVE, como de algunos de los métodos contraceptivos, con la posterior comparación.

Posteriormente se recogieron opiniones de las usuarias que realizan la solicitud de IVE.

Resultados.

Frecuencia de IVE: 2008: 244, 2009: 246, 2010: 361, 2011: 334, 2012: 323, 2013: 279, 2014: 341, 2015: 347 y 2016: 321.

Se intentó buscar las causas de los 347 IVE de 2015. Solo se logró obtener las causas de 37: 20 menores, 8 por anomalías fetales, 4 por decisión del comité, 3 se encontraban fuera de plazo y 2 fueron solicitados por salud mental materna. Se recurrió a la edad de las usuarias, encontrando 300 de las 347 fueron de usuarias adolescentes.

Cualquier método LARC es más económico que un IVE, incluso tras las primeras 14 semanas de gestación:

- Coste de los LARC: DIU de cobre (Ancora, 46,40€ y Effi T, 33,82€), DIU hormonal (Mirena, 165,11€ y Jaydess, 153,38€) e implante Implanon NXT (148,63€).
- Los precios de los abortos: farmacológico (Píldora RU-486): 490€; quirúrgico con anestesia local: 400€; quirúrgico con sedación: 600€.

El número de IVE se ha incrementado en los últimos años, llegando a ser considerado por una parte de la población como un método más de planificación familiar, cuando no lo es.

Desde la perspectiva de la paciente, se percibe dificultad para acudir a las consultas, sin conciliación laboral, con consultas que sufren de continuas suspensiones y no tienen el adecuado y oportuno asesoramiento para iniciar un método alternativo cuando se encuentran en esa situación.

Conclusiones.

Comparando los costes de la realización de abortos, con los métodos de larga duración, que son los que tienen más fácil adherencia, pese a no estar disponibles todos los métodos en el Área III, queda claro que debemos incrementar la difusión de dichos métodos contraceptivos.

Se trata de un problema de salud que nos vemos obligados a no ignorar, por lo que debemos innovar para mejorar la transmisión de la información a todo el personal de salud y a la población y así intentar disminuir la tasa de embarazos no deseados.

Esperamos poder comparar con las cifras de los próximos años para valorar si se consigue el objetivo, iniciando un ciclo de mejora.

Según opiniones aportadas por la población femenina que solicita un IVE por medio de trabajo social, se evidencia la indiferencia ante el problema, es decir, no se buscan métodos alternativos porque se tiene la interrupción del embarazo como una alternativa sin coste para la paciente.

La poca implicación y el poco asesoramiento buscado por parte de las pacientes, para poner medios cuando se encuentra en lista de espera, genera un incremento en los IVE.

La consejería en planificación familiar le compete a todo aquel personal de salud que tenga dominio del tema y contacto con pacientes en alto riesgo de gestación no deseada y más, si se trata de adolescentes.

P003.- APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES MÉDICOS.

HERNÁNDEZ FELICES, FRANCISCO JAVIER; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MÓNICA; PALAO RICO, MARÍA; MESEGUER FRUTOS, MARÍA DOLORES; ZUAZU JAUSORO, ISABEL; MARTÍNEZ MUÑOZ, VICTORIA.

Objetivos.

Analizar la aplicación del procedimiento elaborado por miembros de la Comisión de Trombosis, en relación con la prevención primaria de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) en pacientes médicos hospitalizados.

Métodos.

Tras difundir el procedimiento relativo a la prevención primaria de la ETEV y la incorporación de la escala de valoración del riesgo de ETEV (PADUA) y sangrado (IMPROVE), como formularios en la historia clínica electrónica "SELENE®", se realizó un muestreo aleatorio sistemático estratificado hasta

obtener un total de 60 historias clínicas de pacientes, mayores de 18 años, que en el momento de la evaluación llevaban más de 48 y menos de 72 horas ingresados en unidades médicas.

Se registró el sexo, edad, servicio al que estaba adscrito el paciente, si figuraba el peso y la evaluación del riesgo de ETEV y sangrado (de no figurar se pasaron las escalas), tipo de profilaxis prescrita y recomendada así como la concordancia entre ambas. Si la profilaxis prescrita era farmacológica, principio activo prescrito, posológica y correlación entre la pauta prescrita y la recomendada.

Resultados.

El total de hombres incluidos en el estudio fue 37 (62%) y el de mujeres 23 (38%). La media de edad fue de 69,43 años (66,78 la de los hombres y 73,7 la de las mujeres). La escala de valoración del riesgo de ETEV y la de sangrado, así como el registro del peso en la historia clínica, lo tenían 3 pacientes (5%). Pasadas las escalas a los 60 pacientes incluidos en el estudio, en 31(52%) había recomendación de profilaxis: En 28 (47%) la profilaxis recomendada era farmacológica, prescribiéndose ésta a 21 de los pacientes, en los otros 7 no figuraba prescripción.

En 3 (5%) la profilaxis recomendada era mecánica. En este caso a 1 paciente se le prescribió farmacológica y a los otros 2 no se les prescribió profilaxis.

En los 29 pacientes (48%) sin recomendación de profilaxis, a 16 se les prescribió farmacológica y en los otros 13 casos no se hizo prescripción.

Hubo concordancia entre profilaxis prescrita y recomendada en 34 de los 60 pacientes (56,7%).

A los 38 pacientes que se les prescribió profilaxis farmacológica, en 29 (76%) fue Enoxaparina, en 7 (19%) la Bemiparina y en 2 (5%) Fondaparinux.

En los pacientes en que estaba recomendada la profilaxis farmacológica y así se hizo (21), existió correlación entre la pauta prescrita y la recomendada en 19 casos (90,48%), en los otros 2 (9,52%) la dosis prescritas fue inferior a la recomendada.

Conclusiones.

A pesar del interés de la Comisión de Trombosis por implantar un procedimiento de prevención primaria de la ETEV en pacientes médicos hospitalizados, los resultados obtenidos tras la difusión del procedimiento no

son buenos, como se desprende de la infrautilización de las escalas para medir el riesgo y de la moderada concordancia entre el tratamiento prescrito y el recomendado. También destaca la sobreprescripción de profilaxis farmacológica en pacientes que no la tienen recomendada. Por lo que se prevé continuar con su difusión y realizar nueva reevaluación.

P004.- CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN LOS INGRESOS A MEDICINA INTERNA DESDE.

VIDAL NAVARRO, PABLO; DE JESÚS PÉREZ, CANDELARIA; SÁNCHEZ MEJÍAS, ELISABETH; MARTÍNEZ LERMA, EDUARDO JOSÉ; HERNÁNDEZ JUAN JOSÉ, VIVES; GONZALEZ NAVARRO, MARIA DULCE.

Objetivos.

El objetivo principal del estudio es valorar el grado de cumplimiento de los criterios científico-técnicos del ciclo de mejora de la calidad sobre la profilaxis primaria de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) primaria implementado en 2017 en un servicio de urgencias hospitalario, compararlo con el que se instauró en 2014-2015, e identificar las oportunidades de mejora de los criterios.

Los objetivos secundarios del estudio son evaluar la profilaxis farmacológica de la ETEV en los pacientes que se ingresan desde el servicio de urgencias al servicio de medicina interna, compararlo con la medición realizada en 2014-2015, analizar el riesgo de sangrado y el riesgo de enfermermedad tromboembólica en los pacientes ingresados a medicina interna.

Métodos.

Se trata de un estudio prospectivo. Se realizó una revisión por pares a pie de cama de la historia clínica completa (papel e informatizada) de los ingresos realizados desde el servicio de urgencias hospitalario (SUH) al servicio de medicina interna (SIM). La evaluación inicial se realizó en la primera quincena de marzo de 2017 (30 casos) y la segunda evaluación durante la primera quincena de abril (15 casos). El riesgo de sufrir enfermedad tromboembólica en los pacientes que se ingresaban se estimó con la escala de Padua y el riesgo de sufrir una complicación hemorrágica se valoró con la escala de Improve. Los criterios de exclusión utilizados en la selección de los casos para la evaluación incial y secundaria fueron: pacientes con hipersensibilidad y efectos adversos graves a la heparina de bajo peso molecular (HPBM), pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), los pacientes ingresados por los investigadores, los pacientes diagnosticados y/o en tratamientos por enfermedad tromboembólica venosa, los pacientes anticoagulados y los menores de 18 años. Los criterios científico-técnicos utilizados fueron: criterio 1, que se reflejara en la historia la evaluación del riesgo de ETEV-Padua, criterio 2, que constara en la historia la evaluación del riesgo de sangrado-Improve, criterio 3, prescripción de tratamiento profiláctico farmacológico correcto (los pacientes con Padua mayor o igual a 4 y menor de 7 precisan HBPM), criterio 4, prescripción de tratamiento profiláctico no farmacológico adecuado (hidratación adecuada y movilización precoz), criterio 5, constancia en la historia clínica de la variable peso. Las medidas correctores que se diseñaron fueron: sesión clínica informativa multidisciplinar, difusión de la herramienta del programa informatizado de urgencias para la atención a nuestros pacientes que sirve para la evaluación del riesgo de ETEV y sangrado, además de sugerencia sobre la prescripción de las medidas profilácticas, difusión de la sesión clínica, escalas y hoja de

recomendaciones por correo electrónico al personal de enfermería y facultativos de urgencias.

Resultados.

El porcentaje de cumplimentación de los criterios científico técnicos en la evaluación inicial de 2017 ha sido escasamente mejor a la fase de evaluación inicial del ciclo de mejora iniciado en 2014-2015, a continuación se detallan en primer lugar el porcentaje de cumplimiento para cada criterio en la evaluación inicial de 2014-2015 y en segundo lugar los resultados de la evaluación inicial de 2017: crit

Conclusiones.

Antes de finalizar el ciclo de mejora y pasar al proceso de monitorización, se debe retomar el ciclo e instaurar nuevas medidas de mejora más eficaces dirigidas a todos los criterios científicos técnico

P005.- SATISFACCIÓN LABORAL EN PERSONAL SANITARIO DE UCI POLIVALENTE. UTENSILIO IMPRESCINDIBLE PARA UNA ASISTENCIA DE CALIDAD.

ABENZA HURTADO, JESUS DAVID; ABENZA HURTADO, JESUS DAVID; SAEZ PAREDES, PEDRO; GASPAR MARTINEZ, JOSE JAVIER.

Objetivos.

Identificar nivel de satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de una UCI polivalente.

Mostrar categoría sanitaria más afectada laboralmente.

Métodos.

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal. Hemos contado con una muestra de 80 sujetos de UCI, mediante muestreo no probabilístico consecutivo, los cuales cumplen criterios de inclusión. El periodo de estudio comprende de 10 octubre al 15 noviembre de 2016. Se ha aplicado el Cuestionario de Satisfacción Laboral desarrollado por Warr, Cook y Wall, que identifica satisfacción laboral intrínseca, extrínseca y total. Los resultados se expresan como media±desviación estándar. Los datos van a ser analizados por medio de la aplicación SPSS 20.0.

Resultados.

Tras la intervención, observamos como el personal enfermero presenta unos valores de 24±6, 25±6 y 49±6 en satisfacción intrínseca, extrínseca y total respectivamente. El personal auxiliar de enfermería refleja unos indicadores de 26±7, 28±7 y 54±14 para satisfacción intrínseca, extrínseca y total. El personal médico muestra un 34±11 intrínseca, 37±10 extrínseca y 71±19 total. Se han relacionado las variables por medio de análisis de Bonferroni, encontrándose relación de significancia en satisfacción intrínseca entre médicos-enfermeros ($p<0,004$) y médicos-auxiliares ($p<0,006$), en extrínseca entre médicos-enfermeros y médicos-auxiliares ($p<0,001$) y en total entre médicos-enfermeros ($p<0,001$).

Conclusiones.

Los resultados obtenidos, ponen de manifiesto que el personal enfermero presenta más insatisfacción laboral en aspectos de reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción y contenido de la tarea (intrínsecos), horario, remuneración y condiciones físicas del trabajo (extrínsecas). Siendo el personal más satisfecho los profesiones médicos.

P006.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACIÓN Y TRAMITACIÓN DE LOS REGISTROS DE IMPLANTES EN EL QUIRÓFANO.

BOLUDA JIMÉNEZ, JUANA; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, PILAR; CULIAÑEZ ALENDA, MÁXIMO; GARCÍA RUBIO, ANA MARÍA; SÁNCHEZ LÓPEZ, CAROLINA; ALACID HERNÁNDEZ, MARIA ANTONIA.

Objetivos.

Objetivo general:

- Mejorar la cumplimentación correcta del registro de implantes protésicos de los pacientes a los que se les ha implantado una prótesis en el hospital.

Objetivos específicos:

- Favorecer el seguimiento de la trazabilidad de los implantes.
- Facilitar la gestión de los depósitos de implantes en el centro asistencial

Métodos.

Se ha realizado un estudio cuasi experimental antes-después. La fuente de datos utilizada ha sido "Selene", siendo las unidades de estudio los pacientes intervenidos quirúrgicamente a los que se les ha implantado una prótesis en el área quirúrgica del hospital.

El tamaño de la fue de 60 casos para ambas evaluaciones, recogidos en el mes de marzo de 2015 la primera evaluación y en el mes de junio de 2015 la segunda evaluación. El método de muestreo fue a conveniencia, y el mecanismo de sustitución fue el inmediatamente posterior.

La detección de este problema se nos presenta como una oportunidad de mejora y nos dispusimos a realizar todos los pasos para un ciclo de mejora. Para ello analizamos las causas, elaborando el diagrama de Ishikawa, y diseñamos seis criterios para evaluar la calidad:

1.- El documento de implante de prótesis estará cumplimentado en todos los pacientes a los que se les ha puesto un implante quirúrgico.

2.- El documento de implante de prótesis estará depositado en el lugar asignado para ello.

3.- En todo documento de implante aparecerá el número de historia clínica (NHC) del paciente.

4.- En todo documento de implante aparecerá el nombre y firma del médico que ha realizado el implante, o de la persona en quien delegue.

5.- En todo documento de implante aparecerá el nombre del proveedor.

6.- En el documento de implante de prótesis estarán recogidas todas las referencias de los implantes protésicos puestos al paciente.

Resultados.

El porcentaje medio de cumplimiento de dichos criterios fue del 83.5% en la primera evaluación, siendo en la segunda evaluación la media de cumplimiento de criterios fue del 97.75%, obteniéndose una mejora significativa.

De los seis criterios elaborados, el criterio 4 es el que más ha mejorado y el criterio 5 es el que aún queda margen de mejora.

Conclusiones.

Después de la realización del ciclo de mejora aplicada a la cumplimentación y tramitación de los documentos de implantes protésicos en el quirófano, hemos conseguido: la mejora del nivel de cumplimentación de los registros de implante protésicos, se ha facilitado la gestión de los depósitos de implantes en el centro asistencial y se ha facilitado el seguimiento de la trazabilidad.

P007.- CONSULTAS EXTERNAS. TENGAMOS EN CUENTA LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE..

ESPAÑOL MORALES, IGNACIO; SANCHEZ MONTON, TRINITARIO; BERNAL BELIJAR, INES; MIRANDA ROLLON, MARIA; SEDES ROMERO, JOSE; CASTILLO MORENO, JUAN ANTONIO.

Objetivos.

Entregar la receta correspondiente cuando al paciente se le prescriba un medicamento en la visita a Consultas Externas

Métodos.

las encuestas de calidad percibida de la SGCalidad asitencial, indicaban de forma consitente, que existía una oportunidad de mejora en la entrega de recetas a los pacientes en el area de Consultas externas.

El equipo directivo, con el director medido al frente del proyecto,constituyo un grupo de mejora para abordar el tema de las consultas externas, en general y el de la prescripción en particular: Se midieron diferentes inidcadores , se analizo el problema y se pusieron en marcha medidas correctoras: Charla informativa por el Servicio de Farmacia, informando de la prescripción electrónica en todos los Servicios.

Configuración de impresoras y facilitación del papel de recetas a los facultativos.

Inclusión en los cuadros de mandos mensuales a los Servicios, del número de recetas que prescriben y la comparativa con el mismo período del año anterior.

Exposición del cierre del contrato de Gestión 2015 con datos comparativos sobre prescripción de recetas por parte de los diferentes Servicios y propuesta de objetivos en contrato 2016.

Carta del Director Médico nominativa a todos los facultativos, pidiendo colaboración en este tema y exponiendo la obligatoriedad de cumplimentar la receta en el acto médico.

Resultados.

De enero a octubre de 2015 se prescribieron 86.916 recetas. En el mismo período del presente año se han prescrito 103.775 recetas, por lo que ha habido un incremento de 16.859 prescripciones que suponen un 19,4% más que en el mismo período del año anterior

Conclusiones.

1.-Las Encuestas de satisfacción son una importante fuente de oportunidades de mejora.

2.- El trabajo en equipo y Las medidas correctoras consensuadas multidisciplinares ayudan a mejorar los problemas.

P008.- PROTOCOLO NEUMONIA ZERO: INDICADOR DE CALIDAD EN UCI.

SAEZ PAREDES, PEDRO; ABENZA HURTADO, JESUS DAVID; GARCIA GIMENEZ, MARIA JOSE; SAEZ PAREDES, ALFONSO; GASPAR MARTINEZ, JOSE JAVIER.

Objetivos.

Mostrar la eficacia del protocolo de neumonía zero y analizar la progresión de los casos de neumonía asociada a ventilación mecánica.

Métodos.

Se ha realizado un estudio descriptivo de todos los pacientes ingresados en la UCI de un hospital universitario de Murcia, con intubación endotraqueal. Los criterios de inclusión son los pacientes con intubación endotraquel de más de 24 horas, excluyendo los pacientes que no cumplían este criterio. El estudio comprende los años del 2009 a 2016, siendo desde el 2010 cuando se le aplicó las medidas comprendidas en el protocolo de neumonía zero. La finalidad del estudio es mostrar la evolución que ha reflejado la tasa de neumonías asociada a este tipo de paciente. Las variables se muestran como tasa de neumonía por mil días de ventilación mecánica.

Resultados.

La tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica en el año previo de la implantación del protocolo neumonía zero es de 20,9 en el año 2009 en dicho centro, siendo mayor a la tasa de nuestra región (19,9) y muy superiores a las de España (9,56). La evolución durante la implantación de dicho protocolo en nuestro centro, Murcia y España en 2010 (8,73; 13,2; 8,59), 2011 (11,52; 7,88; 7,7), 2012 (11,89; 6,15; 5,66), 2013 (7,18; 5,55, 4,97), 2014 (10,03; 5,34; 4,99), 2015 (7; 5,38; 4,32), 2016 (8,50; 5,18; 4,66).

Conclusiones.

La implantación del protocolo ha manifestado su eficacia, aunque la media de casos en nuestro centro sigue siendo mayor que la regional y nacional.

P009.- ADHERENCIA A LA FASE DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES INCLUIDOS EN REHABILITACIÓN CARDIACA?.

BORDONADO MARTINEZ, Mª JOSE; GOMEZ VILLALBA, Mª JOSE; MARTINEZ GARCIA, ROSA Mª; RAMIREZ MENDEZ, LOURDES.

Objetivos.

Analizar el programa de Rehabilitación cardiaca en nuestro hospital.

Evaluar la continuidad de cuidados y conocimientos adquiridos por los pacientes durante el programa.

Métodos.

Estudio descriptivo, observacional de 60 pacientes incluidos en el programa de Rehabilitación cardiaca durante el año 2016.

De ellos 51 eran hombres con edad media 56,4 años y 9 mujeres con edad media 57,2.

Se realizó un cuestionario telefónico , tipo check list para verificar el grado de cumplimiento de los conocimientos adquiridos.

Se valoran los siguientes ítems:

adherencia a la medicación, continuidad de ejercicio físico, autocontrol de la Frecuencia cardiaca y cumplimiento dietético

Resultados.

Durante este año 2016, hemos incluido 60 pacientes, de los cuales, el 85 % presentan continuidad en la fase de mantenimiento así como los cambios de vida introducidos en dicha fase.

Adherencia a la medicación: el 80% de los hombres y el 100% de las mujeres, presentan buena adherencia.

Continuidad del ejercicio Físico: el 85% de los hombres y el 90% de las mujeres practican regularmente algún tipo de ejercicio.

Autocontrol de la FC: el 100% de los pacientes a estudio se miden la FC cuando realizan ejercicio, el 85% mediante el pulsímetro y un 15% de forma manual.

Cumplimiento dietético: el 75% de los varones y un 90% de las mujeres mantienen las pautas alimenticias adquiridas durante el programa.

Conclusiones.

El programa de Rehabilitación Cardiaca mejora la calidad de vida de los pacientes, así como el mantenimiento de sus cuidados.

P010.- CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AL ALTA HOSPITALARIA.

HERRERO PEREZ, ANDREA; NICOLAS ABELLAN, ALICIA; MARTINEZ GARCIA, ROSA Mª.

Objetivos.

Comprobar el nivel de conocimientos que poseen los pacientes con cardiopatía isquémica respecto a los factores de riesgo coronario y hábitos de vida cardiosaludables al alta hospitalaria.

Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo a un grupo de 30 pacientes ingresados por cardiopatía isquémica con la finalidad de recoger los conocimientos de estos pacientes sobre los factores de riesgo cardiovascular y hábitos de vida saludables.

Se utilizó un cuestionario auto elaborado y los datos fueron recogidos y analizados por el personal de Enfermería.

Resultados.

El 65,5% fueron hombres y el 34,5% fueron mujeres. La franja de edad mas prevalente fue la de 50-65 años con el 58,6%.

Los datos más relevantes obtenidos en la encuesta son los siguientes: el 24,1% no sabían el nombre de su enfermedad, y de los que lo contestan sólo el 3,44% sabe en qué consiste. El 58,6% no saben cuál es el ejercicio más adecuado de acuerdo con su patología ni saben con qué frecuencia practicarlo. El 82,8 % saben enumerar los alimentos que componen la dieta mediterránea y sólo el 31,4% conocen la cafinitrina sublingual y cómo se utiliza.

Respecto a la información que poseían al alta se les preguntaba si era suficiente o debería ser mayor, sorprendentemente la mayoría creía tener suficiente información.

Conclusiones.

Como conclusión destacamos la necesidad de ampliar y mejorar los conocimientos de los pacientes al alta hospitalaria relativos tanto a su enfermedad, como a la prevención de riesgos cardiovasculares para aumentar así, su calidad de vida y disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad por esta causa.

P011.- EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES ACOGIDA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN 10 AÑOS DE MEDICIÓN.

MUÑOZ PÉREZ, GLORIA; RODRIGUEZ MONDEJAR, JUAN JOSE; SÁEZ SOTO, ÁNGELES DEL ROSARIO; TERON MARTINEZ, Mª JOSE; INIESTA SANCHEZ, JAVIER; CORBALÁN DOLREZ, CONCEPCIÓN.

Objetivos.

La interacción entre enfermero, paciente y familia que se establece en el proceso de acogida garantiza el desarrollo de la relación de confianza facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el entorno hospitalario. Como en la mayoría de los hospitales, en nuestro centro, el procedimiento de la acogida de un paciente en una unidad hospitalaria lleva asociado el de Valoración de Enfermería.

Objetivo Principal: Analizar la evolución de los resultados obtenidos en los indicadores Acogida y valoración de Enfermería desde que se está monitorizando la Calidad de los cuidados de enfermería

Objetivos secundarios

- Describir la mejora conseguida en ambos indicadores de calidad,valorando si nos mantenemos en unos estándares preestablecidos de calidad.
- Identificar las acciones de mejora llevadas a cabo para conseguir mejorar estos indicadores.

Métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo sobre los resultados obtenidos en la monitorización de los indicadores Acogida y valoración de enfermería, desde el año 2006 hasta el 2016.

Se ha optado por un método de monitorización en el que se realizan estimaciones sistemáticas del nivel de cumplimiento del indicador y los resultados se comparan con niveles de cumplimiento de referencia o con estándares prefijados.

Los datos se recogieron a partir de la historia clínica del paciente ingresado, en una primera etapa en formato papel y posteriormente utilizando la herramienta SELENE.

Para describir las acciones de mejora se analizaron las memorias de calidad de cada año, así como las memorias de las unidades hospitalarias elaboradas desde el 2009, identificando cuales fueron las medidas que se han ido adoptando para mejorar los resultados año tras año.

Resultados.

En el indicador "Valoración de enfermería al ingreso", el resultado mínimo fue de un 43% y corresponde al primer año, el máximo del 95% se alcanzó en el año 2016. El promedio de este indicador es de 78%.

En cuanto al indicador de "Acogida del paciente", los resultados oscilan entre el 29% del primer año de medición y al 96% del último año con un promedio del 66%.

Como propuestas de mejora destacamos el rediseño del procedimiento de la acogida del paciente en una unidad de hospitalización y la guía de información al usuario que se elaboró el primer año de medición. En los años sucesivos se desarrollaron varios cursos de metodología enfermera y dos ediciones de un curso online sobre Valoración de Enfermería. También se hicieron carteles y se realizaron talleres sobre el registro en los formularios correspondiente de Selene en todas las unidades. Hasta la fecha del estudio un total de 188 enfermeros han asistido a alguna actividad formativa relacionada con la Valoración de Enfermería.

Se hizo un póster muy visual en el que se reflejaba como cumplimentar todos los indicadores de calidad que se monitorizan.

Conclusiones.

El indicador Valoración de Enfermería superó el estándar marcado por el SMS tras 5 años de medición de estos indicadores y se mantiene hasta el último evaluado.

2. El indicador Acogida de un paciente en una unidad de hospitalización superó el estándar marcado por el SMS tras 8 años de medición de estos indicadores manteniéndose en la actualidad.

3. Las medidas correctoras abordadas para mejorar los resultados en ambos indicadores han resultado ser eficaces para la consecución de los objetivos.

4. Los profesionales tienen interiorizados estos procedimientos como garantía de la calidad de los cuidados que prestan a sus pacientes.

P012.- EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES NO COMUNICATIVOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA MEDIANTE UNA ESCALA CONDUCTUAL.

GONZÁLEZ NAVARRO, ANA Mª; RUBIO LUJÁN, SONIA; MEDINA GARCIA, REMEDIOS..

Objetivos.

GENERAL: Evaluar el nivel del dolor en pacientes NC sometidos a VM en los servicios de Reanimación y UCI.ESPECÍFICOS: Seleccionar una escala que permita evaluar el nivel de dolor en pacientes NC. Implantar una escala de valoración del dolor en pacientes NC en los servicios de Reanimación y UCI. Realizar una prueba piloto de detección del nivel de dolor en los pacientes NC en el servicio de UCI.

Métodos.

Se ha realizado un trabajo en tres fases: IF: Búsqueda de escalas de valoración del dolor en pacientes NC con VM mediante una revisión bibliografíca en bases de datos, palabras clave: Sedation, scales, analgesia, "critical patient", "mechanical ventilation", noncommunicative, pain. IIF: Implantación de la escala en los servicios de Reanimación y UCI. Se realiza una reunión con el personal de los servicios con el fin de explicar el uso de la escala y su utilización, además se estableció por consenso un protocolo de valoración y registro del dolor. Ill F: Pilotaje de la valoración: Se realiza una evaluación, con el fin de identificar todas las áreas de mejora del proceso de implantación y a la vez tener un punto de partida de la situación del dolor de los pacientes ingresados en UCI.

Resultados.

Fase I: se encontraron varias escalas que cumplían con el objetivo de valorar el dolor en pacientes NC con VM, se consensua optar por la Escala BPS debido a que es la que mejor se adapta al marco organizacional del servicio de Reanimación y UCI. Fase II: Se establece un protocolo de valoración del dolor y se incorpora a la historia clínica electrónica del paciente la escala BPS de valoración del dolor para su registro informatizado. Fase III: Se incluyeron en el estudio 5 pacientes, en la realización de 2 procedimientos de la práctica habitual considerados como dolorosos: la movilización y/o cambio postural y la aspiración de secreciones, 5 minutos antes, durante y 15 minutos después. Se realizaron 20 mediciones. Datos Sociodemográficos: Edad media 57 años, 15% mujeres y 85% hombres con modo ventilatorio, VC 25%, CPAP 30%, IPPV 40%, O2 en T 5%, de los cuales un 75% estaba con analgesia. Valoración del Dolor: 5 min antes 93% de dolor y 8% de dolor significativo; Durante 47,5% de dolor y 52,5% de dolor significativo; 15 min después 95% de dolor y 5% de dolor significativo. No se detectaron incidencias en el uso de la escala.

Conclusiones.

En este estudio se ha identificado que los pacientes sufren dolor en la UCI. La implantación de la Escala BPS supondrá una mejora en la calidad asistencial de los pacientes críticos, NC y sometidos a VM en los servicios de UCI y reanimación, ya que permitirá adecuar el tratamiento analgésico del paciente, disminuyendo las necesidades de sedación, disminuyendo la variabilidad respecto a la valoración, registro y tratamiento del dolor.

P013.- ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE INDICADORES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE..

CABALLERO GUERRERO, BEATRIZ; TERON MARTÍNEZ, Mª JOSÉ; SAEZ SOTO, ÁNGELES DEL ROSARIO; INIESTA SÁNCHEZ, JAVIER; CULIAÑEZ ALENDA, MÁXIMO; RUIZ SÁNCHEZ, ALFONSO JOSÉ.

Objetivos.

? Describir la mejora conseguida en los indicadores de valoración de ulceras por presión y caídas.

? Describir la mejora conseguida en los indicadores de prevención de ulceras por presión y caídas.

Métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo del grado de cumplimiento de los indicadores de cuidados de calidad de úlceras por presión y Prevención del riesgo de caídas desde el año 2006 hasta el año 2016. Los datos se obtuvieron de los registros establecidos en una primera etapa en formato papel y posteriormente en la herramienta informática Selene.

Se utilizó un método de monitorización en el que se realizan estimaciones sistemáticas del nivel de cumplimiento del indicador y los resultados se comparan con niveles de cumplimiento de referencia o con estándares prefijados.

Se identificaron las acciones de mejora en base a las posibles causas que se analizaron y a través de una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y literatura gris.

En relación a las acciones de mejora llevadas a cabo, se realizó un ciclo de mejora en las unidades de hospitalización para la prevención de caídas del que derivó un cartel informativo que se ubicó en las duchas de los pacientes, así como la elaboración de un tríptico de recomendaciones de cuidados para el paciente con riesgo de caídas a través de la comisión de cuidados.

En las acciones de mejora llevadas a cabo en la valoración y cuidados de ulceras por presión destacamos la revisión del procedimiento de enfermería: "Tratamiento local de las ulceras por presión", en el cual se incluyó un anexo con imágenes de los diferentes grados de úlceras y el tratamiento indicado.

Resultados.

El nivel de cumplimiento durante estos años en el indicador de valoración del riesgo de caídas ha oscilado del 66% en el primer año de medición al 94% alcanzado en el año 2011, con un promedio de cumplimiento 84%. En cuanto al indicador de Cuidados de prevención de caídas los valores oscilan desde 59% al 96% de cumplimento con un promedio del 80%.

De igual forma el indicador del riesgo de UPP ha ido variando con valores del 66% en el año 2006 al 94% alcanzado durante el 2011, con un promedio de cumplimiento del 84% y los cuidados en la prevención de UPP con valores 46 % en la primera evaluación a 97%, con un promedio 74%.

Conclusiones.

1. Se observa una mejora desde que se comenzó a realizar la monitorización en el año 2006 en el indicador de valoración de úlceras por presión con valores iniciales de 66% llegando a un promedio del 74% y de un 71% a un 84% respectivamente para el indicador de valoración de riesgo de caídas.

2. Con respecto a la prevención de ulceras por presión se aprecia una mejora significativa con datos iniciales del 62% llegando a un promedio del 74%. Los resultados del indicador de caídas se mantienen en valores similares al inicio de la evaluación pasando de un nivel de cumplimento del 79% al 81%.

P014.- EVALUACIÓN Y MEJORA DEL NIVEL DE ADHESIÓN AL LAVADO DE MANOS DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.

GOMEZ GONZALVEZ, GUADALUPE; HERNÁNDEZ MÉNDEZ, SOLANGER; CASANOVA NAVARRO, LAURA; CAYUELA HERNÁNDEZ, JUAN MIGUEL; CANO ROJO, JOSE ÁNGEL; MORENO CLEMENTE, NURIA.

Objetivos.

General: Evaluar la adhesión de la higiene de manos en los profesionales del área de Hospitalización antes y después de la implantación de estrategias de mejora. Específicos: Determinar la adhesión de la higiene de manos según la acción realizada por categoría profesional. Describir el nivel de cumplimiento general de la acción higiene de manos del total de profesionales. Determinar el nivel de cumplimiento del lavado de manos según la unidad hospitalaria evaluada. Describir el nivel de cumplimiento de la Indicación HM según categoría profesional y los cinco momentos.

Métodos.

estudio observacional, descriptivo y transversal, de la adherencia de la Higiene de Manos por los profesionales, después de la implantación de un conjunto de medidas institucionales (Formación, control del consumo, recordatorios en el lugar de atención, celebraciones, entre otras). Esta observación se llevó a cabo en las Unidades de hospitalización médico quirúrgicas, mediante una recogida de datos primaria, durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de 2014 y 2016

Resultados.

En el 2016, se ha obtenido un 27% de los profesionales observados realizan el lavado de manos con agua y jabón, frente a un 20% que prefiere la fricción de las manos con producto de base alcohólica, es decir, un 47% de los profesionales realizan la acción correctamente y un 53% omiten la realización de la higiene de manos, el dato puede variar dependiendo del momento observado. En 2014 la adherencia general fue del 24%. La categoría profesional que más adhesión presenta al lavado de manos con agua y jabón, son las auxiliares de enfermería con un 43,55%, seguidas de las enfermeras (26,8%). En el caso de la fricción de manos con solución hidroalcohólica los médicos (con una adhesión del 26,59%) junto con los enfermeros (24,4%) son los que más utilizan esta técnica. Por otro lado, la categoría profesional que menos realiza la acción de la higiene de manos son los celadores, con un 86,22% de omisión, como se muestra en la figura. El momento en el que menos adherencia a la higiene de manos hay por parte de todos los profesionales es el momento uno.

Conclusiones.

La adhesión de la higiene de manos en los cinco momentos que la OMS propone aún es baja (con un 47% de adherencia), siendo las auxiliares y los enfermeros las categorías

profesionales que más realizan la HM. Comparado con el estudio realizado en 2014 (Adherencia general 24%), se observa un aumento de la adherencia, gracias a estrategias y acciones de mejora realizadas en el hospital, por tanto se sugiere continuar y ampliar las acciones para seguir aumentando la adherencia a la HM por parte de los profesionales. Implicaciones para la práctica: La higiene de manos es reconocida como la medida más importante para prevenir la infección nosocomial, ya que el principal vehículo de transmisión son las manos de los profesionales sanitarios, por lo que la barrera más importante y eficaz para prevenir y controlar las IRAS es la higiene de manos, por lo tanto, mejorar su adherencia contribuye a mejorar la calidad de los cuidados y los resultados en salud de los pacientes significativamente.

P015.- PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ACERCA DEL ESTILO DE LIDERAZGO QUE EJERCEN LOS SUPERVISORES EN UN ÁREA DE SALUD.

GUTIERREZ ARANDA, JUANA MARIA; TUDELA URREA, FRANCISCA; COLOMINA LOPEZ, JHANIRA; ROBLES BRABEZO, JOSE MANUEL; OLIVER LOZOYA, DAVID; JIMENEZ MURCIA, JESUS.

Objetivos.

Conocer la percepción que tienen los profesionales de la División de Enfermería acerca del estilo de liderazgo que ejercen los supervisores en un Área de Salud.

Métodos.

Se trata de un estudio descriptivo, no experimental, ex-post-facto, transversal. El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ Forma 5X Corta) en su versión original de 45 ítems desarrollado por Bernard Bass y Bruce Avolio (2000).

Resultados.

El liderazgo Transformacional, recibió la más alta calificación para todos sus factores. Se obtuvieron las siguientes medias: 3.86, 3.68 y 2.51, correspondientes a los estilos transformacional, transaccional y correctivo/evitador. En primer lugar, en cuanto al nivel percibido en los factores de liderazgo transformacional, se observó un predominio del dominio influencia atribuida, cuya media es 4.023 . En segundo lugar, en los factores de liderazgo transaccional se contempló una influencia mayor en la recompensa contingente con una media de 3.83. En tercer lugar, para el liderazgo correctivo/evitador, la dimensión dirección por excepción activa, contó con la mayor puntuación de media 3.971.

Conclusiones.

Se puede afirmar que uno de los temas de mayor preocupación y discusión en nuestra sociedad es el del liderazgo. Las útlimas teorías sobre estilos de liderazgo señalan el liderazgo transformacional como el más efectivo y el que cuenta con mayores beneficios. La calidad del liderazgo profesional en Enfermería se ha vinculado con el logro de un buen cuidado al paciente y la permanencia del personal. Por tanto, se hace necesario evaluar el ejercicio del liderazgo en las organizaciones sanitarias y cómo influye en el desempeño de los profesionales de enfermería. Puede afirmarse que en nuetsra área de salud, se ejerce en mayor medida el liderazgo Transformacional, ya que tanto la percepción de los profesionales como la de los trabajadores coinciden en ello.

P016.- EXANGUINOTRANSFUSIÓN: CALIDAD PARA EL NEONATO.

JIMENEZ MEORO, MERCEDES; FERNÁNDEZ MORALES, ISABEL MARIA; FUNES VERA, CONSUELO; HITA, ANA; FREIRE MOURON, Mª CARMEN; RODRÍGUEZ VALIENTE, MÓNICA.

Objetivos.

La exanguinotransfusion (ET) consiste en extraer uno ó dos volúmenes de sangre en el recién nacido y reemplazarla con sangre fresca reconstituida. Su objetivo es el descenso de la bilirrubina a niveles seguros para el sistema nervioso central y la corrección de la anemia. En la actualidad una de las indicaciones más frecuente es la enfermedad hemolítica del recién nacido (E.H.R.N.) La ET no está exenta de riesgos, siendo uno de ellos las alteraciones electrolíticas y la toxicidad por el anticoagulante-preservante (citrato, SAG-Manitol) presente en los concentrados de hematíes empleados para su conservación.

Nuestros objetivos son:

1. Reportar los datos sobre el número de ET realizadas a los neonatos menores de 2 días en nuestro hospital durante los años 2007-2016.

2. Clasificar las causas inmunohematológicas de la EHRN que han precisado de ET.

3.Elaborar una instrucción de trabajo detallando los pasos a seguir en la reconstitución del producto para la ET, que garantice la máxima calidad minimizando los efectos nocivos de las sustancias aditivas del concentrado de hematíes (CH) (CPD y SAG-Manitol).

Métodos.

Se realiza un estudio observacional y retrospectivo analizando desde el año 2007 al 2016 el número de ET de causa inmunohematológica y el tipo de las mismas en los dos primeros días de vida del neonato en un Hospital Clínico de 3er nivel con una media de 7.728 nacimientos anuales. Para la realización de este estudio hemos utilizado la base de datos del programa informático e-Delphin (software de Hemasoft SL).

Para la elaboración de la instrucción de trabajo se revisa el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) de ET de nuestro servicio y se añade una descripción detallada de cada uno de los pasos necesarios para la reconstitución del concentrado de hematíes y la eliminación de las soluciones aditivas.

Resultados.

1.Número de ET en neonatos menores de 2 días:

2007 ET 6

2008 ET 1

2009 ET 3

2010 ET 1

2011 ET 2

2012 ET 4

2013 ET 3

2014 ET 1

2015 ET 0

2016 ET 4

2.Causas inmunohematológicas de las ET:

Incompatibilidad ABO 12

Isoinmunizacion maternal Rh 6

Isoinmunizacion por anticuerpos maternos 6 (siendo los más frecuentes anti-K, anti-E y anti- C)

3.Elaboración de una instrucción de trabajo que se adjunta al PNT 05 Edición de Algoritmo de selección de componentes, apartado 10 Protocolo de ET presente en nuestro servicio.

Conclusiones.

El nº de ET en nuestro hospital es relativamente bajo, debido a los avances y mejoras en los controles pre y post natales, especialmente en la Isoinmunización Rh gracias a la profilaxis Anti-D. Según la sociedad española de transfusión sanguínea (SETS 2015) y el resto de bibliografía consultada no queda demostrada la inocuidad de las soluciones de Sag-Manitol y de citrato para el neonato y por ello se recomienda la eliminación casi en su totalidad para su seguridad. En base a esto se realiza esta instrucción de trabajo, necesaria para que el personal de banco de sangre sepa llevar a cabo el procedimiento aportando calidad, unificando criterios y permitiendo detectar errores en su realización.

P017.- OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN UCI: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

SAEZ PAREDES, ALFONSO; MENENDEZ FUENTES, ISABEL; MENENDEZ FUENTES, MARIA JOSE; MENENDEZ FUENTES, ALEJANDRO; GARCIA GIMENEZ, MARIA JOSE; SAEZ PAREDES, PEDRO.

Objetivos.

La utilización de dispositivos de oxigenoterapia de alto flujo en unidades de cuidados intensivos se ha incrementado en los últimos años, por lo que las enfermeras/os de estas unidades, debemos mantener un nivel elevado de conocimientos para detectar y actuar ante cualquier complicación que se derive de este procedimiento.

Unificar los criterios de cuidados de enfermería que se llevan a cabo en UCI realizando un plan de cuidados estandarizado que mejore la atención y la calidad asistencial.

Métodos.

Se llevó a cabo una revisión de la última clasificación de la taxonomía NANDA y los objetivos e intervenciones en sus respectivos codificadores estandarizados (NOC – NIC). Además, se ha consultado la base de datos Dialnet utilizando los descriptores "oxigenoterapia en alto flujo en pacientes críticos", "cuidados enfermería en administración de oxigenoterapia" con el fin de averiguar que demandas hacen los profesionales de enfermería en referencia al cuidado de un paciente portador de dichos dispositivos.

Resultados.

Basándonos en la información recabada, realizamos un plan de cuidados que identifica diagnósticos NANDA con sus respectivos NOC y NIC consiguiendo unificar criterios a través de la estandarización de nuestras intervenciones y también, identificar y actuar ante efectos adversos que puedan suceder durante su estancia en UCI.

Conclusiones.

Los profesionales de enfermería en UCI enfrentan situaciones que pueden ser límites para el paciente, la elaboración de planes de cuidados permite desarrollar nuestra actividad de manera segura, mejorando la calidad asistencial y previniendo posibles efectos adversos. Gracias al uso de un lenguaje propio la continuidad de los cuidados, así como su reevaluación queda garantizada, facilitando nuestra función asistencial, docente e investigadora

P018.- TUTORES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, UNA PIEZA CLAVE EN LA FORMACIÓN FUTURA DE LOS ENFERMEROS.

CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO; SUBIELA GARCIA, JOSE ANTONIO; MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA; MARTÍNEZ PARDO, ANTONIA.

Objetivos.

Actualmente todos los alumnos de Grado de Enfermería según se establece en su plan de estudios realizan prácticas clínicas en 2º, 3º y 4 de Grado. Dicha prácticas son tutorizadas por un Enfermero al cual se le presupone un conocimiento disciplinar actualizado, capacidad docente, comunicación y autocontrol. Actualmente en nuestra Área de Salud, los Enfermeros encargados de la tutorización de las prácticas clínicas son todos aquellos que manifiestan su deseo de serlo sin que se realice ninguna validación del perfil de las competencias de éstos. El objetivo principal de este trabajo era evaluar en los alumnos de Grado de Enfermería (UMU y UCAM) de nuestra Área de Salud la satisfacción en el desarrollo y los contenidos de las prácticas con sus tutores.

Métodos.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional y trasversal que abarcaba casi la totalidad del periodo académico 2016-2017 (1 de septiembre de 2016 a 30 de Abril de 2017). Nuestra población objeto de estudio fueron todos los estudiantes de Grado de Enfermería que habían realizado prácticas clínicas en nuestra Área de Salud independientemente de la duración de estas. El instrumento utilizado fue una encuesta que constaba de 11 preguntas con una gradación tipo Likert (1-Nunca, 2-A veces, 3-A menudo, 4-Con frecuencia, 5-Siempre.) y la última que hace alusión a la capacidad docente del tutor con una gradación tipo Likert (1=Malo; 2=Regular, 3=Normal, 4=Bueno, 5=Excelente). La encuesta (carácter anónimo) fue autoelaborada utilizando la herramienta "Google Formularios" y se envió por medio del correo electrónico a todos los alumnos de Grado de Enfermería que habían cursado algún practicum en nuestra Área de Salud. Para el análisis de los datos se empleó la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010.

Resultados.

Durante el periodo que estuvo abierta la encuesta (1 mes) se cumplimentaron un total de 57 encuestas lo que supone que un 48,71% del total de los alumnos de Grado de Enfermería del Área (n=117). Se realizaron 12 preguntas sobre diferentes aspectos sobre la relación tutor-alumno, determinadas características de las prácticas, así como la valoración de la capacidad docente del tutor de prácticas clínicas. En todos los casos la respuesta ha sido muy positiva, obteniendo en todas las cuestiones planteadas más de un 80% de las respuestas "Con frecuencia" y "Siempre". En cuanto a la capacidad docente de los tutores en ambos casos más del 90% contesto o "Bueno" o "Excelente". Los alumnos de la UMU, de forma general, califican mejor que los de la UCAM todas las cuestiones planteadas.

Conclusiones.

Varios estudios realizados identifican como actividades importantes y que son claves en el puesto de tutor de prácticas clínicas de Enfermería algunas como la acogida del alumno, realizar una evaluación continuada, enseñar desde la evidencia enfermera, fomentar la autonomía del alumno, etc., por lo que tras los resultados obtenidos consideramos que la labor de los tutores de prácticas clínicas de Grado de Enfermería en nuestra Área de Salud cumplen en gran medida los estándares establecidos y esta situación de partida nos anima a mejorar planificando actividades docentes con los tutores para que de una forma progresiva adquieran las competencias básicas (conocimientos, habilidades y actitudes) necesarias que den como resultado un cambio importante en la formación de los futuros profesionales enfermeros convirtiendo a estos en líderes críticos e innovadores del cuidado enfermero.

P019.- MONITORIZACIÓN DEL PROGRAMA EPOC EN UN CUPO DE AP..

VIVANCOS UREÑA, PEDRO; FUENTES PARDO, MARÍA; CAMPOY SOTO, DANIEL; GARCIA GARCIA, MARIA.

Objetivos.

Comparar los datos de monitorización de la actividad en pacientes EPOC en un cupo de Atención primaria en P.I.N. con los datos de la historia clínica.

Métodos.

Para identificar los casos, se solicitó un listado de pacientes del cupo con el diagnóstico de código CIAP R95 (EPOC y similares) y R79 (BRONQUITIS CRÓNICA). De estos últimos se buscó en la historia clínica cuáles eran realmente EPOC para incluirlos en el estudio. Los datos de la monitorización se extrajeron del Portal de Inteligencia de Negocio. Para extraer las variables comparativas se revisó el total de historias clínicas en OMI-AP buscando en cualquier punto en el que pudiera haber un registro.

Resultados.

El cupo estudiado tiene un total de 822 personas mayores de 40 años (460 mujeres, 362 hombres) de los cuáles PIN identifica un total de 38 pacientes EPOC (R96) frente a 42 al añadir 4 pacientes diagnosticados por R79 que eran realmente EPOC, eso hace una tasa de 5,11% de EPOC frente a 4,62% identificados por PIN. El 90,47% (38 pacientes) tenían referencia de una espirometría realizada al diagnóstico (24, 63,15% realizadas en AP) y se comprobó resultados en 22 siendo 18 positivas y 4 negativas para EPOC (18,18% de falso positivo). En el último año se diagnosticaron 2 pacientes de los cuales ambos tenían espirometría reflejada pero sólo se pudo comprobar el resultado en 1 y era negativo, siendo el resultado en P.I.N. 0. En cuanto a espirometría anual en P.I.N. había un total de 3 frente a 9 de la historia clínica (7,89% frente a 21,43%). Según PIN ningún paciente recibió consejo higiénico, sin embargo se encontró que 28 recibieron algún tipo de consejo en el año (65,12%) siendo el más frecuente el manejo de exacerbaciones (24 -57,14%-) que el consumo de tabaco (9 -21,42%-) e inhaladores (4, -10,52%-) sin encontrar ningún consejo en cuanto a exposición a factores de riesgo. Se volvió a valorar resultados en P.I.N al año encontrando mejora en algunos indicadores (diagnóstico 4,62% 2014, 5,06% 2015; espirometría anual 7,89% 2014, 13,95% 2015; consejo 0 2014, 4,65% 2015) que se atribuye a una mejora de registro.

Conclusiones.

La monitorización por PIN del programa EPOC en el cupo estudiado no refleja resultados reales de la actividad que se realiza en el cupo pudiendo mejorar con una mejora del registro. En cuanto al registro espirométrico creemos que el programa OMI no está bien diseñado para recoger los resultados y estos no se puedan reflejar en la monitorización por P.I.N. debiendo realizar mejoras en el mismo.

P020.- DISEÑO DE UNA GUÍA INFORMATIVA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN.

RUIPEREZ SEGURA, MARINA; RODRIGUEZ MURCIA, ANDRES; CABALLERO GUERRERO, BEATRIZ; GONZALEZ MARTINEZ, JOSE FULGENCIO; ABAD IZQUIERDO, SUSANA; LACAL MATEOS, JOSE.

Objetivos.

Objetivo general:

Elaborar una guía de consulta que describa el funcionamiento normalizado de distintos Servicios del Hospital dirigida a profesionales de enfermería de nueva incorporación.

Objetivos específicos:

- Facilitar la incorporación de nuevos profesionales a su puesto de trabajo.
- Minimizar errores por desconocimiento de actuaciones protocolizadas.
- Disminuir la ansiedad del profesional.

Métodos.

Atendiendo a la demanda de profesionales contratados de forma temporal en nuestro hospital, se plantea elaborar una guía informativa o de consulta que refleje de forma breve los aspectos más relevantes que debe conocer una enfermera de nueva incorporación para el correcto funcionamiento de diferentes circuitos establecidos con los Servicios de Radiología, Laboratorio y Urgencias.

Se constituye un grupo de trabajo formado por Supervisores de Servicios Centrales (Radiología, Laboratorio y Urgencias), un Supervisor de Unidad Quirúrgica y otro de Unidad Médica, coordinados por el Supervisor de Área de Calidad.

La guía será revisada y actualizada anualmente.

Resultados.

Se ha elaborado una guía que informa y describe diferentes circuitos de trabajo existentes dentro del Hospital.

Actualmente se encuentra en fase de valoración y aprobación por Comisión de Dirección para iniciar su difusión en las sustituciones estivales.

La guía estará accesible en la intranet del Área para poder ser consultada durante todo el año.

Conclusiones.

Consideramos que esta guía puede ser un instrumento que facilite la incorporación de los profesionales a su puesto de trabajo, mejorando la calidad de los cuidados y disminuyendo la ansiedad de los profesionales ante lo desconocido.

P021.- ANÁLISIS DE LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, 2016.

LÓPEZ-PICAZO FERRER, JULIO JOSÉ; MORENO LÓPEZ, ANA BELÉN; MORENO MUÑOZ, MARIA CRUZ; NÚCLEO SEGURIDAD, ÁREA I - M. OESTE.

Objetivos.

La actividad sanitaria se caracteriza por ser un trabajo en equipo multidisciplinar. Por ello, una adecuada comunicación entre los profesionales implicados en cada proceso asistencial es un elemento fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es medir aspectos de proceso sobre transferencia de información clínica y comunicación de cuya influencia en la seguridad del paciente hay suficiente evidencia científica.

Métodos.

Encuesta telefónica estructurada dirigida a una muestra de 200 profesionales sanitarios de un área de salud de la Región de Murcia, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por categoría profesional. El trabajo de campo se llevó a cabo en noviembre de 2016.

Las 9 preguntas del cuestionario están basadas en el documento Safe Practices for Better Health Care del National Quality Forum de Estados Unidos, interpretadas utilizando los indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente construidos a tal efecto por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Se analiza el porcentaje de respuestas "siempre" en las preguntas formuladas sobre conductas adecuadas y de respuestas "nunca" en las conductas inseguras, estratificando por categoría profesional, sexo y grupo de edad. Se calcula el contraste de proporciones.

Resultados.

La tasa de respuesta fue del 75,2%, superior en los facultativos. En relación a las órdenes verbales, el 18,6% de los encuestados respondió que las personas que las reciben en su servicio siempre las repiten en voz alta, con mayor cumplimiento entre las mujeres; el 48,2% afirmó que siempre se anotan, con proporción superior en las mujeres y sanitarios no facultativos; el 39,5% de los que manejan quimioterapia contestaron que nunca se realizaban órdenes verbales, significativamente superior en mujeres. El 44,6% negó que se elaboren informes sin revisar toda la historia. El 36,4% contestó que se revisa toda la medicación de los pacientes antes de una nueva prescripción. Los cambios de medicación se comunican siempre a todos los profesionales según el 19,8% de los encuestados y la actualización sobre el diagnóstico según el 16%, práctica más frecuente entre los trabajadores de mayor edad. El 14,7% respondió que el personal sanitario se asegura de que el paciente o su representante entiende el consentimiento informado antes de firmarlo, afirmación más frecuente entre los encuestados mayores. El 21,3% de los profesionales que afirman que en su servicio se atienden pacientes terminales asegura que se indaga

siempre sus preferencias sobre soporte vital, porcentaje significativamente superior en los más jóvenes.

Conclusiones.

La transferencia de información y comunicación muestra, en general, niveles bajos de actuaciones correctas. Abundan las oportunidades de mejora, ya que ninguna de las conductas investigadas supera el 50% de adecuación y la mayoría no alcanza el 25%, y la probabilidad de que aparezcan efectos adversos asociados a problemas en la comunicación es innecesariamente alta. Especialmente preocupantes la obtención del consentimiento informado sin asegurar la comprensión por parte del paciente y la comunicación clara y rápida de nueva información sobre el diagnóstico a todos los profesionales implicados en la atención de un determinado paciente.

P022.- CALIDAD DE USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD.

PIÑANA LÓPEZ, ALFONSO; ALONSO GARCÍA, Mª CONCEPCIÓN; LUQUIN MARTINEZ, RAFAEL; MENDEZ DIAZ, CASIMIRA; CÁNOVAS INGLÉS, ANDRÉS; ALONSO SAEZ DE MIERA, Mª JOSE.

Objetivos.

La Receta Electrónica es un modelo de prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la financiación pública que permite crear una especie de "saldo" con el tratamiento prescrito por el médico de familia y el paciente no necesitará ir al centro de salud para recoger las recetas de medicamentos que necesite para la renovación de la prescripción para tratamientos habituales o que precise varios envases para completar la duración del tratamiento a la dosis indicada. Tras 30 meses de la implementación de la receta electrónica por parte del Servicio Murciano de Salud en nuestro centro de salud, nos planteamos conocer la calidad de su uso de la receta electrónica por parte de los médicos de familia.

Métodos.

El centro de salud está constituido por 12 médicos de familia. Seleccionamos de manera aleatoria 4 cupos de pacientes a los 12 meses y de 3 cupos de pacientes a los 18 meses y otros 3 cupos a los 30 meses Procedimos, también de manera aleatoria, a seleccionar un día de consulta a los 12, 18, 30 meses de la implantación de la receta electrónica. Anotamos en todos los pacientes de ese día si en algún momento habían usado la receta electrónica, y si en la actualidad estaba toda la medicación de la receta electrónica correctamente activada. Luego aplicamos el porcentaje de uso de la misma de los médicos de familia

Resultados.

Del total de pacientes (223) a los 12 meses de la implantación fue el 34.7% que habían usado la receta electrónica. Del total de pacientes (136) a los 18 meses de la implantación fue el 16, 91% que había usado la receta electrónica. Del total de pacientes a los 30 meses (128) fue que el 37,5% de los pacientes usaban las receta electrónica y el 97% estaban todos los medicamentos de la receta electrónica en uso

Conclusiones.

: La receta electrónica lleva una implantación progresiva se sigue cumpliendo el objetivo originar de al menos un 10% de usuarios con receta electrónica y su calidad de prescripción supera el 97% de activación correcta

P023.- ANÁLISIS DE CAUSAS Y PROPUESTA DE ACTIVIDADES PARA MEJORAR EL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA. HOSPITAL DE 3º NIVEL.

GARRIDO CORRO, BEATRIZ; MORENO LÓPEZ, ANA BELÉN; LÓPEZ-PICAZO FERRER, JULIO JOSÉ; BLÁZQUEZ ÁLVAREZ, MARIA JOSÉ; BRAÑA NOYA, RUFINA; GRUPO MEJORA SPE.

Objetivos.

Los sistemas de prescripción electrónica asistida (SPE) ofrecen una alternativa segura para la gestión de la farmacoterapia en los centros sanitarios. No obstante, existen factores de diversa índole que acompañan al circuito de utilización del medicamento e impiden o dificultan la optimización de esta herramienta.

El objetivo de este trabajo es conocer las deficiencias en la utilización del SPE de nuestro hospital, así como realizar las mejoras necesarias que garanticen la seguridad en la asistencia sanitaria de nuestros pacientes.

Métodos.

Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por 9 profesionales sanitarios de enfermería, farmacia y medicina. En la primera fase se identificó el problema de calidad y se realizó conjuntamente un análisis cualitativo de sus potenciales causas y grupos de causas mediante el diagrama de Ishikawa o espina de pescado. Una vez identificadas, fueron clasificadas en categorías operativas (estructural, evidenciada no dimensionada, evidenciada dimensionada e hipotética) para seleccionar y priorizar aquellas sobre las que se puede intervenir. Posteriormente, se consensuó un listado de intervenciones de mejora para el abordaje de todas las causas evidenciadas dimensionadas, que fue sometido a un sistema de priorización a partir de la valoración individual de la importancia (capacidad de la intervención para mejorar el SPE de nuestro hospital) y factibilidad (viabilidad y facilidad con que puede llevarse a cabo la intervención) de cada una de ellas, con una escala de Likert de 1 (nada) a 5 (mucho). La última fase consiste en la implementación progresiva de dichas intervenciones, de acuerdo con el orden establecido.

Resultados.

El problema identificado fue el uso inseguro de medicamentos asociado al SPE, sobre el cual se argumentaron 106 posibles causas que fueron clasificadas en 5 grupos genéricos (prescripción, validación, dispensación, administración e informática), con desarrollo máximo hasta causa de quinto orden. En base a estas causas se propusieron 20 intervenciones, que se pueden resumir globalmente en 4 líneas estratégicas (información, formación, programa de prescripción electrónica y procesos asistenciales), y que el grupo de mejora priorizó atendiendo a los criterios establecidos. Se elaboró un cronograma de actuación y, para cada una de las intervenciones, se designó un responsable de su implementación, independientemente de que sea necesario implicar a un equipo de trabajo multidisciplinar. Actualmente se están llevando a cabo la mitad de intervenciones con el orden de priorización más elevado.

Conclusiones.

El SPE de nuestro hospital presenta un elevado número de factores que pueden contribuir al desarrollo de incidentes relacionados con la medicación intrahospitalaria, poniendo en riesgo la seguridad en el proceso de utilización de los medicamentos. Se ha diseñado un plan de intervención multidisciplinar con la finalidad de conseguir una gestión más segura y eficiente del proceso farmacoterapéutico en todos nuestros pacientes.

P024.- TRIAJE TELEFÓNICO DE TOXICIDADES INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA.

TORNEL COSTA, CARMEN; PINA MINGORANCE, INMACULADA.

Objetivos.

Analizar la valoración telefónica del grado de toxicidad que presenta el paciente tratado con quimioterapia intravenosa según Triaje Ukons.

Métodos.

Los pacientes en tratamiento con quimioterapia intravenosa en Hospital de Día Médico, contactan vía telefónica con la enfermera de la Consulta de Enfermería Oncológica, cuando detectan cualquier signo o síntoma que pudiera ser un efecto secundario de la quimioterapia. En este caso, aplicamos el Triaje Ukons (UK Oncology Nurses Society), diseñado para dirigir la conversación y evaluar el grado de toxicidad que presenta el paciente.

Se analizaron las llamadas recibidas en el 2016 que tenían relación con las toxicidades inducidas por quimioterapia y se clasificaron en cinco grupos: digestiva, cutánea, hematológica, neurológica y dolor, recogiendo también el grado de toxicidad de cada una y la indicación recomendada al paciente, según este triaje.

Resultados.

Se registraron 171 llamadas relacionadas con toxicidad por quimioterapia, en las que algunos pacientes presentaban más de una toxicidad. En total se detectaron 207 toxicidades.

Según tipo de toxicidad se encontraron:

- Cutánea: 34
- Digestiva: 53
- Hematológica: 63
- Neurológica: 7
- Dolor: 50

Las llamadas relacionadas con dolor se derivan a consulta urgente con el oncólogo.

Del resto de toxicidades, en total 157, según grado de toxicidad se encontraron:

- Grado 1: 39
- Grado 2: 76
- Grado 3: 41
- Grado 4: 1

Los pacientes que presentaron dolor o toxicidad grado 3 ó 4, en total 92, se derivaron a consulta urgente con oncólogo. Los pacientes con grado 1 ó 2, en total 115, se les proporcionó, vía telefónica, recomendaciones para seguir en domicilio, evitando el desplazamiento al hospital por este motivo.

Conclusiones.

Durante el año 2016 hemos identificado de manera objetiva las diferentes toxicidades que nos han notificado los pacientes, y se ha podido dar una respuesta protocolizada, favoreciendo una atención precoz, con el fin de garantizar el cumplimiento de los plazos previstos de quimioterapia.

P025.- FATIGA POR ALARMA EN URGENCIAS.

MORALES VAZQUEZ, ESTELA; ALCARAZ MARTINEZ, JULIÁN; BOSQUE LORENTE, PILAR; MARTINEZ FERNANDEZ, ESPERANZA; SOTO CASTELLÓN, BELEN; GUZMÁN, JOSE ALBERTO.

Objetivos.

Evaluar el uso de las alarmas en los monitores del Servicio de Urgencias

Métodos.

Tras elaborar un protocolo de uso de alarmas, tal como se recomienda en la sentinel alert nº 50 de la Joint Commission, nos planteamos evaluar los posibles problemas derivados del uso de las alarmas y si en nuestro servicio se podía dar el efecto de fatiga de alarma, descrito en el mismo. Para ello diseñamos los criterios de evaluación en función de lo recogido en el manual y evaluamos en 10 días diferentes, de forma transversal, donde se ha evaluado el estado en ese momento de los monitores de urgencias.

Resultados.

Se han evaluado 107 casos, correspondientes a otros tantos pacientes. De ellos 99 estaban monitorizados en el momento de la evaluación y 8 no. De estos 8 últimos, sólo en un caso estaba indicada la monitorización, pero se había desconectado para realizarse una prueba radiológica y aún no estaba de nuevo conectado.

De los 99 pacientes monitorizados, en 81 estaban activas las alarmas y en 18 al menos 1 estaba inactiva. Es de destacar que la alarma de frecuencia respiratoria no se ha tenido en cuenta para este estudio ya que se desactiva de forma automática y en casi todos los casos estaba inactiva.

De las 81 alarmas activas, 69 casos (85,2%) tenían indicación y 12 (14,8%) no la tenían, y podrían haber sido apagadas, según el protocolo sobre alarmas. De los 81 monitores con las alarmas activas, en 36 casos (44,4%) las alarmas estaban sonando en ese momento, lo que supone 3,6 alarmas simultáneas sonando de media. De estas 36, 33 (91,6%) era una falsa alarma, la mayor parte de las veces por desconexión de algún parámetro. Los 3 restantes indicaban saturación baja (89% en un EPOC), TA baja y TA por encima de los límites fijados. En 7 (8,6%) casos la alarma no sonaba pero por fallo del monitor, ya que señalaban saturación por debajo de los parámetros fijados en 2 ocasiones, ECG desconectado en 3, FC por encima de los límites en 1 y TA baja en otro caso. En 38 casos no sonaba la alarma por estar todo dentro de los parámetros fijados.

Como incidentes detectados, además de las alarmas de frecuencia respiratoria y las 7 alarmas que no sonaban de las 43 que deberían estar sonando (16,3%), se han detectado 3 ECG que no funcionaban a pesar de estar conectados y 3 saturímetros que tampoco tomaban su señal correctamente.

Conclusiones.

- Suenan una media de 3,6 alarmas simultaneas en urgencias, casi todas son falsas alarmas.
- Hay pacientes con alarmas activados innecesariamente.
- Se han detectado bastantes problemas técnicos en los monitores

P026.- PONGÁMONOS DE ACUERDO. CICLO DE MEJORA SOBRE LAS OPINIONES DE LOS TRABAJADORES RESPECTO A LAS VISITAS EN LA UCIP.

ROBLES MADRID, FRANCISCO JOSÉ; FRUTOS FLORES, MARÍA JOSÉ; LÓPEZ ZARAGOZA, MARÍA ISABEL; CLAVEL GARCÍA, CLEMENTINA; PEÑALVER MANZANO, ALBERTO; QUIÑONERO MÉNDEZ, FRANCISCO.

Objetivos.

General: Consensuar con todos los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos las pautas de actuación sobre las visitas en la Unidad.

Específicos:

1. Cohesionar todas las intervenciones relacionadas con las visitas e implantar el nuevo documento de visitas.
2. Promover y desarrollar entre los compañeros de la unidad el cumplimiento de las nuevas normas establecidas.
3. Potenciar un buen ambiente entre el personal de UCI y las visitas para evitar mal entendidos.

Métodos.

- Actualización mediante revisión bibliográfica, de guías y protocolos a través de consulta directa y acceso vía Internet, a la literatura científica recogida en las bases de datos PubMed, SciELO y ELSEVIER con los DeSC Cuidados Críticos, Relaciones Padres-Hijo, Relaciones Familiares, Pediatría, Directrices. Una vez consultadas.
- Identificación de problemas mediante encuesta de 12 preguntas a todo el personal de enfermería (Diagrama de Pareto).
- Reuniones del grupo de Calidad de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para establecer las medidas correctoras.
- Desarrollo de las pautas de actuación para establecer dichas medidas.
- Formalización de documento con las medidas correctoras.
- Charlas informativas a los profesionales de las nuevas directrices y de los nuevos recursos materiales a su disposición.

Resultados.

1) Tras la revisión de las opiniones de los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos sobre las Visitas en la unidad, obtenemos un consenso.

2) Creación de un nuevo documento con las normas de visitas de la Unidad.

3) El personal conoce el nuevo protocolo de actuación sobre las nuevas normas de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

4) Información a los padres sobre las nuevas normas de visitas, dando la aceptación mediante firma de un documento.

Conclusiones.

Mediante el consenso de las opiniones de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, sobre las normas de visitas y la creación de un nuevo documento actualizado sobre las mismas, genera menos incidencias con los padres y las visitas, mejorando la calidad asistencial.

P027.- BROTE POR ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UCI; ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INCIDENCIA Y MEDIDAS ADOPTADAS..

MARTÍNEZ ABRIL, JOSÉ EUGENIO; ALCARAZ ESCRIBANO, MARÍA LUZ; PELLICER ALCARAZ, MARÍA.

Objetivos.

Durante los meses de Junio a Septiembre de 2016 se produjo un brote de colonización-infección por Acinetobacter baumannii multirresistente(AB.MR) en una unidad de cuidados intensivos, afectando a 32 pacientes. El objetivo es demostrar que la aplicación de medidas específicas de actuación y el aislamiento en cohortes son fundamentales para el control del brote

Métodos.

Como método se analizó la incidencia de colonización- infección debida a AB.MR por medio del programa de vigilancia de la infección nosocomial ENVIN-HELICS diferenciando los casos con detección de AB.MR. al ingreso y durante el ingreso, se analizó la incidencia en pacientes que compartían unidad con los afectados por AB. MR. dentro de la UCI por medio del programa de historias clínicas, también se analizó la adopción de medidas generales y especificas de actuación en el tiempo por medio de entrevista al comité de gestión del brote.

Resultados.

El número de casos de colonización-infección por AB.MR continuó ascendiendo hasta el momento en que se aislaron los pacientes afectados en un sólo box y se reforzaron las medidas específicas de actuación contra el brote, a partir de ese momento cede el brote .

Conclusiones.

El aislamiento de casos en un sólo espacio junto con otras medidas como detección temprana de la colonización, formación de profesionales, revisión de los protocolos de limpieza, refuerzo y universalización de las medidas de aislamiento de contacto,... ha hecho posible el control del brote, de tal manera que si analizamos los datos hasta Abril de 2017, en los últimos meses los casos detectados son de afectados ya al ingreso. Paralelamente hay también un descenso generalizado de la incidencia de Microorganismos multirresistentes durante el ingreso coincidiendo con las medidas adoptadas.

P028.- SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.

UBEDA FERNÁNDEZ, MÓNICA; GARCIA LLAMAS, ANTONIO ALBERTO; GARCIA SANCHEZ, MARIA AMALIA; MARTINEZ SANCHEZ, MARIA ANGUSTIAS; MIRAS GONZALEZ, MARIA JOSE; HERNÁNDEZ MÉNDEZ, SOLANGER.

Objetivos.

Evaluar el grado de satisfacción con la calidad percibida al alta de los padres, madres o tutores en el servicio de pediatría. Específicos: Determinar el grado de satisfacción con el entorno que tienen los usuarios del servicio de pediatría. Identificar el nivel de satisfacción con los cuidados de enfermería que tienen los usuarios del servicio de pediatría. Describir el nivel de satisfacción con la atención médica que tienen los usuarios del servicio de pediatría. Valorar el nivel de satisfacción con los servicios de cocina, lencería y limpieza que tienen los usuarios del servicio de pediatría.

Métodos.

Observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 98 cuestionarios de escolares y otros 28 cuestionarios de neonatos.

Resultados.

La valoración del entorno: horario de visitas 69,4% cree que este horario es excelente. Respecto a la comodidad referida al mobiliario 41,8% de los padres lo encontraba de una forma excelente. El espacio en la habitación 54,1% de los encuestados le parecía excelente. Espacio del parque 55,1% excelente. Espacio de la sala de juegos 55,1% le parecía excelente. Y en la decoración, planta y el uniforme del personal 83,7% excelente. La atención de enfermería al ingreso 69,4% excelente. La accesibilidad de enfermería 59,2% excelente. Respecto a la rapidez que las enfermeras le han atendido tras pedir ayuda 65,3% excelente. En cuanto a los cuidados prestados por enfermería 66,3% de los padres le pareció perfecto. Valoración de los padres sobre el contacto humano del personal de enfermería en cuanto al niño 74,5% lo vieron excelente. En cuanto al contacto humano del personal de enfermería respecto a la familia el 68,4% lo percibió de una manera excelente. El estímulo y la ayuda para la lactancia materna, del 30,6% de los padres que contestaron esta pregunta 17,3% les pareció excelente. 1,0% vio una falta de personal en la planta.La atención médica al ingreso un 66,3% excelente. La accesibilidad de los pediatras, un 53,1% excelente. Cumplimiento del horario de información de los pediatras, 56,1% excelente. El contacto humano de los pediatras respecto al niño, un 71,4% excelente. Contacto humano de los pediatras hacia la familia, un 69,4% lo vio excelente. 1,0% comenta que hay diferentes opiniones entre los pediatras. Calidad de la comida, un 42,9% excelente. Lencería un 42,9% excelente. La limpieza de la unidad, un 59,2% les parece excelente.

Conclusiones.

Los padres de niños neonatos o escolares, hospitalizados en la planta de pediatría se encuentran satisfechos. Hay que mejorar a la hora del contacto personal con la familia, varios padres ven el espacio físico de la sala de juegos pequeño, también una escasa higiene y calidad de la lencería

P029.- SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN MEDICO QUIRÚRGICA.

ROBLES BRABEZO, JOSE MANUEL; CARRRASCO RUIZ, DAVID; SAURA LUCAS, SALVADOR ALFREDO; GARCIA LLAMAS, ANTONIO ALBERTO; JIMENEZ MURCIA, JESÚS; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MIGUEL ÁNGEL.

Objetivos.

Evaluar el nivel de satisfacción con la calidad percibida por los usuarios en el momento del alta en las unidades de hospitalización médico-quirúrgicas.

Métodos.

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 81 pacientes. Se utilizó un cuestionario con un formato de respuesta tipo Likert. Se alcanzó un alfa de Cronbach de 0,86.

Resultados.

Los pacientes se muestran muy satisfechos con la atención enfermera, seleccionan "siempre" en el 87,6% de los casos en la opción de haber sido escuchados con educación y respeto, en el 79% en la de haber sido escuchados con atención y 76,5% en explicación de las cosas. En cuanto a los médicos, 86,4% siempre han sido tratados con educación y respeto, 67,9% escuchados con atención y 75,3% en explicación de las cosas. Respecto al entorno el 75% señala siempre en la opción de limpieza de la habitación y el 45,7% afirma lo mismo en tranquilidad nocturna. Sobre la experiencia de los pacientes en el HURM, el 26,2% necesitó ayuda para ir al baño, el 72,8% necesitó medicación para el dolor y al 35% le dieron medicación que nunca antes había tomado. El porcentaje de pacientes que selecciona "buena" para alguna cualidad de la comida ronda siempre el 50%. La puntuación media que obtiene el hospital es 7,52.

Conclusiones.

Tomando al paciente como evaluador de las prestaciones sanitarias recibidas es posible conocer de forma objetiva la situación de un sistema de salud en base a la opinión y satisfacción de los usuarios del mismo. La mayoría de los pacientes considera su estado de salud de razonable a muy bueno. La atención enfermera está mejor valorada que la atención médica. Existen casos de insatisfacción en la asistencia al baño y con la comida ofrecida durante la estancia. La evaluación general del hospital es altamente satisfactoria.

P030.- PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS..

VILANOVA BARCELÓ, MARÍA INÉS; RODRÍGUEZ QUIJANO, LORENA; SORIA CANDELA, PALOMA; GONZÁLEZ NAVARRO, MARÍA DULCE; VIVES HERNÁNDEZ, JUAN JOSÉ; MARTÍNEZ LERMA, EDUARDO.

Objetivos.

Analizar la cultura sobre seguridad del paciente de los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro servicio de urgencias hospitalario (SUH).

Métodos.

Estudio descriptivo. Se ha utilizado el "Cuestionario sobre seguridad de los pacientes", herramienta validada y adaptada al español de la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos, proporcionada por la cooperación del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.

Dicha encuesta ha sido distribuida a auxiliares de enfermería, enfermería, médicos residentes y médicos adjuntos de nuestro SUH.

Para clasificar un ítem como fortaleza debe cumplir uno de estos criterios: mayor o igual al 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o mayor o igual al 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Para clasificar una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios: mayor o igual al 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo, mayor o igual al 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

Resultados.

Encuesta cumplimentada por el 88,6% de los trabajadores del SUH. Respecto a las fortalezas detectadas: como única fortaleza real detectada, el 76,4% dice revisar el listado de medicamentos que toma el paciente antes de realizar nuevas prescripciones.

Respecto a las deficiencias: el 89.5% de los profesionales encuestados considera que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo; además, el 67,5% opina que las jornadas agotadoras no facilitan la atención al paciente; un 84,6% dice trabajar bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa y un 71.1% afirma que a veces se aumenta el ritmo de trabajo aunque implique sacrificar la seguridad del paciente; un 60.5% no se siente reconocido por sus superiores cuando intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente, el 68.4% niega que la gerencia/dirección facilite un clima de seguridad, refiriendo el 54% que no muestran por su parte que la misma sea una prioridad y un 57.9% que sólo parecen interesarse cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso.

Por tanto, en base a los resultados obtenidos, los trabajadores del SUH detectan una única fortaleza real de todos los ítems propuestos. Las deficiencias identificadas más importantes desde el punto de vista del personal del SUH corresponden a la dotación de personal y al

apoyo desde la gerencia/dirección del hospital en lo referente a la mejora de la seguridad del paciente.

En comparación con otros hospitales nos encontramos que, en general, la percepción de las fortalezas es menor, careciendo de algunas fortalezas que si son consideradas en el conjunto de los hospitales del país. Por otro lado, la percepción de las debilidades es mayor y se considera que tenemos algunas de ellas que no se consideran como tal en el conjunto de hospitales analizados.

Conclusiones.

La peor posición en cuanto a la valoración general del resto de hospitales, nos hacen creer que hay muchas cosas por mejorar y que debemos poner en marcha acciones para cambiar esta tendencia, ya que trabajar sobre estos aspectos podría contribuir a una optimización de la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE:

-Seguridad del paciente: “Patient safety” D061214

-Servicios médicos de urgencias: “Emergency medical services” D004632

-Personal de hospital: “Personnel, hospital” D010564

P031.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE GRUPOS DE INVESTIGACIÓN PARA RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN URGENCIAS.

RODRÍGUEZ QUIJANO, LORENA; VILANOVA BARCELÓ, MARÍA INÉS; SORIA CANDELA, PALOMA; GONZÁLEZ NAVARRO, MARÍA DULCE; MARTÍNEZ LERMA, EDUARDO; VIVES HERNÁNDEZ, JUAN JOSÉ.

Objetivos.

Tras implementar una experiencia investigadora entre los médicos internos residentes (MIR), evaluar dicha iniciativa.

Métodos.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Servicio de urgencias de un hospital comarcal, 2016-2017.

Participantes: Tres médicos adscritos al servicio de urgencias hospitalario (SUH) y los MIR de las tres promociones de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

Metodología de trabajo: La función principal de los médicos adscritos al SUH será la organización, coordinación y supervisión del proyecto en sus distintas líneas de investigación. Los equipos de investigación, estarán compuestos por dos o tres médicos residentes de la misma promoción.

Herramientas de trabajo: Sesiones clínicas formativas, sesiones clínicas informativas, reuniones presenciales, trabajo telemático.

Evaluación : Se diseñó un cuestionario siguiendo la técnica Delphi. El cuestionario, que consta de nueve preguntas, se envió a través del correo electrónico, tanto a MIR como a facultativos. La cumplimentación se realizaba online y era de carácter anónimo.

Resultados.

Resultados

El 81.1% de los MIR, valoraron la implementación de este proyecto como muy de acuerdo, el 54.5% opinó que el planteamiento fue correcto, el 63.6% opinaron que el coordinador-tutores de los grupos de investigación han facilitado la participación de los MIR como muy de acuerdo, el 54.5% y el 45.5% estaba muy de acuerdo y de acuerdo respectivamente sobre que el coordinador-tutores de los grupos de investigación habían transmitido interés por el desarrollo de la misma. En cuanto a las propuestas de mejora realizadas la mayoría de los MIR sugirió la posibilidad de que existieran más médicos adjuntos que tutorizaran dicha experiencia y la creación de la figura del mediador para resolver los conflictos de relación surgidos en el trabajo en grupo. Los aspectos que más destacaron de la experiencia investigadora fueron: el aprendizaje, la capacitación en la exposición de casos clínicos y ponencias y la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos.

Conclusiones.

El grado de satisfacción recogido en las encuesta ha sido elevado por lo que se debe continuar con dicha experiencia incorporando las sugerencias planteadas.

Palabras clave:

-Internado y residencia: "Internship and residency". D007396.

-Educación médica: "Education, Medical". D004501.

-Investigación: "Research". D012106.

P032.- PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA.

CASTAÑER RAMÓN-LLÍN, CARLA; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ADORACIÓN; FURONES TORMO, BEATRIZ; ARAICO RODRÍGUEZ, FERNANDO; CÁRCELES BARÓN, Mª DOLORES; LOPEZ LOPEZ, RAQUEL.

Objetivos.

La hemorragia obstétrica continúa siendo unas de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna:el 22,7% de las causas de muerte materna en países desarrollados con una incidencia y mortalidad global de 3,7/1000.

Es fundamental el manejo multidisciplinar de la misma, así como la creación de guías de actuación clínica para su correcto diagnóstico y tratamiento. El retraso en iniciar el tratamiento de la hemorragia es la principal causa de efectos adversos.

Los objetivos que se quieren alcanzar con la creación y puesta en marcha de este protocolo son:

1.-Disponer de la información necesaria para diagnosticar, prevenir y tratar la hemorragia masiva obstétrica según la mejor evidencia disponible, con la finalidad de disminuir la variabilidad de criterios

2.- Realizar una correcta monitorización materna y fetal

3.- Coordinar de forma precoz y eficiente a los servicios implicados en el manejo.

4.- Definir las tareas y responsabilidades de cada uno de los profesionales implicados.

5.- Estandarizar de forma rápida y eficiente el envío de hemoderivados.

Métodos.

Una vez confirmada la Hemorragia postparto, se activará el PROTOCOLO:

* Se iniciará el flujo de llamadas entre los servicios de Ginecología, Anestesia y el Banco de sangre

* Trasladadar a la paciente a la Unidad de Reanimación. Si se encuentra en el área de paritorio se trasladará al quirófano de urgencias

* A su llegada se realizará canalizar vía venosa con perfusión de cristaloides, monitorización estándar, sondaje vesical con diuresis horaria, manta térmica y oxigenoterapia con mascarilla.

* Valorar la necesidad de Intubación, canalización de arteria radial y vía central

* Aviso telefónico a Banco de Sangre indicando que se trata de una emergencia vital y activar el protocolo de transfusión masiva. Inmediatamente tras la llamada, se preparará el primer lote transfusional

* El facultativo debe documentar la solicitud en papel con la etiqueta de la paciente, indicando en la casilla de diagnostico y motivo de la transfusión: Transfusión Masiva

* El personal de enfermería extraerá la primera muestra de sangre del paciente identificando la muestra, petición y paciente con la pulsera transfusional.

* La auxiliar de quirófano es la que llevará en mano al BS la 1ª muestra de la paciente con la petición.

* El Banco de Sangre le entregará en mano el 1º lote transfusional

* Si la paciente precisa un 2º lote,se extraerá una 2ª muestra, se identifica con la etiqueta de la historia clínica y se envía en mano a BS ya sin la petición en papel. Allí se comprueba ABO/Rh y se libera el 2º lote

* El resto de lotes transfusionales se entregarán a demanda

* Se enviarán analíticas seriadas a laboratorio y se valorará la necesidad y posibilidad de tromboelastograma para un mejor manejo de la coagulopatía

* Se iniciará perfusión de Tranexámico Se administrarán 2-4 gr de fibrinógeno y se valorará el uso de complejo protrombínico y/o PFC si ya se encuentra disponible

* La paciente será trasladada a la unidad de Reanimación para continuar los cuidados postoperatorios y vigilar las posibles complicaciones asociadas a la transfusión masiva

Resultados.

Conclusiones.

La HPP puede llevar a la muerte en un corto lapso de tiempo. Cualquier parturienta es susceptible de desarrollar una HPP, y por lo tanto, cada hospital debe estar preparado para afrontar esta situación. Las guías clínicas de mayor difusión mundial recomiendan por consenso protocolizar el manejo para beneficio de las pacientes y para un correcto manejo de recursos disponibles

P033.- PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES SOBRE SU APRENDIZAJE EN GESTIÓN DE LA CALIDAD.

BOTELLA MARTINEZ, CARMEN; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LUIS ENRIQUE; SÁNCHEZ GALIÁN, MARIA JOSEFA; MONZÓ NÚÑEZ, ELISABETH; CUBILLANA HERRERO, JOSÉ DOMINGO.

Objetivos.

Analizar el nivel de satisfacción de los residentes con el curso "Gestión de la calidad" perteneciente al Plan Transversal Complementario del Residente.

Analizar la percepción de los residentes sobre su aprendizaje en dicho curso.

Métodos.

Para medir el nivel de satisfacción con la acción formativa se realizó un cuestionario de satisfacción al finalizar el curso, con respuestas medidas mediante escala Likert (1: muy insatisfecho - 5: muy satisfecho). Los resultados se expresaron como Media ± Desviación Típica.

Además, se realizó una encuesta de autoevaluación a residentes para valorar su percepción del nivel de competencia (0-10) antes y después de cada curso, expresado como (Media ± Desviación Típica). Se realizó una prueba T-Student de muestras relacionadas y también para cada una de las áreas de especialidades (Médicas, Quirúrgicas y Servicios Centrales).

Resultados.

Se analizaron 264 cuestionarios de satisfacción de residentes de cinco promociones. 3.33 ± 0.85. Los ítems mejor valorados fueron: el profesorado (3.85±0.82) y las infraestructuras (3.49±0.98), mientras que los peor valorados fueron el cumplimiento de las expectativas (3.10±1.12) y la metodología (3.13±1.13).

Se obtuvieron 185 encuestas de autoevaluación de residentes de cinco promociones. Los residentes percibieron un aumento estadísticamente significativo de su nivel de competencia antes y después de la realización del curso, 3,34±2.04 y 6,05±2.08, ($p<0.001$) respectivamente. Cuando estas mismas comparaciones se establecieron según áreas de especialidades, se observaron diferencias estadísticamente significativas para cada una de las tres áreas.

Conclusiones.

La valoración del curso sobre "Gestión de la Calidad" es positiva, y en las cinco promociones analizadas, los residentes percibieron un aumento estadísticamente significativo de su nivel de competencia de gestión de la calidad, en torno a dos puntos sobre la valoración inicial.

P034.- PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE DE UN HOSPITAL TERCIARIO: PROCESO DE ACTUALIZACIÓN TRAS CINCO AÑOS.

CUBILLANA HERRERO, JOSÉ DOMINGO; SÁNCHEZ GALIÁN, MARIA JOSEFA; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LUIS ENRIQUE; MONZÓ NÚÑEZ, ELISABETH; BOTELLA MARTÍNEZ, CARMEN.

Objetivos.

Revisar y actualizar el PGCD 2011-2015, evaluando los procesos e indicadores, para establecer factores correctores dentro de la filosofía de mejora continua.

Métodos.

Se realizaron análisis DAFO (retrospectivo) y CAME (prospectivo) del PGCD de 2011-2015.

Resultados.

Análisis DAFO:

Debilidades: Indicadores relacionados con las tareas docentes que recaen sobre el tutor, especialmente por la ausencia de tiempo de dedicación.

Amenazas: Superación de la capacidad docente ante el incremento de la demanda.

Fortalezas: Indicadores de documentos de planificación, formación y evaluación del Residente.

Oportunidades: Investigación en Docencia.

Análisis CAME:

Corregir: Implementación del reconocimiento del tutor en el Centro.

Afrontar: Estudio completo de la capacidad docente del centro que incluya también formación de grado y pregrado, junto con el futuro sistema de troncalidad.

Mantener: Procesos e indicadores incluidos en el PGCD 2011-2015.

Explotar: Análisis de la voz del Residente y del Tutor. Nuevo proceso sobre Plan Transversal Complementario del Residente.

Conclusiones.

El PGCD es un proceso vivo que requiere un análisis permanente. Es tarea de todos que estas revisiones estén integradas en la estrategia del centro porque Docencia, Calidad, Asistencia y Formación son un continuum.

P035.- INCORPORACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE NEUMOLOGÍA Y ALERGOLOGÍA EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: NUESTRA EXPERIENCIA.

SOLER GALLEGO, PEDRO; CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; MARTÍNEZ GONZÁLVEZ, ANA BELÉN; ALMANCHEL RIVADENEYRA, MIGUEL; MARTÍNEZ GARCÍA, ANA MARIA.

Objetivos.

- Aumentar el contenido de la información que conforma la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.
- Disminuir la duplicidad de pruebas por la pérdida de los resultados y, en consecuencia, disminuir el tiempo de resolución de los procesos asistenciales de los pacientes.
- Aumentar la continuidad asistencial interniveles, al compartir los resultados con los profesionales de Atención Primaria y de otras áreas de salud.
- Cumplir con el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, donde se indica que "la historia clínica electrónica se constituye como el soporte más adecuado para la asistencia sanitaria".

Métodos.

Las pruebas que se han incorporado han sido: Espirometrías (servicio de Neumología y Alergología) y Pricks (servicio de Alergología).

Se ha realizado un estudio de la situación inicial, detectando las necesidades tanto de recursos humanos como materiales.

Con respecto a los recursos materiales, se han actualizado los navegadores de los equipos para que sean compatibles con el sistema de imagen, se han conectado a la red los equipos en cuyo caso era necesario, y se ha dotado al servicio de Alergología de un scannér.

Con respecto al personal implicado en el nuevo circuito, se realiza la formación para la incorporación de los resultados al sistema de información del hospital.

Por parte del servicio de Admisión, se realiza una adaptación de las agendas y los recursos en Selene para su utilización en el circuito.

Además, se solicita la incorporación de los resultados de dichas pruebas a Ágora Plus (repositorio para compartir información de Atención Primaria y Atención Especializada).

Resultados.

El inicio de la incorporación de dichas pruebas a la historia electrónica del paciente fue el 16 de Marzo. Desde esta fecha el 100% de las pruebas realizadas se han incorporado con éxito a la historia digital del paciente, lo que equivale a todos los pacientes citados en tres

agendas (dos de Neumología y una de Alergología), en turno de mañana, de lunes a viernes.

Conclusiones.

Tras la implantación, podemos concluir que se ha aumentado la información que conforma la historia clínica de los pacientes del área, dotándola de mayor valor clínico y ayudando a la toma de decisiones del facultativo.

Además, al encontrarse los resultados de forma on-line, se disminuye la duplicidad de estas pruebas derivadas del extravío de los documentos, y por ende, disminuye la demora en la citación.

También concluimos que cumplimos con lo expuesto en el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, dónde se indica que la historia clínica electrónica es el soporte más adecuado.

Sin embargo, aunque ha sido solicitada, en estos momentos no contamos con la incorporación de dichos resultados en la plataforma Ágora, por lo que no conseguimos aumentar la continuidad asistencial con Atención Primaria, y el resto de áreas de salud.

P036.- IMPLANTACION DE UN SERVICIO DE TRADUCCIÓN COMO MEJORA.

ALVAREZ DOMINGUEZ, GLORIA MARIA; HERRERO LOPEZ, ANICETO; MARTINEZ BLAYA, ENRIQUE.

Objetivos.

- Facilitar la comprensión entre personal sanitario, pacientes y usuarios durante el proceso asistencial.

- Mejorar la seguridad del paciente.

Métodos.

- Seguimiento y control de las solicitudes de traducción e interpretación e idiomas demandados.

- Análisis estadístico (frecuencia) y descriptivo de idiomas y tipo de traducción más demandados, para dimensionar las necesidades reales y adecuarlas a la demanda asistencial de la población extranjera.

- Información a los demandantes de la metodología a seguir: protocolos y modelaje.

- Información a pacientes y usuarios de las condiciones en las que se presta el servicio.

- Controles periódicos de desarrollo del servicio (registros diarios, demanda y tiempo dedicado).

Resultados.

Monitorizando la utilización del servicio un año, se observa que:

- Se han demandado 256 traducciones presenciales y 236 telefónicas.

- Los servicios con mayor demanda son Unidades de Hospitalización (39,02%), Urgencias (22,56%).

- Los idiomas con mayor demanda son Inglés (40,79%), Alemán (27,19%), Árabe (23,08%), y Sueco (8,94%).

- Incremento de la satisfacción de los pacientes (sólo una reclamación en 2017)

Conclusiones.

1.- Adecuación del sistema en dos ámbitos:

- Dimensionamiento en las necesidades de tiempos, idiomas y cantidad de población usuaria de este servicio
- Oferta equilibrada entre calidad y precio

2.- Satisfacción de profesionales y usuarios: disminución de reclamaciones

P037.- IMPLANTACIÓN DE SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN DEL ÁREA 2.

RUBIO NAVARRO, MARÍA JULIA; SELLÉS NOHALES, ÁNGELES; ALCÁNTARA ZAPATA, FRANCISCO J.; PELLICER ORENES, FRANCISCO; MIRANDA ROLLÓN, MARÍA; YAGUE SÁNCHEZ, JOSE MIGUEL.

Objetivos.

Ante la necesidad de contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control de los resultados a la vez que la posibilidad de poder evaluar los diferentes parámetros que influyen en los costes y en la calidad de la asistencia, se hacía preciso confeccionar una herramienta informática que pudiera servir de base para el seguimiento de los Acuerdos de Gestión del Área 2, tanto a nivel de servicios asistenciales como a nivel global.

Métodos.

A través de descargas mensuales de SAP y DWH, así como de información suministrada por otras fuentes (calidad, seguridad al paciente, farmacia, etc.), se alimenta una BD desde la que confeccionamos los C.M.

La BD es creada en Excel con vínculos a diferentes hojas de cálculo. A partir de ahí, se genera un informe dinámico en dos dimensiones: espacio y tiempo, que nos permite seleccionar de forma independiente tanto el servicio como el mes, pudiendo hacer una retrospectiva en el tiempo, comparando siempre los datos con el mismo periodo del año anterior.

Resultados.

Mensualmente se confeccionan los Cuadros de Mando que son enviados a los distintos servicios, así como al Equipo Directivo. Este modelo, cuyos objetivos son transcritos al Acuerdo de Gestión que firman los Servicios Clínicos, concilian los objetivos del Acuerdo de Gestión del SMS, los objetivos de cuidados y los objetivos propios del Área.

Conclusiones.

El modelo implantado ha servido para que el Equipo Directivo pueda hacer un seguimiento mensual del cumplimiento de los Acuerdos de Gestión tanto a nivel global como por cada uno de los servicios, llegando a poder detectar las posibles desviaciones para la adopción de medidas correctoras.

P038.- CONTINUIDAD ASISTENCIAL INTERNIVELES: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA; NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; MANCEBO GONZALEZ, ALMUDENA; ALMANCHEL RIVADENEYRA, MIGUEL; TOMAS LUIZ, AINA; MENENDEZ NARANJO, LAURA.

Objetivos.

- Mejorar la continuidad asistencial interniveles de los pacientes, aumentando la información clínica generada en Atención Hospitalaria que es compartida con Atención Primaria y el resto de áreas.
- Aumentar la satisfacción y la calidad percibida por los pacientes con respecto a la atención de su proceso asistencial.
- Aumentar la seguridad de los pacientes relacionada con su proceso clínico.

Métodos.

Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los informes generados en el ámbito hospitalario de nuestra área, para identificar aquellos que no son compartidos con Atención Primaria y el resto de áreas de salud.

Fuente: Descarga de las plantillas de informes creadas en el sistema de información del hospital (Selene).

Resultados.

El número total de plantillas de informes que existen en Selene, en nuestro hospital, es de 946, de los cuales, 422 se incorporan al repositorio de información para ser compartido con Atención Primaria y el resto de áreas de salud. Estos informes se clasifican en informes de alta de Hospitalización, Urgencias o Consultas Externas y como informes de pruebas diagnósticas (Laboratorio, Radiología,…).

Del resto de informes, observamos que no están clasificados 381 y se identifican como 'Otros informes' 143. Estos informes son en su mayoría Consentimientos Informados, informes de Recomendaciones, informes de Derivación de pacientes o Viás Clínicas que no aportan datos clínicos de relevancia al proceso del paciente.

No obstante, hemos identificado 99 (18.9% plantillas de informes) que contienen información clínica relevante y que deben aparecer en Ágora Plus (es el repositorio de información donde se comparte la historia clínica generada por Atención Hospitalaria y por Primaria, haciendo posible su consulta simultánea). De estos 99, 71 estaban identificados como 'No clasificado', y 28, como 'Otros informes'. Estos han pasado a formar parte de la plataforma regional de historia clínica, Ágora Plus.

Conclusiones.

Al aumentar la cantidad de información generada en el ámbito hospitalario que es compartida con los profesionales de Atención Primaria y las otras áreas de salud, se pone de manifiesto un aumento de la continuidad asistencial interniveles de los pacientes.

Además, se produce un aumento de la satisfacción y la calidad percibida por los usuarios con respecto a la atención de su proceso asistencial, que ve disminuido el tiempo de resolución de su patología, al evitarse retrasos innecesarios vinculados a pérdidas de resultados, extravío de documentos o repetición de pruebas diagnósticas.

También hemos aumentado la seguridad de los pacientes relacionada con su proceso clínico al contar todos los profesionales sanitarios con la misma información clínica pertinente, de forma legible y simultánea.

P039.- IMPLANTACIÓN DE AVISO DE CITA POR SMS A PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS: NUESTRA EXPERIENCIA..

GALIÁN CÁNOVAS, MARÍA JESÚS; BLÁZQUEZ PEDRERO, MAGINA; CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; MANCEBO GONZÁLEZ, ALMUDENA; TOMÁS LUIZ, AINA.

Objetivos.

- Aumentar la comparecencia de los pacientes a las citas programadas en Consultas Externas.
- Aumentar la adhesión de los pacientes al seguimiento de su proceso clínico.
- Mejorar la gestión de las citas en Consultas Externas de los servicios, disminuyendo la demora en las citas (lista de espera) ya que se disminuyen las reprogramaciones de los pacientes.

Métodos.

Previamente a la implantación, se deciden los servicios que cuentan con mayor número de incomparecencia por parte de los pacientes, donde se va a llevar a cabo el pilotaje: Alergología y Oftalmología.

A continuación, se define el formato del mensaje, con la información mínima necesaria que conforme un único sms e indicando el teléfono del hospital al que hay que llamar según el servicio, para poder reutilizar la cita en caso de que el paciente no pueda asistir.

Se realiza un estudio retrospectivo de la comparecencia de los pacientes a Consultas Externas en los servicios piloto, durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 15 de abril de los años 2016 y 2017.

Los datos han sido facilitados por el servicio de Evaluación, y extraídos del sistema de información del hospital (Selene).

Resultados.

La incomparecencia en el servicio de Alergología ha sido de 361 pacientes en el año 2016, y de 294 en el año 2017, obteniéndose una diferencia de 67 pacientes. Esto equivale a un descenso del 18.6%.

En el servicio de Oftalmología, la incomparecencia en el año 2016 ha sido de 281 pacientes, y de 239 en el año 2017, obteniéndose una diferencia de 42 pacientes. Esto equivale a un descenso del 14.9%.

Conclusiones.

Tras analizar los datos obtenidos, y teniendo en cuenta que el periodo de estudio ha sido únicamente de mes y medio, se ha producido un aumento en la asistencia de los pacientes a su consulta programada.

Además, se desprende que es requerido un menor número de reprogramaciones de pacientes, lo que deja huecos libres para aliviar la demanda de citas en espera.

Creemos que este hecho refleja una actitud más activa y comprometida por parte del paciente con su proceso clínico.

P040.- ESTUDIO DEL GASTO ASOCIADO A LA INCOMPARECENCIA DE LOS PACIENTES TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL AVISO POR SMS DE LA CONSULTA.

NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA; CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; MARTÍNEZ GONZÁLVEZ, ANA BELÉN; MANCEBO GONZÁLEZ, ALMUDENA; TOMÁS LUIZ, AINA; GARCÍA GAMBÍN, FRANCISCO.

Objetivos.

- Disminuir el gasto asociado a la pérdida de citas por la incomparecencia de los pacientes.
- Cuantificar el ahorro directo derivado de la comparecencia de los pacientes a su consulta programada.
- Comprobar la eficacia del circuito de aviso a pacientes de la fecha de la cita por medio de sms a móvil.

Métodos.

Los servicios en estudio han sido Alergología y Oftalmología, que han sido los servicios piloto donde se ha implantado el circuito de recordatorio de cita a través de envío de sms al paciente.

Se realiza un estudio retrospectivo de la comparecencia de los pacientes a Consultas Externas en los servicios indicados anteriormente, durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 15 de abril de los años 2016 y 2017.

Tanto el número de incomparecencias por servicio como el coste de cada una de las prestaciones, han sido facilitados por el servicio de Evaluación, y extraídos del sistema de información del hospital (Selene).

Resultados.

El coste económico de una primera visita en el servicio de Alergología es de 48.32€, mientras que el de la sucesiva es de 28.94€. Para el servicio de Oftalmología, la primera visita tiene un coste de 33.35€, mientras que el de la sucesiva es de 20.01€.

Estos datos corresponden al año 2015, ya que los del año 2016 aún no están disponibles.

Dado que, en el servicio de Alergología, la incomparecencia en el año 2017 ha disminuido en 67 pacientes con respecto al 2016. El ahorro podría estimarse en 1611.05€.

Con respecto al servicio de Oftalmología, la incomparecencia en el año 2017 ha disminuido en 42 pacientes con respecto al 2016. El ahorro podría estimarse en 3.328.33€.

El ahorro producido corresponde al periodo de estudio, que ha sido de mes y medio. Si extrapolamos los datos a un año, el ahorro se vería incrementado en 8 veces.

Conclusiones.

Una vez conocidos los datos, podemos concluir que se produce una disminución del gasto sanitario al disminuir la incomparecencia de los pacientes a su consulta programada.

Además, hemos calculado una estimación del ahorro que se desprende del aprovechamiento de esas consultas.

Tras evaluar los resultados observamos que el circuito de envío de recordatorio de cita por sms al paciente es eficaz, produciendo satisfacción al paciente y una disminución del consumo de recursos económicos.

P041.- AGILIZACIÓN DE CONSULTAS Y/O PRUEBAS REALIZADAS POR PARTE DEL HOSPITAL A PETICIÓN DE LA INSPECCIÓN MÉDICA.

CAMPUZANO LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER; MARTÍNEZ GONZÁLVEZ, ANA BELÉN; GALIÁN CÁNOVAS, MARÍA JESÚS; BERNAL FERNÁNDEZ, TEODORA; TOMÁS GARCÍA, NURIA; ALMANCHEL RIVADENEYRA, MIGUEL.

Objetivos.

- Disminuir el gasto vinculado a la prestación de incapacidad temporal de los pacientes.
- Aumentar la satisfacción del paciente al verse acelerado el tiempo de resolución de su proceso asistencial y, por ende, su reincorporación lo antes posible a su vida laboral y cotidiana.

Métodos.

Estudio retrospectivo de las peticiones que realiza la Inspección Médica para adelanto de consulta y/o prueba a nuestro hospital, en un periodo de tiempo de un año (del 1 de mayo del año 2016 al 30 de Abril del año 2017).

Los datos han sido recogidos por el Servicio de Admisión del ámbito de Consultas Externas de Adultos.

Resultados.

El número total de peticiones solicitadas por parte del a Inspección Médica han sido 266, de las cuales, el servicio de Admisión ha actuado sobre 134 (50.4% de las peticiones recibidas).

Las consultas y/o pruebas más demandadas han sido citas en consultas de los servicios de Traumatología (el 24.4% de las solicitudes), Neurocirugía (el 22.9% de las solicitudes) y Rehabilitación (14.3% de las solicitudes). La prueba más solicitada ha sido la Electromiografía (5.6% de las solicitudes).

De los datos se extrae que hay servicios con baja demanda por parte de la Inspección Médica, pero con gran ahorro relativo en días, por su excesiva demora en la lista de espera, como son: en la Unidad de Dolor se han recibido 9 solicitudes, se ha intervenido en las 9 ocasiones, y se ha producido un ahorro relativo de 1621 días; o Cirugía Cardiovascular, que se ha solicitado en 13 ocasiones, se ha intervenido en 7, y se ha producido un ahorro relativo de 962 días.

Con respecto a las pruebas, la más solicitada por la Inspección ha sido la Colonoscopia, en 4 ocasiones, se ha intervenido en 3, y se ha producido un ahorro relativo de 580 días.

El total de días de ahorro relativo en el periodo de incapacidad temporal de los pacientes afectados es de 10519.

Conclusiones.

Tras observar el ahorro relativo en días obtenido, en el periodo de incapacidad temporal de los pacientes, vemos una diminución en el gasto de dicha prestación.

Además, conseguimos aumentar la satisfacción del paciente al verse reducido el tiempo de curación de su proceso clínico, y por consiguiente, su incorporación a la vida laboral.

P042.- EVOLUCIÓN EN LA DETECCIÓN DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

SÁNCHEZ MARTÍNEZ, IRIA; DE BÉJAR RIQUELME, NURIA; SORIA SOTO, MANUEL; MESTRE ALMARCHA, MARIA JOSÉ; HERNÁNDEZ HERRERO, CARMEN; LEON VILLAR, JOSEFA.

Objetivos.

Conocer la variación en la frecuencia por tipo de las incidencias en la recepción de medicamentos en el servicio de farmacia entre los años 2004 y 2015.

Métodos.

El periodo de análisis comprendió los años 2004 y 2015 completos. Se evaluaron todas las incidencias detectadas en la recepción de medicamentos en el Servicio de Farmacia, registradas por los celadores y técnicos auxiliares de farmacia responsables, y de manera concurrente a la recepción. Las incidencias se registran en un impreso diseñado a tal efecto compuesto por 13 ítems entre las cuales se identifican no solo la idoneidad cuali-cuantitativa, con respecto al pedido, del medicamento recepcionado, sino también factores de seguridad como la pérdida de la cadena de frío o la identificación en el transporte de medicamentos citostáticos / citotóxicos etc. Posteriormente al registro, todas las incidencias fueron comunicadas, vía fax, a los respectivos laboratorios. En las incidencias no resultas se realiza la intervención directa del responsable del Servicio de Farmacia con el laboratorio proveedor, vía telefónica, para su resolución.

Resultados.

Durante el año 2004 se recepcionaron 6.983 pedidos de medicamentos de los cuales 306 tuvieron incidencias (4%) y de ellas se solucionaron 167 (55%) de las mismas. Durante el año 2015 se recepcionaron 12.124 pedidos de los que sólo presentaron incidencias un total de 7 (0.05%) y el 100% de ellos se pudieron solucionar. En el año 2004 un 42 % de los errores se debieron a citostáticos sin indentificar, 23% albaran sin caducidad, 11% albarán sin lote, 12% el pedido llegó sin albarán, 12% precinto sin anular. En el año 2015, un 42% de los errores se debieron a que el Código Nacional no aparecía en el albarán, el 14% por entrada de un producto diferente, en el 14% faltó un bulto en el pedido, en el 14% el Código Nacional del producto no coincidió con el del albarán y en el 14% el producto venía sin indentificar con un Código Nacional.

Conclusiones.

La comunicación constante y fluida con los distintos Laboratorios Farmacéuticos ha permitido ir disminuyendo la frecuencia de los errores detectados a lo largo de los años. El protocolo de calidad de la recepción de medicamentos permite la detección precoz de problemas de seguridad o administrativos relacionados con medicamento. Con el trabajo realizado a lo largo de estos años, se ha logrado mejorar la calidad asistencial en la medida que se previenen errores en la administración de medicamentos incorrectamente

recepcionados, conservados o indentificados y mejora la seguridad por parte de los manipuladores de medicamentos citostáticos / citotóxicos, bien sean celadores del servicio de farmacia o personal implicado en el transporte.

P043.- GUIA DE ACTUACION CLINICA PARA EL DESARROLLO DE LA DESENSIBILIZACION A FARMACOS.

RAMIREZ HERNANDEZ, MERCEDES; CHICA MARCHAL, AM; MARTINEZ PENELLA, M; ALLEGUE GALLEGO, JM; RODRIGUEZ BRAUN, E; HUERTAS AMOROS, ANGEL JULIO.

Objetivos.

La desensibilización a un fármaco es un proceso que consiste en administrar dosis progresivas y crecientes del fármaco hasta alcanzar la dosis terapéutica, de manera que los pacientes pueden recibir sin problemas fármacos a los que son alérgicos. Su puesta en marcha supone la implicación de varios servicios hospitalarios, por lo que nuestro objetivo fue diseñar una guía de actuación clínica para protocolizar la coordinación entre todas las unidades hospitalarias involucradas.

Métodos.

Se creó un grupo de trabajo integrado por los servicios implicados habitualmente en el proceso: Alergología, Farmacia hospitalaria y Medicina Intensiva, además de Oncología, al ser el servicio que más desensibilizaciones demanda, dado la frecuencia de reacciones adversas con agentes quimioterápicos, especialmente con sales de platino.

Todos los servicios incluidos fueron exponiendo su problemática para llevar a cabo su parte del proceso con el fin de diseñar un protocolo de actuación para efectuar la desensibilización con fármacos de una manera ágil y eficaz.

Resultados.

Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de alergia a un fármaco o con una sospecha fundada de alergia que precisen la administración de dicho fármaco al no haber otra alternativa terapéutica.

Criterios de exclusión: pacientes que dispongan de una alternativa terapéutica.

Protocolo de actuación:

1er paso: Solicitud

El servicio que tenga a cargo un paciente que precise una desensibilización se pondrá en contacto con el Servicio de Alergología, que será el encargado de coordinar el proceso, mediante la creación de una interconsulta hospitalaria, donde se hará constar:

- Justificación
- Fármaco y dosis que se desea administrar.
- Fármacos concomitantes al que se administra en pauta de desensibilización.

2º paso: Diseño

El Servicio de Alergología será el encargado de:

- diseñar el plan de desensibilización: premedicación, pauta y velocidad de administración del fármaco.
- Solicitar la cama de UCI mediante una interconsulta a través de Selene.
- Explicarle al paciente o responsable en qué consiste la desensibilización.
- Conseguir su autorización por escrito.

3er paso: Elaboración

El Servicio de Farmacia preparará las concentraciones y diluciones según el protocolo diseñado por Alergología.

4º paso: Administración

El Servicio de Medicina Intensiva será el encargado de administrar el fármaco según la pauta prescrita por el Servicio de Alergología, y una vez finalizada informará del resultado al resto de servicios involucrados.

5º Paso: Repetición

a) Por mala tolerancia

En caso de no ser tolerada, se reiniciará el proceso a partir del segundo paso, encargándose el Servicio de Alergología de modificar el plan de administración.

b) Desensibilizaciones seriadas

En caso de que se precise volver a administrar el fármaco trascurrido un plazo superior a 24 horas, como es el caso habitualmente de los ciclos de quimioterapia, el Servicio de Oncología creará una nueva interconsulta a Alergología indicando la fecha del nuevo ciclo y se reiniciará el proceso a partir del paso primero.

Conclusiones.

La desensibilización a fármacos es un proceso multidisciplinar que precisa la colaboración activa de los diferentes servicios implicados para un correcto desarrollo, siempre con la finalidad de obtener una asistencia rápida y eficaz en aquellos pacientes con reacciones adversas a fármacos que no disponen otras alternativas terapéuticas.

P044.- ENFERMEROS REFERENTES EN DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA..

AVILÉS ARANDA, JOSE DOMINGO; HERNÁNDEZ FERRANDIZ, MARI CARMEN; MORENO PINA, JOSEFA PATRICIA; PALAZÓN CANDEL, NOELIA MARÍA; PEÑALVER HERNÁNDEZ, FELIX.

Objetivos.

Crear un grupo de trabajo para unificar y consensuar la atención a pacientes con Deterioro de la integridad cutánea o riesgo de padecerla

Métodos.

Se constituye un grupo de trabajo, representado por enfermeros de las diferentes zonas básicas de salud del área de Salud al que pertenecen. La pertenencia al grupo de trabajo es de carácter voluntario, potenciando la participación de los implicados, aunque también consensuado con los coordinadores. El grupo de trabajo tendrá inicialmente dos niveles: enfermeras de referencia de área y enfermeras de referencia de zona (los primeros, con acreditada formación en este campo, participaran en la formación y coordinación de los segundos). El grupo inicialmente se reunirá con una periodicidad mensual y se valorará los conocimientos a través de un test ya utilizado para estudios realizados en este campo. Una vez formados los referentes de zona, se continuará una formación en cascada al resto de enfermeras de las diferentes zonas básicas de salud. Además, se creará una base de casos resueltos, con intervenciones basadas en la evidencia, a fin de facilitar la difusión de buenas practicas a través de casos concretos

Resultados.

Una adecuada formación y atención a pacientes con deterioro de la integridad cutánea, conllevaría presumiblemente la disminución del gasto en apósitos, a través del uso racional de los mismos, al igual que la disminución del tiempo que las enfermeras destinan a el cuidado ante dichas demandas, pues en el mejor de los casos, podría verse reflejado en la incidencia, pero principalmente en la prevalencia. Mejorar los conocimientos y seguridad percibida de los profesionales en el manejo de heridas podría conllevar un aumento de la satisfacción del paciente ante atención prestada.

Conclusiones.

Tras la primeras reuniones llevadas a cabo, con el fin de mejorar la calidad de atención prestada a los usuarios de estos servicios, se ha identificado la necesidad de: revisión de circuitos sobre manejo de muestras de microbiología desde atención primaria; revisión y difusión de criterios y circuitos en la derivación a unidades especializadas para ciertas prestaciones de servicios; necesidad de formación avanzada, consensuada y basada en evidencias en el manejo de pacientes con deterioro de la integridad cutánea ; necesidad de mejora en el registro, en OMI-AP, de la atención a pacientes con deterioro de la integridad cutánea.

P045.- MONITORIZACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO DE LA OMS EN UN ÁREA DE SALUD.

ROLDAN CHICANO, MARIA TERESA; MEROÑO RIVERA, MARIA DOLORES; RODRIGUEZ TELLO, JAVIER; YAGÜE SANCHEZ, JOSE MIGUEL; CONESA HERNANDEZ, DANIEL; SEOANE CEGARRA, LAURA.

Objetivos.

Determinar el porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente con el listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS cumplimentado, así como el porcentaje de listados de verificación con todos los apartados registrados.

Analizar si la implantación continua de acciones correctoras ha mejorado la cumplimentación de los indicadores.

Métodos.

Ciclo de evaluación y mejora.

Monitorización mensual de los valores absolutos en la cumplimentación del listado de verificación quirúrgico a partir de un listado de Crystal que explota la totalidad de los registros del formulario "Verificación de seguridad quirúrgica" de la historia clínica en Selene, entre unas fechas dadas, en los 24 quirófanos del Área de Salud. A partir de este listado se calculan el porcentaje de formularios abiertos y de listados de verificación cumplimentados al 100%.

Se realiza una comparación entre los resultados obtenidos en el 100% de los pacientes intervenidos, en los periodos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, y del 1 de mayo de 2016 y 30 de abril de 2017. En marzo de 2016 se realizaron actividades para mejorar el cumplimiento de estos indicadores con motivo de la campaña "Mes de…". Desde entonces se han ido implementando diversas mejoras, como la imposibilidad de cerrar la hoja operatoria sin el registro del listado de verificación en algunos quirófanos, formación, información mediante cartelería y notas internas.

Resultados.

En la 2ª evaluación se creó el formulario de listado de verificación de seguridad quirúrgica al 84,02% de los pacientes intervenidos, frente al 73,34% registrado en la 1ª evaluación.

El quirófano que presentó una mayor mejora fue el quirófano 9, con un incremento del 28,81% en términos absolutos, y el que menos el obstétrico, registrando una disminución del 3,47%.

En la 1ª evaluación se cumplimentaron completamente el 61,64% de los listados de verificación iniciados, aumentando a un 81,92% en la 2ª evaluación.

El quirófano que presentó una mayor mejora fue el quirófano SL12, con un incremento del 60,37% en términos absolutos, y el que menos el 10, registando una disminución del 2,8%.

Conclusiones.

Las acciones de mejora implementadas han mejorado el registro del listado de verificación de seguridad quirúrgico, lo que reduce la probabilidad de que el paciente quirúrgico sufra un evento adverso.

P046.- INCORPORACIÓN DE UN COORDINADOR EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS..

GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, MARIA CRISTINA; MUÑOZ GARCIA, IRIS; VINEY, ALICE CHARLOTTE; SANCHEZ CANOVAS, JUANA; FERNÁNDEZ-LOBATO, BARBARA; MARTINEZ PENELLA, MÓNICA.

Objetivos.

Evaluar el impacto de la incorporación de un coordinador en el circuito de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (DMDU).

Métodos.

Estudio realizado en un hospital con 580 camas dependientes del sistema de DMDU, sin prescripción electrónica. Durante el proceso de DMDU se pueden producir incidencias que generan peticiones de medicación por las unidades de hospitalización (UH). Estas peticiones se pueden realizar mediante petición informatizada (PI) o en papel (PP) y son dispensadas por el personal técnico del servicio de farmacia (SF).

Con el fin de detectar los puntos críticos del circuito e identificar oportunidades de mejora, se realizó un análisis inicial durante 15 días de las peticiones de medicamentos realizadas por las UH. Se recogieron los siguientes datos: número de PI, número de PP y motivos de la petición: medicamentos no integrados en el circuito de DMDU (medicamentos termolábiles y medicamentos de uso restringido en el hospital) (NODMDU) e incidencias del circuito DMDU (IDMDU).

Resultados.

En el análisis inicial (noviembre 2015) se obtuvieron 648 peticiones, 159 (24,5%) PP y 489 (75,4%) PI.

De las PI: 335 (68,5%) correspondían IDMDU y 154 (31,5%) a NODMDU.

Los motivos de las 335 IDMDU fueron: incidencias en la preparación del tratamiento individualizado 111 (33,1%), incidencias de transcripción 28 (8,3%), ingresos y modificaciones de tratamiento posteriores a la DMDU 143 (42,7%) y error en la petición por parte de las UH 53 (10,8%).

Se decidió la incorporación al área de dosis unitarias de un enfermero coordinador al que se le impartió la formación necesaria y se le asignaron las siguientes funciones: 1) evaluar las peticiones de medicamentos tanto PP como PI, 2) coordinar la DMDU, 3) registrar los motivos de las incidencias, 4) detectar y resolver discrepancias en el tratamiento del paciente y realizar las modificaciones pertinentes previo a la dispensación, 5) promover la PI y el correcto uso del circuito de DMDU en las UH.

En marzo de 2017, 16 meses después de la incorporación del coordinador de DMDU, se realizó una reevaluación durante 15 días, con los siguientes resultados: se obtuvieron 535 peticiones, 7 (1,3%) PP y 528 (98,7%) PI. Todas las peticiones fueron revisadas por el coordinador antes de su dispensación y en caso necesario por el farmacéutico de DMDU.

De las 528 PI: 408 (77,27%) correspondían IDMDU y 120 (22,7%) a NODMDU.

Los motivos de las 408 IDMDU fueron: incidencias en la preparación del tratamiento individualizado 177 (43,4%), incidencias de transcripción 45 (11%), ingresos y modificaciones de tratamiento posteriores a la DMDU 176 (43,1%) y error en la petición por parte de las UH 10 (2,4%). Las peticiones erróneas de las UH fueron anuladas.

Conclusiones.

La incorporación del coordinador de DMDU ha permitido la revisión de todas las peticiones de las UH de forma previa a su dispensación, resolviendo las posibles discrepancias, modificando incidencias de transcripción y anulando las peticiones erróneas, contribuyendo así a la correcta dispensación y aumentando la calidad y seguridad del proceso.

El número de PP ha disminuido notablemente pasando de 159 (24,5%) a 7 (1,3%) así como el número de peticiones erróneas de la UH, reflejándose la importante labor formativa del coordinador en el correcto uso del DMDU en las UH.

En el SF, dos puntos críticos sobre los que debemos intervenir para mejorar el circuito de DMDU son la transcripción de la orden médica y la preparación del tratamiento individualizado.

P047.- PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL APLICADO A UN PROYECTO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

TOLEDO GARCÍA, SARAH; SALCEDO CÁNOVAS, CÉSAR; CÁNOVAS SANCHÍS, SERGIO; HERNÁNDEZ PALAZÓN, DOLORES; MIRETE ALCÁZAR, MARIA DOLORES; GARCIA JIMENEZ, CATALINA.

Objetivos.

Mejorar la asistencia sanitaria para pacientes en áreas desfavorecidas en el contexto de un proyecto de cooperación internacional.

Métodos.

Se analizaron las necesidades sanitarias de la población de los campamentos de refugiados saharauis del área de Tinduf, encontrando un déficit en la atención especializada para pacientes con problemas ortopédicos y con secuelas de quemaduras. Se incorporó en una posterior campaña personal especializado en Cirugía Ortopédica y Traumatología y Cirugía Plástica (Cirujanos y personal de enfermería con entrenamiento en instrumentación quirúrgica y cuidados postoperatorios). También se detectó la necesidad de personal sanitario que continuara los cuidados postquirúrgicos en el terreno una vez finalizada la comisión, debido al largo periodo de seguimiento en este tipo de procesos. Para ello, se trabajó en equipo con tres enfermeros, un médico y un fisioterapeuta locales, que se implicaron en el tratamiento durante la estancia de la comisión, y realizaron el seguimiento posterior según las indicaciones del equipo.

Resultados.

Se atendió a 181 pacientes en consulta, de los cuales ocho se beneficiaron de infiltraciones articulares, 17 de procedimientos quirúrgicos y 164 de tratamiento médico. A demás se realizó formación al personal local para el seguimiento adecuado de los pacientes y el tipo de cuidados postquirúrgicos necesarios.

Los procedimientos quirúrgicos más representativos en los que el seguimiento por parte del personal local fue indispensable realizados fueron: Z-plastias e injertos de piel en una paciente con retracciones cutáneas faciales por quemaduras; tratamiento de pseudoartrosis congénita de tibia y peroné mediante fijación externa circular; tratamiento de fractura y deformidad femoral mediante osteotomías y fijación endomedular en paciente con osteogénesis imperfecta; Exéresis de tumor condral en 5º metacarpiano de la mano y sustitución por injerto de cresta ilíaca.

El seguimiento postquirúrgico inmediato se realizó durante la estancia de la comisión en el terreno. El seguimiento posterior se ha realizado por parte del personal local, en comunicación periódica constante mediante medios electrónicos. Los pacientes evolucionan favorablemente tras cinco semanas de tratamiento.

Conclusiones.

La asistencia a los pacientes en sistemas sanitarios en países en vías de desarrollo mejora su calidad cuando el personal local recibe formación para poder continuar con los cuidados de forma independiente, de manera que los pacientes puedan seguir recibiendo un tratamiento correcto aún en ausencia de las comisiones solidarias.

También es preciso la incorporación a las comisiones de especialidades de distintas áreas que cubran un amplio espectro de necesidades de salud

P048.- EVALUACION DEL PROTOCOLO DE REGISTRO DEL DOLOR POSTQUIRURGICO.

LOPEZ ALCARAZ, FRANCISCO; CARPIO DE LA PEÑA, RICARDO; HERNANDEZ FERRANDIZ, Mª CARMEN; LEAL LLOPIS, JESUS.

Objetivos.

Evaluar el protocolo de valoración y registro del dolor post-quirurgico.

Métodos.

Se ha diseñado un estudio descriptivo y transversal. Se han evaluado 5 criterios, conocimiento de la existencia del protocolo (Cr1), presencia de la plantilla de evaluación (Cr2), evaluacion y registro del dolor a la llegada del paciente al quirofano (Cr3), a las 2h (Cr4) y cada 8h durante las proximas 48h (Cr5). Los sujetos participantes en el estudio han sido del servicio de traumatologia y urologia. La evaluación se ha llevado a cabo durante el mes abril. Los datos han sido evaluados con el programa informatico Iqual.

Resultados.

Durante el periodo de estudio se han incluido 32 profesionales de enfermería en los que se han evaluado el criterio 1 tuvo un incumplimiento del 71,9% y el criterio 2 se incumplio en el 96,9%.

El numero de pacientes incluido fue 63 pacientes, teniendo un incumplimiento del 38,1% el criterio 3, el criterio 4 se incumplio en el 69,8% y en el 100% de los pacientes no se registro el dolor cada 8h durante los dos dias posteriores a la intervención quirurgica (criterio 5).

Conclusiones.

Tras los datos obtenidos podemos concluir que existe un amplio margen de mejora en este protocolo, por lo tanto es necesario implantar medidas correctoras para mejorar la calidad asistencial que se le presta a los pacientes.

P049.- PROPUESTA DE UN MÓDELO DE SOLICITUD, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA PROGRAMAS QUIRÚRGICOS COMPLEMENTARIOS.

BLAZQUEZ PEDRERO, MAGINA; MARRAS FERNANDEZ CID, CARLOS; BARCELÓ BARCELÓ, INMACULADA; VILLAESCUSA PEDEMONTE, MARIANA; TOMAS GARCIA, NURIA; LUCAS GÓMEZ, JUAN MANUEL.

Objetivos.

- Crear un documento unificado para los programas extraordinarios en el hospital.
- Identificar y valorar la necesidad de los mismos por parte del servicio y de la dirección.
- Obtener datos de demora y actividad para plantear los objetivos.
- Implementar una cultura de evaluación de resultados.
- Priorizar los programas
- Facilitar al servicio y a la dirección el seguimiento y control de los programas (control presupuestario / Lay de transparencia).

Métodos.

Detectamos escasa información en los servicios acerca de la efectividad de los programas.

La planificación de las jornadas extraordinarias precisa de una asignación de recursos humanos y estructurales coordinados que hay que prever.

Tras la utilización del modelo el servicio y la dirección adquieren un compromiso mutuo de evaluar y compartir los resultados.

Queda reflejado dicho comprimo en un documento oficial.

Resultados.

Documento oficial cuyo contenido es:

- Servicio solicitante
- Nombre del programa
- Causa que motiva la necesidad
- Lista de espera quirúrgica y actividad de los últimos seis meses en el servicio
- Rendimiento quirúrgico
- Entradas - Salidas de pacientes en LEQ en la especialidad
- Duración del programa
- Objetivo planteado
- Responsables
- Evaluación

Conclusiones.

Con la implantación del modelo, conseguimos:

- Una justificación documentada de la necesidad.
- Los estamentos implicados tienen conocimiento suficiente del mismo para prever los recursos humano y estructurales.

Indicadores estructurados de LEQ y actividad.

- Seguimiento presupuestario.
- Valoración conjuntamente de dirección y servicio la eficacia de los programas.
- Sirve para la toma de decisiones.
- Impregnamos a la organización de una cultura de compromiso y trabajo compartido, basado en la evaluación de los resultados.
- Hacer compatible la actividad diaria con la transparencia.

P050.- SEDACIÓN EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS REALIZADAS EN UCI PEDIÁTRICA: ANÁLISIS DE COMPLICACIONES.

PEÑALVER MANZANO, ALBERTO; MONTOSA GARCIA, RAQUEL; MARIN YAGO, ANA; JURADO BELLON, JUAN; TUBILLA PRECIADO, DAVID; ROBLES MADRID, FRANCISCO JOSÉ.

Objetivos.

1. Valorar la seguridad y eficacia de la sedación en endoscopias digestivas.
2. Analizar las complicaciones presentadas en las endoscopias digestivas
3. Describir e investigar posibles variables relacionadas con las complicaciones presentadas en las endoscopias digestivas.

Métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes a los que se les realizo una endoscopia digestiva en la UCI Pediátrica durante el año 2016.

Revisión bibliográfica en base de datos MEDES con las palabras clave: endoscopia, pediatría, sedación, complicaciones y seguridad.

Resultados.

En el año 2016 se realizaron en la UCI Pediátrica 159 endoscopias digestivas: 113 esofagogastroscópias (71%), 40 rectocolonoscópias (25%), 3 gastrostomías endoscópicas percutáneas (2%) y 3 capsulas endoscópicas (2%).

Las principales indicaciones fueron: sospecha celiaca (22,7%), dolor abdominal (13,2%), disfagia (10,7%), reflujo gastroesofágico (9,4%), enfermedad de Crohn (7,5%) y rectorragia (7,5%)

La edad de los pacientes va desde 4 meses a 15 años, con una media de 7,5 años.

En cuanto al sexo, se realizaron 87 endoscopias digestivas a mujeres (55%) y 72 a hombres (45%).

El 95% de las endoscopias digestivas se realizo bajo sedación con fentanilo y propofol.

Se produjeron un total de 8 complicaciones (5%), 7 relacionadas con la sedación (desaturación – hipotensión – vomito) y 1 con la anatomía del aparato digestivo (estenosis esofágica).

Por procedimiento, el 100% de las complicaciones se produjeron en las esofagogastroscópias.

Por sexo, el 75% de las complicaciones se produjeron en hombres y el 25% en mujeres.

Por sedación, el 100% de las complicaciones se produjeron con fentanilo y propofol, suponiendo el 5% de las sedaciones realizadas con estos sedantes.

Conclusiones.

1. La sedación mediante fentanilo y propofol parece mostrarse como un método seguro y eficaz durante la realización de endoscopias digestivas.

2. Las complicaciones relacionadas con la sedación en endoscopias digestivas son infrecuentes y de carácter leve.

3. Hay una mayor tendencia de complicaciones en hombres que en mujeres, habiendo realizado menos endoscopias digestivas a hombres.

4. Todas las complicaciones se producen en esofagogastroscópias, a pesar de que se realizan un porcentaje importante de rectocolonoscópias.

P051.- APORTACIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL A LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, JUAN; VERA ESCOLAR. FLORA; SÁEZ MIRAVETE, SALVADORA; NAVARRO PÉREZ, ALMUDENA; GIL BROCEÑO, INÉS; NAVARRO MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR.

Objetivos.

Describir la actividad de un Comité de Ética Asistencial (CEA) como contribución e influencia en la mejora de la asistencia sanitaria en un Área de Salud.

Métodos.

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la actividad asistencial, docente y de difusión en relación con la ética-bioética-derecho sanitario, en un Área de Salud de la Región de Murcia durante 10 años. Periodo de estudio: 2007-2016. Criterios de inclusión: actividades del CEA, recogidas en acta, en relación con interconsultas, docencia, formación continuada y difusión. Criterios de exclusión: actividad no recogida en acta o no realizada por miembros del CEA. Documento de recogida de datos con variables que recogen las actividades. Análisis descriptivo.

Resultados.

Desde la creación del CEA de ésta Área de Salud hace 10 años, se han recibido 52 consultas, habiendo sido estudiadas, tratadas mediante deliberación y emitida respuesta a sus autores. Los Servicios o entidades originarias de las consultas: Anestesia 2, Atención al Paciente 11, Cirugía 4, Consejería Sanidad/Universidad de Murcia 2, Coordinación Trasplantes 1, Cuidados paliativos 3, Digestivo 1, Dirección Médica 4, Docencia/Formación Continuada 1, Endocrinología 1, Geriatría 1, Ginecología 1, Hematología 1, Medicina Intensiva 3, Medicina Interna 4, Medicina Interna Infecciosa 2, Neurología 2, Pediatría 3, Psiquiatría 1, Trabajador Social 1, Traumatología 1, Urgencias 2. Motivos de consulta: relacionados con temas de ética de tratamientos 2, limitación de esfuerzo terapéutico 14, trato justo 2, confidencialidad 3, rechazo a tratamiento 11, respeto a la autonomía 9, información clínica 1, consentimiento informado 5, valoración ética de proyectos/trabajos 5. Actividad de formación continuada dirigida al Personal del Área de Salud, basada en la realización de un curso de "Bioética y Derecho Sanitario", con diez ediciones, en los que han participado ponentes regionales y nacionales del campo de la Ética-Bioética-Derecho Sanitario, de diferentes disciplinas e instituciones: justicia, medicina, enfermería, política, social, sanidad, universidad. Actividades de formación para los propios componentes del CEA: casos clínicos emblemáticos, publicaciones, normativas y legislación, eventos sociales o clínico-epidemiológicos; siempre con relevancia en el terreno de las funciones del CEA. Asistencia a eventos científicos regionales y nacionales, como asistentes y/o con aportación de trabajos de investigación fruto de la actividad en el Área de Salud y en representación de la misma. Se han presentado 15 comunicaciones orales/póster a congresos regionales/nacionales; prácticamente todos los miembros del CEA han participado como

ponentes/moderadores de mesa en 10 ediciones de diferentes Jornadas y Congresos distintos a los del CEA.

Conclusiones.

El Comité de Ética Asistencial, como órgano competente para la consulta de todos aquellos aspectos con implicaciones éticas en el ámbito de la biomedicina que supongan una afectación de la salud y los valores morales de las personas, mantiene una actividad que responde a sus funciones normativas. La asistencia sanitaria en los casos que ha requerido la participación del CEA, ha podido contar con su aportación y, por tanto, el Área de Salud, a la hora de apoyar sus actuaciones con respaldo ético no vinculante. La formación y difusión en Ética, Bioética y Derecho Sanitario, como actividad llevada a cabo por el CEA, aporta al Área de Salud una herramienta más en aras a una mejora de la calidad asistencial.

P052.- GESTANTES TRAS UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA EN UNIDAD DE DIABETES GESTACIONAL.

GONZÁLEZ PINA, Mª DOLORES; GARCIA PLANES, MIGUEL ANGEL; PEREZ GALVEZ, DOLORES; GUARDIA BAENA, JUAN MANUEL; HERNANDEZ MARTINEZ, ANTONIO MIGUEL.

Objetivos.

Controlar el aumento de peso gestantes tras una intervención de cirugía bariátrica.

Disminuir la aparición de hipoglucemias gestantes tras una intervención de cirugía bariátrica

Métodos.

Tipo de estudio: descriptivo, analítico de intervención

Población estudiada 5 mujeres embarazadas que se sometieron en el pasado a cirugía bariátrica.

Intervención. Cuatro visitas a la consulta de enfermería de la unidad de diabetes gestacional a lo largo del embarazo. Contenido:

- Medición de parámetros peso, IMC y glucemia capilar.
- Entrevista para recabar información sobre alimentación, conocimientos de los riesgos y hábitos.
- Educación sanitaria
- Se les informa de que ante una duda en la alimentación serán atendidos sin necesidad de cita previa.

Periodo de estudio: enero de 2016 a abril de 2017

Indicadores:

? Registro de hipoglucemias durante la gestación/gestante

? Ganancia ponderal durante la gestación / gestante

Resultados.

Registro de hipoglucemias durante la gestación/ Paciente 1 = 9

Registro de hipoglucemias durante la gestación/ Paciente 2 = 0

Registro de hipoglucemias durante la gestación/ Paciente 3 = 0

Registro de hipoglucemias durante la gestación/ Paciente 4 = 0

Registro de hipoglucemias durante la gestación/ Paciente 5 = 0

Ganancia ponderal durante la gestación / gestante 1= 9.4 kg

Ganancia ponderal durante la gestación / gestante 2= 10.3 kg

Ganancia ponderal durante la gestación / gestante 3= 5.1 kg

Ganancia ponderal durante la gestación / gestante 4= -1 kg

Ganancia ponderal durante la gestación / gestante 5= 9.7 kg

Conclusiones.

La intervención de seguimiento y control en la consulta de diabetes gestacional de enfermería resulta eficaz para conseguir la disminución o ausencia de hipoglucemias con ganancia ponderal ajustada a los objetivos de la SED

P053.- PREVENCIÓN DE ERRORES DE ISOAPARIENCIA EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS FRACCIONADOS.

CONESA NICOLÁS, ELENA; FERNÁNDEZ-LOBATO, BÁRBARA; GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, MARÍA CRISTINA; NUÑEZ BRACAMONTE, SARA; VINEY, ALICE CHARLOTTE; GARCIA MARQUEZ, ANDRES.

Objetivos.

Disminuir o evitar potenciales errores de isoapariencia en el circuito de almacenamiento y dispensación de dosis unitaria de los medicamentos reenvasados.

Métodos.

En el servicio de farmacia se reenvasan todos los medicamentos que no contienen lote ni caducidad de forma unitaria así como los medicamentos de dosis no comercializada por la industria farmacacéutica que se obtienen por fraccionado de los anteriores y que por tanto son susceptibles de confusión, generando potenciales errores en la calidad del circuito farmacoterapéutico que pueden repercutir en la seguridad del paciente.

Se realizó un estudio prospectivo durante 1 mes. Elaboramos un listado de los medicamentos reenvasados con isoapariencia. Analizamos la importancia de estos medicamentos en el circuito farmacoterapéutico examinando los consumos y definimos los stocks máximos y mínimos de los mismos. En la definición de los stocks mínimos estimamos el tiempo que supone el proceso de reenvasado y en la de los stocks máximos consideramos que la caducidad de los medicamentos fraccionados no debe ser superior a 6 meses.

Resultados.

Los medicamentos fraccionados, se etiquetaron con una pegatina semicircular de color rojo para facilitar la identificación visual y evitar errores en el circuito mejorando así la seguridad y calidad del tratamiento farmacológico de los pacientes hospitalizados. Para llevar a cabo esta intervención se realizaron sesiones informativas a los técnicos de nuestro servicio y elaboramos un procedimiento normalizado de trabajo donde indicamos los medicamentos susceptibles de esta intervención.

Los medicamentos fraccionados y la especialidad de la que proceden están ubicados en los sistemas automatizados de dispensación vertical utilizados para el llenado de carros. Para garantizar un adecuado funcionamiento del sistema de dispensación en dosis unitaria a los pacientes hospitalizados y evitar potenciales errores se ubicaron en cajetines localizados lo más lejos posible y con etiqueta identificativa en el frontal del cajetín.

Conclusiones.

El reenvasado de medicamentos es una parte muy importante del trabajo en el servicio de farmacia y las intervenciones a este nivel mejoran la calidad del proceso asistencial.

El reetiquetado de medicamentos con isoapariencia y sus diferentes ubicaciones facilita la identificación del medicamento fraccionado mejorando el proceso de almacenamiento y dispensación desde el servicio de farmacia y la posterior identificación y administración del medicamento en las unidades clínicas.

P054.- REDUCCIONES DE JORNADA. EVOLUCIÓN 2012-1016.

PEREDA MAS, ARRTURO; MATEO PEREA, GINÉS; TORRANO GARCÍA, ROCÍO; PORTO GALLEGO, Mª TERESA.

Objetivos.

Analizar las licencias por reducción de jornada generadas en un hospital de tercer nivel en el quinquenio 2012-2016.

Métodos.

Se revisan las bases de datos de personal del hospital, donde están registrados todos los permisos y licencias generados, agrupándolos por categorías y tipo de ausencia.

Resultados.

Se observa un aumento en el total de licencias por

reducción desde 10.036 días en 2012 hasta 50.154 días en 2016.

Este aumento también se produce en el número de personal que solicita estas reducciones, siendo 57 en 2012, 156 en 2013, 210 en 2014, 299 en 2015 y 385 en 2016.

Este aumento supone pasar de un 1% del total de la plantilla sanitaria que se encontraba en reducción de jornada en 2012 hasta el 6% en 2016

Dividido por categorías: En cuanto a enfermeras evoluciona de 7.360 días y 45 profesionales en 2012 a 36737 días y 285 profesionales; Matronas: Evoluciona de 2381 días y 9 profesionales de 2012 a 5.525 días y 42 profesionales en 2016. Auxiliares: 295 días y 3 profesionales en 2012 a 7.252 días y 53 profesionales en 2016. El resto de categorías sanitarias evoluciona desde ningún día en 2012 a 640 días y 5 profesionales en 2016

Conclusiones.

A partir de los procesos de reforma laboral de 2012 se generaron dos consecuencias principales. Primero un aumento efectivo de la jornada de trabajo. Además de las más de 100 horas de jornada de trabajo anual en que se aumentó la jornada, se redujo el número de días de asuntos particulares ordinarios y de antigüedad de los que podían disfrutar los trabajadores. Y segundo un aumento de las reducciones de jornada, ya que con la nueva legislación se favoreció este tipo de licencias

Este aumento se produce a lo largo de los años, prácticamente en todas las categorías, tanto en número total de días como en el número de profesionales que solicitan las mismas, aunque proporcionalmente es mayor en los profesionales del grupo A2.

P055.- ACCIÓN FORMATIVA SOBRE REGISTRO DE DATOS EN OMI. TRASFERENCIA AL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.

PEREZ GALVEZ, DOLORES; BANACLOCHE CANO, CECILIA; BARCELO BARCELO, INMACULADA; BOTELLA MARTINEZ, CARMEN; MARTOS GARCIA, LUIS; FERNÁNDEZ ABELLÁN, PABLO.

Objetivos.

Medir transferencia de conocimientos adquiridos por alumnos de una acción formativa sobre registro de datos en OMI al puesto de trabajo

Métodos.

Estudio descriptivo, analítico y de intervención.

Intervención:

Actividad formativa de 1.5 horas presencial en horario laboral, 14 ediciones, impartidas en cada centro de salud.

Dirigida a personal sanitario

Titulo: Actualización de conocimientos sobre historia clínica OMI y Cartera de Servicios

Objetivo principal: actualizar conocimientos sobre gestión de registros en historias clínicas OMI.

Objetivos específicos:

- Actualizar conocimientos sobre registros en historias clínicas OMI y Cartera de Servicios.
- Analizar la importancia de la buena gestión de la información clínica.
- Recordar el registro adecuado de los datos generales del paciente y de los episodios.

Contenido:

- Acceso del usuario a la información de la historia clínica.

- Artículos correspondientes de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

- gestión adecuada de episodios: creación, cierre

- realización de registros de calidad para la posterior medición de indicadores: datos de analíticas y otras órdenes clínicas pendientes, antecedentes personales , datos generales del paciente y valores estrella (cómo se anotan, cómo se revisan y cómo se miden)

- consulta telemática: qué es y cómo se contesta

Periodo de intervención 13/6/16 - 7/7/16

Periodo de estudio: entre octubre de 2015 y mayo de 2016 y agosto de 2016 y abril de 2017

Fuente de datos: historia clínica OMI AP

POBLACION ESTUDIADA 8317 HC

Criterios de inclusión: Historias clínicas de pacientes diabéticos mayores de 14 años cuyo enfermero de referencia realizó la actividad formativa.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes diabéticos cuyo enfermero de referencia realizó la actividad formativa pero que no está en activo en el periodo de estudio.
- Historias clínicas de pacientes diabéticos que no acudieron a ninguna cita de enfermería en el periodo de estudio

• Porcentaje de historias clínicas que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre octubre de 2015 y mayo de 2016

Numerador: Numero de historias cínicas de pacientes diabéticos adultos cuyo enfermero de referencia realizó la actividad formativa, que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre octubre de 2015 y mayo de 2016 x 100

Denominador: total de historias clínicas estudiadas.

• Porcentaje de historias cínicas que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre agosto de 2016 y abril de 2017

Numerador: Numero de historias cínicas de pacientes diabéticos adultos cuyo enfermero de referencia realizó la actividad formativa, que presentan al menos un registro de HbA1c en el periodo comprendido entre agosto de 2016 y abril de 2017 x 100

Denominador total de historias clínicas estudiadas

Resultados.

Porcentaje de historias clínicas con al menos un registro de HbA1c en el periodo octubre de 2015-mayo de 2016 37,41%

Porcentaje de historias cínicas con al menos un registro de HbA1c en el periodo agosto de 2016-abril de 2017 43.04%

Conclusiones.

Existe infraregistro de datos en HC por desconocimiento del programa informatico OMI.

El aumento de registros Hba1c un 5.63 % en 9 meses tras intervención sugiere influencia positiva de la formación continuada sobre este el porcentaje de anotaciones correctas que se realizan.

P056.- PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DE MUESTRAS DE PACIENTES CON CARCINOMA PULMONAR EN EL ÁREA 2 DEL SMS.

ORTIZ GONZÁLEZ, ANA; SOTO GARCÍA, SARA; MARTÍN RODRÍGUEZ, ANA LAURA; MORALES SUÁREZ, NURIA; SÁNCHEZ DE LAS MATAS GARRE, MARÍA JOSÉ; LÓPEZ PEÑA, CARMEN.

Objetivos.

El cáncer de pulmón es uno de los más frecuentes a nivel mundial, incrementándose su incidencia con el paso de los años. La mayor parte de los pacientes, en el momento del diagnóstico se encuentran en estadios avanzados e inoperables. A esto se le añade que determinados tipos de tumores poseen características especiales que los hacen susceptibles de un tratamiento individualizado. Las necesidades diagnósticas especiales que requieren estas muestras, el escaso tamaño de las mismas, y la necesidad de estudios mutacionales añadidos, hacen necesaria la implantación de protocolos de optimización del material en los laboratorios de Anatomía Patológica.

Métodos.

Se revisaron los casos diagnosticados de cáncer de pulmón en el HCUSL durante el año 2014 obteniéndose un total 163 pacientes. De ellos, 81 correspondían a muestras de punciones y 82 muestras de biopsia pequeña. De los 89 casos susceptibles de estudio mutacional (42 PAAF, 47 biopsias), sólo a 62 se les determina el ALK y EGFR (70%). Esto deja un 30% de casos a los que no se les ha podido realizar las determinaciones, por escasez de material, por petición expresa a posteriori desde servicios externos o por mala comunicación entre facultativos. Ante esto se decidió poner en marcha un protocolo de toma, procesamiento y optimización de muestras con una mejor cooperación con el laboratorio de Biología Molecular, que ha favorecido una mejora de los resultados analíticos, la calidad asistencial y optimización de recursos. El protocolo establece que las muestras tomadas por PAAF serán supervisadas por un patólogo que distribuirá la muestra para la realización de los distintos estudios. Después preferentemente se fijará el material en parafina para la óptima conservación del ADN, si no es posible, en histogel. Las biopsias se procesarán con un tiempo máximo de fijación de 8 horas y se realizarán sólo dos técnicas de IHQ y estudios mutacionales en paralelo, en vez de manera secuencial, para evitar la pérdida de material y filiar adecuadamente la lesión.

Resultados.

Tras su puesta en marcha y tras la detección de errores, se reevalúan los resultados en 2015 y 2016 en las muestras con biomarcadores. En 2015 se solicitaron 97 estudios de EGFR, de los cuales 96.90% fueron aptas para la determinación y solo un 3% no aptos (por escasez de material y por alteración preanalítica del procesamiento). Tras solventar estos problemas de la fase preanalítica, en 2016 se solicitaron 78 estudios, con una adecuación de muestra del 97.43%, ninguna muestra resultó no adecuada y sólo un 2.57% resultó no válido por escasez de material.

Conclusiones.

Este protocolo ha permitido un adecuado manejo del paciente con nódulo pulmonar, reduciendo los tiempos de espera y obteniendo un perfil mutacional completo sin necesidad de rebiopsiar. Se ha facilitado la labor asistencial de los miembros del servicio, permitiéndoles una fácil adhesión al protocolo con una mejor optimización de los recursos. De esta forma se han introducido nuevos marcadores como el PDL-1 y ROS-1 que han optimizado el tratamiento con inmunoterapia dirigida.

P057.- SATISFACCIÓN LABORAL EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y LABORALE.

ABELLAN MOMPEAN, LAURA; RIOS RISQUEZ, Mª ISABEL; MARIN GUILLEN, CRISTINA; ABELLAN SOTO, SANDRA; MORALES DUSSAC, ANA; MORALES VÁQUEZ, ESTELA.

Objetivos.

estimar el nivel de satisfacción laboral en una muestra de enfermería de urgencias de un hospital general universitario, y analizar su relación con el perfil socio-demográfico y laboral de los profesionales estudiados.

Métodos.

estudio descriptivo de corte transversal. Emplazamiento: unidad de urgencias de un Hospital General Universitario de Murcia. Se empleó una muestra de conveniencia de 47 profesionales de enfermería de urgencias, excluyendo a aquellos que estuviesen menos de 3 meses en la unidad o tuviesen un contrato que no fuese de jornada completa. Como instrumentos de medida se utilizó una encuesta de variables socio-demográficas y laborales, junto con el cuestionario validado Font Roja, que permite la evaluación de la satisfacción laboral con el trabajo según nueve factores correspondientes a diferentes facetas laborales. Dicho instrumento sigue una escala likert de 5 puntos, de menor a mayor satisfacción. La puntuación total de la escala oscila en un rango que va desde 24 a 120 puntos. Análisis estadístico mediante SPSS-20. Datos expresados como medias ± desviación estándar y porcentajes, y las comparaciones mediante pruebas estadísticas no paramétricas y correlación de Spearman.

Resultados.

se registró una tasa de participación del 78,33% con una satisfacción total de 77,12±8,87. Por dimensiones, la faceta con la que los profesionales se mostraron más satisfechos fue la relación con los compañeros de trabajo (4,21±0,75), mientras que la presión en el trabajo fue el aspecto con el que los profesionales mostraron menor satisfacción (2,39±0,91). Respecto al análisis realizado con el perfil socio-demográfico y laboral de la muestra, la edad se asoció negativamente de forma significativa con la satisfacción total, con la monotonía laboral y con la promoción profesional. También se encontraron asociaciones significativas negativas entre el tiempo de profesión y la promoción profesional, así como entre el tiempo trabajado en el servicio de urgencias y la tensión relacionada con el trabajo y la relación con los compañeros. Además, se encontraron diferencias significativas en la satisfacción total, reconocimiento y promoción profesional según la variable género, registrando las mujeres mayor satisfacción que los hombres. Según la categoría profesional, las auxiliares mostraron mayor satisfacción relacionada con la presión en el trabajo en comparación con las enfermeras.

Conclusiones.

la satisfacción laboral de los profesionales estudiados se encuentra en niveles moderados. Las dimensiones laborales de presión en el trabajo y reconocimiento profesional se configuran como áreas deficitarias con las que los profesionales se encuentran menos satisfechos. Los medios gestores deberían dirigir su atención y estrategias de cambio a estos aspectos, con el fin de incrementar la motivación y la satisfacción de los profesionales, contribuyendo a mejorar, a su vez, la calidad del servicio asistencial ofrecido por nuestras organizaciones de la salud.

P058.- EVALUACIÓN Y MEJORA DEL REENVASADO MANUAL DE MEDICAMENTOS ORALES EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

SORIA SOTO, MANUEL; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, IRIA; DE BÉJAR RIQUELME, NURIA; GÓMEZ GIL, ALBERTO; LACÁRCEL RODRÍGUEZ, MARÍA PILAR; CAMPOY SORIA, MARÍA ANTONIA.

Objetivos.

-Evaluar el reenvasado manual de medicamentos cuya preparación comercial no es adecuada para la administración al paciente en la dosis prescrita por el médico así como aquellos medicamentos que no se pueda garantizar su trazabilidad.

-Implementar un ciclo de mejora de la calidad del reenvasado manual de medicamentos orales, analizar el grado de cumplimiento de los criterios científicos, identificar las oportunidades de mejora e instaurar las medidas correctoras.

Métodos.

Estudio en el que se analizó de forma prospectiva el cumplimiento de una serie de criterios de proceso del reenvasado manual de medicamentos orales antes y después de establecer medidas correctoras.

Se seleccionó una muestra por conveniencia de 100 medicamentos para la evaluación inicial y final(incluyendo 30 casos de citostáticos orales o que requieran protección especial al manipularlos).

Como fuente para identificación de los casos se utilizó el registro informático del programa de reenvasado y como fuente de obtención de datos para valorar el cumplimiento de los criterios establecidos se usaron las etiquetas identificativas del medicamento reenvasado y la observación directa.

Los criterios utilizados para evaluar la calidad del proceso fueron:C1,el medicamento debe estar identificado correctamente, C2,el etiquetado del medicamento reenvasado debe incluir dosis y presentación farmacéutica, C3,el etiquetado del medicamento reenvasado debe incluir excipientes de declaración obligatoria, C4,el etiquetado del medicamento reenvasado debe incluir lote y caducidad y ser correctos, C5,tanto los citostáticos orales como los medicamentos que requieran protección especial al manipularlos deben estar identificados con la palabra "citostático o peligroso" y C6,todos los medicamentos tienen que ir reenvasados en bolsa de plástico que permita visualizar el contenido.

Para asegurar la fiabilidad inter-observador de los criterios, la evaluación se hizo por 3 observadores diferentes, calculando la concordancia simple y el índice de kappa resultando todos los criterios fiables.

Medidas correctoras: Actualización del protocolo de reenvasado, elaboración de un listado de condiciones especiales de reenvasado para cada fármaco, elaboración de una lista de medicamentos peligrosos de manipular, establecimiento de horarios para la validación de los medicamentos reenvasados por el farmacéutico, división de la carga de trabajo en horario de mañana y tarde, realización de una sesión en el Servicio de Farmacia sobre la importancia que tiene el proceso de reenvasado, formación al personal sobre la seguridad

al manipular medicamentos peligrosos, optimización del material de reenvasado y sustitución de sobres de papel por bolsas de plástico transparentes que permitan visualizar el contenido.

Resultados.

Tras la introducción de las medidas correctoras se ha observado una mejora significativa en los criterios 1, 2, 3 y 6. Esta mejora fue del 62%, 86%, 42% para los C1, C2 y C3 respectivamente. Por otro lado en C6 la mejora fue cercana al 99% pues no se cumplía casi en ningún caso previo al establecimiento de las medidas correctoras. En los criterios 4 y 5 también se obtuvo mejora del cumplimiento aunque esta no fue significativa.

Conclusiones.

Las medidas correctoras planteadas mejoran de manera global el proceso de reenvasado manual de los medicamentos orales.

El ciclo de mejora garantiza la trazabilidad del medicamento reenvasado y mejora la seguridad al identificar los medicamentos considerados como peligrosos hasta su administración.

P059.- EVALUACION DE LOS RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION EN EL LABORATORIO DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD EXTERNA.

RODRIGUEZ ROJAS, CARLOS; PEDREGOSA DIAZ, JOSE; GUTIERREZ GARCIA, IRENE; PEREZ CAÑADAS, PABLO; MARTINEZ INGLES, JOSE RAMON; ALBALADEJO OTON, MARIA DOLORES.

Objetivos.

Disponer de una herramienta "benchmarking" en los procesos del laboratorio y así poder evaluar e identificar las áreas susceptibles de mejorar su eficiencia.

Métodos.

Para realizar el análisis usamos el programa externo de controles de calidad de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQC).

El programa de indicadores de gestión se inicio en el año 2006 y en él se incluyeron 17 indicadores de distintas fases del proceso, 5 de los cuales se evalúan en este trabajo.

Estos 5 indicadores son de productividad y demanda analítica y en ellos se comparan ratios del número de determinaciones que se realizan por pares de biomarcadores asociados: AST/ALT, Urea/Creatinina, Ferritina/Transferrina, T4 libre/TSH y Colesterol total/Colesterol HDL. Usamos el percentil 50 de los laboratorios un volumen de muestras similar al nuestro para comparar los indicadores.

Resultados.

Para la expresión de los resultados señalamos primero el indicador de nuestro laboratorio y seguidamente entre paréntesis se incluye el valor del percentil 50 de los indicadores de distintos laboratorios con igual volumen de muestra.

- Indicador AST/ALT: Revela y detecta la demanda asociada a la patología hepática (ALT), más prevalente que la patología muscular: 85,3% (86.3%).
- Indicador Urea/Creatinina: Revela y detecta la demanda asociada a patología renal (Creatinina) mas prevalente: 80,5% (85,0%).
- Indicador Ferritina/Transferrina: Revela la demanda vinculada para evaluar el déficit de hierro: 405,2% (181,1%).
- Indicador T4 libre/TSH: Revela la demanda de estas hormonas en la que la T4 libre se hace necesaria para casos menos prevalentes en trastornos tiroideos: 33,3% (31,2%).
- Indicador Colesterol total/Colesterol HDL: Revela la demanda de estos marcadores, siendo insuficiente el estudio del colesterol total aislado para evaluar el estado lipídico: 119,7% (123,5%).

Conclusiones.

En general, nuestros resultados son concordantes con respecto a otros laboratorios con similar volumen de muestras; la diferencia más notable la encontramos en el indicador Ferritina/Transferrina. Esto puede deberse a que la transferrina como prueba aislada no está incluida en el catálogo de laboratorio del programa informático de gestión clínica OMI-AP en nuestro área de Salud, sino el parámetro "índice de saturación de transferrina", que evalúa como cociente tanto el hierro como la transferrina.

Este programa de garantía de la calidad externa es una herramienta muy adecuada para efectuar comparaciones interlaboratorio que ayudan a ver los riesgos y oportunidades de mejora de la demanda.

P060.- INTOLERANCIA A LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO: PREVALENCIA Y COMPLICACIONES..

GASPAR MARTÍNEZ, JOSÉ JAVIER; ABENZA HURTADO, JESÚS DAVID; MONTOYA MUIÑA, RAQUEL; SÁEZ PAREDES, PEDRO.

Objetivos.

Determinar la prevalencia del residuo gástrico aumentado (RGA) en el paciente ingresado en cuidados intensivos (>250ml).

Identificar las complicaciones relacionadas con el RGA.

Realizar una representación descriptiva de la muestra.

Métodos.

Metodología analítica, descriptiva y observacional. Se han analizado los datos relativos al residuo gástrico, antecedentes patológicos, días de estancia, escalas de gravedad y pruebas de laboratorio de enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos polivalente del área VI del SMS. Se ha definido la intolerancia por RGA según una búsqueda bibliográfica. Se ha realizado un análisis estadístico obteniendo estadísticos básicos. Se ha relacionado variables entre si, aceptando resultados significativos con $p<0.05$.

Resultados.

Muestra 40 pacientes que han recibido nutrición enteral (NE), edad media 57.2 ± 18.8 años. Media de estancia de 18.3 ± 14.4 días. Media de IMC 28.5 ± 6.6 puntos. HTA 47.5%. Diabetes Mellitus 42.5%. Dislipemia 35%. Obesidad 32.5%. Distribución por tipo de ingreso: 7.5% cirugía urgente, 55% sepsis, 20% enfermedad cardiovascular, 17,5% enfermedad onco-hematológica. Analizados 554 días de administración de nutrición enteral. Duración media 13.8 ± 12.5 días. 19 fórmulas enterales utilizadas. Prevalencia del RGA del 35%. Volumen medio 386 ± 126 ml. No se encuentra relación estadística significativa entre RGA y aparición de úlceras, hipoglucemias y bronco aspiración. La mortalidad obtenida entre el grupo que experimentó RGA fue mayor que el grupo libre de intolerancia (42,9% vs 26,9%) sin obtener significación estadística posiblemente en relación al tamaño muestral. Se asocia el RGA con el uso de más de una fórmula nutricional $p=0.047$. El 78% de los pacientes que experimentaron RGA recibieron procinéticos y en un 45.8% se suspendió la nutrición por más de 6 horas.

Conclusiones.

Prevalencia de RGA del 35%.

No supone un aumento de los episodios de broncoaspiración.

Se asocia con el uso de más de una fórmula nutricional y el uso de procinéticos.

La mortalidad a pesar de obtener valores mayores en pacientes con RGA no obtiene diferencias estadísticamente significativas.

P061.- ACUERDOS DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

SELLES NOHALES, ÁNGELES; ALCÁNTARA ZAPATA, F. J.; BERNAL BELIJAR, INÉS; RUBIO NAVARRO, JULIA; GALERA CUESTA, FRANCISCO JOSÉ; CASTILLO LÓPEZ, VICTORINO.

Objetivos.

1.- Elaboración de los documentos de Acuerdos de Gestión para los servicios Hospitalarios y su difusión

2.- Implicar a los profesionales en la consecución de los objetivos y en su conocimiento

Métodos.

Estudio descriptivo observacional. Marco temporal: Marzo 2010 a Mayo 207.

La comisión de dirección y el grupo de seguimiento del Contrato de Gestion, proponen la elaboración de un contrato de Gestion por servicio, para ser firmado por los implicados.

Se elabora un documento específico para cada servicio clínico que recoge los objetivos pactados entre de área de salud y el Servicio Murciano de Salud e incorporando objetivos propios del área y un cuadro de mandos de seguimiento mensual.

Se enumeran indicadores sobre actividad y listas de espera de todos los ámbitos (hospitalización, consultas externas, técnicas, quirófano), calidad, seguridad del paciente, receta y gasto, para los que se establecen valores según el servicio y el periodo seleccionados, y sobre los que se calculan las variaciones con respecto al mismo periodo del año anterior y con base en los objetivos pactados en el AG.

Se establece un consenso de los pesos que tiene cada indicador y los diferentes bloques en el conjunto de objetivos para poder elaborar un porcentaje de consecución de objetivos tanto a nivel global como a nivel de servicio.

La difusión y el seguimiento del contrato de Gestion se hace en reuniones especificas con servicios afines a las que se invitan a los responsables de los servicios (jefe de servicio, sección, supervisores de enfermería y responsables de calidad) y el equipo directivo. También se les envía mensualmente el cuadro de mando con el resultado de los indicadores monitorizados. Se difunde en la intranet.

Resultados.

Se dispone de un documento con la siguiente estructura:

1. Carátula, diferente para cada servicio
2. Cuerpo del contrato donde se indican los objetivos generales del Área.
3. Cuadros de mando de seguimiento de objetivos específicos.
4. Hoja de firmas, diferente para cada servicio, tanto porque el subdirector puede ser de Servicios Médicos, Servicios Centrales o Servicios Quirúrgicos, como porque los Jefes de Servicio y Sección son diferentes.

Este documento tiene una versión reducida que contiene:

1. Carátula, diferente para cada Servicio
2. Introducción
3. Hoja de firmas

Durante el periodo estudiado el 100% de los servicios ha aceptado y firmado este documento. Tanto la versión completa, que es para el Responsable del Servicio, como la versión simplificada, que es custodiada por el Equipo Directivo. De esta forma se crean vínculos muy positivos entre los profesionales sanitarios y el equipo directivo.

Conclusiones.

1.- Se dispone de un acuerdo formal y por escrito de todos los servicios hospitalarios del área.

2.- Se obtiene un mecanismo ágil para comunicar a los profesionales de los servicios clínicos el seguimiento de los objetivos que establece la organización.

3.- El l compromiso pactado entre los servicios clínicos y la Dirección de centro garantiza una manera de compartir objetivos comunes que establece el sistema de salud.

P062.- ACCIONES DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. AREA 2. CARTAGENA.

CONESA HERNANDEZ, ANDRES; CRUZADO QUEVEDO, JESÚS ANGEL; BENÍTEZ NIEBLAS, ANDRÉS; MARTÍNEZ ANDREU, Mª CARMEN; MULERO MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR; AYALA SÁNCHEZ, NURIA ENCARNA.

Objetivos.

El servicio, comprometido con una mejora continua, a raíz de la encuesta de calidad percibida de 2013 y del aumento del número de reclamaciones tras la apertura del Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL), en los años 2012 y 2013, inició una serie de acciones correctoras y cambios organizativos y funcionales.

Métodos.

Entre los principales motivos de las reclamaciones de pacientes y familiares que encontramos estaban los excesivos tiempos de permanencia, la falta de privacidad e intimidad y el retraso en la información tanto clínica como estructural.

Detallamos las acciones puestas en marcha y su monitorización.

Sistema de TRIAJE ENFERMERO

Con el fin de implementar un cambio en la organización, se crearon dos grupos de trabajo representando a todos los estamentos implicados: uno dentro del propio servicio y otro con la dirección del centro para monitorizar el cambio de la organización del servicio, implantando el TRIAJE ENFERMERO.

En diciembre de 2013, se realiza una clasificación de síntomas de triaje, clasificación que sufre varias versiones realizadas por el grupo de trabajo para optimizar y adaptar esta lista. Se da formación a enfermería y se prepara para usar esta clasificación. Este proceso esta supervisado por un médico adjunto hasta febrero 2014 momento en enfermería se hace cargo de forma autónoma del triaje.

Mejora en el acceso y la información.

Con la participación de todos los estamentos, se han obtenido y están en marcha una serie de medidas de mejora:

- Mejora en el control y acceso de familiares y de otros profesionales del hospital en el servicio. Automatización del cierre de accesos.
- En 2015 se adaptó e implementó, a COSTE CERO, la utilización de Localizador y Gestor de Colas. Al disminuir el uso de la megafonía, ha mejorado la privacidad e intimidad del paciente.

- Medidas sobre la información clínica. La auxiliar de información, durante cada pase de la visita, comprueba si los familiares están informados por el facultativo. Dispone de Tablet (SELENE Mobility) para acceder al aplicativo y conocer la ubicación y situación del paciente.
- En 2015 y 2016 se han renovado y actualizado los protocolos de control y custodia de pertenencias de pacientes psiquiátricos, en tránsito y desconocidos.

Estas medidas están reflejas en las actas de las reuniones del actual Grupo de Trabajo de Urgencias (GTU) que se formó en 2015 unificando los dos grupos de trabajo existentes en aras de una mayor funcionalidad.

Resultados.

Consecuencia de este cambio organizativo ha sido que:

- Los pacientes son atendidos por un médico que es el que, la mayoría de veces, realiza toda su asistencia.
- En cambios de turno prácticamente la totalidad de pacientes han sido vistos por el facultativo.
- Hay una importante disminución del número de reclamaciones manteniendo una tendencia a la baja.
- La agilidad del actual sistema de clasificación de pacientes, el TRIAJE ENFERMERO, ha permitido que los indicadores en cuanto a tiempos de permanencia, para el primer contacto asistencial y para el alta, hayan mejorado.

Conclusiones.

- Las medidas implementadas mejoran el acceso a la información, la privacidad agilizando el paso de pacientes y familiares por el servicio.
- El grado de satisfacción percibida por el usuario se ha unificado en los dos hospitales, siendo nuestra Área, según la encuesta de Satisfacción Percibida de 2015, la mejor valorada del SMS.

P063.- ACTUALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS E IDENTIFICACIÓN DE LOS DE ALTO RIESGO EN URGENCIAS.

DE BÉJAR RIQUELME, NURIA; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, IRIA; GARCÍA MOTOS, CONSUELO; GUZMÁN RODRÍGUEZ, JOSÉ ALBERTO; BLANCO NICOLÁS, JUAN ANTONIO; MOLINA VICTORIO, ELIO FRANCISCO.

Objetivos.

Revisar y actualizar los medicamentos de alto riesgo y aquellos que necesitan condiciones especiales de conservación incluidos en el botiquín del servicio de urgencias de nuestro hospital, para garantizar el correcto almacenamiento y conservación de los mismos y se encuentren en perfecto estado para ser administrados al paciente.

Métodos.

Revisión de todos los medicamentos incluidos en el botiquín del servicio de urgencias de nuestro hospital, actualizado en abril de 2017, utilizando como referencia el listado de medicamentos de alto riesgo elaborado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) y las recomendaciones de conservación descritas en las fichas técnicas de las presentaciones incluidas en dicho botiquín.

Resultados.

Se identificaron 240 medicamentos en el botiquín del servicio de urgencias, de los cuales 42 fueron considerados de alto riesgo. Trece requerían conservación en nevera (entre 2ºC y 8ºC) y 57 protección contra la luz (dos la necesitan también durante la administración). Se elaboraron pegatinas para identificar los cajetines que contenían los medicamentos de alto riesgo y fotosensibles. En cuanto a los que requerían nevera, se realizó un listado identificativo para colocar en la puerta del frigorífico de urgencias. También se elaboró un documento de consulta con el stock pactado y las condiciones de conservación necesarias de cada uno de los medicamentos incluidos en el botiquín.

Conclusiones.

Es necesario establecer un procedimiento de revisión y actualización con los criterios necesarios para almacenar y conservar en óptimas condiciones los medicamentos, incluyendo la identificación de medicamentos de alto riesgo, de forma que se garantice que éstos son administrados con la máxima seguridad a los pacientes.

P064.- BUSCANDO LA EFECTIVIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO.

GIL LÓPEZ, JOSEFA; VALENZUELA ANGUITA, MARTINA; HERNÁNDEZ PÉREZ, ENCARNACIÓN; IBARRA CUENCA, JUANA; ESTEBAN LLORET, CRISTINA; MORENO REINA, SANDRA.

Objetivos.

Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos marcados en el protocolo de atención a pacientes de cuidados paliativos en un servicio de urgencias hospitalario

Métodos.

Basándonos en la Guía de Indicadores de Calidad de la Guía SECPAL, hemos tenido en cuenta algunos de los indicadores que mejor se ajustan a nuestro proyecto.

Esto indicadores están distribuidos en diferentes áreas:

En cuanto a la Atención de pacientes y familia, nos hemos centrado en las áreas relevantes de "Objetivos terapéuticos" y "Atención integrada".

Respecto a la Evaluación y mejora, escogimos el área de "Mejora de la Calidad".

Para la Estructura y Organización, el área relevante de la "Organización y entorno de la asistencia".

Para el trabajo en equipo, el área relevante de "Sistemas de trabajo en equipo" y el de "Formación continuada e investigación".

Se ha tenido en cuenta estos indicadores de calidad de la Guía SECPAL definidos en conjunto como: tres de estructura, tres de proceso y uno de resultado.

Estos son:

De estructura:

1 "La unidad debe disponer de un horario de visitas flexible las 24 horas".

2 "El equipo debe de disponer de un conjunto de protocolos mínimos de atención".

3 "El equipo debe disponer de un plan anual de formación continuada de sus miembros".

De proceso:

4 "El equipo debe utilizar escalas validadas para la evaluación del dolor".

5 "El paciente debe tener identificado un cuidador principal de su asistencia desde el primer momento de atención".

6 "El equipo debe conocer periódicamente la opinión y satisfacción de sus pacientes y familias".

De resultado:

7 "Los pacientes deben ser atendidos en un entorno que facilite su intimidad".

Resultados.

Hasta el momento no hemos llegado a medir ningún resultado, pero estamos desarrollando las herramientas necesarias para ello.

Se está comenzado a desarrollar una encuesta de calidad percibida para los indicadores 6 y 7.

Para los indicadores 1, 4 y 5 se están desarrollando nuevos registros y formularios en la historia electrónica que hagan posible su valoración.

El indicador número 2 se ha comenzado a cumplir a partir de la implantación de este protocolo con todos sus anexos.

Respecto al indicador número 3, en estas semanas se están impartiendo en el Servicio una serie de sesiones formativas acreditadas, accesibles a todo el personal de enfermería.

Conclusiones.

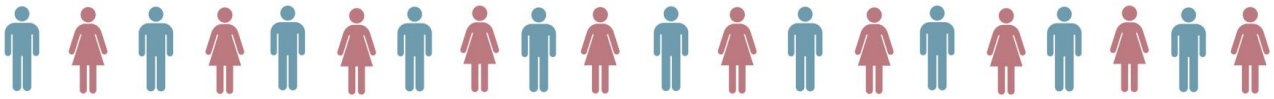
Esta evaluación es un proceso dinámico, contínuo y obligado, necesario para seguir avanzando en la consecución de nuestros objetivos.

Estamos en la línea adecuada y progresamos en el cuidado de calidad hacia el paciente/familia terminal o en situación de agonía que acude a nuestro servicio.

Además, nos motiva para seguir trabajando el hecho de que estamos siendo capaces de comenzar a medir los resultados de la implantación del mismo.

SOMUCA

SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL



www.somuca.es