15 Almería 2010 CONGRESO

CALIDAD ASISTENCIAL

MSD

© SADECA. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial
ISBN: 978-84-693-6875-6
Depósito legal:
Diseño y maquetación: Daniel Fernández Izquiano
Imprime: Jiménez-Mena, S.L.-Cádiz

El libro de resúmenes de comunicaciones ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, así como los organizadores del congreso, no se hacen responsables de los contenidos u opiniones vertidas ni de posibles erratas cometidas.

PRESENTACIÓN

Almería recibe de nuevo a SADECA para celebrar su décimo quinto congreso a orillas del Mediterráneo. Es un encuentro especial por este aniversario y las personas que formamos parte de los Comités Organizador y Científico estamos trabajando con el máximo entusiasmo para que este sea un congreso inolvidable.

Tenemos la firme convicción de que compartir experiencias desde buenas prácticas en la gestión clínica y en los cuidados, iniciativas en materia de seguridad de pacientes y participación ciudadana hasta el impacto que las nuevas tecnologías de la información y comunicación tienen en la gestión de la calidad, no sólo suponen un motivo de satisfacción profesional sino una oportunidad de avanzar en la mejora del servicio que prestamos a los ciudadanos. La gestión compartida del talento y del conocimiento es hoy más necesaria que nunca.

Hacemos un llamamiento especial a los profesionales en formación y que están iniciando su andadura en el sistema sanitario público de Andalucía, para que incorporen en todas sus decisiones el prisma de la calidad y la excelencia. SADECA es una sociedad plural e interdisciplinar que acoge todas las miradas.

Os esperamos en Almería 2010.

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria
Presidenta del Comité Organizador

Emilio Ignacio García
Presidente del Comité Científico

RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

HECHOS

ÚNICO - Con fecha 4 de marzo de 2010, **la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial** presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto del acto 15º Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial a celebrar en **Almería** del 16 al 19 de noviembre de 2010.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO - La Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 11 del Decreto 171/2009 de 19 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

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

TERCERO - Examinada la memoria, objetivos y programa de la actividad, se comprueba que se encuentra dirigida a **profesionales sanitarios**, debiendo por tanto acompañarse de la acreditación recogida en el Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias.

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

RESUELVE

CONCEDER el **Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario.**

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

Sevilla, 30 de marzo de 2010

LA DIRECTORA GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

JUNTA DE ANDALUCIA

Fdo.: Carmen Cortes Martínez

Exp 61/10

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria.
Subdirección Médica CH Torrecárdenas.

SECRETARIO

Manuel Lucas Matheu.
Delegado Provincial de Salud de Almería.

DEFENSOR DEL CONGRESISTA

Francisco Muñoz Ronda.
UGC Cuidados Críticos y Urgencias
CH Torrecárdenas de Almería.

VOCALES

Margarita Acosta Ferrer.
Dirección Gerencia Distrito Almería.

Francisca Antón Molina.
Dirección Gerencia CH Torrecárdenas de Almería.

Pilar Barroso García.
Servicio de Salud Delegación Provincial de Salud de Almería.

Antonio Bonillo Perales.
UGC Pediatria CH Torrecárdenas de Almería.

Felipe Cañadas Núñez.
Subdirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento CH Torrecárdenas de Almería.

Marisa Dotor Gracia.
Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Pilar Espejo Guerrero.
Dirección Gerencia Distrito Poniente de Almería.

Gracia Fernández Moya.
Dirección Gerencia Área Sanitaria Norte de Almería.

María García Cubillo.
Dirección Gerencia EP Hospital de Poniente.

Javier García del Águila.
Dirección EPES Almería.

Esther González Revuelta.
Subdirección Sistemas Información
CH Torrecárdenas de Almería.

Aref Laarej Sadiki.
Dirección Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Almería.

Ramón Linares Armada.
UGC Urología H Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Dolores López Cabrera.
Subdirección de Enfermería
CH Torrecárdenas de Almería.

Emilia Mancebo Velázquez de Castro.
Subdirección Atención a la Ciudadanía
CH Torrecárdenas de Almería.

Luis Martínez García.
Dirección Médica CH Torrecárdenas de Almería.

Rosario Ortuño Moreno.
Dirección de Enfermería
CH Torrecárdenas de Almería.

Eloísa Ruiz Muñoz.
Dirección de RR HH CH Torrecárdenas de Almería.

Javier Terol Fernández.
Dirección Gerencia Distrito
Valle del Guadalorce. Málaga.

José Tomás Serrano.
Dirección Económica y de SSGG
CH Torrecárdenas de Almería.

Antonio Torres Olivera.
Director Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Emilio Ignacio García.
Universidad de Cádiz.

SECRETARIA

Consuelo Robles Aguilera.
Sub. Dir. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento CH Torrecárdenas de Almería.

VOCALES

Francisco Aguilera Manrique.
Unidad de Calidad y formación Área Sanitaria Norte de Almería.
María José Berenguer García.
Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
Luciano Calatrava García.
Sub. Dir. de Calidad EP Hospital de Poniente.
Esther Carmona Samper.
Unidad Docente Matronas Almería.
Maribel Carrascosa García.
Complejo Hospitalario de Jaen.
Francisco Delgado Vilches.
Unidad de Calidad y formación Área Sanitaria Norte de Almería.
Fernando Espín Gálvez.
UGC Cirugía Maxilofacial CH Torrecárdenas.
Rosario Fernández Bono.
Sub. Dir. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento CH Torrecárdenas de Almería.
Antonia Gómez Ortega.
UGC Nueva Andalucía Distrito Almería.
Javier Fierro Rosón.
AIG Cuidados Críticos y Urgencias EP Hospital de Poniente.
M Luisa Gayo Loredo.
Área de Calidad y Procesos Distrito Almería.
Álvaro Juárez Soto.
UGC Urología Hospital de Jeréz.
José Manuel Martín Vázquez.
Director de Procesos. EP Hospital Costa del Sol.
Manuel Martín González.
Sub. Dir. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento CH Torrecárdenas.
José Miguel Martínez Hernández.
Sub. Dir. Atención a la Ciudadanía CH Torrecárdenas.
Emilia Medina Estévez.
UGC Ejido Norte Distrito Poniente.
Francisco Mellado Vergel.
Unidad de Hospitalización Polivalente y Urgencias Hospital de Alta Resolución El Toyo.
Francisca Miralles Berenguel.
Sub. Dir. de Enfermería CH Torrecárdenas.
José María Moreno López.
Sub. Dir. de Enfermería CH Torrecárdenas.
Javier Pacheco Calvente.
Área de Calidad y Procesos Distrito Poniente de Almería.
Manuel Rodríguez Maresca.
U. de Microbiología del CH Torrecárdenas.
Fernando Rosell.
EPES de Almería.
Margarita Sardinero Córdoba.
Sub. Dir. Médica CH Torrecárdenas.
José Luis Sánchez Encinas.
Delegación de Salud de Almería.
M Dolores Sánchez Miralles.
Sub. Dir. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento CH Torrecárdenas de Almería.
José Luis Vega Sáez.
UGC Aparato Digestivo CH Torrecárdenas de Almería.
Miguel Ángel Vilches Ferrón.
UGC Obstetricia y Ginecología CH Torrecárdenas de Almería.
Itziar Vivar.
EPES de Almería.

PROGRAMA

MARTES 16 DE NOVIEMBRE DE 2010

TALLERES PRECONGRESO
9:00 a 11:00 h
Entrega de documentación talleres.
11:00 Inicio talleres
12:00 a 12:30 Pausa – Café
14:00 a 16:00 Almuerzo de trabajo
18:00 Finalización de los talleres

Taller 1: SEGURIDAD DE PACIENTES.
Ponente: **Jesús Aranaz Andrés**. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Alicante.

Taller 2: ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA.
Ponente: **Manuel Lucas Matheu**. Presidente de la Sociedad Española de Intervención en Sexología (SEIS).

Taller 3: COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES, CIUDADANOS Y EL ENTORNO SOCIAL.
Ponente: **José J. Mira Solves.** Profesor titular de la Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante). Ponente: **Virtudes Pérez Jover**. Profesora Contratada Doctora. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante).

Taller 4: ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: DE LA ESTANTERÍA A LA CONSULTA COTIDIANA.
Ponente: **Alberto Romero Alonso**. Facultativo de la UGC de Medicina Interna del Hospital de Valme. Sevilla. **Silvia Vidal Serrano**. Facultativo de la UGC de Neumología del Hospital de Valme. Sevilla.

Taller 5: GESTION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES. MANEJO DE LA APLICACIÓN GPDI.
Ponente**: Rafael Burgos Rodríguez.** Director del Plan Estratégico de Formación Integral del SSPA. Ponente: **Mayte Periáñez Vega.** Directora del Observatorio para la Calidad de la Formación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

18.00 – 19:00 h
Entrega de documentación. Palacio de Congresos.

19.30 h
Acto de bienvenida y visita guiada. Museo de arqueología.

21.30 h
Cocktail de bienvenida. Museo de arqueología de Almería.

MIÉRCOLES 17 DE NOVIEMBRE DE 2010

8.00 h **ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN. PALACIO DE CONGRESOS**

9.30 H – 10.00 h **ACTO INAUGURAL**

10.00 – 11.00 h **CONFERENCIA INAUGURAL**: **SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS**
Presenta: **Mª Isabel Dotor Gracia**. Presidenta de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.
Ponente: **D. Guillem López Casasnovas**. Catedrático de Economía de Empresa. Universidad Pompeu Fabra

10.30 h- Café simultáneo

11.00 – 12.30 h **MESA PLENARIA 1: GESTIÓN Y CALIDAD**

Moderador: **José Luis Gutiérrez Pérez**. Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud
Ponente: **Manuel Ollero Baturone**: Director de la Unidad Clínica de Atención Médica Integral del HU Virgen del Rocío de Sevilla.
Ponente: **Alvaro Juarez Soto**. Director de la UGC de Urología del Hospital de Jerez.
Ponente: **Domingo Diaz Del Peral**. Director de la UGC interniveles de Salud Mental del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Distrito Sanitario Almería y Distrito Sanitario Poniente.

12.30 – 14.00 h **MESA CLÍNICA SIMULTÁNEA: CALIDAD Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL**

Moderador: **Juan Torres Melero**. Responsable de la Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal del CH Torrecárdenas.
Ponente: **Alberto Gómez Portilla**. Responsable de la Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal-Carcinomatosis de la Clínica San Jose de Vitoria.
Ponente: **Dr. Santiago González Moreno**. Responsable de la Unidad-Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal del Centro Oncológico MD Anderson Internacional España

12.30 – 14.00H **MESA MEJORES EXPERIENCIAS COMUNICADAS**

Moderador: **Ramón Linares Armada.** UGC Urología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

E-1 **"Diseño de un listado de chequeo en la URPA de hospital de poniente a partir de un análisis modal de fallos y efectos."**
Autores: Albert Candel, L; Rodriguez Rodríguez, C; Muñoz Caballero, C; Lorca Barrionuevo, E; Lopez Gutierrez, R y Orero Saez de Tejada, F.

E-2 **Experiencia del plan de participación ciudadana del complejo hospitalario torrecardenas durante el año 2009.**
Autores: Martin Gonzalez, M; Mancebo Velazquez de Castro, E; Sardinero Cordoba, M y Anton Molina, F.

E-3 **Conocer el tiempo de espera en urgencias mejora la satisfaccion.**
Autores: Nuñez Olea, Jr; Cortacero Almendros, M; Cardenas Rodriguez, Ja; Asensio Torres, Mt; Lopez Ros, Mp y Navarro Medina, Ma.

E-4 **Programa de seguimiento a pacientes polimedicados según criterios stopp/start.**
Autores: Diez Rodríguez, M; López Sánchez, C; Vázquez Luque, A; Paz Cerezo, M; Faus Felipe, V y Terol Fernandez, J.

E-5 **Efectividad de las medidas de prevención en las las ulceras por presión en el entorno hospitalario.**
Autores: Florez Almonacid, Fa; Romero Bravo, Rb Y Galvan Ledesma, Gl.

14.30 – 16.00 h Almuerzo

16.00 – 17.00 h **MESAS DE COMUNICACIONES**

Sala: Roquetas 1.
Mesa: 2 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Álvaro Juárez Soto**
Comunicaciones de la C-1 a la C-7

Sala: Roquetas 2.
Mesa: 3 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Antonia Gómez Ortega**
Comunicaciones de la C-8 a la C-14

Sala: Roquetas 3.
Mesa: 4 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Consuelo Robles Aguilera**
Comunicaciones de la C-15 a la C-21

Sala: Sureste.
Mesa: 5 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Emilia Medina Estévez**
Comunicaciones de la C-22 a la C-28

Sala: Jarquil.
Mesa: 6 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Esther Carmona Samper**
Comunicaciones de la C-29 a la C-35

Sala: Plastimer.
Mesa: 7 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Fernando Espín Gálvez**
Comunicaciones de la C-36 a la C-42

17.00 -18.30 H **MESA PLENARIA 2: DESARROLLO PROFESIONAL**
Moderadora: **Francisca Antón Molina**. Directora Gerente del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería.
Ponente: **Carmen Cortes Martínez**. Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
Ponente: **Antonio Valverde Asencio**. Director General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud.
Ponente: **Mª Dolores Gavilán Sánchez**. Vicesecretaria General de Relaciones Socio-laborales de UGT Andalucía.

19.30 Visita guiada. Centro histórico de Almería.

JUEVES 18 DE NOVIEMBRE DE 2010

9.00 – 10.00 h MESAS DE COMUNICACIONES

Sala: Roquetas 1.
Mesa: 8 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Fernando Rosell**
Comunicaciones de la C-43 a la C-50

Sala: Roquetas 2.
Mesa: 9 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Francisca Miralles Berenguel**
Comunicaciones de la C-51 a la C-57

Sala: Roquetas 3.
Mesa: 10 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Francisco Aguilera Manrique**
Comunicaciones de la C-58 a la C-65

Sala: Sureste.
Mesa: 11 - GESTIÓN Y CALIDAD
Moderador: **Francisco Delgado Vilchez**
Comunicaciones de la C-66 a la C-73

Sala: Jarquil.
Mesa: 12 - GESTIÓN Y CALIDAD Y DESARROLLO PROFESIONAL
Moderador: **Francisco Mellado Vergel**
Comunicaciones de la C-74 a la C-80

Sala: Plastimer.
Mesa: 13 - DESARROLLO PROFESIONAL
Moderador: **Itziar Vivar**
Comunicaciones de la C-81 a la C-87

10.00 – 11.30H **MESA PLENARIA 3: SEGURIDAD DE PACIENTES**
Moderador: **Antonio Torres Olivera**. Director Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Ponente: **Julián Vitaller Burillo**. Profesor de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante).
Ponente: **Eduardo Sierra Pérez**. Jefe de Servicio. Oficina de Planificación Sanitaria y Evaluación. Agencia de Calidad Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social.
Ponente: **Itziar Larizgoitia Jáuregui**. Coordinadora del Programa de Seguridad del paciente de la OMS.
Ponente: **Pedro J. Saturno Hernández**. Profesor titular de Salud Pública de la Universidad de Murcia.

10.30 Café simultáneo

11.30 – 13.00h **MESA CLÍNICA: CALIDAD Y DIABETES**

Moderador: **Manuel Aguilar Diosdado**. Director Plan Andaluz de Diabetes del SSPA

Ponente: **Joan Carles March Cerdá.** Profesor de la Escuela Andaluza De Salud Pública. Experiencias en la puesta en marcha de una escuela de pacientes.

Ponente: **Federico Soriguer Escofet**. Director de La UGC de Endocrinología. Hospital Carlos Haya de Málaga. La perspectiva del endocrino en la educación del paciente diabético

Ponente: **Rafael Agra Giol.** Federación Andaluza de Pacientes Diabéticos. Málaga. La perspectiva del paciente sobre sus autocuidados

13.00 – 14.30 h **DEFENSA DE POSTER**

Sala: Atrio. 13:00 a 13:30 h
Mesa: 14 - DEFENSA DE PÓSTER 1
Pósters desde el P-1 al P-63

Sala: Atrio. 13:30 a 14:00 h
Mesa: 15 - DEFENSA DE PÓSTER 2
Pósters desde el P-64 al P-127

Sala: Atrio. 14:00 a 14:30 h
Mesa: 16 - DEFENSA DE PÓSTER 3
Pósters desde el P-128 al P-192

14.30 – 16.00 Almuerzo

16.00 – 17.00 h MESAS DE COMUNICACIONES

Sala: Roquetas 1.
Mesa: 17 - DESARROLLO PROFESIONAL
Moderador: **Javier Fierro Rosón**
Comunicaciones de la C-88 a la C-94

Sala: Roquetas 2.
Mesa: 18 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Moderador: **Javier Pacheco Calvente**
Comunicaciones de la C-95 a la C-101

Sala: Roquetas 3.
Mesa: 19 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Moderador: **José Luis Sánchez Encinas**
Comunicaciones de la C-103 a la C-109

Sala: Sureste.
Mesa: 20 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Moderador: **José Luis Vega Sáez**
Comunicaciones de la C-110 a la C-117

Sala: Jarquil.
Mesa: 21 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Moderador: **Margarita Sardinero Córdoba**
Comunicaciones de la C-118 a la C-125

Sala: Plastimer.
Mesa: 22 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Moderador: **José María Moreno López**
Comunicaciones de la C-126 a la C-133

17.00 -18.30 h **MESA PLENARIA 4: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES**

Moderadora: **José Manuel Martín Vázquez.** Master en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.

Ponente: **Pablo Simón Jordá**. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Ponente: **Koldo Martínez Urionabarrenetxea**. Facultativo de Medicina Intensiva del Hospital de Navarra.

Ponente: **Agustina Silvano Arranz**. Enfermera de Enlace del Distrito Sanitario Almería.

19.00-20.00 h Asamblea socios SADECA

21.00 h Cena del Congreso. Gran Hotel de Almería.

VIERNES 19 DE NOVIEMBRE DE 2010

9.00 – 10.00 h **MESAS DE COMUNICACIONES**

Sala: Roquetas 1.
Mesa: 23 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Moderador: **José Miguel Martínez Hernández**
Comunicaciones de la C-134 a la C-140

Sala: Roquetas 2.
Mesa: 24 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Moderador: **Luciano Calatrava García**
Comunicaciones de la C-141 a la C-147

Sala: Roquetas 3.
Mesa: 25 - SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Moderador: **M Dolores Sánchez Miralles**
Comunicaciones de la C-148 a la C-155

Sala: Sureste.
Mesa: 26 - LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Moderador: **M Luisa Gayo Loredo**
Comunicaciones de la C-156 a la C-162

Sala: Jarquil.
Mesa: 27 - LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Moderador: **Manolo Martín González**
Comunicaciones de la C-163 a la C-168

Sala: Plastimer.
Mesa: 28 - LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Moderador: **Manuel Rodríguez Maresca**
Comunicaciones de la C-170 a la C-176

10.00 -11.30 h **MESA PLENARIA 5: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y COMUNICACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES**
Moderadora: **Cristina Torró García-Morato**. Subdirectora de Promoción de la Salud y Participación. Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
Ponente: **Margarita Iraburu Elizondo**. Facultativo Internista. Hospital Virgen del Camino de Navarra.
Ponente: **Beatriz Iraburu Elizondo.** Periodista.
Ponente: **Mª Dolores del Valle López**. Subdirección de Comunicación. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

10.30 h **Café simultáneo**

11.30 – 12.30 h **MESA CLÍNICA: HEPATITIS C**

Moderadora: **Herminia Sánchez.** Facultativa especialista en Aparato Digestivo de la UGC de Medicina Integral y Cuidados. Área Sanitaria Norte de Almería.
Ponente: **Manuel Romero Gómez**. Director de la UGC de Digestivo del HU Valme. Sevilla. OPTIMIZACIÓN ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C
Ponente: **Maria José Gimeno Jordá**. Facultativo del Área Integrada de Gestión de Farmacia de La E.P. Hospital de Poniente de Almería. NOVEDADES TERAPEÚTICAS EN HEPATITIS C

12.30-13.30 h **Acto de clausura**

- **ENTREGA DE PREMIOS**
- **ENTREGA II PREMIO BIOÉTICA DE SADECA**
- **CLAUSURA DEL XV CONGRESO SADECA 2010**

MEJORES COMUNICACIONES

E-1

"DISEÑO DE UN LISTADO DE CHEQUEO EN LA URPA DE HOSPITAL DE PONIENTE A PARTIR DE UN ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS."

ALBERT CANDEL, L; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, C; MUÑOZ CABALLERO, C; LORCA BARRIONUEVO, E; LOPEZ GUTIERREZ, R y ORERO SAEZ DE TEJADA, F.

Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE; EVENTO ADVERSO

Resumen
Objetivos: Mejorar los índices de calidad en seguridad del paciente en Unidad Recuperación Postanestésica (URPA), Reducir el número de Eventos Adversos (EAs) de la URPA de la Empresa Pública Hospital de Poniente (EPHPO) relacionados con la asistencia sanitaria y Diseñar herramientas de seguridad adaptadas a las necesidades de la URPA de la EPHPO.
PLAN DE TRABAJO/MÉTODO: Hemos formado un equipo de trabajo multidisciplinar integrado por representantes de cada categoría que intervienen en la asistencia sanitaria del paciente de URPA, para analizar, mediante la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), los posibles modos de fallo, sus causas y las medidas correctoras que se pueden llevar a cabo para reducirlos o solventarlos.
RESULTADOS: Tras el análisis de los Números de Priorización de riesgo (NPR), y la valoración de las acciones de mejora, se propone diseñar un listado de chequeo en URPA encaminado a mejorar la seguridad del paciente solventando problemas prioritarios relacionados con la comunicación entre profesionales, historia clínica, uso seguro de la medicación y una atención adecuada durante su estancia en URPA (aparataje, equipos, información).
DISCUSIÓN: Para solventar el 80% de las causas que provocan fallos durante la atención sanitaria en URPA, se propone un listado dividido en tres fases que recoge los siguientes ítems:1.PRE ACOGIDA EN URPA. A)¿Hay box disponible para acoger al paciente?; B)¿Los equipos/ aparatos están disponibles, aptos para su uso?,2.ACOGIDA/ESTANCIA EN URPA. A)Anestesista y enfermera confirman verbalmente: paciente, procedimiento, antecedentes, incidencias intra operatorias, dispositivos, drenajes, posición, otros; B)¿Tiene el paciente alergias conocidas?; C)¿Trae consigo la historia clínica?; D)¿Existe barrera idiomática?; E) Anestesista cumplimenta orden tratamiento inmediato URPA; F)Equipo revisa posibles complicaciones postoperatorias y postanestésicas,3.ALTA EN URPA. A) Equipo verifica criterios de alta en URPA; B) Verificación/organización de la historia clínica; C)Correcto traspaso del paciente a su destino; higiene cama/paciente, historia clínica localizada, organización de dispositivos y drenajes; D)¿Necesita RX control?; E)¿Ha habido algún problema con los paratos/equipos?
CONCLUSIONES: El diseño de un Listado de Chequeo de URPA proporciona, en tan sólo un documento sencillo y de fácil manejo, una herramienta de trabajo que unifica criterios y aportan metodología a la atención prestada, minimizando las posibilidades de fallo y sus consecuentes EAs.

E-2

EXPERIENCIA DEL PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS DURANTE EL AÑO 2009.

MARTIN GONZALEZ, M; MANCEBO VELAZQUEZ DE CASTRO, E; SARDINERO CORDOBA, M y ANTON MOLINA, F.

Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: PLAN PARTICIPACION CIUDADANA

Resumen
OBJETIVO; La construcción de un sistema de salud plenamente equitativo, integrado en la sociedad en la que sirve y socialmente avanzado, determina la necesidad de articular mecanismos efectivos de participación de la ciudadanía a todos los niveles de la organización. Se plantea como objetivo analizar

la experiencia del cumplimiento del Plan de participación ciudadana, dentro de la dimensión Usuario, que formaba parte del pacto de gestión de las distintas Unidades del Complejo hospitalario Torrecárdenas, durante el año 2009.
MATERIAL Y METODOS: Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo del Plan de participación ciudadana realizado por las distintas Unidades, analizando: porcentaje de cumplimiento, modalidad seguida, y propuestas de mejora. Los resultados se presentan en números absolutos y porcentajes.
RESULTADOS: El cumplimiento del Plan de participación ciudadana, se produjo en el 77.14% de las Unidades analizadas (Unidades de Gestión Clínica 95% vs Unidades Asistenciales estandar 53.3%). Se ha intervenido con asociaciones de pacientes oficialmente establecidos (n=16, 44.4%)), así como grupo de pacientes con patologías especificas o riesgo de padecerlas (n= 20, 55.5%). Las actividades realizadas mas frecuentes fueron: grupos focales (50.00%) y taller o sesión informativa (39.28%). Siendo el grado de implicación: informar y educar, 52.7% ; consulta a los ciudadanos, 41.81%; decisión compartida con ciudadano, 5.45% y 0% con organismo público. En 10 Unidades en las que se realizo grupos focales, se extrajeron propuestas de mejora (71.42%).
DISCUSION: Se debe de estructurar la participación ciudadana, homogeneizando la experiencia de los distintos centros hospitalarios, marcándose las líneas estratégicas en las que se debe de desarrollar, huyendo de la diversificación y heterogeneidad que ahora nos encontramos, para que realmente las expectativas del ciudadano se vean cumplidas. El Plan de participación ciudadana debe de orientarse a una cada vez mayor participación activa del ciudadano (escasa en el momento actual), incluso en órganos de gestión del hospital en temas puntuales, superando la actual situación unidireccional de información, educación y consulta.
CONCLUSIONES: Aunque la realización de un Plan de Participación ciudadana por parte de las Unidades es alto (77.14%), es preciso avanzar en una metodología que realmente refleje, de forma activa, la opinión del ciudadano.

E-3

CONOCER EL TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS MEJORA LA SATISFACCION

NUÑEZ OLEA, JR; CORTACERO ALMENDROS, M; CARDENAS RODRIGUEZ, JA; ASENSIO TORRES, MT; LOPEZ ROS, MP y NAVARRO MEDINA, MA.

Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: satisfacción, demora, urgencias
Objetivos Objetivo: Evaluar el impacto de la información de los tiempos de demora en la atención en el área de urgencias sobre la satisfacción general de los usuarios.
Material y métodos: La información se ha suministrado a través de monitores instalados en la sala de espera de urgencias del HAR de Guadix, apareciendo la demora media para cada nivel de prioridad asignada en la consulta de clasificación. También aparecen las iniciales del paciente que cambian de color si su estado es de espera o asistencia en consulta. El paciente tiene conocimiento de su nivel de prioridad porque lleva un número junto con los datos administrativos relevantes en la pulsera que el 100% de los usuarios llevan tras pasar por triage dentro del programa de identificación inequívoca de pacientes. El propio facultativo activa la llamada del paciente para que acceda a consulta, simultáneamente aparece el aviso en el monitor y se emite el nombre del paciente por megafonía con pronunciación automatizada. La satisfacción se ha evaluado mediante el análisis del registro de sugerencias y reclamaciones. Para ello se han comparado los periodos de Enero a Mayo del año 2009, y Enero a Mayo de 2010 (antes y después de la intervención).
Resultados: Se ha disminuido en un 30% las reclamaciones por este motivo frente a 2009.Las reclamaciones por este motivo suponían un 37% del total en 2009, frente al 28% en 2010
Las sugerencias por este motivo, han

disminuido un 85%. En el año 2009 las sugerencias por este motivo suponían un 38% del total y en 2010 suponen un 20%. El tiempo medio de respuesta facultativa y de resolución en consulta es similar en ambos periodos, aunque sí podemos destacar que el tiempo de primer contacto es menor en 2010. (5,43 min en 2009 frente a 4,44 min en 2010).
Discusión: Aunque la ansiedad de un paciente pendiente de atención facultativa en urgencias obedece a diferentes variables, la información estimada del tiempo de demora mejora la satisfacción, lo que se refleja en un menor nº de reclamaciones y de sugerencias por este motivo.
Debemos continuar con el seguimiento de este estudio, valorando otras medidas que complementen la mejora de satisfacción en la Unidad de Urgencias.
Los monitores instalados también se podrían utilizar para difundir información sobre normas de funcionamiento del centro, consejos sanitarios...
Conclusiones:
Los pacientes en ocasiones no ven cubiertas sus expectativas en urgencias por la demora en la asistencia.
La información sobre los tiempos de demora estimada mejora la satisfacción.

E-4

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A PACIENTES POLIMEDICADOS SEGÚN CRITERIOS STOPP/START

DIEZ RODRIGUEZ, M; LOPEZ SANCHEZ, C; VAZQUEZ LUQUE, A; PAZ CEREZO, M; FAUS FELIPE, V Y TEROL FERNANDEZ, J.

Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: polimedicacion geriatria
Resumen
OBJETIVO; Diseñar una programa piloto de seguimiento a los pacientes polimedicados de un distrito sanitario usando las herramientas corporativas y una adaptación de los criterios STOPP/START definidos por la European Union Geriatric Medicine Society mediante una base de datos relacional.
-Material y Metodo. Para el desarrollo del programa se ha utilizado la aplicación Recetas7i de la base de datos Microstrategy de facturación farmacétuica, a partir de un listado preconfigurado que selecciona pacientes mayores de 65 años con más de 10 medicamentos prescritos. Se ha implementado de forma piloto en una Unidad de Gestión Clínica de un Distrito Sanitario de la provincia de Málaga. Se programó en una base de datos relacional un aplicativo que permitiera cruzar los criterios con la medicación del paciente en un informe de un folio. Se difunció el programa en sesión clínica con los facultativos
-Resultados Se han identificado en 750 pacientes polimedicados los siguientes medicamentos inadecuados relacionados con un diagnóstico: 148 casos de AINEs en hipertensos, 15 casos de betabloq.no cardioselectivos y EPOC, 14 pacientes con gota y tiazidas, 10 casos de ACO y AINEs, 8 de Ipratropio en pacientes con Glaucoma, 4 casos de ATC y opiáceos ó Antag.Calcio y 1 en un paciente con prostatismo, 4 de Neurolépticos en pacientes con Parkinson, 3 con ATC y Glaucoma, 3 con antimuscarínicos vesicales en pacientes con estreñimiento y 2 en pacientes con glaucoma, 3 de Verapamilo junto a Betabloqueantes, 2 de Anticolinergicos centrales y Neurolépticos y 1 caso de fenotiazinas en epilepsia. Además se han localizado 4405 prescripciones cuyos medicamentos pertenecen a la lista STOPP en los que se aconseja revisar los diagnósticos en los que dicha medicación sería inapropiada y que no han podido ser caracterizados de forma precisa a partir de la medicación prescrita.
-Discusión. El sistema permite al facultativo la revisión de los pacientes polimedicados durante el tiempo de una consulta ordinaria. El papel del servicio de farmacia en el tratamiento previo de los datos permite disponer de un informe a partir de las bases de datos corporativas de las que se dispone en los distintos centros. Sin embargo es necesario evaluar los resultados en el paciente para conocer la utilidad real de este tipo de criterios en población Española.
-Conclusión La metodología descrita permite disponer de los criterios STOPP/START a partir de las aplicaciones corporativas

del SSPA y su utilización en un Distrito Sanitario de Andalucía.

E-5

EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LAS LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Florez Almonacid, FA; Romero Bravo, RB y Galvan Ledesma, GL.

Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Ulceras por presión, seguridad, prevención.
Resumen
Objetivo: Medir los cuidados de enfermería para prevenir las UPP en pacientes con deterioro de la movilidad en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en el 2009.
Material y métodos: Estudio de prevalencia. La muestra es de 308 pacientes con deterioro de la movilidad . Las variables estudiadas fueron: edad, genero, valoración de riesgo de UPP, Cambios posturales, aplicación ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), superficies especiales de manejo de presión (SEMP), otras medidas (almohadas o cuñas de espuma, protectores de talones y codos).
Resultados: El promedio de edad es de 65.8 y DT 18.9 años, el 60% tienen mas de 65 años. La estancia media fue de 23.4 y DT 146 días. El l 52,3% tenían hoja de valoración de riesgo de UPP al ingreso, el 32.1%presentaban riesgo medio y el 44.8 riesgo alto.El 25.3% presentaron (UPP) . El 24.4% procedían del domicilio y residencia y el 75% fueron intrahospitalarias. El 43.6% tenia grado I, grado II el 32.1% , grado III el 12.8% y grado IV el 11, 2% . Los enfermos con deterioro de la movilidad el riesgo de presentar ulceras por presión es de OR= 10.89 (IC del 95% 6.05-19.67) con la administra AGHO la probabilidad de presentar UPP es de 0.41 (IC del 95% de 0.19-0.88) y si no se administra los AGHO es de OR= 2.4 (IC del 95% de 1.06-4.20). la probabi lidad de presentar UPP con otras medidas es de OR= 0.47 (IC del 95% 0.83-0.98) cuando se administran las medidas Y cuando no se aplican es de OR= 2.1 (IC del 95% 1.23-5.2). A los pacientes con UPP al 58% se les realizó cambios posturales, al 80% se les aplico AGHO y se les administro otras medidas al 66.6%, el 24.3% tenían SEMP. A Los que no tenían UPP al 32% se les realizó cambios posturales, al 50% se les aplico AGHO, al 36% otras medidas y el 11.3% tenían SEMP.
Discusión : Los pacientes con deterioro de la movilidad tienen 10 veces mas riesgo de presentar ulceras de presión .La administración de ACHO y otras medidas de prevención se asocian con disminución del riesgo de presentar UPP. OR de 0.41 y 0.47 respectivamente. Las medidas correctoras se han ido implementando a través del 2010 y el próximo corte de prevalencia se realizara en el mes de octubre.
Conclusiones. Las úlceras por presión (UPP) son un problema asistencial de gran magnitud que afecta la seguridad de los pacientes hospitalizados y su prevención, es la estrategia más eficaz
.

ÁREA TEMÁTICA

GESTIÓN Y CALIDAD

C-1

HERRAMIENTAS DE CALIDAD APLICADAS A LA VOZ DEL CLIENTE

Camacho Buenosvinos, A; de Cristino Espinar, MS; Matas jimenez, A; Caballero Arroyo, M; Muñoz Alonso, A y Díaz Díaz, J.

Centro: Distrito Sanitario Córdoba
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: calidad reclamación gestión
Resumen
Objetivos: La realidad de la gestión sanitaria requiere que este identificada con herramientas gerenciales modernas y cómo ellas colaboran en pro del desarrollo y operatividad de la organización. Éstas proveen un método sistemático para el análisis y la solución de problemas.Los objetivos del estudio son identificar las áreas de mejora más significativas tras el análisis de las quejas y reclamaciones y la mejora de la gestión de las mismas apoyándonos en el Diagrama de Pareto (DP), Análisis Causa Raiz (ACR) y Diagrama de Flujo (DF)
Material y método: Ámbito: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Distrito Sanitario Córdoba (DCCU). Diseño: Estudio cualitativo basado en el ACR, DP y DF para detectar pasos intermedios que ralentizan la respuesta (+ 15 Díaz), intervenir en los motivos significativos y establecer las etapas de una reclamación. Instrumentos: Informe de Evaluación de Reclamaciones 2008 y reclamaciones ordenadas según código. Tipo de muestra:79 reclamaciones. Procedimiento: tras ordenar los motivos cuantificados de mayor a menor relevancia se volcaron a soporte gráfico prediseñado para visualización GP. La Comisión de Seguridad del DCCU realizó ACR analizando el efecto "Demora en las Respuestas" con técnica lluvias de ideas abordando cuatro áreas: usuario, organización interna, organización externa y profesional implicado. Se diagramo el proceso de las reclamaciones analizando cada paso desde que el usuario la escribe hasta que es enviada la respuesta
Resultados: El ACR evidencio demora en la versión de los hechos motivada por desconocimiento del circuito y demora dependiente de la organización externa: Retraso en el envío desde el DCCU. El DF evidencio dos pasos de riesgo: informe profesional y custodia desarrollando puntos críticos de control y medidas correctoras. Se procedió a la revisión y difusión del Manual de Quejas y diagrama del circuito de gestión. En 2009 el tiempo de respuesta fu de 13,4 días frente a 18,9 del 2008 y tiempo de espera de informes es de 9,6 frente a 14,4 de 2008. El DP se construyó con 16 motivos, 4(411,406.1,113 y 114) suponían el 67%. Las propuestas de mejora fueron dirigidas hacia estos recibiendo en 2009 un global de 37 reclamaciones frente a las 79 de 2008 (53,16% menos)
Conclusiones: El estudio evidencia lo que el resto de los trabajos relacionados con herramientas de calidad: los planes o estrategias de mejora diseñadas tras su aplicación si mejoran la prestación del servicio de nuestra organización interna

C-2

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR E INTERNIVELES DE PACIENTES CRÓNICOS EN URGENCIAS TRAS IMPLANTACIÓN DEL "PLAN COMPARTE"

Jimenez Estrada, MC; De tovar Fernández, MM; Rodriguez Lara, MP; Quintero Solís, ML y Torres Martín, M.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Continuidad Cuidados Multidisciplinar Pluripatológico Crónicos Hiperfrecuntador
Resumen
Introducción: En base a un estudio retrospectivo, donde se analiza los pacientes reingresadores en nuestro servicio de Medicina Interna, en el que se analizan las causas y patologías prevalentes, se ponen en marcha entre los dos niveles asistenciales (AP y AE) unas medidas encaminadas a evitar el reingreso. Así nace el "Programa Comparte" con el que se pretende llevar a cabo un abordaje multidisciplinar de pacientes crónicos que cumplen unos criterios de inclusión

OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar la Calidad de Vida evitando procesos de reagudización de su patología basal con asistencia al Servicio de Urgencias
Material y método: Los pacientes que se benefician de la implantación del Plan Comparte desde Urgencias son aquellos con alta a domicilio, incluidos previamente en el Plan por descompensación de su patología basal o pacientes de nueva inclusión. Estos pacientes son identificados por el médico que será el encargado de comunicárselo al personal de enfermería responsable del paciente. Se comienza así la planificación precoz del alta, elaborándose el ICC, siguiendo el protocolo de Garantía del Continuidad de Cuidados Extrahospitalaria del SCCU. El principal esfuerzo del enfermero en estos pacientes estará proyectado en la detección de aquellos diagnósticos de independencia prevalentes en estos pacientes. El enfermero de AP, tendrá acceso vía telemática desde el momento de su emisión. Por otra parte, la Coordinación de enfermería se pondrá en contacto con la Enfermera de enlace para garantizar la correcta transmisión de la información
CONCLUSIÓN: Creemos que la coordinación interdisciplinar e interniveles es fundamental para poder dar una respuesta a estos pacientes crónicos, colaborando a mejorar la calidad de vida de los mismos Entendemos que es una herramienta fundamental para controlar la hiperfrecuentación de los pacientes cónicos al nuestro Servicio Teniendo en cuenta que se trata de un Servicio de Urgencias, donde trabajamos en a demanda y con gran actividad asistencial en determinados momentos; considerábamos fundamental que los profesionales tengan una buena preparación para la detección y resolución de los diagnósticos de enfermería más prevalentes en este tipo de pacientes; con el fin de dar una respuesta ágil y de calidad (incumplimiento del tratamiento, cansancio rol del cuidador, gestión ineficaz de su propia salud…)

C-3

IMPLANTACION DEL PROYECTO DE MEJORAS PERINATALES Y ADAPTACION DE LOS ESPACIO FISICOS A SUS NECESIDADES EN LA EPHP

SEGURA GARCIA, MT; LOPEZ FERNANDEZ, MT; CASTILLO LORENTE, JI; MACHADO RAMIREZ, F; MORCILLO MUÑOZ, Y y ARTERO LOPEZ, C.

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: HUMANIZACION, PARTO, MADRE Y PAREJA, RESPETO
Resumen
OBJETIVOS Presentarla renovación de espacios físicos tras la implantación de un proyecto de humanización en Servicio de Tocoginecología de Hospital de Poniente •Reducir el intervencionismo durante la asistencia de la gestantes•Promover el protagonismo y responsabilidad de la mujer.•Adaptación de espacio físicos a las nuevas necesidades •Consecución de criterios de calidad: indicadores perinatales
MATERIAL Y METODO •Análisis de situación de partida•Concienciación y cambio de actitud en los profesionales ante un acto fisiológico como es el parto•Formación:conocimiento de la fisiología del parto:cursos de parto humanizado, uso de agua para alivio del dolor, lactancia materna, etc.•Seguimiento del proyecto por subcomisión multidisciplinar de humanización del área perinatal. Creación de indicadores de buenas prácticas y protocolos.•Adaptación física de área de partos que potencien intimidad, seguridad, relajación y comodidad de la mujer: creación de Unidades de Trabajo, Parto y Recuperación (UTPR) etc…•Dotación de material a las unidades implicadas: Trípticos acogida, folletos informativos, taburetes, colchonetas, pelotas para relajación pélvica, bañera, creación de espacios acogedores evitando ambiente quirúrgico, uso de colores, luminarias, uso de luz natural, lianas, música ,etc. Evaluación anual de indicadores.
RESULTADOS Los cambios estratégicos realizados en los espacios físicos para

la atención de la mujer y del bebe que permiten la cohabitación de madre-recién nacido desde el nacimiento, han posibilitado; -El inicio temprano de lactancia materna (94%).-El éxito de lactancia materna al alta (81,6%). -El acompañamiento continuo de la mujer por su pareja o un familiar.-La participación de la mujer y su pareja en todo el proceso de dilatación, parto, etc.-La libre elección del tipo de parto -La disponibilidad de métodos analgésicos naturales para alivio del dolor; uso de bañera, de taburete, silla de partos, liana, colchonetas, pelotas, etc para dilatación y parto-Resultados favorables en encuesta satisfacción realizada en usuarias.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Se ha requerido la interrelación de distintos objetivos para el desarrollo del proyecto, basados en las demandas de las usuarias y los profesionales que atienden los partos: independencia y responsabilidad en la toma de decisiones de la usuaria en su parto, cambio en forma de trabajar de los profesionales y adaptaciones físicas y técnicas a las necesidades surgidas. Todo ello ha contribuido a mejorar la asistencia del parto-nacimiento.

C-4

PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN DE ANTIBIÓTICO RESTRINGIDO: ERTAPENEM

GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA, T; VAZQUEZ VELA, V; DOMINGUEZ CANTERO, M; MOYANO PRIETO, I; BULO CONCELLÓ, R y OBEL GIL, L.

Centro: HU PUERTA DEL MAR
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: antibiótico restringido, protocolo, uso racional medicamento
Resumen Objetivo: Describir el desarrollo y evaluar un protocolo de dispensación de un antibiótico restringido dentro de las actividades de política de antibióticos.
Material y método: Se elaboró un protocolo para la dispensación de ertapenem. Para ello se diseñó un impreso con los apartados siguientes: datos del paciente, datos del médico prescriptor, indicaciones aprobadas en la Comisión de Farmacia y Terapeútica (CFyT), número de unidades prescritas, y número de unidades dispensadas. Una vez cumplimentado por el médico, se envía al Servicio de Farmacia donde se valida por un farmaceútico. Posteriormente se incluyen todas las dispensaciones en una aplicación informática diseñada para tal efecto. Para la evaluación se midieron las siguientes variables: porcentaje de solicitudes mediante impreso diseñado, porcentaje de solicitudes correctamente cumplimentadas y porcentaje de solicitudes adecuadas a las indicaciones aprobadas. También se midió si existió una reducción de stocks de ertapenem en los botiquines de planta haciendo una revisión antes y después de la implantación del protocolo.
Resultados: El periodo considerado para evaluar fue desde febrero a diciembre de 2009. Hubo un total de 123 pacientes con ertapenem. El 100% de las solicitudes presentaron el impreso y el 85.3% estaba correctamente cumplimentado. El 14.7% restante no tenían datos como la firma del médico prescriptor o indicación para la cual se prescribía el antibiótico. El 88% de las solicitudes eran adecuadas a las indicaciones aprobadas. En la revisión del botiquín previo a la implantación del protocolo se encontró un stock de ertapenem de 31 viales (no asignados a ningún paciente en tratamiento), mientras que al revisarlo posteriormente con el protocolo en vigor, el stock de ertapenem fue el asignado a los pacientes ingresados en ese momento.
Discusión: La adherencia al protocolo fue muy alta, pero además podría permitir conocer futuras indicaciones a valorar para la inclusión en la guía farmacoterapéutica. El 100% de las solicitudes presentaron impreso. Esto podría deberse a que la mayoría procedían de un mismo servicio lo que facilitó la adherencia al protocolo. El correcto funcionamiento del mismo podría guardar relación con la disminución del stock en los botiquines no asociados a ningún paciente.
Conclusiones: La implantación de un protocolo de dispensación controlado por un

farmacéutico fue positivo en la optimización del uso de un antibiótico restringido.

C-5

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN Y SU HOSPITAL DE REFERENCIA.

Díaz Ricomá, N; Mellado Vergel, FJ; Mena Parra, D; Rosell Ortiz, F; Contreras Rodríguez, AM y León Ruiz, L.

Centro: HAR El Toyo
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Concordancia diagnóstica, error diagnóstico, urgencias hospitalarias.
Resumen
OBJETIVOS Conocer la concordancia diagnóstica de los pacientes trasladados desde las urgencias de un hospital de alta resolución a su hospital de referencia, analizando el índice de error diagnóstico, sus características epidemiológicas, los motivos fundamentales de error y su influencia en la mortalidad intrahospitalaria.
METODOS Se analizaron los pacientes trasladados durante el año 2009. Se establecieron 2 niveles de concordancia diagnóstica: 1ºcoincidente o no coincidente pero sindrómicamente correcta, y 2º errónea. Se compararon las variables: edad, sexo, origen de traslado, y diagnóstico. Se determinó el motivo fundamental de error.
RESULTADOS Se trasladaron al hospital de referencia 1494 pacientes. La edad media fue de 41,6 ± 30 años, siendo el 56% hombres. Desde urgencias se trasladaron el 91%. Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron: Traumatología 27%, Medicina Interna 25,8%, Cirugía 20,2% y Pediatría 9,7%. La concordancia diagnóstica fue del 91,8%. Los motivos de error más frecuentes fueron una valoración clínica inadecuada (69,7%) y la interpretación radiológica (21,3%). La variable asociada al grupo de pacientes sin concordancia diagnóstica fue la edad (p=0,003; OR= 0,988; IC 95%=0,981-0,996). No hubo ningún fallecimiento en los pacientes sin concordancia diagnóstica.
CONCLUSIONES La concordancia diagnóstica fue mayoritaria con un índice de error del 8,2%. El sexo, el origen de traslado y los grupos diagnósticos no están relacionados con el error diagnóstico, solo los pacientes de menor edad se asocian a la no concordancia diagnóstica. El motivo de error principal fue una inadecuada valoración clínica. No se registró mortalidad en el grupo de pacientes sin concordancia diagnóstica.

C-6

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE AL ALTA HOSPITALARIA RECIBIERON MEDICACIÓN TUBERCULOSTÁTICA

URQUÍZAR RODRÍGUEZ, O; FERNÁNDEZ MARTÍN, JM; MORALES MOLINA, JA; CANTO MANGANA, J; SÁNCHEZ BENITEZ DE SOTO, ML y MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE.

Centro: EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, TUBERCULOSIS, MEDICACIÓN AL ALTA
Resumen
Objetivos: Evaluar el cumplimiento terapéutico de pacientes que al alta hospitalaria recibieron medicación para la tuberculosis (TBC).
Material y método: Estudio retrospectivo desde enero 2009 a junio 2010 realizado en un hospital comarcal. Datos recogidos: demográficos, origen, tipo de TBC, coinfección VIH, días de tratamiento al alta, tipo de tratamiento y cumplimiento terapéutico. Los datos fueron recogidos de la aplicación informática Dominion t.i. 2.3. El tratamiento fue dosificado por peso. Todos los pacientes recibieron medicación para garantizar la continuidad del tratamiento hasta su cita en Atención Primaria. Se consideró tratamiento completo cuando el paciente tomó >80% de la medicación y abandonos, cuando no se pudo hacer seguimiento.
Resultados: Pacientes: 54, edad media: 34 años (8-75 años), hombres: 44 (81,4%); origen, España: 10 (18,5%), Rumania: 4 (7,4%), Brasil: 1 (1,8%), Senegal: 11(20.3%),

Marruecos: 9 (16.6%), Mauritania: 5 (9,6%), Mali: 4 (7,4%), Guinea: 4 (7,4%), Gambia: 3 (5,5%) y Costa de Marfil: 1 (1,8%); tipo de TBC: pulmonar 35 (66,6%), pleural 13 (24,1%), ósea y articular 4 (7,4%) y ganglionar 1 (1,8%). Coinfectados VIH: 4 (7,4%). El 81,5% de los pacientes recibieron tratamiento al alta para 7 días. El 88,9% tomaron isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol asociados en una sola presentación y el 11,1% por separado. Cumplimiento terapéutico: 30 pacientes, españoles: 5 (16.6%), inmigrantes: 25 (83.3%) 4 de ellos curaciones confirmadas con cultivo; pacientes activos en tratamiento: 19 (35,2%) y abandonos 5 (9,3%).
DISCUSIÓN: El tratamiento de la TBC es largo y utiliza terapia combinada para evitar la selección de resistencias. Si se interrumpe por cualquier motivo debe iniciarse desde el principio. Los pacientes inmigrantes tenían dificultades para el cumplimiento debido a sus condiciones socio-económico-sanitarias. Al dispensarles medicación al alta se favoreció la continuidad del tratamiento, participando en el esfuerzo sanitario por garantizar la calidad del tratamiento a los pacientes. Fué necesaria la implicación del paciente y la colaboración entre Servicios e interniveles.
Conclusiones: La dispensación de medicación al alta y el seguimiento terapéutico a pacientes con TBC mejora la calidad asistencial. Esta actuación favorece el cumplimiento terapéutico, previene abandonos, disminuye resistencias, reingresos hospitalarios y toxicidad. En el estudio no se observaron diferencias en el cumplimiento entre pacientes inmigrantes y españoles.

C-7

INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN PACIENTES TRATADOS ORTOPEDICAMENTE EN LA E.P.H.PONIENTE

BOLET GALINDO, PE; GARCÍA PANIAGUA, JO; PLAZA TORRES, LE; CASTILLO GALDEANO, EL y PINILLA LOPEZ, SA.

Centro: Empresa Publica Hospital de Poniente
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: calidad, cuidados, disfunción, neurovascular, periférica
Resumen
OBJETIVOS General: Mejorar la calidad de los cuidados proporcionados a los usuarios de la consulta de Enfermería del área de Traumatología y Rehabilitación de la EPHP Específicos: - Prevenir la Disfunción neurovascular periférica en pacientes traumatológicos tratados ortopédicamente (inmovilización) - Aumentar los conocimientos de los pacientes tratados ortopédicamente para evitar la aparición de complicaciones.
MATERIAL Y METODO El personal de Enfermería de la Consulta Externa de sala de yesos/curas del Hospital de Poniente, ha elaborado durante el segundo trimestre de 2010, una hoja de recomendaciones preventivas dirigida a pacientes que van a recibir tratamiento ortopédico (inmovilización), incluye textos descriptivos e imágenes de las intervenciones propuestas para facilitar su comprensión. Esta iniciativa, viene a reforzar la intervención enfermera NIC: Cuidados del paciente escayolado, a partir del diagnóstico Complicación Potencial: alteración neurovascular periférica S/A inmovilización de miembros.
Resultados: Se analizarán los resultados de la implantación de esta iniciativa a lo largo del segundo semestre de 2010, para ello, utilizaremos un registro específicamente diseñado para tal fin. Dicho instrumento, nos proporciona información sobre
posibles complicaciones derivadas del tratamiento ortopédico y los cuidados administrados, así como la valoración que el usuario da a la información proporcionada en la hoja de recomendaciones. La recogida de datos, se realiza cuando el paciente acude a nuestra consulta para retirarle la inmovilización una vez finalizado su proceso. Se realizará un primer corte para valoración en el tercer trimestre de 2010.

Discusión: El tratamiento ortopédico es un procedimiento que se realiza con mucha asiduidad en nuestra consulta de enfermería. La principal complicación que pueden presentar nuestros pacientes es la disfunción neurovascular periférica. Anteriormente dábamos información verbal al paciente para prevenir esta complicación, pero no nos garantizaba la total comprensión de las recomendaciones proporcionadas. Por ello nos planteamos la creación de una hoja de recomendaciones preventivas que sirva de apoyo y refuerzo a la información verbal aportada a nuestros usuarios cuando son atendidos.
CONCLUSIÓN: Debemos asumir la responsabilidad de diseñar estrategias y herramientas para aumentar la calidad de los cuidados que ofertamos a los usuarios, ya que tienen derecho a recibir una asistencia de calidad que cubra sus exp

C-8

SÍNTESIS DE 4 AÑOS DE GESTIÓN DE CUIDADOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA INFORMÁTICO AZAHAR.

Medina Valverde, MJ; Rodríguez Borrego, MA; De la Torre Barbero, MJ; Luna Martín , AJ; Parra Perea, J y Muñoz Gomaríz, E.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía.
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Proceso Enfermero Herramienta informática Cuidados enfermeros
Resumen Objetivos: Analizar la planificación de cuidados realizada con el programa informático Azahar. Método: Ámbito:Unidades de hospitalización del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Diseño:Descriptivo, cuantitativo.
Objeto de estudio: La información recogida en el soporte informático sobre la gestión del Proceso de Atención de Enfermería. Variables:nº episodios (ingresos) totales, con valoración inicial firmada, con todas las Necesidades valoradas y pacientes con cuidador identificado; etiquetas diagnósticas; nº episodios con plan de cuidados, nº planificaciones firmadas + de 24 horas de ingreso, nº planificaciones individualizadas y con + de 24 horas, nº planificaciones registradas y con + de 24 horas; nº de altas hospitalarias, nº de Informes de Continuidad de Cuidados firmados, diagnósticos durante el ingreso, los resueltos en el mismo y los no resueltos al alta, Informes de Continuidad de Cuidados con recomendaciones, en los que aparece el nombre del Cuidador y en los que no aparece el Centro de Salud de referencia. Instrumento:módulo de información del programa. Periodo de recogida de datos:Enero 2005 a Diciembre 2008. Análisis:descriptivo univariante mediante distribuciones de frecuencias.
Resultados: Se refieren algunos datos de 2005 y 2008. Ingresos 61105 – 57787; episodios con valoración inicial firmada 9330 (15,26%) – 28135 (48,68%). Etiquetas diagnósticas 194 – 194, la más frecuente:Disposición para mejorar los conocimientos (especificar). Episodisos con plan de cuidados 11513 (18,84%) – 34768 (60,16%); planificaciones registradas 3980 (6,51%) – 12705 (21,98%). Altas hospitalarias 38475 – 39744; Informes de Continuidad de Cuidados firmados 7932 (20,61%) – 23624 (59,44%); diagnósticos durante el ingreso 27867 – 75100; no resueltos al alta 4878 (17,50%) – 14513 (19,32%).
Discusión: El número de planificaciones con más de 24 horas de ingreso disminuye en relación al número de planes de cuidados realizados. La etiqueta diagnostica más frecuente puede justificar en parte el número de diagnósticos no resueltos al alta. Se observa una diferencia significativa entre el número de planes iniciados (60%,) y el número de planes con seguimiento y actualización (21,94%); aspecto este que contrasta con el número de informes de continuidad de cuidados al alta (59,44%), dando una idea de discontinuidad. Conclusión: Los datos obtenidos indican la necesidad de introducir mejoras, en la continuidad de la planificación del cuidado, con el objetivo de alcanzar el estándar básico de calidad establecido.

C-9

EXPERIENCIA EN VALORACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE GRAN DEPENDIENTE Y SU CUIDADORA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Cid Ruiz, MI; Fernandez Ayala, JC; Capel Bonachera, Y; Torres Navarro, MM y Saez de Rus, MM.

Centro: E.P Hospital de Poniente
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: GRAN-DEPENDIENTE CUIDADORA GESTIÓN-DE-CASOS

Resumen

Introducción: Una muestra importante de pacientes atendidos en Urgencias de Hospital de Poniente presentan dificultades para el autocuidado. Los definimos como grandes dependientes. Son usuarios con necesidad de asistencia para realizar actividades de la vida diaria e instrumentales. Presentan una puntuación menor de 20 en el Índice de Barthel y deterioro cognitivo valorado en el test de Pfeiffer. Esta realidad en las unidades de urgencias, ha hecho necesario sensibilizar e impulsar entre los profesionales medidas y herramientas para la valoración, identificación y atención de este tipo de pacientes y sus cuidadoras, creando un procedimiento específico para ello. Este procedimiento está apoyado por la Enfermera Gestora de Casos Hospitalarios, dando cobertura y mejorando en la planificación de cuidados, de forma individualizada, coordinada con el resto del equipo intrahospitalario y extrahospitalario, asegurando una mayor comunicación en la continuidad de cuidados.
Objetivos: -Exponer como se ha implantado el procedimiento de identificación y atención al paciente gran dependiente y persona cuidadora en la Unidad de Urgencias de Hospital de Poniente y la difusión entre los profesionales. -Mostrar los resultados de la experiencia en el último semestre del año 2009.
MATERIAL Y METODO Mayo del 2009 se elabora el documento "Identificación y atención al paciente gran dependiente y su cuidadora en Urgencias". El 09 /12 /09: primera sesión formativa multidisciplinar para la implantación del procedimiento. La recogida de datos: revisión de la exposición diaria de los casos en sesiones matutinas por el equipo de cuidados. Análisis de datos: programa estadístico.
RESULTADO: Total de pacientes atendidos en Urgencias en el periodo desde 4 de Mayo al 31 de Diciembre de 2009: 64058. 866 fueron pacientes que pasaron a Observación, suponiendo el 16% de pacientes del total. Gran dependientes valorados: 158 pacientes. Acompañados por persona cuidadora e identificación de la personan cuidadora: 67.1% DISCUSION -Realización de Plan de Cuidados:100% de los casos de pacientes en Observación -Gestión de casos realizados: 61 casos
-Edad Media de 79 años.
CONCLUSIÓN:-Urgencias es lugar de captación de situaciones de dependencia y de identificación de necesidades. -La persona cuidadora pasa a ser percibida también como un usuario para los profesionales sanitarios, objeto de atención al igual que la persona a la que cuida y se benefician ambos de los cuidados , los recursos y ayudas que se facilitan.

C-10

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESPECIALIDADES DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO EN UN HOSPITAL COMARCAL

MORALES MOLINA, JA; MARTINEZ DE LA PLATA, JE; CANTO MANGANA, J; URQUIZAR RODRIGUEZ, O; ACOSTA ROBLES, P y VERDEJO RECHE, F.

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CALIDAD, GASTOFARMACEUTICO, ESPECIALIDADES DH

Resumen

Objetivos: La prescripción de especialidades de diagnóstico hospitalario (DH) en el hospital parece inducir la continuidad de la prescripción en Atención Primaria (AP) por ello nos

planteamos realizar una evaluación económica de los DH prescritos en el último año en el hospital, su evolución respecto al año anterior y su influencia sobre la prescripción en AP.
Material y método: Estudio retrospectivo de un año en un Hospital Comarcal. Datos recogidos: Importe total de los medicamentos prescritos durante el último año en AP, importe de la prescripción de DH en Atención Primaria y en el Hospital, envases e incremento respecto al año anterior, clasificación de la prescripción hospitalaria por Servicio Médico, principio activo. Los datos fueron obtenidos de la aplicación informática Microstrategy.
Resultados: Importe total (€) de los medicamentos prescritos durante el último año en AP: 52.147.524,84, incremento del gasto respecto al año anterior: 3.8%, importe (€) de la prescripción de DH en AP: 2.457.838,01 (Total envases: 17.687). Incremento del gasto respecto al año anterior: 12.7%. Importe (€) de la prescripción de DH en el Hospital: 252.751 (Total envases: 1.227). Incremento del gasto respecto al año anterior: 40.0%. Clasificación por Servicio Médico prescriptor, Dermatología: 152.498,20 (60,34%); Neumología: 51.571,68 (20,40%); Otros: 48.681,12 (19,26%). Clasificación por principio activo y Servicio prescriptor, Dermatología: ciclosporina: 62.373,26 (40,90%); ustekinumab: 35.443,10 (23,24%); isotretinoina: 48.681,12 (31,92%); resto: 6.000.72 (3,94%); Neumología, omalizumab: 46.201,53 (89,59%); resto: 5370,15 (10,41%).
Discusión: En el último año se ha observado un incremento del 40% en el gasto de especialidades DH prescritas en nuestro hospital, mientras en AP fue sólo del 12%. Estos datos indican que el impacto económico de la prescrición hospitalaria de DH sobre AP fue poco relevante en relación al gasto anual de medicación. Dermatología y Neumología fueron responsables de más del 80% de las prescripciones siendo ciclosporina, ustekinumab, isotretinoina los medicamentos que supusieron >95% de las prescripciones de Dermatología y omalizumab el 90% de las de Neumología.
Conclusiones: El incremento del gasto de especialidades DH a nivel hospitalario sólo tuvo una repercusión del 25% sobre el incremento en el gasto de las mismas en AP. Las medidas propuestas para el control de la prescripción van dirigidas a potenciar la difusión periódica de los datos y la formación a los facultativos.

C-11

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL DISTRITO ALMERÍA

Fornovi Vives*, JJ; Cueto Saavedra, MD y Tobías , A.

Centro: Centro de Distrito Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Calidad Tuberculosis AtenciónPrimaria Eficiencia
Resumen
Objetivos: Mejorar la calidad en el abordaje de la enfermedad tuberculosa en el Distrito Almería con los mismos recursos existentes
Material y método: Llegándose a considerar la tuberculosis un problema de salud a nivel provincial, el Distrito Almería puso en marcha mecanismos para que, con los recursos humanos y organizativos existentes, se realizara un abordaje de calidad de la enfermedad tuberculosa.Tras la experiencia y las dificultades detectadas, en el año 2010 se han incorporado elementos cualitativos para que toda la organización y el personal sanitario se involucre en el control de la tuberculosis: a)Responsabilidad de la organización; b)Formación de los que participan; c) Adecuación de registros y Protocolo y d)Actualización mantenida de la información para un adecuado seguimiento
Resultados: Incremento del umbral de sensibilidad de la organización para la detección y seguimiento de los afectados: a)Designación de un Responsable de Tbc en cada UGC y el compromiso en Contrato Programa de estudiar al 100% de los contactos. b)Realización de dos Talleres de formación dirigidos a los

responsables y personal sanitario además de Sesiones Clínicas en todas las UGC y S.Urgencias. c)Elaboración de un Protocolo de Tbc del Dto, con tiempos máximos de intervención. Adecuación de registros al SVEA y una Aplicación informática de seguimiento de Tbc específica del Distrito. d)Información personalizada telefónica de cada caso y actualización mantenida a través de la Web del Dto.
Discusión: Valorando que en la provincia cada Distrito sigue un abordaje distinto de la Tbc (equipo dedicado en exclusiva a ello o por apoyo de más personal), el Dto.Almería ha apostado desde el primer momento por mejorar la atención aprovechando los recursos existentes: 1º En 2006 se estableció una estrategia fundamentada en la formación y el apoyo desde epidemiología que ha resultado de esfuerzo descompensado e insuficiente. 2º Con la nueva metodología se están consiguiendo resultados muy satisfactorios de pronta y completa intervención en todos los casos
Conclusiones: La formación y el recordatorio mantenido, la designación de Responsables e incorporación como objetivo en el Contrato Programa de las UUGC, la disponibilidad y seguimiento constante desde Epidemiología y Gestión del Distrito, han incrementado la sensibilidad en la detección de enfermos y el seguimiento de la totalidad de los contactos conocidos, con un actualizado y completo registro del Distrito y del SVEA, acortando todos los tiempos de intervención.

C-12

"PREVALENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN CARBONERAS"

Caparrós Crespo, SC; Navarro Ballesta, GN; Peréz Lopez, AP y Carrasco Peréz, MA.

Centro: CARBONERAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: prevalencia obesidad factores
Resumen 1-Objetivo * Describir la magnitud y detectar los factores determinantes de la obesidad en la población de Carboneras en los niños de entre 3 y 11 años.
2-Material y Métodos • Estudio descriptivo transversal. • Emplazamiento: C. Salud de Carboneras, Colegio Publico Simón Fuentes, San Antonio de Padua y Federico García Lorca de Carboneras. • Población a estudio: 832 niños entre 3 y 11 años, que están escolarizados en los centros mencionados. • Muestra: Se seleccionan 301 niños de forma aleatoria estratificada según la edad, a través del programa EDIPAT 3.1 Con un error máximo admisible del 10% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, considerando la prevalecía de obesidad según grupo de edad – Estudio Kid-Considerando unas posibles pérdidas del 10%. • Variables: Peso, talla, IMC. Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, con quien vive, nº de hemanos, situación laboral del tutor, nivel de estudios del tutor, nivel socioeconómico. Antecedentes del Alumno. Hábitos del alumno: Alimentarios, ejercicio. Horas que ve la TV. • Recogida de Información: Cuestionario en el que se toman unos datos individuales en el Centro escolar IMC y posteriormente se le ha entregado a los alumnos para recogida de información por parte de los padres.
3-Resultados Pendiente de resultados estadísticos.
4-Conclusiones Pendiente de resultados.

C-13

PLAN ESTRATEGICO DE ENFERMERA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE DERECHOS DE LOS CIUDADANOS EN DISTRITO ALMERÍA

PEREZ NAVARRO, A; ALBERO SERRANO, P; ESPAÑA APARICIO, S; CUETO SAAVEDRA, D; COBOS FERNANDEZ, P y TOBIAS MANZANO, A.

Centro: DISTRITO ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ENFERMERIA, ATENCION PRIMARIA, DERECHOS PACIENTES, CUMPLIMIENTO
Resumen
OBJETIVO Mejorar y /o ampliar la

información sobre los Derechos de los Ciudadanos que las enfermeras ofrecen a los usuarios del Distrito Sanitario Almería. **MATERIAL Y METODOS** El Plan se va a llevar a cabo en Distrito Almería, constituido por 17 U.G.C en las que están adscritos una población en BDU de 291.891 usuarios y en la que desarrollan su trabajo 217 profesionales de enfermería. Para el análisis de situación se parte de: un estudio previo sobre el nivel de conocimientos de los usuarios sobre los derechos, análisis DAFO, resultados de un grupo Focal y datos sobre utilización de alguno de los derechos facilitados por las Administraciones Sanitarias.
Resultados: Se aportan datos de resultados de estudio previo, análisis DAFO y grupo focal. Se planifica una estrategia de Reorientación de la Atención Enfermera, aprovechando un entorno favorable de Oportunidades y corrigiendo las Debilidades detectadas. Las Líneas estratégicas a desarrollar están orientadas a la formación de los profesionales sobre los derechos de los pacientes, mejorar el acceso a la información y participación de los Ciudadanos en la atención personalizada y grupal , y realización de cambios organizacionales en las que se incorporen dichas estrategias.
DISCUSION Siendo la información uno de los derechos fundamentales de los pacientes en muchos casos se omite debido a la elevada carga asistencial y al desconocimiento de los profesionales. En todos los estudios consultados así como en los resultados aportados en nuestro grupo focal, los profesionales reconocen tener poco conocimiento sobre los Derechos. Además la información a través de los medios de comunicación llega poco a los usuarios. El Plan debe garantizar la accesibilidad de la información a todos los ciudadanos
CONCLUSION Elaborar e implantar un Plan estratégico para mejorar y garantizar los derechos de los pacientes es necesario debido a su gran importancia y trascendencia, por considerar que los Derechos de los Pacientes se ponen todos los días en juego, correspondiendo a la enfermería, como profesión más cercana al paciente su defensa y la garantía de su cumplimiento. El papel de los profesionales sanitarios es fundamental, porque con su difusión se complementarían las campañas divulgativas de los sistemas sanitarios. Sería necesario llevar a cabo estudios posteriores para analizar el grado de implementación de este Plan.

C-14

GESTIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD DEL MATERIAL QUIRÚRGICO EN LA UGC DE UROLOGÍA: HOJA DE TRAZABILIDAD

FUENTES CURTIDO, M; SEDA ROMAN, O; CARRASCO GARCIA, O; FERNÁNDEZ GARCIA, E; HERNÁNDEZ GARRIDO, M y JUÁREZ SOTO, A.

Centro: HOSPITAL DE JEREZ
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
Objetivos Implementar un sistema de control del material quirúrgico en la UGC de urología, para evitar pérdidas, deslocalizaciones, almacenamiento incorrecto, deterioros no imputables al uso, déficits en el mantenimiento preventivo y control del material que está en reparación.
Material y Método Se realizó la siguiente estrategia: 1º almacenaje de todo el material en cajas numeradas 2º catálogo del material de la UGC de urología: donde aparecen inventario del material que debe contener cada caja, así como fotografía identificando a todos los elementos, incluido su número de serie 3º Hoja de trazabilidad del material 4º Estrategia de Comunicación a los Profesionales: se informó que teníamos un problema con el control del material, pues eran habituales las pérdidas, deslocalizaciones, material roto que se almacenaba para ser usado etc. Todos eran conscientes de que teníamos un problema de control de material. Se propuso la estrategia de control referida, siendo aceptada por todos los profesionales.
Resultados El sistema se puso en marcha en febrero de 2009. A los 6 y 12 meses

de la puesta en marcha, se evaluó el procedimiento mediante el indicador "incidencias con el material quirúrgico no controladas", es decir, incidencias con el material que no estaban registradas en la hoja de trazabilidad. En el primer análisis, a los 6 meses, las incidencias no controladas fueron solo de 3% (previamente a la implantación del sistema, aunque sin cuantificar, era habitual que en casi todas las intervenciones había algún problema con el material, que ocasionaban incluso la suspensión de una intervención). En los segundos 6 meses, las incidencias no controladas fueron del 0%.
Discusión El elemento clave del éxito, ha sido que los profesionales han entendido que con este procedimiento se trataba de "controlar el material", no a las personas. Todos fueron conscientes de que teníamos un problema con el material, que ocasionaba, aparte de un coste económico, roces laborales, pérdidas de tiempo en quirófano y suspensiones quirúrgicas. El procedimiento propuesto, ha demostrado en nuestro medio, ser altamente eficaz disminuyendo las incidencias con el material quirúrgico.
Conclusiones El sistema de control del material quirúrgico propuesto, disminuye el número de incidencias "no controladas", lo que tiene un impacto directo en el estado de conservación del material, evita pérdidas y disminuye la pérdida de tiempo quirúrgico y las suspensiones de pacientes relacionadas con la falta o mal

C-15

EVALUACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EPES Y ACREDITACIÓN PROFESIONAL

De Castro Garcia, S; Noguer Martos, A; Sáenz Gómez, J; Álvarez Rueda, JM y Tejedor Sánchez, A.

Centro: SP 061 de Jaén. EPES
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Enfermeria, evaluación, acreditación

Resumen
En el año 2009 finaliza en EPES el diseño de la herramienta de evaluación de los Cuidados de Enfermería. De acceso a todos los enfermeros/as que realizan su trabajo en los Equipos de Emergencias y ECAs, nace con dos finalidades: Posibilitar la evaluación de los cuidados que Enfermería está aportando a los pacientes atendidos y favorecer la acreditación de sus competencias.
Se configura asi un marco en el que interaccionan los Objetivos de Cuidados, orientados al paciente y familia, con la continuidad de cuidados como elemento imprescindible para una atención de calidad, utilizando buenas prácticas y evidencias que propicien el aprendizaje continuo, facilitando la acreditación de competencias del profesional y haciendo posible la obtención de resultados de Cuidados.
Objetivos: Afianzar el conocimiento del Cuidado de Enfermería. Facilitar la acreditación de profesionales. Obtención de resultados en relación a los Cuidados en EPES.
Material y métodos. Se diseñaron seis procesos de Cuidados, formadoS por evidencias, que dan respuesta a bloques de Buenas prácticas tal y como están determinados en la ACSA. Las áreas del cuidado definidas, lo están en el marco de la Seguridad del paciente, cuidados en patologías concretas, continuidad de cuidados, y derechos del paciente.
Resultados: Las Normas de calidad del cuidado, se aplican de forma adecuada en el 75.5% de los pacientes atendidos en Andalucía. De los 6 procesos específicos de Cuidados, el que necesita un mayor refuerzo es el relacionado con pacientes respiratorios. La Seguridad del paciente durante la asistencia y traslado se ha garantizado en el 91.6% de los casos. Todos los SSPP cumplen con los requisitos de Continuidad de Cuidados con Atención Especializada, siendo el resultado del 88.3% en Andalucía.
En relación a derechos del paciente, como el Consentimiento informado y el acompañamiento del paciente, los resultados son muy positivos en toda la CA.
Conclusiones: La herramienta de Evaluación de Enfermería, se ha configurado como un entorno en el que confluyen de

forma coherente, los objetivos planteados en relación al Cuidado del paciente en la asistencia extrahospitalaria; formulados por los profesionales de Enfermería referentes en EPES; el aprendizaje continuo, al coexistir tres niveles de evaluación (autoevaluación, evaluación del responsable de Enfermería del SP y auditoria regional) y la integración de buenas prácticas y evidencias, formulados de modo compatible al programa de acreditación de competencias de Enfermería extrahospitalaria.

C-16

EL PROGRAMA AZAHAR EN EL HOSPITAL REINA SOFIA DE CÓRDOBA. EVALUACIÓN DE UN RETO Y UNA REALIDAD, 2005 - 2008.

Medina Valverde, MJ; Rodríguez Borrego, MA; Luque Alcaraz, O; Miñarro del Moral, R; Muñoz Gomaríz, E y Luna Martín, AJ.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía.
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Proceso Enfermero. Herramienta informática. Cuidados enfermeros
Resumen
Objetivos: Describir el uso que se hace del contenido de la aplicación en las diferentes partes del proceso enfermero y compararlo con los criterios de calidad establecidos. Calcular el fallo metodológico. Identificar dificultades y puntos críticos.
Método: Ámbito: Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, origen de la presente realidad del programa Azahar como programa corporativo del Servicio Andaluz de Salud, 2005-2008. Diseño: descriptivo, abordaje cantitativo y cualitativo.
Objeto y sujetos de estudio: La información recogida en el soporte informático y los usuarios del sistema: enfermeras, base y gestoras; auxiliares de Enfermería; los potenciales usuarios: enfermeras de Atención Primaria y médicos tanto de primaria (rurales y urbanos) como especializada. Variables: fase cuantitativa (CU):las etapas del Proceso de Atención de Enfermería; criterios de calidad en la elaboración de los planes. Fase cualitativa (CL): categorias de partida: beneficios, utilidades, ventajas, inconvenientes, debilidades, fortalezas, oportunidades Instrumentos: CU: módulo de información del programa y base de datos elaborada para recoger los criterios de calidad. (CL): entrevistas en profundidad, grupos focales, cuaderno de campo. Análisis: CU: descriptivo univariante mediante distribucion de frecuencias; análisis comparativo de fallo metodológico mediante el test de la ji-cuadrado. CL: transcripción de las entrevistas; análisis de contenido desde dos perspectivas: análisis de la narrativa y temático/categorial; reducción de los datos (Giorgi, 1997); exposición de los datos; conclusiones y verificación; triangulación de: métodos, investigadores, técnicas de recogida de datos y sujetos.
Resultados: entre otros señalar que el fallo metodológico se encuentra en el 49,4% de los episodios, que el 95,3% de los diagnósticos enfermeros están correctamente formuladas o que el 60,8% de los indicadores son valorados más de una vez. Como beneficios: visibilidad profesional; utilidades: continuidad del cuidado; ventajas: fuente de información; inconvenientes: carga de trabajo; debilidades: no tener un base de datos común con atención primaria. Propuestas de mejora: una persona con dedicación exclusiva al ordenador, que revise y evolucione los planes.
Discusión: Lento pero paulatino aumento en el uso de la herramienta; tendencia a la focalización en la valoración; fallo metodológico alto si se tiene en cuenta que en el programa hay una base importante de planes estándar.
Conclusión: reorganizar, simplificar, más eficiencia.

C-17

CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE CITOSTÁTICOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA, AM; RUIZ CRUZ, C; DÁVILA FAJARDO, CL; ÁLVAREZ GONZÁLEZ, FJ; DAMAS FERNÁNDEZ-FÍGARES, M y RUIZ FUENTES, S.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: citostáticos, servicio de farmacia, calidad
Resumen
Objetivos Evaluar el cumplimiento de indicadores de calidad en la Unidad de Elaboración de Citostáticos del Servicio de Farmacia. Los indicadores permiten obtener una visión global de la calidad asistencial de la Unidad, así como realizar las mejoras necesarias en los aspectos deficitarios.
Material y método Durante 3 meses se valoró el cumplimiento de los criterios de calidad propuestos, registrando datos día a día. Los indicadores y el estándar correspondiente se crearon por consenso basándose en la bibliografía publicada. Se seleccionaron 10 indicadores de calidad cualitativos, a destacar: área de trabajo específica para la elaboración de citostáticos, existencia de un protocolo de actuación en caso de rotura ó derrames, empleo de sistemas de recogida y tratamiento de residuos y registro de los citostáticos preparados. El estándar de calidad para estos indicadores se fijó en el 100%. También se propusieron 5 indicadores de calidad cuantitativos, con sus respectivos estándares a alcanzar: nº de prescripciones revisadas por el farmacéutico responsable (100%), nº de solicitudes de tratamiento por teléfono (< 5%), nº de errores de envío detectados (100%), nº de citostáticos devueltos a Farmacia (< 2%) y nº de citostáticos debidamente identificados y etiquetados (100%).
Resultados En el período de estudio se elaboraron 6.835 mezclas de citostáticos. Del total de mezclas preparadas, el 100% estaban correctamente etiquetadas y todas las prescripciones fueron revisadas por el farmacéutico, cumpliéndose el estándar de calidad establecido para estos indicadores. Se detectaron 54 errores de envío de las mezclas respecto a su destino, y se solucionaron antes de causar ningún problema, alcanzándose el estándar esperado. Se recibieron por teléfono 389 órdenes de tratamiento (5,7%), superándose el estándar prefijado y fueron devueltos a Farmacia 15 citostáticos (0,2%). Quedó registrado que el cumplimiento de todos los indicadores cualitativos fue del 100%. Discusión La evaluación de calidad realizada pone de manifiesto que el aspecto que más se debe mejorar es fomentar las prescripciones escritas y no admitir tantas órdenes de tratamiento a través de teléfono, para evitar errores.
Conclusiones El Servicio de Farmacia ofrece una asistencia de calidad en la elaboración y dispensación de mezclas de citostáticos, puesto que cumple 14 de los 15 criterios de calidad propuestos. Aún así, la implantación de una propuesta de mejora en el área de trabajo es siempre útil para optimizar la asistencia hospitalaria.

C-18

PROYECTO DE TALLERES DE RELAJACIÓN EN NIÑOS/AS CON TRASTORNOS CRÓNICOS

Benitez Martinez, R; Sánchez Vázquez, AR; Calcerrada Labrador, A; Vela Enriquez, F y Cañabate Reche, F.

Centro: Hospital de Poniente
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: TECNICAS RELAJACIÓN, MENORES, TRASTORNOS CRONICOS/ PSICOSOMÁTICOS
Resumen
Los trastornos crónicos repercuten en la vida de los menores, factores emocionales y conductuales repercuten en la evolución de los mismos, en el Hospital de Poniente hemos realizado Talleres de Relajación que permiten su abordaje integral.
Objetivos: Mejorar la calidad de vida de pacientes con trastornos crónicos.
METODOLOGIA: Se aplica la Técnica de relajación creativa de Eugenio Herrero en grupo cerrado. Criterios de Inclusión: Tutores y Menores de más de 5 años con trastornos crónicos y alto nivel de ansiedad/depresión, problemas de relación, tratamiento o mala evolución. Se imparten en sesiones semanales durante 5 semanas, incorporando la

imaginación en beneficio del menor. Realización y registro diario en domicilio. Evaluación de resultados subjetivos y mediante test de calidad de vida, ansiedad e ira al inicio y 2-3 meses después.
Resultados: De Abril a Julio realizamos 2 talleres de 1h y media de duración. La edad media fue 12 años. Se convocaron 21 menores. Completaron el taller el 66%. Se abandono por incompatibilidad horaria 60% y falta de colaboración 40%. Tipo de Patología: Asma más ansiedad, trastorno alimentario y mal control (5), Enfermedad inflamatoria y depresión (1); síntomas asociados a problemas de relación (6); discapacidad (1); trastorno psicosomático (1). El 2º taller se completó en 7 sesiones, El registro de tareas fue del 95% y del 60%. La valoración de las pruebas diagnósticas está en proceso.
Discusión: La participación, adherencia y resultados se relacionan con la valoración familiar del problema y la necesidad de soluciones. A partir de la 3º semana se objetiva mejoría del rendimiento escolar, relaciones, postura y autocontrol. Destacamos la imposibilidad de controlar la regularidad de su realización en domicilio.
Conclusiones: 1- El padecimiento de un trastorno crónico limita la vida de un niño/a, favorece el desarrollo de problemas psicosociales, conductas de sobreprotección e hiperfrecuentación al sistema sanitario 2- Debemos realizar un abordaje integral en menores con trastornos crónicos para promocionar la salud mental y prevenir las repercusiones psicológicas, emocionales y conductuales derivadas de su presencia. 3- Estos talleres son una herramienta de fácil aplicación y bajo coste, que permite un abordaje integral (bio-psico-social) y un apoyo a las repercusiones que estos trastornos tienen en la vida familiar y en las relaciones interpersonales. 4- La técnica es bien aceptada e integrada en la vida diaria, proporciona beneficios subjetivos y objetivos

C-19

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URETERAL: COEFICIENTE DE ENERGÍA FOCAL APLICADA (CEFA) Y EFICIENCIA DE LAS ONDAS DE CHOQUE.

ARRABAL POLO, MA; ARRABAL MARTÍN, M; ESCUDERO CASTILLO, A; RODRIGUEZ HERRERA, JJ; MIJÁN ORTIZ, JL y ZULUAGA GÓMEZ, A.

Centro: Ho`pital Universitario San Cecilio
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Litiasis ureteral. Litotricia extracorpórea. Energía focal.
Resumen
Objetivos: Se ha diseñado un estudio para optimizar el tratamiento de la litiasis ureteral. Los avances en litotricia endoscópica han provocado un abandono progresivo del tratamiento de la litiasis ureteral con ondas de choque extracorpóreas (LEOC). Nuestro objetivo es comparar el coeficiente de eficiencia (EQ) de LEOC frente a litotricia endoscópica con láser de Holmium-YAG y analizar, con un parámetro medible*, las causas de la menor efectividad de LEOC, que nos permita aplicar un proyecto de mejora. *Coeficiente de energía focal aplicada (CEFA)
MATERIAL Y MÉTODO Estudio prospectivo en dos fases, 229 casos de litiasis ureteral, en tres grupos: Grupo-A) 83 c, ureteroscopia y lasertricia endoscópica con Láser Holmium (URS), analgesia-sedación con midazolam-fentanilo. Grupo-B) 81 c, LEOC con equipo Doly-50, analgesia-sedación con midazolam-meperidina. Análisis con test Chi-cuadrado, EQ en ambos procedimientos y CEFA en LEOC. EQ = % pacientes libres litiasis/ (100% + % re-tratamiento + % maniobras auxiliares) CEFA = (segundos radioscopia / nº ondas de choque) x julios sesión LEOC. Grupo-C) 65 c, LEOC con equipo Doly-50 (proyecto de mejora, CEFA > 10), analgesia-sedación con midazolam-meperidina, tabla 1.
Resultados: Éxito global URS en grupo A, 96.4%, en 67 c se colocó catéter DJ, EQ=0.52 y éxito 1ªsesión LEOC en grupo B, 48% y de re-LEOC 64% con EQ=0.39, (p <0.001), beneficio absoluto 45,8% [IC-95%(33.8-57.9%)], NNT de 2[IC-95%(2-

3)], diferencias no significativas en cálculos uréter lumbar. CEFA 8.12, CEFA casos con éxito 9.22 frente a 6.47 en fracasos (p<0.005), observamos relación entre CEFA<6 y dolor e intolerancia al tratamiento, tabla 2. En el grupo C hemos conseguido un CEFA medio de 10,64 +/- SD 1,99, y se ha obtenido éxito en 61/65 pacientes con 1 sesión de LEOC (CEFA de 10,63); resultados similares a grupo A, tabla 3.
DISCUSIÓN El coeficiente de eficiencia de LEOC es 0.39, frente a 0.52 en lasertricia con Holmium, consideramos que se puede mejorar la eficiencia si limitamos el uso del catéter DJ. Se puede optimizar la eficacia de LEOC si aplicamos ondas de choque de mas energía (mJ/onda) y con mejor focalización del cálculo, puede ser necesario elevar el grado de analgesia-sedación y tolerancia al tratamiento; en este estudio hemos observado que existe relación entre mayor CEFA y éxito terapéutico.
CONCLUSIONES En este estudio hemos observado que el resultado de la LEOC con CEFA > 10 obtiene resultados similares a lasertricia ureteral con Holmiun-YAG.

C-20

ANTICONCEPCIÓN POST INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

GARCÍA PARRA, M; LOPEZ MORENO, C; LLORIS MORALEJA, MC; FERNÁNDEZ ROVIRA, JA; GÓMEZ ORTEGA, GJ y DÍAZ GALVÁN, FJ.

Centro: U.C.G. NUEVA ANDALUCÍA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ANTICONCEPCIÓN IVE PRIMARIA PLANIFICACIÓN ABORTO
Resumen
Objetivos: I Conocer el perfil reproductivo de las mujeres que solicitan la IVE. II Conocer el tipo de método anticonceptivo (MA) previo y posterior al aborto. III Estudiar la demora desde la solicitud del IVE hasta la práctica del aborto y de éste a la consulta de atención primaria (AP).
Participantes y Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Sujetos participantes: 370 mujeres de Almería y provincia elegidas aleatoriamente 3 de cada 5 de las que acudían a la consulta de Planificación Familiar (PF) post IVE, del Centro de Salud Nueva Andalucía, entre Julio 2007 y Abril 2010, excluyendo las mujeres con informes incompletos. Variables estudiadas: edad, nº hijos, nº abortos previos, MA utilizados pre y post IVE, tiempo desde la solicitud a la práctica del IVE y tiempo desde el aborto a la consulta de PF. Los datos recogidos se introdujeron en una base de datos ACCESS y tratados a través de hoja de cálculo EXCEL 2007
Resultados: La edad media de las solicitantes es de 25.96 años, el 4.1% eran >40 años y el 12.08% <18 años. Con una media de 1.5 hijos, teniendo el 36.54% más de un hijo. Sin IVE anteriores el 59,23%, con un IVE previo el 33,88% y con dos o más IVE el 9.09%. Las mujeres que utilizaban MA previo al IVE fueron un 33,5% las que no utilizaban ningún MA el 66.95%. Tras consulta de PF el 97.28% salieron con un MA elegido de forma personal. La demora desde la solicitud del IVE a la práctica fue de 9.24 días y desde el IVE a la consulta de PF 17.15 días.
Discusión: Más del 10% de las mujeres son menores de 18 años. Una mayoría no utilizaba MA, datos semejantes al de otros estudios y de las que lo hacían, elegían en gran parte el preservativo. Casi la totalidad eligió un MA seguro tras la consulta, con aumento de anticonceptivos hormonales, DIU y ligadura. El tiempo entre IVE y la consulta es excesivo, estudios anteriores concluyen que la mujer es fértil a partir de 14 días post aborto, sería necesario cubrir la ausencia del profesional en periodo vacacional. Como aplicación destacaríamos la necesidad de programas de PF sobre todo en jóvenes y la eficiencia de una consulta de PF inmediata post IVE.
Conclusiónes: -El perfil de las solicitantes de IVE en Almería es una mujer entre 20 y 30 años con más de un hijo y un aborto previo. -La mayoría no utilizaban MA previo al embarazo. Eligiendo las mujeres

casi en su totalidad MA seguro tras la consulta post IVE -Aceptable tiempo de trascurso entre la solicitud y la práctica del IVE. Mejorable demora entre el IVE y la consulta de PF

C-21

IMPORTANCIA DE UNA COMISION DE MEJORA EN EL FUNCIONAMIETNO DE UNA UNIDAD DE GESTION CLINICA

DIAZ GALVAN, FJ; GOMEZ ORTEGA, GJ; FERNANDEZ ROVIRA, JA; GARCIA PARRA, M; CASTILLO MARTINEZ, MD y LLORIS MORALEJA, MC.

Centro: CENTRO DE SALUD NUEVA ANDALUCIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: COMISION MEJORA CALIDAD PRIMARIA ACUERDO GESTION
Resumen
Objetivos: Comprobar el impacto de una comisión de mejora (CM) en la UGC 1-La evolución del cumplimiento de los objetivos 2-Evaluar la satisfacción del usuario 3-La producción de protocolos, actuaciones de mejora y acuerdos establecidos
PARTICIPANTES Y METODO 1-Estudio observacional retrospectivo 2-De carácter abierto a cualquier miembro del equipo 3-Período de estudio 2006-09. Periodo CM 2007-09 4-Variables: -Encuesta externa de satisfacción del usuario -Evaluación de reclamaciones -Cumplimiento de los objetivos UGC -Número de protocolos y propuestas de mejora. 5-Método de trabajo Composición: director, coordinador de cuidados, responsable UAC, 3 médicos, 2 enfermeros y un administrativo Orden del día, aportación de la última reunión, y temas que surgen tras la misma. Aprobación de temas a debate. Elevación de acta con los acuerdos. Comunicación para su aprobación del equipo en las reuniones de organización 6-La recogida de datos: Valoración anual de la ugc por parte de Distrito. Resultados de la encuesta anual sobre satisfacción. Registro de reclamaciones. Medidas de mejora
Resultados: 1. Mejorar cumplimiento de los objetivos de la ugc 1.1 Nivel de cumplimiento de objetivos. 2006:6.50 2007:7.22 2008:8.17 2009 8.85. 1.2 Situación en el conjunto de la ugc en el distrito 2006: 14º 2007 5º 2008:3º 2009 4º. 1.3 Índice cartera de servicios 2007:91.2 2008:94.17 2009:107.37 2.Analizar la evolución de la satisfacción del usuario 2.1 Encuesta de satisfacción. 2.1.1 Índice general de satisfacción ; 2007:84.83. 2008:94.90 2009:92.73 2.1.2 Percentil entre las UGC de Andalucía. 2007:80.9, 2008:81.88, 2009:87.63 2.2 Reclamaciones; 2006:46, 2007:44, 2008:29, 2009;23 3.- Aprobación y puesta en marcha protocolos y normas de mejora. Más de doce desde 2008
DISCUSION La CM mejora el funcionamiento y la organización del CS cohesionando al equipo, y supone un estimulo continuo por alcanzar la calidad total. Ésto no es sólo fruto de la CM, pero nuestra UGC es la única que la posee. Los distritos sanitarios deberían favorecer la creación y funcionamiento de CM en las UGC, comenzando por el propio distrito.
CONCLUSION 1.- Avance en el cumplimiento de los acuerdos con el SAS. Pasando de los últimos puestos de las 18 UGC a las primeras posiciones. 2.1- Aumento de la satisfacción de los usuarios con el funcionamiento del centro 2.2- Descenso del nº de reclamaciones 3.- Importante implantación de protocolos y normas de mejora

C-22

ENFERMERÍA QUIRÚRGICA PROTAGONISTA EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA (IHQ)

*ORERO SÁEZ DE TEJADA, FJ; PINILLA LÓPEZ, S; FERNANDEZ RAMOS, J; MALDONADO VALVERDE, MC; MALDONADO VILLEGAS, C y RODRIGUEZ RODRIGUEZ, C.

Centro: Empresa Publica Hospital de Poniente
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Enfermería Quirúrgica, Infección Herida Quirúrgica.
Resumen
1.OBJETIVOS. La infección de localización

quirúrgica es la complicación más frecuente en los pacientes quirúrgicos , la causa de morbilidad-mortalidad importante y de un aumento significativo en los costes económicos y sociales. Identificar los factores que inciden en la aparición de las IHQ y resaltar los que pueden ser corregidos por las enfermeras dentro de un programa de mejora de la calidad asistencial. Proponemos mejorar la vigilancia y el control de la IHQ con la participación de las Enfermeras de quirófano. Reducir la incidencia de las IHQ.Controlar las fuentes de contaminación a través de la revisión y mejora de las técnicas de asepsia y antisepsia.
2.MATERIAL Y MÉTODO •Población: Los pacientes intervenidos de cirugía limpia (2009/2010). •Indicador: Índice de IHQ limpia. (bibliografía < 2%) •Responsable: Comisión de infecciones de la EPHP, Enfermera de Medicina Preventiva, Gestor de Cuidados del BQ. •Detectar incumplimiento de las Normas de Higiene del BQ EPHPO •Revisión y valoración permanente de las técnicas de asepsia y antisepsia. •Identificación de los pacientes con riesgo de IHQ. •Creación de un sistema de evaluación, seguimiento mensual y difusión a todo el personal implicado.
3.RESULTADOS •La implantación del programa "Evaluación y Seguimiento de la IHQ" es sencilla y requiere de la implicación de la Enfermería de quirófano. •Mejoramos el cumplimiento de la hoja de "Planificación y Evolución de los Cuidados", los ítems: "Verificación de Seguridad Quirúrgica", "Prevención de la IHQ". •Comparamos los índices IHQ limpia, del 2009 y 2010. Observamos una mejora significativa. •La buena acogida del personal de Enfermería.
4.DISCUSIÓN •Numerosos factores influyen en la aparición de la IHQ, en muchos de ellos los profesionales de enfermería no pueden incidir. •Enfermería quirúrgica es responsable del mantenimiento, revisión y aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia apropiadas, no solo debe cumplirlas sino hacerlas cumplir. •Muchas medidas no dependen directamente de las enfermeras quirúrgicas pero éstas deben garantizar un seguimiento adecuado y detectar los fallos que aumenten el riesgo de infección.
5.CONCLUSIONES. La lucha contra la IHQ no depende tanto del diseño físico y material del área quirúrgica, sino de los propios profesionales, de manera que si se fomenta una práctica profesional consciente y responsable en cuanto a la realización de las medidas de asepsia y antisepsia de forma correcta, constante y revisada, disminuirá el índice IHQ.

C-23

DISEÑAR E IMPLANTAR UN PLAN DE ADECUACIÓN A LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL HOSPITAL REINA SOFÍA

JIMBER DEL RIO, MJ.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA **Área:** GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PROTECCION DE DATOS
Resumen
Objetivos DISEÑAR E IMPLANTAR UN PLAN DE ADECUACIÓN A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
Material y Método 1. Nombramiento del Responsable de Seguridad de la Información. 2. Constitución de la Comisión de Seguridad de la Información. 3. Revisión y aprobación del plan de adecuación, constituido por 13 acciones consistentes en la definición e implantación de procedimientos de seguridad y el impulso a la formación dirigida a sectores profesionales específicos. 4. En paralelo, se acometió la experiencia de realizar auditorías internas sobre LOPD a las Unidades de Gestión Clínica. Así, la adecuación a la Ley se aborda desde dos frentes: el centro, y los profesionales, quienes realmente pueden hacer realidad el cumplimiento legal.
Resultados El plan contiene 13 líneas de actuación: Ejercicio de derechos de los ciudadanos, concienciación sobre protección de datos, consentimiento informado para datos de carácter personal, gestión de accesos, copias de respaldo, gestión del papel, adecuación

de contratos a la LOPD, entrada/salida de información, gestión de soportes, registro de accesos, adecuación del centro de proceso de datos y documento de seguridad. • Dos están en fase de implantación. • Ocho se han aprobado y se implantarán antes del 31 de Diciembre. • Tres están en diseño, estando previsto implantarse antes del 31 de Diciembre. Hasta el mes de septiembre se han aprobado 11 procedimientos. En 2011 se impartirán cursos específicos destinados a Directivos, Atención al Ciudadano, Archivo y Documentación Clínica, Informática e Investigadores. En total se abordarán 15 procedimientos generales y 23 procedimientos técnicos Además de las actuaciones llevadas a cabo en cuanto a procedimientos y formación, comenzamos la auditoría de la primera Unidad de Gestión Clínica. **Discusión** Sin seguridad no hay calidad El apoyo de la dirección del hospital ha sido imprescindible para el lanzamiento del proyecto. El Servicio de Calidad coordina y dinamiza el proyecto. La protección de datos no es cosa de informáticos. Se trata de cambios organizativos en los que todos participamos.
Conclusión Se diseñó y aprobó el plan de adecuación a la LOPD. Se ha comenzado la implantación de los primeros procedimientos de seguridad. Queda mucho trabajo por hacer. Esto es sólo el principio. Hay que desarrollar, normalizar e implantar gran parte de los procedimientos técnicos del hospital y avanzar desde la LOPD hacia el Esquema Nacional de Seguridad.

C-24

INTRANET- MEJORAS EN LA ACCESIBILIDAD Y DISPOBIBILIDAD BASADAS EN LA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN CORPORATIVA Y LOCAL

LÓPEZ ESPINOSA, E; DÍAZ EXPÓSITO, FJ; CORPAS MOYANO , MD; MARTIN AFÁN DE RIVERA, JC; FERNANDEZ ESPONA, MI y GOMEZ ESPEJO, R.

Centro: Hospital Infanta Margarita de Cabra

Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: intranet herramienta de mejora organizativa
Resumen
Objetivos: Una organización como el Hospital Infanta Margarita precisa disponer de sistemas que permitan un acceso fácil y rápido a la información que genera. El objeto es incorporar una herramienta para la toma de decisiones de la organización a todos los niveles profesionales, con el fin de conseguir proporcionar procesos que detecten situaciones de mejora en la calidad asistencial. Para ello se desarrolla un sistema que proporciona accesibilidad de la información a todos los perfiles profesionales según las atribuciones que desempeñan dentro de la organización.
Material y método: El proceso de desarrollo ha consistido en la integración de distintos sistemas de información corporativos y propios: - A nivel local: X-HIS (ISOFT) mediante conexión directa a la base de datos - A nivel corporativo: Diraya (Historia Clínica Digital y gestión de la misma) BDU (Base de Datos de Usuarios) Infhos (Sistema de Información de Hospitales) Agd (Registro de demanda quirúrgica)
Resultados: Se ha creado un entorno Web, que unifica el acceso a toda la información, a través de la intranet del centro y según el perfil del profesional que accede. En el caso de los gestores de la organización, éstos pueden tienen acceso de forma directa a sistemas de alertas creados específicamente, relacionados con AGD, consultas externas, ingresos y altas a tiempo real, y cuadro de mandos. El sistema se caracteriza por su escalabilidad, crecimiento, y fácil e intuitivo acceso.
DISCUSIÓN: El mayor de los activos de una organización hoy en día es su información, representada en su personal, experiencia, conocimiento, innovaciones, actividad. Para poder ofrecer un servicio de calidad, las organizaciones deben poseer una infraestructura de información robusta y fiable, que estructure nuevas herramientas de comunicación, que permitan mejorar el uso de la tecnología que soporta el flujo de información dentro de la organización.

Conclusiones: La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo es incorporar al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, lo que ha provocado la necesidad de dotar a las unidades asistenciales e instrumentos necesarios para ello. Gracias a la creación y puesta en marcha de las mejoras descritas, el Hospital ha facilitado una herramienta ágil y eficaz que permita planificar y gestionar sus actividades y por lo tanto promocionar la autonomía y responsabilidad de las Unidades de Gestión Clínica.

C-25

EL GRUPO DE MEJORA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD. EXPERIENCIA PRÁCTICA DE UN HOSPITAL COMARCAL

CORPAS MOYANO, MD; DÍAZ EXPÓSITO, F; FERNÁNDEZ ESPONA, MI; LÓPEZ ESPINOSA, E; MARTÍN AFÁN DE RIVERA, JC y GUIJARRO VILLATORO, A.

Centro: Hospital Infanta Margarita de Cabra
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: grupo de mejora, herramientas administrativas, satisfacción
Resumen
Objetivos: El Hospital Infanta Margarita articula los mecanismos necesarios para diseñar estrategias que avancen en la adecuación de sus servicios a las expectativas de la ciudadanía mediante medidas de satisfacción del usuario.
Material y método: El hospital ha impulsado la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, que ha sido el encargado de confeccionar un Plan de Mejora. Este Plan se materializa en función de los indicadores y resultados obtenidos en las encuestas de los dos últimos años que el Servicio Andaluz de Salud ha puesto en marcha y al que se le han añadido las expectativas recogidas a través de las sugerencias, quejas y reclamaciones tramitadas, y la percepción vertida en el seno de la Comisión de Participación Ciudadana de la institución. El Grupo después del estudio y análisis de los datos obtenidos, recopiló los mismos y realizó su agrupamiento tomado como referencia el modelo SERQVAL. Para ello se han reelaborado distintas herramientas de gestión, que han facilitado el proceso, así como se han diseñado otras que permiten recoger las dimensiones de calidad y de expectativas, puntuando el impacto en el cliente, en la organización, su viabilidad y su necesidad. La puntuación final obtenida permite priorizar las áreas de mejora detectadas, elaborar acciones concretas y la evaluación de las mismas.
Resultados: Se han diseñado y puesto en marcha 5 planes específicos, y el primer dato obtenido es el descenso en la recepción de quejas y reclamaciones en el primer semestre del año 2010, siendo un 18.18% menor respecto al mismo periodo en 2009.
Discusión: La clave del Plan generado es la formación previa de un equipo de alto rendimiento que ha diseñado e implementado una metodología de trabajo idónea, permitiendo no sólo afrontar las situaciones limitantes que surgidas, sino además guiar y transmitir a los participantes la motivación necesaria para el logro de los objetivos propuestos.
Conclusiones: Los estudios de satisfacción, expectativas y opinión de los ciudadanos en relación con los servicios y atención que les ofrece el Hospital, representan la principal formula de evaluación de su actividad. Innovar en la gestión de las situaciones de mejora mediante la creación de grupos de trabajo multidisciplinares, así como en el desarrollo de herramientas de trabajo específicas, representan una estrategia de calidad eficiente y eficaz que se traduce en un aumento de la satisfacción del ciudadano en el uso de los servicios sanitarios.

C-26

LA OPINIÓN DE FAMILIARES DE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA (UGC) DE RADIOLOGIA: ECOGRAFÍA ABDOMINAL INFANTIL

RAMIREZ LOPERA, MC; DOMINGUEZ RAMIREZ, R y MIÑARRO DEL MORAL, R.

Centro: H. U. REINA SOFIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SATISFACCION, ECOGRAFIA PEDIATRICA, CALIDAD ASISTENCIAL
Resumen
Objetivo Conocer la opinión de las familias de niños que acuden a la UGC de Radiodiagnóstico C. Materno-Infantil del H Reina Sofía de Córdoba para realizarles una Ecografía.
Material-Método Se formó un Grupo Focal (GF) en colaboración con la U de Calidad de nuestro hospital. Las familias fueron seleccionadas entre niños atendidos por la UGC durante el primer semestre de 2010 de la base de datos Averrores, en función de la disponibilidad de un teléfono de contacto. Resultados Las familias de los niños atendidos para esta prueba tienen una opinión global muy positiva sobre la atención recibida y destacan el trato y la información que se les proporciona. En cuanto a la Accesibilidad a la prueba destacaron: facilidades para simultanear las citas con otras pruebas y su adaptación ante otros problemas familiares. No refirieron retrasos o los vieron justificados por tener que atender algún caso urgente. El tramo horario no les ofreció problemas aunque valoraron que sería positivo contar con horario de tarde. Se detecta algún problema en la comunicación de resultados con atención primaria. La información que les ofrecieron los profesionales les pareció adecuada y valoraron muy positivamente el trato, educado y respetuoso, que les daban. Los profesionales les trasmitieron seguridad y confianza "van sobre seguro al máximo", estaban bien preparados para hablar con los padres y eran sensibles a su estado de ansiedad. Refirieron que se respeta su intimidad en los momentos en los que se les informa y en la propia realización de la prueba. "Estoy muy agradecido al equipo de ecografía, el trato siempre muy bueno". "Agradecidos a este hospital, teniendo posibilidad de irnos a otros sitios, el trato que nos estaban dando y lo claros que fueron desde el principio cuando lo planteamos, decidimos quedarnos aquí" "Pienso que el servicio está muy bien organizado" Los aspectos tangibles, los espacios, les parecieron correctos. Sugieren realizar alguna mejora en la señalización, los aseos y disponer de juguetes en la sala de espera.
Discusión-Conclusiones El GF es una metodología cualitativa sencilla y rápida para pulsar la opinión de los usuarios. La opinión que manifiestan de la atención ofrecida es muy positiva en cuanto a accesibilidad, trato, etc. La organización de este grupo nos permitió detectar algunas áreas de mejora de resolución fácil como en los aseos cercanos a la sala de ecos, la señalización de la sala o facilitar juguetes en la espera y los resultados obtenidos nos sirven de estímulo para seguir en esta línea.

C-27

HISTEROSALPINGOGRAFIA OPINIÓN DE USUARIAS DE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA (UGC) DE RADIODIOLOGIA SOBRE EL PROCESO

RAMIREZ LOPERA, MC; ESPLA GARCIA, L; TORTAJADA CLEMENTE, MT y MIÑARRO DEL MORAL, R.

Centro: H. U. REINA SOFIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SATISFACCION USUARIA, HISTEROSALPINGOGRAFIA, CALIDAD ASISTENCIAL
Resumen
Objetivo Conocer la opinión de las usuarias que acuden a la UGC de Radiodiagnóstico del C. Materno-Infantil H. Reina Sofía de Córdoba, para la realización de una Histerosalpingografía.
Material y Método La información se obtuvo organizando un Grupo Focal en colaboración con la Unidad de Calidad de nuestro hospital. La selección de las mujeres partió de la base de datos Averroes entre todas las atendidas en la UGC desde enero a junio de este año y que disponen de teléfono de contacto. Fueron ocho mujeres las que finalmente participaron en el Grupo. La batería de preguntas se diseñó tomando como referencia el modelo SERVQUAL.

Resultados De forma generalizada las mujeres manifiestan una opinión muy positiva sobre la atención recibida en el proceso de realización de la prueba y consideran que los profesionales que intervienen transmiten seguridad y competencia profesional, siendo el trato cercano y altamente valorado. En relación a la Accesibilidad, las participantes refieren no haber tenido problemas en la obtención de la cita. El tiempo de espera hasta entrar a la Sala se considera razonable. El hecho de que se les ofrezcan explicaciones sobre las razones de algunas demoras puntuales es altamente valorado. Manifiestan estar en una situación estresante por su problema de salud y por la prueba. La información que se ofrece sobre esta es valorada muy positivamente, y la técnica respiratoria de relajación consideradas muy útil. Declaran que la ansiedad les dificulta plantear dudas así como retener parte de la información que se les facilita. No se revelan problemas en los aspectos tangibles de salas de espera y radiológica. No obstante, manifiestan que preferirían disponer de una sala de espera independiente. Expresan haber tenido algunas dificultades para localizar fácilmente la sala radiológica aunque destacan las mejoras realizadas recientemente. Se detecta algún problema en cuanto a la información previa y la citación en periodos vacacionales pero de forma puntual y no generalizada.

Discusión y Conclusiones El Grupo Focal es una metodología cualitativa relativamente sencilla y rápida para contrastar la opinión de las usuarias. La valoración que realizan sobre la atención que ofrece la UGC de Radiodiagnóstico es muy positiva en las distintas dimensiones No obstante, nos ha permitido detectar algunas áreas de mejora fácilmente abordables como es, la mejora en la señalización de la sala o elaborar un procedimiento de citación e información e incorporarlo en la acogida de nuevos profesionales

C-28

CALIDAD EN EL REGISTRO DE LAS URGENCIAS ATENDIDAS DURANTE HORARIO DE CONSULTA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

MORENO RUIZ, P; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MA; ARANDA HARO, M; RUBIO SÁNCHEZ, JJ; AGUILERA ORTIZ, A y ROJAS NAVAS, E.

Centro: Centro de Salud de Huéscar
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: URGENCIAS, CALIDAD,ATENCION

Resumen
Objetivos: Valorar el tipo de urgencias atendidas en nuestro centro de salud en el horario de consulta ordinaria. Valorar si se cumplen criterios de calidad en el registro de la atención.
Material y metodo: Estudio descriptivo transversal. Se recogieron sistemáticamente un mes las historias de salud de aquellos pacientes que solicitaron atención urgente en el horario de mañana, mientras se desarrollaba la consulta. Se recogió en 5 consultas. Se usan hojas de atención normalizadas impresas Se recogieron la presencia o ausencia de datos demográficos (edad, filiación, aseguramiento, domicilio). Se recogió la prioridad (1 a 4) a criterio del profesional. Usando como criterio las normas técnicas mínimas Insalud 1989, fijamos 6 parámetros para valorar la actividad clínica(Alergias, antecedentes, anamnesis familiar y personal, exploración, tratamiento)clasificando en tres grupos: bueno (5-6),regular (3-4) y malo (1-2). Diagnóstico al alta y derivación o no.
Resultados: Se recogen 234 casos, edad media de 55,4 años ± 7,2, distribución de 46 % hombres y 54% mujeres. Entre los datos de filiación los presentaban todos el 15 %, sólo el nombre el 15%, 2 o 3 datos el 60%. La prioridad 1 (emergencia) se presentó en un 1%, prioridad 2 (urgente) un 10%, 3 o 4 (demorable,no urgente) el 89%. La calidad de los datos clínicos recogidos en la historia fue bueno (5-6 datos recogidos) en un 82% de los casos y regular en el 18 %. No hubo casos malos. Entre los diagnósticos

agrupados por órganos fueron en un 39 % respiratorios (27% Catarros vias bajas y 22 % catarros vías bajas, agudización EPOC), un 9% cardiacos, un 25 % traumáticos, un 12 % digestivos y otros el 15 % (administrativos, urológicos, otológicos, oftalmológicos,...) Se derivo a hospital un 6 % de los atendidos, se recomendó volver a consulta previa cita al resto.
Discusión: La validez de los datos recogidos es óptima por volumen. Usar un formato normalizado facilita la cumplimentación.

C-29

COMUNICACIÓN INTERNIVELES EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ANSIEDAD–DEPRESIÓN–SOMATIZACIONES: UN CAMINO EN COMÚN

Fontalba Navas, A; Gil Aguilar, V; Cordoba Garrido, L y Pena Andreu, JM.

Centro: Unidad de Salud Mental Huercal Overa, AGS Norte Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Proceso Asistencial Integrado ADS Comunicación
Resumen
Introducción: El modelo asistencial de salud mental prioritario en occidente es el comunitario, que consiste, en líneas generales, en el traslado de la asistencia sanitaria desde el hospital a la comunidad. Uno de los elementos clave es la atención a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, que producen un gran sufrimiento a aquellas personas que los padecen y a su vez un enorme gasto sanitario. Los médicos de Atención Primaria atienden al 95 % de los pacientes con malestar psicológico. Esta importante función dentro del sistema sanitario requiere que los médicos de familia dispongan de un acceso fácil y estructurado a los servicios de Salud Mental.
Objetivos: Actualización del Proceso Asistencial Integrado de Ansiedad - Depresión – Somatizaciones (PAI-ADS), centrando la evaluación en aspectos comunicacionales entre Atención Primaria y Salud Mental **Material y método:** A través de las aportaciones del grupo de desarrollo e implantación del PAI-ADS, se ha desarrollado un modelo cooperativo, que contempla la atención conjunta y el desplazamiento de los profesionales de Salud Mental a los centros de salud, donde se realiza labor asistencial y de apoyo.
Resultados El resultado de esta línea de trabajo ha sido la creación de espacios comunes entre Atención Primaria – Salud Mental, mejorando la accesibilidad y cooperación mutua, desarrollándose la necesidad de desarrollo una amplia línea de actuación común. Se han desarrollado canales de comunicación entre Atención Primaria-Salud Mental: Sesiones clínicas y formativas en ambos sentidos, abordaje grupal de situaciones conflictivas, supervisión y coterapia. Se están realizando grupos psicoterapéuticos en Atención Primaria, conducidos por psicólogo y personal de enfermería, para el abordaje de trastornos de ansiedad.
Conclusiones -Para conseguir que un sistema sanitario funcione de forma adecuada la comunicación entre las diferentes secciones constituye una necesidad fundamental -La relación entre Atención Primaria y Salud Mental ha permitido el desarrollo de un modelo comunitario de atención a los pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones.

C-30

MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE SEGUIMIENTO DE Resultados: DE HEMOCULTIVOS AL ALTA O TRASLADO

PINTO NIETO, CM; ACOSTA ROBLES, P; GIMENO JORDA, MJ; VERDEJO RECHE, F; FERNÁNDEZ MARTIN, JM y MORALES MOLINA, JA.

Centro: HAR Guadix
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: HEMOCULTIVO URGENCIAS
Resumen
Objetivos: -Analizar las peticiones de Hemocultivo (HC) y evaluar su rentabilidad. -Establecer circuitos de información de los resultados hacia

Atención primaria/especializada y hacia el Hospital de derivación. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo e intervencionista desde Mayo de 2008 a Marzo de 2009 de los HC cursados desde Urgencias y Unidad de Hospitalización a pacientes adultos. Se extrajeron 2 venopunciones por paciente. Se filtraron los pacientes con HC cursados (programa GIPI®), se recogieron datos epidemiológicos, microbiológicos, estancia, destino de los pacientes con HC cursado y tratamiento antimicrobiano empírico de los pacientes con HC positivos verdaderos del programa Ariadna®, Dominion® y de las historias clínicas.
Resultados: De los 35203 adultos atendidos en Urgencias se cursó HC a 166; edad media: 63años. Estancia media: 1.65 días. -136 pacientes fueron hospitalizados, siendo posteriormente 58 dados de alta y 78 trasladados a otros hospitales. -30 fueron atendidos sólo en urgencias siendo 19 dados de alta y 11 trasladados a otros hospitales. Se cursaron 303 series de HC, a 32 pacientes se les realizó una única serie de extracción y a 3 se les hicieron 3series. HC con contaminación: 29 pacientes (17.47%). HC positivo: 17 pacientes (10,24%), bacteriemias más frecuentes estuvieron causadas por: E. coli(8). De los 17 pacientes, 13 fueron tratados correctamente con antibioticoterapia empírica, habiendo sido posible en 8 de ellos un tratamiento más conservador; 4 fueron tratados con antibióticos no activos frente al microorganismo aislado, rectificándose el tratamiento en el hospital de derivación una vez informado desde el HAR. Se establecieron 2 vías de información de resultados: -Desde la Farmacia del HAR al Área del Hospital o del Centro de Salud de destino vía fax. -En el informe de alta se automatizó una nota de aviso "HC pendiente resultado" y teléfono de contacto.
Discusión: La rentabilidad diagnóstica de los HC (10,24%) fue elevada, pero la tasa de contaminación (17,47%) indica una mala calidad de la extracción. - Al carecer de Servicio de Microbiología, las muestras positivizadas son enviadas al Hospital del que dependemos, para determinación microbiológica y antibiograma, retrasándose la información de los resultados. Conclusión -Las 2 vías de información han facilitado una mayor comunicación con todos los niveles asistenciales de nuestra Área de Salud, garantizando una mayor calidad asistencial y una mejor utilización de recursos.

C-31

IMPLANTACIÓN DE HISTORIA DIGITAL EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: PRIORIDAD 1,EL TIEMPO CUENTA.

MAYOR GARCIA, F; POZUELO GALAN, FJ; CARDENAS RODRIGUEZ, JA; GARZON MIRALLES, A; ELORRIETA JOVE, T y PUERTA LOPEZ, J.

Centro: EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Historia de salud digital, urgencias, Informática.
Resumen
Objetivos
Implantación de Historia de Salud Digital (HSD) en la Unidad de Urgencias (UU) del Hospital de Poniente
Material y Método
Desarrollo de un plan de implantación de la HSD en la UU del Hospital de Poniente. Ariadna es una HSD de desarrollo propio por la Unidad de Informática (UI) de la Empresa Pública Hospital de Poniente (EPHPO). Se compone de varios módulos clínicos (Urgencias, consultas,..) y administrativos. Integra las aplicaciones diagnósticas. El profesional accede a la información desde una única interfaz. Fases Implantación: -Presentación de Ariadna a Responsables de UU. -Estimación de necesidades (04/2010) -Definición circuitos y desarrollo de nuevas funcionalidades (05/2010) -Instalación de puestos de trabajo y software (05/2010) -Formación de profesionales: 6 sesiones (05/2010) -Entrada en producción (1 Junio) -Formación especialistas (Junio-Julio 2010) -Formación y desarrollo continuo. -Análisis de satisfacción de los usuarios

mediante cuestionario basado en Software Usability Measurement Inventory adaptado (09/2010). -Seguimiento y mejoras.

RESULTADOS

Plan de Implantación:3 meses
Entrada en Producción (apoyo informático permanente):48 h
Resolución de incidencias y soporte in-situ (24 horas):7 d
Nuevos desarrollos con apoyo in-situ (8:00-15:00 horas):21 d
Apoyo de la UI: 8 profesionales. Ninguna incidencia relevante con repercusión asistencial. Satisfacción de los usuarios (N= 96): Variables mejor valoradas: información clínica, presentación información, facilitación trabajo asistencial, apoyo UI, y recomendaría la aplicación. Menos valoradas: documentación apoyo, compatibilidad otras aplicaciones, incorporación demandas de usuarios.

Discusión

La implantación del Módulo de Urgencias está enmarcada en el Proyecto de HSD de la EPHPO. Consideramos tiempo de implantación ha sido excelente,por: -Planificación de Implantación. -Apoyo in situ y continuo de profesionales de la UI. -Predisposición de los profesionales de la UU. -Familiaridad con aplicación informática previa (Sirena) -Posibilidad de incorporar sugerencias de los profesionales. -Características de la propia aplicación (entorno amigable, facilitación del trabajo,…)

Conclusiones

La planificación de la implantación de la HSD en la UU, ha disminuido el período de la misma, evitado incidencias clínicas derivadas, y ha tenido buena aceptación por los profesionales. El módulo de urgencias de Ariadna, según la opinión de los profesionales facilita, mejora y hace más segura la actividad asistencial.

C-32

DISEÑO DEL PROCESO DE ASISTENCIA EN HOSPITALIZACIÓN.

Ortiz Otero, MO; Gómez Ibañez, YG; Riivas Flores, JR; Caparrós López, MC y Marinero Rojas, OM.

Centro: Hospital Universitario de Fuenlabrada

Área: GESTIÓN Y CALIDAD

Palabras clave: hospitalización; procesos; gestión;

Resumen

Introducción.

El Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), como resultado de los planes de mejora desarrollados a partir de las Autoevaluaciones EFQM, se plantea el despliegue de la metodología de Gestión por Procesos (GxP). Diseñar algunos los procesos asistenciales con el objeto de mejorar la resolutividad y continuidad asistencial, explotando las oportunidades que ofrecen las metodologías de GxP.

Objetivos.

• Diseño del proceso de asistencia con ingreso hospitalario, buscando su adaptación a las necesidades y expectativas de usuarios y profesionales e integrándolo con el resto de los recursos del área sanitaria.

Metodología.

• Formación básica en Gestión por Procesos al Grupo de Trabajo..
• Enfoque del proceso: identificación de las orientaciones estratégicas que le afectan e identificación de factores críticos de éxito.
• Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora de proceso operativo actual, identificando los principales enfoques de abordaje.
• Definir: Misión y Alcance, Requerimientos, Destinatarios y sus expectativas, Propietario y equipo de proceso, subprocesos y actividades, representación gráfica del proceso y subprocesos, procedimientos, indicadores del proceso y subprocesos
• Desarrollar un plan de implantación del proceso.
• Definir un sistema para la evaluación del proceso de asistencia hospitalizada.

Resultados.

En las reuniones del grupo de trabajo, se fueron alcanzando cada una de las t**Área:**s propuestas en el diseño de la GxP de las consultas piloto. - Quedó definida la misión del proceso. o Se determinaron las fortalezas y debilidades mediante un análisis DAFO. - Se definieron las entradas y salidas del proceso y los contenidos del

mismo. - Se identificaron las directrices del proceso, se analizaron las expectativas de profesionales y pacientes. -Se determinaron los indicadores del proceso, y se elaboró el mapa del proceso. -Se elaboró un plan de mejora.

CONCLUSIONES.

Este proyecto ha sido muy útil para conocer nuestras fortalezas y debilidades en el proceso de la asistencia con ingreso hospitalario. Se ha favorecido el trabajo en equipo y un mayor entendimiento por parte de todos los profesionales de las necesidades y expectativas de los procesos, mejora la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes, profesionales (tanto de Atención Primaria como del propio centro).

C-33

DISEÑO DEL PROCESO DE ADMISION DE PACIENTES

MARTINEZ HERNANDEZ, JM; MONTOYA VERGEL, MJ; TAPIA DOMINGUEZ, A; TEROL GADEA, F; SARDINERO CORDOBA, M y MANCEBO VELAZQUEZ DE CASTRO, E.

Centro: hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: procesos, calidad, admisión.

Resumen

Las tareas y actividades que conllevan la óptima gestión de la admisión de pacientes en régimen de hospitalización o de hospital de día, son subsidiarias de ser normalizadas, protocolizadas y evaluadas conforme a la metodología de Gestión por Procesos.

Objetivos: diseñar e implantar el Proceso de Admisión de Pacientes en el Complejo Hospital Torrecardenas.

Material y método: se utilizó como modelo la Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales y metodológicamente se trabajó bajo el formato de Grupo de Mejora.

Resultados: en Abril de 2010 se aprobó por la Comisión de Dirección del centro el Proceso de Admisión de Pacientes y se dio el visto bueno a su implantación.

Se aprobaron y difundieron los Procedimientos de:

- ingreso de pacientes
- alta
- traslados intra e interservicios
- riesgo social
- aislamiento.

Discusión: revisar el conjunto de actividades que se realizan en los distintos niveles de atención desde el ingreso hasta el alta del paciente y ajustar estándares de excelencia a esas actividades, necesita de una metodología y a falta de una guía propia es válido el modelo de la guía de Procesos asistenciales.

Conclusiones: la disciplina metodológica y la intervención interdisciplinar son fundamentales para asegurar el éxito en el diseño y posterior implantación de cualquier proceso, sea o no puramente asistencial, así como la implicación del nivel directivo.

C-34

PROYECTO DE MEJORA EN CODIFICACION CLINICA

MARTINEZ HERNANDEZ, JM; GARCIA RODRIGUEZ, C; BARAZAS SEVILLA, F; PEREZ GALDEANO, P y SARDINERO CORDOBA, M.

Centro: hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: codificación, cmbd.

Resumen

La evaluación de la competitividad hospitalaria se viene midiendo por la mejora de indicadores obtenidos en la explotación de CMBD. Reflejar la casuística hospitalaria es misión del servicio de documentación clínica si bien estamos convencidos que la colaboración e implicación de los clínicos mejoran sustancialmente los indicadores de seguimiento.

Objetivos:

- Mejorar los resultados de los indicadores que miden la complejidad de la casuística hospitalaria mediante la mejora en la codificación clínica.
- Aumentar el número de diagnósticos presentes en el Informe de Alta.

Material y método:

- Talleres de formación en resultados de la codificación dirigidos a Facultativos

Especialistas de nuestro centro.
• Sesiones clínicas de codificación entre los técnicos en documentación sanitaria.
• Sesiones de divulgación a servicios y UGC de los resultados de explotación de su CMBD y sus principales aspectos de mejora.
Resultados: El hospital Torrecardenas ha conseguido un incremento del 8 % en la media de diagnósticos por episodio de alta, frente al 6,8 % de incremento en hospitales del grupo 2, y un incremento en el índice de complejidad del 4,3 % frente al 3,1 % en esos hospitales, en el período de 2008 y 2009.
Discusión:
El incremento en la media de diagnósticos por episodio, conseguido al compartir por los clínicos la importancia de reflejar en el informe de alta todos los diagnósticos presentes en el episodio asistencial, parece que ha condicionado un incremento en la complejidad al etiquetar correctamente al proceso y evidenciar las complicaciones y las comorbilidades.
Conclusiones:
Los resultados en la explotación del CMBD mejoran a nuestro entender cuando se ponen en marcha los siguientes elementos: formación del personal codificador, retroalimentación a los clínicos tanto a nivel de resultados como de proceso, y discusiones bajo formato de sesiones clínicas, estables en el tiempo, entre los profesionales de codificación.

C-35

OPIMEC: PLATAFORMA EN RED PARA LA GESTIÓN Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON MÚLTIPLES ENFERMEDADES CRÓNICAS

GOSALVEZ PRADOS, D; ISAC MARTINEZ, B; CONTRERAS SANCHEZ, AJ; LOPEZ RUIZ, A; CABRERA LEON, A y JADAD BECHARA, A.

Centro: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: red social, enfermedades crónicas, polipatología
Resumen

La polipatología constituye un nuevo reto mundial para los sistemas sanitarios. Entre otras acciones que tratan de minimizar su impacto en la salud y bienestar de las poblaciones, se crea OPIMEC (www.opimec.org), que impulsa la colaboración internacional para la difusión de experiencias y generación de conocimiento.
Objetivos Compartir contenidos y fomentar la colaboración para la generación y difusión de conocimientos a través del trabajo colaborativo en polipatología y mediante el uso de herramientas de software libre. Favorecer la mejora de la calidad en la atención a la salud y el bienestar de la población y la de sus personas cuidadoras, y la modernización, avance y sostenibilidad de los sistemas sanitarios y de bienestar en España y el resto del mundo.
Material y métodos OPIMEC cuenta con una cadena de procesos de gestión de la información de los que podemos destacar: su forma colaborativa de crear conocimiento por todas las personas usuarias de la plataforma; su Consejo Asesor Internacional y equipo editorial encargados de orientar y asegurar la calidad de los contenidos de OPIMEC; y una evaluación por pares de las prácticas y organizaciones propuestas. Desde la edición, hasta la publicación y su distribución final el conocimiento es examinado metódicamente, siendo este proceso automatizado a través de herramientas de software libre. OPIMEC está estructurada en espacios que facilitan y propician la participación y consecución de los objetivos del proyecto, con el fin de que la asimilación de sus contenidos por parte de las personas usuarias sea eficiente y efectiva.
Resultados Así pues, podemos encontrar las principales herramientas de la Web 2.0, siendo las personas usuarias las que de forma democrática, son creadores, evaluadores y consumidores de los contenidos publicados, siendo así una herramienta de trabajo construida, ampliada, valorada y seguida por toda la comunidad de

profesionales; facilitando la difusión del conocimiento construido por y para todos y todas los profesionales sanitarios, personal investigador, ciudadanos y ciudadanas en general en el manejo de enfermedades crónicas complejas. Un conocimiento ampliamente compartido es la clave para aumentar y mejorar el bienestar social y la calidad de vida.
Conclusiones OPIMEC, a través de su gestor de contenidos y de herramientas Web 2.0 y con el apoyo de su Comunidad, promueve y difunde el conocimiento, la innovación y el desarrollo en el ámbito de la atención a personas con múltiples enfermedades crónicas.

C-36

ACCIDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO (ARB): UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

Valero Ubierna, C y Fuentes Olivares, C.

Centro: Hospital de Baza
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Accidente de riesgo biologico- gestion
Resumen
Introducción y Objetivos: El personal sanitario presenta un alto riesgo de exposición laboral accidental al VIH, VHB y VHC. Según el estudio EPINETAC (1996-2002) , el colectivo de enfermería entre 35-45 años, con más de 10 años de experiencia, en el área quirúrgica y en concreto, en la sala, tiene un mayor riesgo de exposición. La mayor parte de los accidentes se producen durante la recogida de material de agujas huecas o canuladas y suelen ser pinchazos en manos que implican contacto con sangre del paciente. El presente estudio tiene como objetivo conocer la realidad de los ARB en el Distrito Granada Nordeste y establecer medidas de mejora.
Material y método: Se trata de un estudio descriptivo de todos los ARB declarados al Servicio de Medicina Preventiva en los años 2007 al 2009. Se recogen los datos del accidentados (edad, sexo, lugar de trabajo, categoría profesional y antigüedad) y los datos de la exposición (tipo, lugar, material, descripción, objeto, localización)
Resultados: El número de ARB declarados es similar en los tres años (45 en 2007, 43 en 2008, 42 en 2009) lo que supone un 4,1% de la plantilla. La edad media es de 40, 67 años (IC95 38,9-42,3) y el 68% son mujeres. Un 67,2% son personal de enfermería y en un 80,9% de los casos tienen mas de 2 años de experiencia laboral. El tipo de accidente es en el 89,3% de los casos un pinchazo, que ocurre en la sala (29,0%) o en el quirófano (28,2%) y existe contacto con sangre del paciente en un 93,1% de las ocasiones. El objeto implicado es una aguja hipodérmica o endovenosa en el 48,9% de las exposiciones y la mano es la localización mas frecuente (80,9%).
Conclusiones: El perfil del accidentado y las características de la exposición en el Área Sanitaria de Granada Nordeste no se ha modificado según lo descrito en el estudio EPINETAC de 2002. Aplicar la metodología de evaluación y mejora continua de la calidad permitiría establecer medidas concretas de actuación para disminuir los ARB en cada unidad. Los ARB deberían contemplarse en las Unidades de Gestión Clínica como un elemento más de gestión interna enfocadas a la calidad asistencial.

C-37

RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN UN BENCHMARKING NACIONAL DE LABORATORIOS CLÍNICOS.

Avivar Oyonarte, C; González Oller, C; Molina Arrebola, MA; González Raya, A y Sosa Moncayo, D.

Centro: E.P. Hospital de Poniente
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Benchmarking, Eficiencia, Productividad
Resumen Introdución: El benchmark es una técnica utilizada para medir el rendimiento de un sistema o componente del mismo. En los laboratorios públicos andaluces disponemos de la URV (Unidad Relativa de Valor), pero no se aplican criterios objetivos para su valoración.

Objetivos: Valorar el nivel de eficiencia en base a la productividad de nuestro laboratorio con otros de la red nacional mediante un programa de Benchmarking dirigido por IASIST.
Materiales y Métodos : Participan 18 Hospitales Españoles; se les solicita información desagregada para ser uniforme y consistente, referida al laboratorio en todas sus áreas, datos de personal por estamentos y en número por áreas, costes de capitulo 1 y reactivos; además, se recaban datos referentes al Hospital, entre otros características, actividad asistencial, camas, población, centros de Atención Primaria y Facultativos Full Time Equivalent (FTE). La actividad se informa en base a un catálogo unificado estandarizado mediante códigos LOINC®. Para valorar la complejidad de producción y, debido a la ausencia real de coste por prueba en España y de un catálogo normalizado para valorar la Unidad de Complejidad Relativa (UCR), utilizamos la información de la administración estadounidense CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services).
Resultados: Entre otros, los datos obtenidos se basan en una población de referencia de 6,80 millones/personas, 573.000 altas hospitalarias, 71,00 millones/ determinaciones y 1.650 profesionales. Los estándares (medias) obtenidos y las desviaciones con nuestro laboratorio son: población 372.681 habitantes (-10 %), determinaciones 3,99 millones (+12%), demanda media x 1.000 habitantes 10.672 determinaciones (+25.7%), personal FTE x 1.000 habitantes 0.19 (-23%). En cuanto al grado de tecnificación (referido a complejidad de plantilla) nos encontramos ente los 3 de menor grado; en cuanto al nivel de complejidad de determinaciones, en 2.95 (media 2.94), índice 1.01 (1.00), coste medio determinación 1.76 € (-25%) y coste por determinación ajustada con URC 0.42 (media 0.55/-23%)
Conclusiones: - Determinándose el análisis de productividad bajo los criterios de IASIST en determinaciones trabajador/ año ajustada, nuestro laboratorio es un 63.3 % más productivo que los participantes.
- Nuestros coste en capitulo 1+2 está por debajo de la media en criterios ajustados a complejidad.
- Consideramos el Benchmarking una técnica útil y válida para medir la eficiencia en base a la productividad de los laboratorios.

C-38

DIFUSION DEL PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA MEDIANTE SESION CLINICA HOSPITALARIA

ANDRES CARRETERO, MA; MORENO BARO, F; ROBLES AGUILERA, C; GARCIA VELLOSO, E; SANCHEZ MIRALLES, MD y MORENO PUERTAS, C.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: sesion clinica, proceso,nutricion,calidad
Resumen
Objetivos: Dar a conocer el Proceso Asistencial de Soporte de Nutrición Clínica y Dietética en el área de influencia del CH Torrecárdenas y Atención Primaria, a través de sesión clínica hospitalaria, con el fin de establecer el adecuado soporte nutricional de todos los pacientes.
Material y métodos: Se llevó a cabo mediante sesión clínica hospitalaria, en proceso de acreditación. Se difundió a través de hoja divulgativa a todos los servicios y unidades hospitalarias y de AP. La metodología didáctica consistió en la exposición teórica del contenido del proceso de nutrición realizada por tres ponentes integrantes de la unidad de endocrinología y nutrición. Al comenzar la sesión se entregó un dossier de apoyo a todos los participantes, que contenía el documento A-4, que es el protocolo a seguir en el soporte nutricional del paciente, y un cuestionario de evaluación de la sesión así como de los conocimientos previos y posteriores a la misma.
Resultados: Asistieron a la sesión un total de 107 profesionales, de los cuales entregaron el cuestionario evaluado 35 (32,7%). Los aspectos mas destacables del cuestionario fueron los siguientes:

a) Objetivo y contenido temático de la sesión: grado de satisfacción alto. b) Metodología utilizada y grado de competencia de los docentes: alta. c) Grado de participación de los asistentes: bajo. d) Valoración de la secretaria de la sesión: alta. El porcentaje de utilidad de los conocimientos adquiridos a la práctica clínica diaria fue del 80,4%. La valoración global en cuanto al cumplimiento de los objetivos y grado de satisfacción del curso fue del 82,2%. También se evaluaron, con puntuación del 1-10, aspectos como: relación de la especialidad con el tema a tratar (7), interés personal sobre el tema a tratar (8), grado de conocimiento previo sobre el tema (6), grado de conocimiento adquirido tras la sesión (8).
Conclusiones: El formato de sesión clínica ha resultado muy satisfactorio a la hora de divulgar el proceso asistencial de nutrición clínica y dietética dado el alto grado de asistentes a la misma así como el interés personal y profesional por el tema a tratar que se ha visto reflejado en la elevada valoración obtenida en cuanto a objetivos, contenidos, metodología y competencia docente. Finalmente el grado de conocimiento del tema tratado tras la sesión aumentó en todos los participantes lo cual influirá positivamente en la mejor atención nutricional del paciente.

C-39

MOVILIDAD EN GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

Quero Hernandez, qh; Pardo Garrido, pg; Gonzalez Revuelta, gr; Rueda Garcia, rg y Granados Medina, gm.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecardenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: WIFI IPAQ HISTORIA DIGITAL Resumen
Objetivos: La implementación de la tecnología WIFI (Wireless Fidelity) en el Hospital Torrecárdenas es nuestro objetivo principal. Alcanzar los niveles de calidad de servicio que garanticen la fiabilidad y seguridad de la solución inalámbrica.
Dotar de soluciones de movilidad a pie de cama para el acceso a la historia clínica del paciente por parte del profesional que lo trata. En definitiva, dotar al profesional de soluciones de Movilidad (IPAQ) para la gestión y consulta de la historia clínica a pie de cama.
Material y métodos: Se han usado la tecnología WIFI de la red inalámbrica del Hospital Torrecárdenas, los nuevos dispositivos IPAQ,
de bajo peso y gran rendimiento, además de una gran capacidad grafica, y se han diseñado las aplicaciones del SI Asistencial Gesipac para el acceso desde los dispositivos IPAQ. Permite acceder a estudios de Anatomía Patológica, analíticas de Laboratorio, visualización de estudios radiológicos, acceso a los informes de alta del paciente y todos sus episodios de cualquier tipo (hospitalización, etc.).
Resultados: Después del periodo de pruebas, la red WIFI se puso en marcha. Desde su puesta en marcha, en febrero de 2010, se ha registrado 1474 solicitudes de acceso a la misma, por parte de profesionales, de proveedores y de público en general, registrándose una media diaria de usuarios activos de unos 100. Después de estos datos, se plantea la posibilidad de darle un uso a la red WIFI para mejorar la asistencia al paciente, eso se consigue dotando al profesional a pie de cama de la posibilidad de acceso a los registros de la historia clínica, estudios anatomo-patológicos, resultados de laboratorio, visualización de estudios radiológicos, etc. En general, cualquier registro del paso del paciente por el centro, en el pasado y en el proceso actual.
Conclusiones: La implantación de la nueva tecnología inalámbrica, permite implementar los sistemas de información del Hospital a pie de cama con la tecnología IPAD de Apple o cualquier otra tecnología móvil.
El cambio permite abrir las puerta a nuevas tecnología de la información (historia única, telemedicina, diagnostico por imagen) que no tiene limites. Y,

además, la posibilidad de implementar estas soluciones sin ocasionar impacto en el Complejo, siendo el cambio totalmente transparente para la Organización, redundando en que la calidad del servicio ofrecido no disminuya, si no al contrario, que aumente y mejore las prestaciones del sistema informático del Complejo.

C-40

SISTEMA DE INFORMACION FARO PARA DIRECTIVOS Y UNIDADES DE GESTION

Gutierrez Diaz, JG; Cruz Caparros, AC; Ramon Gongora, ER; Ortega Carreño, JO; Moreno Ruano, AM y PLA RUIZ, JP.

Centro: Hospital Torrecárdenas ÁREA GESTIÓN Y CALIDAD

Palabras clave:
OBJETIVOS, UNIDAD GESTION, CUADRO MANDOS

Resumen

OBJETIVOS

Sistema Informático para la Gestión Integral de Objetivos de las Unidades de Gestión en el CHT de Almería

MATERIAL Y MÉTODOS

Diferentes grupos de trabajo para acordar el alcance
Análisis detallado de funcionalidades
Desarrollo de programas informáticos con incorporación de las propuestas de los grupos Puesta en Marcha en 2009 y pleno rendimiento en 2010

RESULTADOS

Definición de Objetivos para cada Unidad Gestión de Objetivos multidisciplinar: definición, cumplimentación, aporte de documentación, carga manual o automática, consultas y evaluación por parte de los implicados en el proceso. Procesos de Revisión en la Cumplimentación de Objetivos Herramienta vital de gestión para la Dirección FARO es un sistema de información con distintos niveles de acceso a usuario. Maneja tanto el año actual como ejercicios anteriores. En función del año se muestran las dimensiones bajo las que se estructuran los objetivos. Aparece una dimensión especial denominada 'General' bajo la que se accede todos los objetivos. Al seleccionar una dimensión, aparecen una serie de programas configurados en función del usuario-unidad-ejercicio-dimensión. Los programas pueden ser cualquiera que se pueda ejecutar en el PC y desarrollados en cualquier plataforma. Hay una zona dedicada a novedades de FARO y siempre que no estén caducadas aparecen en una línea automáticamente. FARO funciona con procesos de carga de datos y se informa de cuando la última carga de datos y cuando la siguiente. Las cargas pueden ser automáticas (mediante un procedimiento automatizado desde alguna Base de Datos internas o corporativas) y manuales (no existe aplicación que registre datos necesarios y por tanto se alimentan manualmente a través de una aplicación genérica de carga). Los datos obtenidos tras los procesos de carga se ubican en contenedores no definitivos, y pueden sufrir modificaciones o validación antes de realizar la carga definitiva al contenedor final. El usuario puede consultar, exportar o imprimir los objetivos en modelo mensual, junto a detalles adicionales asociados al objetivo. Estos detalles pueden ser programas asociados o cualquier documento aportado

CONCLUSIONES

Se ha conseguido el objetivo de puesta en marcha de FARO, constituyendo el eje central de la Gestión de Objetivos para las Unidades de Gestión Aglutina muchísima información relativa a asignación, control y seguimiento de objetivos de las unidades de gestión incluidos en contrato programa Es también el eje para la evaluación en la consecución de objetivos

C-41

¿ES NECESARIO UN/A RESPONSABLE FUNCIONAL DE GESTION CLINICA EN EL ACTUAL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE ANDALUCIA?

MARTIN GONZALEZ, M; ANTON MOLINA, F; GONZALEZ REVUELTA, E; MARTINEZ GARCIA, L; ORTUÑO MORENO, R y ROBLES AGUILERA, C.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD

Palabras clave: RESPONSABLE GESTION CLINICA

Resumen

OBJETIVO.Como desarrollo del nuevo modelo de Gestión Clínica, se valora la necesidad de un responsable funcional, que coordine las diferentes Unidades de Gestión Clinica (UGC), procurando información continua de la situación de los objetivos pactados, realización de propuestas de mejora en caso de desviaciones, servir de apoyo y nexo de unión de los directores de las distintas Unidades con la Dirección del Hospital. Se plantea como objetivo, analizar la experiencia y cuantificar el trabajo realizado por el responsable funcional de Gestión Clinica, durante el año 2009. **MATERIAL Y METODOS.** Se realiza un estudio descriptivo observacional transversal retrospectivo, analizando: numero de unidades, dimensiones, objetivos realizados, resultados obtenidos, t**Área:**s realizadas e instrumentos de apoyo. Los resultados se muestran en datos absolutos, porcentajes. En su caso, se ha utilizado test Chi2, significación estadística p>0.05 (SPSS version 15.0) **RESULTADOS.**Se han analizado 35 Unidades (20 UGC y 15 Unidades asistenciales estandar (UA). En todas ellas se siguieron 14 dimensiones, en las que se aguparon 1051 objetivos (UGC:612, 59.33%; UA 439, 40.66%), lo que representaba una media de 30.02 objetivo/Unidad. De todos ellos 198 eran objetivos con individualidad propia (objetivos comunes: 131, 66.16%; objetivos específicos 68, 34.34%). Se utilizaron como herramientas de trabajo: contacto continuo con los directores de las distintas Unidades, verbal o a través de correo electrónico, siendo fundamental la utilización de un sistema de información constituida en base de datos de seguimiento, software FARO. Es destacable que 20 Unidades (57.14%) (15, 75% UGC vs 5, 33,3% UA, p>0.05), alcanzaron un porcentaje de cumplimiento superior al 80%. Asimismo reseñar que el porcentaje de cumplimiento en todas las dimensiones fue superior en las UGC vs UA. **DISCUSION**.La gran cantidad de objetivos a seguir, justifica la figura de un/a responsable funcional de gestión clínica que facilite información continua de la situación de los objetivos, asesore en la corrección de desviaciones y sirva de apoyo los directores de las distintas Unidades. Es deseable que sea un profesional formado en Gestión clínica y en sus herramientas, con importante disponibilidad, siendo nexo de unión entre los distintos directores de las Unidades con la Dirección del Hospital. **CONCLUSION**.La experiencia se ha considerado positiva y vinculada a un mayor grado de consecución de los objetivos pactados por las distintas UGC.

C-42

INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA EN SALUD REPRODUCTIVA.PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE EMBARAZOS RIESGO SOCIAL EN COMARCA GUADIX

MONTOYA MUÑOZ, RA; GODOY LORITE, I; ORTIZ DOMÍNGUEZ, R; FERNÁDEZ DURÁN, E y PRATS ARDILA, Y.

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SALUD REPRODUCTIVA RIESGO SOCIAL ACCESIBILIDAD

Resumen

Desde el DS Granada Nordeste y el HAR Guadix se ha puesto en marcha un circuito protocolizado para la prevención y seguimiento de embarazos de riesgo social, tras la observación de una serie de determinantes socioculturales que generan inequidad en el acceso a la salud reproductiva (SR), localizándose mayoritariamente en dos Zonas con Necesidad de Transformación Social.
Objetivo General: Contribuir a eliminar desigualdades en el acceso a la salud reproductiva en mujeres en riesgo de exclusión social (RES) en la comarca de Guadix.
Objetivos Específicos:1) Prevenir embarazos no deseados, 2) Mejorar el seguimiento de embarazos de riesgo social, 3) Asesorar e informar sobre salud reproductiva, 4) Impulsar la coordinación intersectorial e interdisciplinar.
Material y método: La captación activa,

oportunista y a demanda se realiza desde los servicios sanitarios, servicios sociales comunitarios, equipo de tratamiento familiar y asociaciones gitanas. Inicio septiembre 2009. Tras 4 reuniones intersectoriales y multidisciplinares, se definen las bases:1)Definición, Selección y Captación de la población diana.2) Valoración Social mediante escala.3) Valoración asistencial: Optimización de anticoncepción o seguimiento del embarazo,incluyendo en su determinación variables de tipo social y personal.4) Abordaje conjunto e interdisciplinar.
Resultados: Captación:43(21embarazos). Valoración:40. Información/asesoramiento:33. Implantación/tratamiento anticonceptivo:25. Seguimiento controles madre/hij@:23.
Discusión: La pertinencia del abordaje de las desigualdades en el acceso a la SR en este colectivo, viene transversalmente recogido en distintos planes y programas del marco sanitario andaluz. Se facilita la planificación familiar y el seguimiento del embarazo lo que repercute en la salud de recién nacidos y madres. Esta iniciativa ha sido muy bien acogida por los Servicios Sociales y las usuarias, su mejor motor de difusión. Limitaciones encontradas: Dificultad de seguimiento en algunos casos; pérdidas de citas programadas en ginecología; captación tardía; dilema y conflicto cultural.
Conclusiones: El protocolo ha contribuido a disminuir las desigualdades en SR. Se han conseguido cumplir los objetivos propuestos, favorecido por una eficaz coordinación intersectorial, interprofesional e interniveles. Se puede decir que se ha disminuido la inequidad en el acceso a la SR. Esta iniciativa pretende ser un pilotaje que se continuará implementando y readaptando en función de sus resultados y demandas.

C-43

ATENCION DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA: UNA EVOLUCION NECESARIA

SANCHEZ ACHA*, Y; ZAMORA GARCIA, R; GONZALEZ MESA, FJ; ALCANTARA CAMPOS, P; DEL RIO REYES, S y MOLINA MERIDA, O.

Centro: Hospital Comarcal de la Axarquía
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Personalziación Metodologia enfermera Satisfacción
Resumen
OBJETIVOS
Implantar la PERSONALIZACION DE CUDIDADOS en nuestro centro.
Impulsar el empleo de metodología enfermera
METODO
Partiendo de la experiencia previa de la Unidad de Medicina Interna de nuestro Hospital, y un estudio sobre la efectividad de los informes de continuidad de cuidados, se elaboró un documento de posicionamiento sobre la atención enfermera en nuestro centro, en el que se definieron las funciones de la enfermera referente y asociada, dentro del proceso enfermero. Actualmente se contempla dentro de la programación de Formación cursos de personalización de cuidados. Por otro lado, se formaron a los cargos intermedios, lo que permitió elaborar y difundir planes funcionales de asignación enfermera-paciente por unidad. Como herramientas facilitadoras fue necesario la elaboración de documentos guía, la revisión y modificación de la documentación enfermera de la Historia Clinica, el diseño de una estrategia de soporte a largo plazo, el fomento de la acreditación de competencias profesionales y la inclusión de elementos relacionados con la personalización dentro los objetivos de gestión de cada Unidad.
RESULTADOS.
Este proyecto contempla evaluar el grado de implantación de la personalización en las distintas unidades, así como su impacto en el grado de satisfacción de profesionales y ciudadanos del área. Actualmente ésto no es posible, puesto que nos encontramos en pleno proceso de implantación. No obstante, el hecho de que un 43% de los profesionales de Enfermería susceptibles de acreditación se encuentren en alguna de sus fases y de éstos, el 63% iniciara dicha andadura en el presente año, puede servir de estimador de la consecución de los objetivos.
DISCUSIÓN.

El presente proyecto, quiere dar respuesta a las necesidades y expectativas, tanto de ciudadanos como de profesionales, mediante la evaluación contínua y las medidas de mejoras necesarias. Como gestores y facilitadores de cuidados no podemos acotar dichjo proyecto en el tiempo, sino que el diseño de las estrategias de soporte deben amoldarse a la evolución que éstas puedan tener. Dado que la Personalización de Cuidados se ve claramente demandada en las encuestas de satisfacción, y teniendo al profesional como factor clave en el desarrollo de los Servicios Sanitarios, debemos poner todos nuestros esfuerzos en dichos objetivos.

CONCLUSIONES.

Representa un antes y un después en nuestro centro. Está orientado a dar respuesta a las expectativas actuales y futuras de profesionales y ciudadanos de nuestro área.

C-44

APLICACIONES WEB DE ACREDITACIÓN COMO HERRAMIENTAS FACILITADORAS DE CALIDAD EN EL SSPA

BUIZA CAMACHO, B; ESCOBAR UBREVA, A; FERNÁNDEZ BERMEJO, MC; NAVARRO* LIZARANZU*, J*; RIOS MARTIN, JM y FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: GESTIÓN Y CALIDAD

Palabras clave: ACREDITACION, APLICACIONES WEB, CALIDAD.

Resumen

El desarrollo de los procesos de acreditación del Modelo Andaluz de Calidad impulsado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se apoya en herramientas web, denominadas ME_jora, las cuales proporcionan un entorno integral de gestión de los procesos de acreditación. Estas aplicaciones contemplan diferentes ámbitos de acreditación: Centros y Unidades, Formación Continuada, Profesionales y Web sanitarias, cubriendo las fases de los procesos: Solicitud, Autoevaluación, Evaluación y Autoevaluación de seguimiento. Facilitan la gestión de los procesos desde cuatro entornos: del profesional que desarrolla el proceso de acreditación (aportando evidencias positivas para alcanzar la acreditación y gestionando la mejora necesaria para conseguir el cumplimiento de estándares de calidad); de los evaluadores, facilitando la evaluación on-line y su interacción con otros evaluadores del proceso; de la gestión administrativa y de la comunicación profesional-evaluador. Constituyen así un elemento clave para el desarrollo de los procesos de acreditación. El objetivo de esta comunicación es analizar la utilización y beneficios derivados de las aplicaciones mediante indicadores de uso, satisfacción y gestión del tiempo.

MM Se realizó análisis descriptivo mediante indicadores cuantitativos según las dimensiones contempladas, incluyendo evolución cronológica de las series. Se utilizó, como fuente, los registros de las aplicaciones ME_jora, las estadísticas de acceso y los resultados de las encuestas de satisfacción que realiza la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía desde 2003 hasta 2010.

R El uso de las distintas aplicaciones de acreditación está aumentando considerablemente en el tiempo. No existen límites temporales.

El uso percibido de las aplicaciones Me_jora es muy alto durante la realización de los procesos de acreditación y se valoran como herramientas que favorecen la gestión de la implantación de mejoras. Constituyen un canal permanente de comunicación para la orientación de los procesos desde la Agencia, presentado altos niveles de satisfacción a nivel interno y externo. Alcanzan puntuaciones de satisfacción por encima del notable en todos los ámbitos contemplados.

C Las aplicaciones ME_jora favorecen el desarrollo y gestión de los procesos de acreditación. Facilitan la comunicación y la difusión del conocimiento, impulsando el Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía.

C-45

TRANSPARENCIA, RESPONSABILIDAD, CREDIBILIDAD Y ACTUALIDAD COMO CRITERIOS DE CALIDAD EN SITIOS WEB SANITARIOS

FERNÁNDEZ BERMEJO, MC; ESCOBAR UBREVA, A; BUIZA CAMACHO, B y FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Calidad, Sitios Web Sanitarios, Acreditación, Resumen
Objetivos: Este estudio analiza el nivel de cumplimiento de criterios de calidad relacionados con el reconocimiento de fuentes de información, autoría, selección, evaluación y actualización de contenidos de una muestra de sitios web de instituciones públicas y privadas, páginas personales y entidades de investigación de carácter sanitario, evaluadas por el Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias, diseñado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Método: Para medir el grado de cumplimiento de los criterios de calidad relacionados con el uso de fechas de actualización y revisión de contenidos en estos sitios web; reconocimiento de fuentes de información utilizados para publicar contenidos y citación de titularidad, selección y evaluación de estos, como criterios de transparencia, responsabilidad, credibilidad y actualidad, se utilizaron los resultados obtenidos durante la evaluación de 14 sitios web, entre 2008 y 2010.
Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo del grado de cumplimiento de estos criterios, entre una 1ª y 2ª evaluación.
Resultados: El 42,8% de los sitios web analizados tenían en cuenta la fecha de actualización en su página de inicio, pero no en el resto de páginas del sitio. En segunda evaluación, el 57,1% mostraban la fecha de actualización de cada contenido relevante de todo el sitio web. En cuanto al reconocimiento de la autoría, el 50% reconocía la titularidad de sus contenidos durante la primera evaluación y el 78,5% en la segunda. El procedimiento utilizado por los sitios web para seleccionar y publicar sus contenidos lo indicaban el 64,29% de los sitios en la primera evaluación y el 92,8% en la segunda. El 64,25% de los sitios web analizados no indicaba las fuentes de información en las que se apoyaban para publicar contenidos de información sanitaria, ni en primera ni en segunda valoración.
Conclusiones: Entre la primera y la segunda evaluación se incrementó un 19,6% la tasa de respuestas favorables sobre el cumplimiento de los criterios analizados. En ese sentido, un programa de acreditación impulsa claramente la mejora, en cuanto a transparencia, responsabilidad, credibilidad y actualidad, para lograr la calidad de sitios web.
Por otro lado, un 64,2% de los sitios no atendían a criterios considerados como no obligatorios para alcanzar la certificación. Ante la falta de concienciación sobre estos elementos, los programas actuales de acreditación deberían potenciar la relevancia en la formulación de estos criterios de calidad.

C-46

GESTIÓN INFORMATIZADA DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL HAR GUADIX: ASPECTOS CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS INTEGRADOS

Martínez Navarro, N; Cárdenas Rodríguez, JA; Cortacero Almendros, M; Núñez Olea, JR; Pascual Berenguel, I y Melero Ramos, C.

Centro: EP. HOSPITAL DE PONIENTE, HAR GUADIX
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Lista de espera quirúrgica, Ariadna, Gestión Resumen
Objetivos: Integrar en Ariadna (Historia de Salud Digital de la EPHPO) los datos necesarios para una óptima gestión de la lista de espera quirúrgica (LEQ).
Material y Métodos:
A partir del análisis de problemas encontrados tanto en la gestión como

en la programación quirúrgica se han definido los requerimientos necesarios para el desarrollo del módulo de quirófano dentro de la aplicación Ariadna:
- Digitalización del documento de inclusión en LEQ.
- Información relevante de los pacientes, edad, datos de localización.
- Indicación quirúrgica propuesta junto a su prioridad y plazos de respuesta máximo según el decreto de demora, así como alertas de límite de fechas.
- Preoperatorio realizado o previsto, clasificación ASA del paciente, fecha de caducidad, anotaciones realizadas por el servicio de anestesia informando de paciente con diabetes, pacientes anticoagulados...
- Fecha prevista de quirófano
- Histórico de avisos de localización para comunicación de cita.
- Pacientes transitoriamente no programables y fecha prevista para siguiente revisión.
- Planificación de la actividad quirúrgica por quirófano y turno.
- Programación y Confirmación de partes de quirófano
- Previsiones de ingresos y automatización de los mismos.
- Actualizaciones del estado de pacientes en LEQ, ya sea por intervención, por modificación de indicación quirúrgica o bien por rechazo del paciente.
- Acceso a la historia digital del paciente desde cualquier opción del módulo de quirófano.

Resultados: Actualmente todo el personal implicado en la gestión de la LEQ trabaja con el módulo de quirófano de la aplicación Ariadna (Historia de Salud Digital de la EPHPO) lo que nos ha llevado a disminuir el porcentaje de suspensiones quirúrgicas y detectar ingresos tras CMA.

Discusión: El manejo de información dispersa provocaba la descoordinación entre los agentes implicados en la programación quirúrgica con el consiguiente riesgo de cancelaciones de intervención por problemas clínicos o administrativos. Por ello la integración de los datos anteriormente expuestos en una sola aplicación ha resultado crucial.

Conclusiones:
La centralización de información bajo una única herramienta informática ha permitido a clínicos, administrativos y gestores obtener una imagen certera de la situación de la lista de espera, facilitando la toma de decisiones y optimizando el tiempo dedicado por todos ellos para una correcta gestión.

C-47

ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ABSORBENTES EN EL DISTRITO SANITARIO ALMERÍA

ALBERO SERRANO, P; TORRES ALEGRE, P; PEREZ NAVARRO, A; CUETO SAAVEDRA, D; TOBIAS MANZANO, A y ESPAÑA APARICIO, S.

Centro: DISTRITO SANITARIO ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PRESCRIPCION, CALIDAD, ABSORBENTES, DISTRITO ALMERIA

Resumen
Objetivos: Determinar y analizar los hábitos de prescripción de absorbentes en el Distrito Sanitario Almería Metodología Estudio Descriptivo observación al transversal Emplazamiento: Distrito Sanitario Almería constituido por 8 Zonas Básicas de Salud y 17 Unidades de Gestión Clínica Recogida información: La Unidad de farmacia aporta datos de consumo y para analizar hábitos de prescripción se auditan Historias clínicas. Sobre auditoria: • Se recogen datos desde Noviembre2009 a Junio2010 Sujetos de estudio: 2.185 pacientes con prescripción de absorbentes Muestra: 92 pacientes, seleccionados al azar con el programa EDIPAT 3.1(error del 10%, proporción esperada del 50% e Intervalo de Confianza Asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95%) Variables: -Edad, sexo, Índice de Barthel, test de Pfeiffer, Tipo de incontinencia, Tipo de absorbente prescrito y cantidad, quien prescribe, patologías crónicas, disposición de cuidadora, tipo de cuidadora Resultados El gasto de absorbentes en nuestro Distrito supone el 2,61% del gasto farmacéutico total. Los que mas se prescriben: Supernoche y no-

che anatómico - elástico, Anatómico día y Rectangular día. El mayor incremento en la prescripción respecto al nº de envases ha sido en los anatómico día y noche anatomico elastico. De 36.052 envases prescritos en este periodo, solo 176 los prescriben las enfermeras. Pendientes de resultados de auditoria

Discusión: El gasto en absorbentes es similar a otros Distritos Sanitarios. Los médicos tienden a prescribir mas absorbentes Supernoche Las UGC con Residencias geriátricas aumentan el gasto en absorbentes. A pesar del intento de la Organización por implantar la prescripción enfermera aun son pocos los profesionales de enfermería que lo hacen.

Conclusiones A pesar de que los absorbentes suponen poca carga en el gasto farmaceutico total, esta sigue incrementandose. Habría que realizar mas estudios para analizar las causas de este incremento en la prescripción. El Distrito tiene previsto plantear estrategias para que sean la enfermeras quienes valoren y prescriban los absorbentes mas adecuados para cada tipo de paciente.

C-48

FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA. VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES.

Orellana Carrasco, R.; Martín Martín, R.; Zájara Porras, M.; Rojas Quero, M.; Cobos Ortega, A. y Pérez Montaut, I..

Centro: CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DE ALCÁNTARA

Área: GESTIÓN Y CALIDAD

Palabras clave: Satisfacción, Calidad, Fibrinólisis

Resumen

OBJETIVO: Evaluar la calidad asistencial, percibida a través del nivel de satisfacción familiar, del procedimiento de reperfusión precoz en el SCACEST en Atención Primaria.

Material y método: Se realizaron dos encuestas, una tras el alta hospitalaria en la consulta con su Médico de Familia y una segunda, telefónica, a los 3 meses del evento coronario, realizada por un profesional sanitario del centro, independiente, sin relación directa con el entorno de urgencias ni con los pacientes.

Resultados: El 100% de los familiares directos de los pacientes que tuvieron un evento coronario y que se benefició del tratamiento de reperfusión notificaron una alta satisfacción en relación a la calidad asistencial, insistiendo en la tranquilidad transmitida por el equipo sanitario responsable y la información que fue dada durante el proceso hasta el traslado hospitalario, agradeciendo el poder haberse beneficiado de una fibrinólisis extrahospitalaria.

Discusión: Se mide el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes tratados mediante tratamiento de reperfusión coronaria farmacológica a nivel extrahospitalario con respecto al cuidado integral del paciente, los cuidados recibidos, la empatía con el personal de la UGC y la información sobre el procedimiento a realizar en términos comprensibles.

Conclusiones: - Todos los familiares estaban muy satisfechos con los cuidados recibidos por el paciente.
- La satisfacción de los familiares del grado de resolución del DCCU de su Centro de Salud es alto.
- Manifestar la importancia de los tratamientos y técnicas realizadas a nivel extrahospitalario y la repercusión en la calidad de vida de los pacientes beneficiarios, haciendo hincapié en la alta preparación profesional por parte del personal sanitario en Atención Primaria (respaldada por el nivel asistencial hospitalario – cardiología e intensivos -).

C-49

MEDICIÓN DEOBJETIVOS INDIVIDUALES Y EVALUACIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL:UGC MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

ALCANTARA CAMPOS, P; MUÑOZ CONDE, M; SANCHEZ ACHA, Y; GONZALEZ MESA, FJ; ZAMORA GARCIA, R y MOLINA MERIDA, O.

Centro: HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Gestión cuidados calidad medición objetivos
Resumen
Objetivos: Adecuar la herramienta informática existente para dar respuesta a las necesidades de toma de decisiones desde la Gestión de Cuidados en una planta de hospitalización
Medir los resultados de los objetivos individuales planteados
Mejorar la calidad asistencial mediante la evaluación de resultados con toma de decisiones en tiempo real
Corregir las desviaciones de los objetivos generales a partir de la suma de los resultados de objetivos individuales
Material y métodos. Revisión bibliográfica
Planteamiento de unos criterios de calidad para la medición de los objetivos individuales
Creación de una base de datos con Access
Revisión diaria de historias clínicas de pacientes: Supervisor y coordinadora de cuidados
Introducción de datos en la aplicación con criterios de calidad
Resultados. Adaptación de la herramienta informática para la Personalización de los Cuidados a los objetivos individuales y de Unidad planificados
Cortes de resultados respecto a objetivos individuales y de la Unidad
Corrección y Apoyo en toma de decisiones clínicas enfermeras en tiempo real
Estudio comparativo respecto a la Calidad de los Registros de enfermería en Historias Clínicas
Mejora de los resultados de objetivos asistenciales respecto a ejercicios anteriores
Discusión. Es imprescindible para avanzar en la calidad asistencial el marcar objetivos que vayan en esa línea
Los objetivos individuales deben ir aparejados a los de la Unidad: "La suma de todos"
En la toma de decisiones en gestión de cuidados, se hace primordial dispones de herramientas que ayuden, y la recogida diaria de resultados acumulados en una base de datos es un buen ejemplo de ello, nos permite hacer cortes para saber en qué situación se está y qué tenemos que corregir
Los estudios comparativos nos hacen avanzar en el camino adecuado en la asistencia a nuestros pacientes
Conclusiones. Tomando como base la aplicación de personalización de cuidados de la Unidad, y con pequeñas incorporaciones introducidas a partir de los objetivos, hemos podido hacer un seguimiento continuo a la situación real del cumplimiento de los mismos
Haber marcado un nivel de calidad para dar validez a los objetivos cumplidos, permite el que hagamos un filtro que nos asegure unos mínimos a ese respecto
Conocer, diariamente, la situación de los registros de enfermería ha permitido la mejora constante en la formación e implicación de los profesionales
En un futuro, deberíamos trabajar en la medición de la satisfacción de nuestros ciudadanos y sus familias que ingresan en la Unidad

C-50

LA GESTIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LOS RESULTADOS

CASTRO RUIZ, MJ; TEJEDOR FERNANDEZ, M; RUIZ GARCIA, A; MIÑARRO DEL MORAL, R; MILLAN CASADO, M y ROMERO CAMPOS, A.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: GESTIÓN CLÍNICA, RESULTADOS, INDICADORES, MEJORA
Resumen
Objetivos: Evaluar el impacto del uso de la herramienta gestión clínica en los resultados de un Servicio tradicional que parten con amplio margen de mejora.
Específicos: Evaluar la eficiencia en gestión de personal, demora en primeras consultas, citas sucesivas, prescripción por principio activo y variables de hospitalización como estancias totales, estancias medias, índice de utilización de estancias, estancias evitables y ganancia potencial de estancias
Material y método: Ámbito de estudio:

Hospital de tercer nivel. Se incluyen dos unidades de gestión clínica, una quirúrgica y otra médica que tenían un amplio margen de mejora de sus resultados. Se realiza el análisis de una serie de variables cuyo método de evaluación está directamente relacionado con la explotación de fuentes de información corporativos y fiables (Coanh-Hyd, Gerhonte, Infhos, CMBD, Diraya, Microestrategy), comparando el porcentaje de variación de los mismos antes y después de introducir la herramienta gestión clínica. Los períodos analizados son los años 2007, 2008, 2009 y primer semestre de 2010. Las variables aparecen en el apartado de objetivos.
Resultados: Todos los indicadores evaluados mejoran sustancialmente comparando un año con el año anterior y en la comparación de la variación en los 30 meses del estudio. Se explicitarán todos los resultados en la defensa de la comunicación. Se exponen a continuación algunos de los más llamativos: UGC Cirugía Cardiovascular: Absentismo: descenso del 9% de 2008 a 2009 y un 28% de 2010 respecto al 2009. Demora en primera consulta: En 30 meses pasa de 114 días a 6,7 (demora técnica). Prescripción por principio activo en 30 meses incrementa un 20%. Reducción de estancias totales en un 63% en 30 meses. Mejoran en infección nosocomial y de herida quirúrgica. UGC Nefrología: Absentismo. reducción de un 40% en 30 meses.Demora en primera consulta: reducción del 50% en 30 meses. Gestión de sucesivas: de 0% a 98% de gestión en 30 meses.
Discusión: Se pone de manifiesto que la gestión clínica puede influir, junto a otros factores, en los cambios experimentados en los resultados de las variables analizadas. No puede asegurarse que exista una relación causa efecto. Conclusiones. Se aprecia una clara mejoría de las dos unidades estudiadas. Podemos concluir afirmando que la gestión clínica puede contribuir a la mejoría de la calidad. Dada la limitación del estudio en número y años, sería oportuno realizar un estudio "ad-hoc" para evaluar el resultado de estas unidades en términos de eficiencia clínica.

C-51

EXPERIENCIA DE UN TALLER DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL PARA MAYORES DE 65 AÑOS EN UN CENTRO DE DÍA DEL D.S. ALMERÍA

CRAVIOTTO MANRIQUE, IM y TOBIAS MANZANO, A.

Centro: DISTRITO SANITARIO DE ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SALUD SEXUAL MAYORES
Resumen
OBJETIVO: Promover la salud sexual de las personas mayores del centro de día, mejorando la actitud hacia su propia sexualidad y la de los demás.
MATERIAL Y MÉTODOS: El taller llamado "Aprende a sonreír con el cuerpo", tuvo lugar en el Centro de Día Alborán y la captación se hizo a través de la Directora del Centro. La duración fue de 12 horas presenciales distribuidas en 8 sesiones de 90 minutos con una periodicidad semanal, excepto las tres últimas sesiones que se realizaron quincenalmente. En las cuatro primeras sesiones se utilizaron técnicas de exposición magistral para exponer algunos contenidos teóricos, fomentando la participación y el debate y en el resto de sesiones, dinámicas de grupo y corporales. Los temas abordados fueron: el hecho sexual humano, habilidades de comunicación en pareja, inteligencia emocional, técnicas de seducción, respiración y relajación, actitudes sexuales, imagen corporal y dinámicas de expresión corporal.
RESULTADOS: El promedio de asistentes a todas las sesiones fue de 14 personas con edades comprendidas entre los 60 y los 80 años, de los cuales 9 eran mujeres y cinco varones. La respuesta ha sido bastante satisfactoria tanto por los profesionales implicados como por los usuarios, demandando más talleres de este tipo para otros mayores y una segunda parte del mismo para ellos, así como talleres de risoterapia, terapia de pareja, etc.
DISCUSIÓN Esta experiencia demuestra que la persona mayor es capaz de

desarrollar nuevos aprendizajes y necesita actividades que le brinden herramientas para crecer y ayudar a crecer al otro. La clave está en tratar el tema con respeto y naturalidad, y sobretodo "desgenitalizar" el hecho sexual humano.
También es una oportunidad de autoconomiento y de fomento de las relaciones sociales y autoestima, lo cual contribuye a salud física y mental. De hecho las actividades que más les han gustado son aquellas en las que ellos podían opinar, las de fantasías guiadas y en las que se utilizaron medios técnicos.
CONCLUSIONES Una forma de promocionar la salud de las personas mayores es fomentando una buena salud sexual, entendiendo la sexualidad como una función del ser humano que está presente siempre, desde que la persona nace hasta que muere.
A pesar de eso, la necesidad de educar la sexualidad como un valor humano digno de ser cultivado en cualquier edad sigue siendo una asignatura pendiente.

C-52

¿POR QUÉ NOS SIGUE AUMENTANDO EL GASTO FARMACÉUTICO SI HEMOS REDUCIDO EL COSTE POR RECETA? MARBELLA 2006-2009.

SANCHEZ DE MORA, D; BAEZ CABEZA, AM; PEREZ NUÑEZ, F; AYALA , A; GARCIA RUIZ, R y CARRERAS ALVAREZ, **Centro:** CENTRO DE SALUD SAN PEDRO ALCANTARA **Área:** GESTIÓN Y CALIDAD

Palabras clave: GASTO FARMACEUTICO INCREMENTO PRESCRIPCION ABORDAJE
Resumen
Objetivos. Analizar el Gasto Farmacéutico en la ZBS de Marbella en el cuatrienio 2006-2009.
Material y Método. Estudio observacional y descriptivo analítico del Gasto Farmacéutico extrahospitalario en los Centros de Salud de ZBS Marbella entre 2006 y 2009. **Resultados.** Albarizas Leganitos S.Pedro Costa del Sol
a) Gasto Farmacéutico (Millones de Euros) e incremento (IGF)
2006 7.5 M 6.3 M 7.0 M 65.9 M
2009 9.8 M 9.0 M 9.7 M 89.3 M
IGF(%) 30.1% 42.3% 38.8% 35.4%
b) Gasto Farmacéutico ajustado a TAE(Euros/TAE)e incremento (IGFaj)
2006 27.40 27.04 25.89 24.68
2009 30.85 32.14 29.50 28.38
IGFaj(%) 12.6% 18.8% 13.9% 15.0%
c) Gasto por Prescripción (en euros) e incremento (IGP)
2006 14.5 14.6 14.6 13.8 2009 12.5 15.8 13.8 13.3 IGP(%) -13.6% 8.1% -5.3% -3.8%
d) Número de Prescripciones e Incremento del NP (INP)
2006 520.000 431000 480.000 4.769.000
2009 716.000 621.000 704.000 6.700.000
INP(%) 37.5% 44.1% 46.6% 40.8%
e) Número de Prescripciones ajustado por TAE e incremento (INPaj) 2006 1.88 1.84 1.77 1.78
2009 2.24 2.22 2.13 2.13
INPaj(%) 19.0% 20.3% 20.2% 19.6%
f) Porcentaje de Prescripción por principio activo
2009 75% 48% 80% 73% Discusión
Entre 2006 y 2009 ha habido un gran incremento del Gasto Farmacéutico (IGF) en los centros de salud de Marbella, con un rango del
30% al 42%, similar al IGF del Distrito (35%). El Número de Prescripciones ha aumentado entre el 37% y el 44%, siendo 40% en el distrito. Al ajustar el INP por TAE, se mantiene un aumento uniforme del 20% del NP en los tres centros y en el Distrito. Este estudio está en consonancia con la tendencia del IGF en el SAS. Así, el IGF del SAS entre 2006 y 2009 crece a expensas del Número de prescripciones, estando invariable el gasto por prescripción.
Conclusiones. -En Marbella y la Costa del Sol hay un gran aumento del GF entre 2006 y 2009 a pesar de que el Gasto por prescripción ha disminuido.
-Tras el ajuste de los factores poblacionales, queda aún un gran incremento en el número de prescripciones que es uniforme en los tres centros de Marbella y en el Distrito Sanitario Costa del Sol.
-El aumento del Gasto Farmacéutico a expensas del incremento del número de prescripciones es una tendencia general del SAS, dado que el precio por prescripción lleva varios años congelados. Por ello

hay que implementar nuevas medidas que incidan en una mayor moderación del Incremento del Número de Prescripciones.

C-53

EVALUCION DE UNA INTERVENCION SOBRE FORMACION EN E- AUDIT EN 2 PROCESOS ASISTENCIALES EN EL D. S. JAEN NORTE

CONTRERAS CASTELLANO*, FF; MILLAN COBO, MD; CASTILLO CASTILLO, R; CANTON PONCE, MD; RODRIGUEZ TOQUERO, J y EXTREMERA ESCABIAS, JD.

Centro: UGC BAILEN
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PROCESOS ASISTENCIALES, E - AUDIT, CUASIEXPERIMENTAL
Resumen
INTRODUCCION. La estructuración de la atención sanitaria en Procesos Asistenciales Integrados, definida n el Plan Marco de Calidad de la Consejería de Salud, permite percibir o identificar de forma integrada las necesidades de los pacientes y coordinar las respuestas de atención y cuidados. La garantía de continuidad asistencial es el fin perseguido.La participación en un mismo proceso de diversos profesionales, precisa de un conocimiento previo de las relaciones internas que se establecen dentro de la organización y transformarlas en variables de integración, para que las decisiones y las actuaciones centradas en el paciente sean correctas.
Los P.A.I. son una herramienta que permite establecer una serie de criterios mínimos, y al profesional, permite normatizar la atención. Dentro de estos procesos, son dos, el proceso diabetes y proceso riesgo cardiovascular los que se han aplicado una estrategia de implantación dentro del DS Jaén Norte, la estrategia E-AUDIT.
Esta estrategia persigue que los pacientes incluidos en estos procesos, tengan la garantía de que en los distintas visitas se le realicen las intervenciones mínimas que nos hace que a largo plazo disminuya la morbimortalidad asociada a esos procesos. Una estrategia orientada hacia la buena praxis profesional y aumentar su nivel de salud.
MATERIAL Y METODO: Los materiales utilizados son la historia digital de los usuarios incluidos en los procesos.
El estudio realizado ha sido un Estudio cuasi-experimental pre – post intervención.
La variable independiente es el programa de formación recibida por los profesionales sanitarios del D. S. Jaén Norte.
El estudio se realizó en el año 2009. Primero, medición de las variables incluidas en la estrategia de E - audit. Posteriormente, formación del 100% de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) por parte de responsables del Distrito Sanitario, yformación continuada en las UGC. A final de 2009 medición de nuevo de las variables.
RESULTADOS Los resultados han sido positivos, se han producido incrementos en los ítems auditados.
DISCUSION Y CONCLUSIONES Aunque los datos obetnidos en los estudios cuasi-exerimentales no son concluyentes si creemos que los datos obtenidos si pueden deberse a esta estrategia de implantación. Como conclusión, la experiencia ha sido positiva, se ha contribuido, por parte de los profesionales, optimizar los recursos, potenciar el trabajo en equipo, dirección por objetivos, aumento de calidad de registros, etc..,

C-54

LA INNOVACIÓN EN MÁQUINAS O PERSONAS?

JOVER MORENO, A; TERRADELLAS ANTOÑANZAS, L; GROSS ZAPATA, A y PUJOL COLOMER, J.

Centro: HOSPITAL PLATÓ
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PERSONAS, GESTIÓN SOCIAL Y CALIDAD
Resumen Al objetivar el posicionamiento de nuestros profesionales en la cultura

y estrategia decidimos un cambio organizativo pues solo con profesionales motivados ,implicados , participativos ,alineados y participes de las politicas y estrategias y etica se pueden mejorar los resultados y el objectivo de dar una mejor calidad.
Material y metodos : Analisis externo implicacion de personas clave.En el año 2002 de 37 personas solo una se considero en el estudio implicada.
Definicion del perfil de liderazgo
Programa de formacion a Directivos y personas clave
Implantacion de sistema de competencias
EFQM (Procesos)
Responsabilidad y Gestion Social (Personas /Profesionales)
Comunicacion .Comunicar-NOS. Escuchar,Participar,Orientar,Dialogar.
Resultados : valoramos durante el periodo 2003/2010
1) Objetivos anuales y Plan Estrategico los objetivos de actividad y presupostarios han ido mejorando pasando de resultados economicos negativos a tener excedentes.
2) Reconocimientos externos :Permiten comparar de forma subjetiva.Las Certificaciones y Acreditaciones permiten la comparacion cuantitativa. La Acreditacion de Catalunya con un 89% de cumplimiento y 450 puntos en la certificacion EFQM son ejemplos.
3) Encuestas de clima desde el año 2005 .Desde el año 200 externalizadas ,permite la comparacion (Best place to Work).En valores los resultados por encima de 85. Bajas laborales : (sector 9.5) ,en Plato 3.4 4) Agradecimientos ha superado a quejas/reclamaciones.
Respecto a las encuestas de la Administracion hemos pasado del lugar 27 al 3 en ...MIRAR CATSALUT
En conclusion la valoracion general de los resultados nos hace considerar que la estrategia aprobada favorece la mejora de los resultados.
Discusion Todo cambio cultural es complicado. La Formacion es clave .Respecto a las Actitudes es fundamental aplicar la gestion del cambio.Hemos replanteado estrategias y politicas para vencer las "resistencias al cambio"debidas a la inseguredad que provoca
Conclusiones La decision estrategica ha significado cambiar las relaciones entre los Directivos,entre estos y los mandos y entre los mandos y sus equipos. Desarrollar un cambio cultural de los valores,la forma de "hacer" y comunicar-NOS debe hacerse de acuerdo a cada centro.Lo que esta claro es que el siglo 21 necesita cambios profundos enfocados "Por y Para" los profesionales.

C-55

EVALUACION Y MEJORA DE LA EFECTIVIDAD DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL Área: SANITARIA DE LA AXARQUIA

ZAMORA GARCIA, R; CASTILLO BONILLA, JD y MORALES ASENSIO, JM.

Centro: HOSPITAL COMARCAL AXARQUIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: efectividad evaluacion informe continuida cuidados
Resumen
Objetivos:
1 Analizar la realización y cumplimentación del Informe de Continuidad (IC) de Cuidados, procedimiento de envío y recepción por enfermera de familia. 2 Identificar impacto en seguimiento de pacientes en A. Primaria (visita domiciliaria y tiempo de respuesta), utilización a demanda de servicios de salud post-alta. 3 Conocer posibles resultados en salud de la continuidad de cuidados (CC) mediante la evolución de criterios de reultado de enfermería, (NOC). 4 Identificar y priorizar áreas de mejora, e indicadores de evaluación posterior Metodología:
Para 1er objetivo se revisó el proceso realización, envío y recepción del IC. Se elaboró arquitectura4 para detectar puntos débiles. Para 2º y 3º se realizó estudio cuantitativo observacional transversal. Población: pacientes de alta en el Hospital Axarquía con IC, año 2008. Muestra 93 pacientes. Se recogieron variables sociodemográficas, de salud, seguimiento al alta y de utilización de

servicios de salud post-alta. Para 4º se realizó técnica grupo nominal expertos, priorizacion por improtancia y factibilidad
Resultados:
Análisis del proceso: Dificultades en la emisión del IC por problemas técnicos y organizativos. Variabilidad en recepción del IC por enfermera de familia. Estudio descriptivo: Edad media 58,77, 59,1% varones. Procesos prevalentes:Intervenciones quirúrgicas 43,8%; diabetes 27%; enfermedad cardiovascular 23,6%. Calidad de cumplimentación: Identificación diagnóstico de enfermería 54,8%, uso criterios de resultados 24,7% en IC y 10,8% en A.P. Intervenciones que requieren continuidad en IC 63,4%. Dispositivos al alta en el paciente 24,7%. Seguimiento domiciliario 57%. Contactó con servicios de salud post-alta 29% . De los que precisaban CC, el 54,8% recibió atención domiciliaria. Un 19,4% de visitas a domicilio se produjeron en pacientes que no requerían CC. Áreas de mejora: 9 áreas y 33 acciones de mejora. Las 5 primeras **Área:**s fueron: adecuación de la respuesta en domicilio a las necesidades del paciente con IC, normalización del registro de la actividad Enfermera en A. Primaria, empleo y adecuación de herramientas informáticas que faciliten la realización del IC, utilización y manejo de criterios de resultados de enfermería y formación en metodología enfermera y continuidad asistencial.
Discusión y Conclusiones:
Los resultados obtenidos sugieren emprender una estrategia de mejora de la efectividad de la CC, orientándola fundamentalmente a la adecuación de la CC y a la mejora la respuesta en el domicilio.

C-56

EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS. ACTUALIZACIÓN DE RECURSOS

ESCOBAR UBREVA, A; FERNÁNDEZ BERMEJO, MC; BUIZA CAMACHO, B y FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Sitios web sanitarios, Acreditación, Calidad
Resumen
Objetivos. El Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se apoya en un manual y la aplicación web ME_jora W. Este estudio describe los elementos que conforman una actualización de recursos del Programa.
Método. La actualización del Manual de acreditación surge de la experiencia de 3 años de actividad del Programa, una revisión bibliográfica nacional e internacional y aportaciones de expertos del Comité Técnico constituido para su elaboración. Esta nueva versión segmenta distintos perfiles de sitios web, recoge niveles de acreditación y enfatiza criterios dirigidos al control de calidad de contenidos de estos sitios para mejorar su confianza. Se realiza una revisión de ME_jora W a partir de las novedades generadas por el manual y el estudio de consultas más frecuentes de usuarios durante los procesos.
Resultados. El Manual de Acreditación está estructurado en 4 bloques. 1.Derechos de usuarios que recoge elementos relacionados con
la orientación y presentación de contenidos del sitio, adaptándose a su audiencia, con el empleo de diseños comprensibles y usables para los usuarios. 2.Gestión de información con criterios que refuerzan la credibilidad de un sitio, identificando a sus responsables, declarando fuentes de información y describiendo los procedimientos usados para seleccionar y publicar contenidos. 3Contenidos sanitarios y prestación de servicios con aspectos que garantizan el reconocimiento de fuentes de información y autoría de contenidos, la actualidad de información publicada y describen procedimientos relacionados con una prestación de servicios. 4.El centro como parte del SSPA abarca criterios relacionados con los principales contenidos que debe recoger un sitio web de carácter asistencial y público. El manual establece niveles de acreditación: avanzado, óptimo y excelente.

ME_jora W implementa las novedades del manual, revisa su redacción, refuerza la fase de Autoevaluación y potencia evidencias con ejemplos y referencias.
Conclusiones. La demanda de información sanitaria en Internet, requiere una continua actualización de recursos para mejorar la calidad de estos contenidos.
Este manual refuerza evidencias relacionadas con aspectos formales y de contenido, contemplando una tipología variada de sitios web sanitarios por sus características y particularidades, que hacen difícil un tratamiento homogéneo.

C-57

METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

VILAPLANA GARCÍA, AM; GÓMEZ ROSADO, JC; DEL NOZAL NALDA, M; PALOMO LARA, JC y COMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA , .

Centro: Hospital Virgen Macarena
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Historia Clínica: Auditoria; Reglamento
Resumen
Objetivos: La historia clínica del paciente es un documento clave en la asistencia hospitalaria y debe reunir una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. En este sentido, en el Hospital Universitario Virgen Macarena y Área se dispone de un Reglamento de las Historias Clínicas.
La Comisión de Documentación Clínica tiene como misión promover los mecanismos necesarios para mejorar la calidad de las historias clínicas. Por ello, entre sus objetivos se contempla la realización de auditorías anuales de acuerdo con la metodología de trabajo implantada.
Material y método: La Comisión de Documentación Clínica ha diseñado un plan de evaluación de historias clínicas en los distintos Servicios y Unidades del Hospital Universitario Virgen Macarena y Área, siguiendo un sistema objetivo de análisis de la presencia, cumplimentación y ordenación de los documentos considerados como imprescindibles tanto médicos como de enfermería. Así mismo, ha elaborado una guía de evaluación para que los auditores cumplan los más estrictos criterios de equidad y objetividad.
Finalmente, los registros obtenidos se han introducido en una base de datos para su análisis y que emite una puntuación global para cada historia concreta, para cada Servicio o Unidad de forma global, y detalla el resultado de cada uno de los ítems evaluados.
Resultados: Se ha efectuado un análisis de varios Servicios que han permitido identificar aspectos concretos de mejora y que están relacionados fundamentalmente con la cumplimentación, el orden, la implantación de los documentos normalizados, la cumplimentación del Consentimiento Informado, el uso de siglas o abreviaturas y la identificación correcta de los profesionales en la historia clínica.
Discusión: Las deficiencias detectadas se han puesto en conocimiento de los profesionales implicados a través de un informe elaborado al efecto.
La comprobación de la eficacia de esta herramienta se realizará a través de la repetición del procedimiento de auditoría al cabo de un año, revisión que nos permitirá evidenciar las mejoras obtenidas en todos y cada uno de los ítems analizados.
Conclusiones: Esta metodología de trabajo nos permite conocer la implementación del Reglamento de las Historias Clínicas y el grado de cumplimiento de la legislación al respecto en aras de garantizar la calidad necesaria en la historia clínica.

C-58

CUADRO DE MANDOS INFORMATIZADO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA

NUEVO LARA, EA; *GARCÍA HITA, MA; LANZAROTE CAMPOS, S; MOLES PÉREZ, J;

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Cuadro Mandos, UGC, Acuerdo Gestión Clínica
Resumen
Objetivos: Principal: Analizar si con la constitución y puesta en funcionamiento de un Cuadro de Mando informatizado(CMI), se mejora los resultados del acuerdo de Gestión Clínica de las distintas Unidades de Gestión Clínica(UGC) en el Complejo Hospitalario de Jaén(CHJ).
Secundarios: Analizar si se mejora la participación de los profesionales y el cumplimiento de los objetivos en cada una de la áreas.
Material y método: Se trata de un estudio cuaxi-experimental pre-postimplantación con fines analíticos de las UGC del CHJ.
Sujetos de estudio: Las UGC del CHJ.
Variables: Cada uno de los objetivos que integran las distintas áreas que define el Acuerdo de Gestión de las UGC
Recogida y análisis: Para la evaluación Pre-implantación, se toma como referencia los datos de las evaluaciones de las UGC de los años anteriores sin la Utilización del CMI.
Por último se hace, un estudio Post-implementación.
Resultados: Hemos conseguido mejorar obtensiblemente la puntuación en la Evaluación de los Objetivos con respecto a la media de los hospitales del mismo grupo en el 2009:
Evaluación Objetivos CHJ 2009:77.36; Evaluación Media Hospitales Grupo:72.55
Se ha visto mejorado el Factor de Corrección que ajusta y hace coherente el grado de cumplimiento del Contrato Programa del CHJ,
con los acuerdos que han propuesto las UGC. Factor de Corrección: Resultado del Contrato Programa del **Centro:** 77.36; Media aritmética del resultado obtenido por las UGC y servicios: 79.70; Total: 0.97
Discusión: Este CMI, posibilita: La medición y seguimiento de los objetivos de la UGC, corregir desviaciones, evaluar la UGC en la consecución de los objetivos, disponer todos (Directivos como Profesionales) de la misma información a tiempo real, y facilitar el establecimiento de líneas de mejora.
Por otro lado, el conocimiento de los resultados que se van obteniendo en los distintos objetivos, potencia la mejora de trabajo de la UGC.
Otro aspecto importante, es que este CMI ha constituido una adecuada gestión del conocimiento, y su disponibilidad para todos los profesionales, ha permitido su participación directa tanto en la evaluación continuada como en el resultado obtenido.
Hemos de destacar, que ha sido clave la implicación de los profesionales del CHJ, así como la de los diferentes directora/es de las UGC.
Conclusión: La aplicación de un CMI, en una UGC mejora la participación de los profesionales y el cumplimiento de los objetivos incluidos en los Acuerdos de Gestión Clínica en concordancia con el Contrato Programa del Centro.

C-59

HÁBITO DE HIGIENE DE MANOS EN ESCOLARES.

COBOS CARRASCOSA, E*; AZOR MARTINEZ, E; MARTIN ANAYA, MN; SANTISTEBAN MARTINEZ, J; MARTINEZ LOPEZ, JM y BONILLO PERALES, A.

Centro: SERVICIO PEDIATRIA HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Lavado de Manos Salud Pública
Resumen
Las infecciones más frecuentes transmitidas en la escuela son las respiratorias y las diarreas. Estas enfermedades tienen una importante repercusión en Salud Pública por la cantidad de recursos asistenciales y económicos que se consumen.
Objetivos:
- Conocer los hábitos de higiene de manos en los escolares.
- Detectar diferencias en el hábito de higiene de manos en los escolares.
Material y métodos: Estudio descriptivo que forma parte de un ensayo clínico controlado abierto y aleatorizado en los

colegios de Vera, Cuevas de Almanzora y Carboneras a 1640 escolares (835 grupo control y 805 del experimental) sanos de 4 a 12 años. Se realizó encuesta previa al estudio sobre hábitos de higiene de manos en los escolares. Colaboran en este estudio Distrito de AP Almería, Servicio de Pediatría de Hospital Torrecárdenas y Universidad de Almería.
Resultados: La participación fue del 77% (n=1268). Un 50,2% eran mujeres, la edad media fue de 8,6 años (+/- 2,3 SD). Un 15% fueron inmigrantes (49% latinoamericanos y 54% de clase social baja). Un 78% de los escolares no se lavaba las manos antes de comer y un 60% después de estornudar, toser o sonarse la nariz. Un 31% usaba gel hidroalcohólico. Hubo diferencias significativas de género en relación al cuándo y al cómo se lavan las manos, refiriendo mejor higiene de manos los niños inmigrantes.
Discusión: El lavado de manos es la medida más efectiva para prevenir la mayoría de enfermedades infecciosas. Sin embargo, existen pocos estudios sobre la higiene de manos en la escuela, en nuestro país no hemos encontrado alguno, de ahí la importancia del presente estudio. Encontramos que un bajo porcentaje de los escolares se lavó las manos después de toser o estornudar y antes de comer, coincidiendo con otros estudios. Obtuvimos mayores porcentajes en cuanto al cómo se lavan las manos que otros autores, puede deberse a que nuestro estudio fue descriptivo y no observacional. Las niñas presentan mejor hábito de higiene de manos que los niños. En cuanto a la población inmigrante, en nuestro estudio refieren una mejor higiene de manos que los españoles, datos que coinciden con otras publicaciones.
Conclusiones: Encontramos una mejor higiene de manos en las niñas. Detectamos deficiencias en las prácticas de higiene de manos en nuestros escolares. Consideramos de gran importancia realizar programas educacionales sobre higiene de manos en los colegios e implementar estrategias de mejora, dada su repercusión en infecciones, bajas escolares y bajas laborales.

C-60

COSTE HOSPITALARIO Y EFECTIVIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN NIÑOS CON ASMA MONOSENSIBILIZADOS A ACAROS. SEGUIMIENTO 5 AÑOS.

RUIZ COBOS, B*; BONILLO PERALES, A; GONZALEZ JIMENEZ, Y; RUBI RUIZ, T y BATLLES GARRIDO, J.

Centro: SERVICIO PEDIATRIA HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: COSTES HOSPITALARIOS EFICIENCIA ASMA BRONQUIAL INMUNOTERAPIA
Resumen
Justificación y Objetivos: El asma bronquial infantil es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, representando en nuestro hospital el 12-15% de toda la actividad de las Consultas Externas de Pediatría. Dado que el asma con sensibilización alérgica a ácaros es uno de los motivos más frecuentes de asma bronquial, analizamos el gasto hospitalario y la efectividad clínica de la inmunoterapia.
Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado de 60 niños entre 5-14 años con asma persistente moderado monosensibilizados a ácaros, todos recibieron tratamiento escalonado según proceso asistencial y a 30 de ellos se le añadió tratamiento con inmunoterapia específica a ácaros. Anualmente durante 5 años se evaluaron las siguientes variables: consumo de fármacos (budesonida, salmeterol, salbutamol, antihistamínicos, corticoides orales, inmunoterapia), nº de crisis asmáticas, pérdidas escolares, visitas a urgencias, sibilancias, síntomas nasales y oculares (diario de síntomas), hospitalizaciones. Comparamos si existieron diferencias estadísticamente significativas (Ji2 y "t"student) y clínicamente relevantes entre ambos grupos de estudio.
Resultados: En el análisis global de los 5 años de seguimiento el gasto hospitalario de cada niño tratado con inmunoterapia fue de 1.564€ (312,8€ / año) y de

954 € (190,8 € / año) en niños que no recibieron inmunoterapia (t:1,43, NS), siendo el coste de la inmunoterapia de 813€. Aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas (p>0,2, NS), a partir del 2º-3º año de seguimiento los niños que recibieron inmunoterapia precisaron con menor frecuencia corticoides inhalados (25% vs 48%), menor dosis de corticoides inhalados (270 vs 360 mcg/día de budesonida), menos pacientes necesitaron salbutamol (15% vs 25%), presentaron menos crisis asmáticas (9% vs 15%), menos sibilancias (7% vs 15%), menos tos (15% vs 28%), menos hospitalizaciones (0 vs 2 en grupo control) y menor frecuencia de visitas a servicios de urgencias.
Discusión: Aunque hay resultados dispares en la bibliografía, la mayoría de los ensayos clínicos con inmunoterapia en niños coinciden con nuestros resultados, especialmente a partir del 2º y 3º año de iniciado el tratamiento.
Conclusiones: Los niños tratados con inmunoterapia precisan menos fármacos antiasmáticos, tienen menos síntomas y utilizan menos los servicios sanitarios (servicios de urgencias y hospitalizaciones). Consideramos a la inmunoterapia específica coste/efectiva en el tratamiento de niños asmáticos monosensibilizados a ácaros.

C-61

EVALUACION DE NORMAS DE CALIDAD EN LA GESTION COMPARTIDA DE DIABETES EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE MALAGA

Cordoba Garrido, L; Pozo Muñoz, F; Fontalba Navas, A; Nuñez Montenegro, A; Gil Aguilar, V y Santos Perez, J.

Centro: Unidad de Salud Mental Huercal Overa, AGS Norte Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Ciudadano Diabetes Gestión compartida Calidad
Resumen
OBJETIVOS
Detectar que normas de calidad del proceso diabetes se encuentran en mayor margen de mejora en las 4 ZBS de Atención Primaria del Área Sanitaria Contabilizar por cada Unidad de Atención familiar (UAF) el numero de pacientes distintos vistos (PDV) en aquellas consultas o visitas relacionadas directamente con el proceso asistencial
MATERIAL Y MÉTODO La evaluación se ha realizado de septiembre 2008 a septiembre 2009, en pacientes atendidos en el Área Sanitaria en cada una de las UAF de las 4 Unidades Clínicas de Atención Primaria, obteniéndose una muestra representativa de 220 pacientes. Se ha trabajado con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de + 6.5%. La fuente de pacientes utilizada Diraya y fuente de datos la base de datos de Laboratorio Clínico y las Historias Clínicas. La selección de elementos muestrales se ha realizado a través de muestreo aleatorio sistemático con arranque aleatorio,
DISCUSION El análisis de las normas de calidad en la gestión compartida del Proceso de Diabetes se realiza como método cualitativo de análisis de la calidad sanitaria prestada al ciudadano del Área. Posibilita evaluar el numero de visitas recibidas por paciente en consulta y domicilio realizadas por Unidad de Atención Familiar UAF (medico y enfermera) y compararlas con la monitorización del cumplimiento simultaneo de las normas de calidad que establece el proceso
Resultados: Mediante el análisis del cumplimiento simultaneo de las 10 normas de calidad auditadas pretendemos cuantificar cuántas pacientes cumplen de manera simultánea las normas de calidad establecidas en el proceso asistencial, es decir en cuántos pacientes estamos haciendo correctamente las cosas correctas, situándose en el 65.45% de los pacientes auditados un cumplimiento de 6 normas de calidad, correspondiendo la gestión compartida del proceso una actividad de un 42.40% para medicina frente a un 57.60% realizada por enfermería
CONCLUSIONES La estrategia fundamental tras los resultados obtenidos es la realización de una asignación reglada de las normas de calidad del

proceso en las que cada componente de la UAF, asume la responsabilidad de las normas que le son estipuladas y establecer áreas de mejora en el proceso La monitorización mediante evaluación cualitativa de la gestión compartida de Diabetes en el Área presenta dificultades y retos como la cuantificación de la efectividad y la resolución asistencial en cada consulta

C-62

ACREDITACION DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE HEMODIALISIS (HD) PUBLICA EN ANDALUCIA. NUESTRA EXPERIENCIA.

PRADOS SOLER, MC; DEL PINO PINO, MD; GAROFANO LOPEZ, R; MORIANA DOMINGUEZ, C; GARCIA MALDONADO, B y POVEDA MARTINEZ, I.

Centro: C.H.TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: acreditacion hemodialisis calidad
Resumen
Introducción: En Mayo/2006 se inauguró la actual Unidad de HD, dotada de: 5 salas, 41 monitores, 26 puestos, tres turnos diarios, 100 pacientes fijos, con 100% de ocupación de puestos de diálisis, nº de sesiones en el último año = 15.870 y un total de 50 profesionales. La cartera de servicios incluye las técnicas actuales de diálisis.La acreditación tiene como máximas: "Lo que no se registra no existe", "Lo que no se mide no puede mejorarse", "Plantear registros y documentación de los que la Unidad obtenga beneficios".
Nuestro proceso de Acreditación:
El Proceso de Acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) se ha realizado según el Programa de Acreditación de Unidades de HD y tomando como referencia su Manual de Estándares. Se valoran 86 estándares (37 obligatorios), correspondientes a cuatro bloques: I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario, II. Organización de la actividad centrada en el paciente, III. Profesionales, IV. Procesos generales, de soporte y seguridad y V.
Resultados. Los estándares se clasifican en tres grupos: I, II y III. Existen tres niveles: Avanzado, Optimo y Excelente.
El desarrollo del proceso de acreditación ha sido:
Fase 1: Fase de preparación
Fase 2: Autoevaluación y plan de mejora interno,aportando las evidencias que demuestran el cumplimiento de los estándares Fase 3: Evaluación Externa. Resolución del Comité de Certificación:Acreditación de Calidad Avanzada, siendo la única Unidad de HD pública acreditada por la ACSA en Andalucía. La ACSA consideró como nuestros puntos fuertes los referidos a: satisfacción, participación y derechos de los usuarios, accesibilidad y continuidad asistencial,promoción y programas de salud, estructura y equipamiento en cuanto a procesos generales, de soporte y seguridad.
Fase 4: Autoevaluación de seguimiento, duración de 5 años. Actualmente, nos encontramos en esta fase.
Conclusiones: El ser la única Unidad de HD pública acreditada por la ACSA ha supuesto para nuestro Hospital un reconocimiento por las Autoridades Sanitarias; para el paciente, hemos superado su nivel de satisfacción, confianza y seguridad en nosotros y para nuestro Servicio nos ha llevado a introducir la cultura de búsqueda de áreas de mejora.Es muy importante tener en cuenta que la acreditación de calidad no es sólo conseguir un nivel de acreditación sino mantenerse y al mismo tiempo intentar conseguir un nivel superior. Animamos a acreditarse a las Unidades de HD,ya que es el mejor camino para impulsar la mejora contínua.

C-63

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES EN SALUD DEL SNS

VANNEREAU SANCHEZ, DV.

Centro: Agencia de Calidad del SNS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Estrategia metodología

Resumen
Objetivos:
1.Aumentar la cohesión y coordinación entre las CCAA, así como la equidad y la mayor calidad posible.
2.Abordar las patologías más prevalentes y/o con mayor carga socioeconómica de forma integral, desde la prevención/ educación a la población, tratamiento y rehabilitación hasta la formación de profesionales, coordinación entre los distintos niveles asistenciales e investigación básica y traslacional.
Material y método: Se han elaborado y aprobado por el CISNS 8 estrategias de salud, en cáncer(2006), cardiopatía isquémica(2006), diabetes(2006), salud mental(2006), cuidados paliativos(2007), ictus(2008), EPOC(2009) y enfermedades raras(2009). La metodología general de elaboración de las estrategias sigue el clásico esquema de mejora continua PDCA. El "ciclo vital" de una estrategia se divide en 4 fases: Elaboración, Implantación y Seguimiento, Evaluación y Actualización.
Se han desarrollado desde la Agencia de Calidad del SNS con la colaboración y consenso de las 17 CCAA, sociedades científicas (SSCC) de múltiple ámbitos y asociaciones de pacientes. Una de las máximas ha sido el consenso, el acuerdo de todos los actores sanitarios, empezando por el del paciente y junto con la mejor evidencia científica, contando con los mejores expertos nacionales en cada materia.
RESULTADOS: Uno de los principales logros de las estrategias ha sido poner a los diferentes actores sanitarios a trabajar en una misma dirección y objetivos, alcanzándose en todos los casos un acuerdo común. Respecto a los resultados obtenidos en cada una de ellas, se han evaluado hasta el momento 5 de las 8 estrategias y otras 2 se encuentran en periodo de evaluación. Los resultados alcanzados en las evaluaciones son diversos en cada una de las estrategias, en general se ha mejorado en la calidad asistencial de las mismas y aunque se han encontrado múltiples dificultades para la obtención de datos, las evaluaciones han establecido una línea base sobre la situación real de cada una de las enfermedades en España. Se han financiado desde el 2006 unos 70 proyectos al año para que las CCAA implementen las estrategias, así como proyectos FIS y de ETS.
Conclusiones: Las estrategias están sirviendo para que todas las CCAA aúnen y unifiquen sus esfuerzos e intervenciones en una misma dirección, evidenciando la necesidad de continuar mejorando en el abordaje integral de las diferentes patologías así como en la obtención de datos. También para fomentar la cultura de la calidad asistencial entre los actores sanitarios.

C-64

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE ALMERÍA EL ACEBUCHE.

CRAVIOTTO MANRIQUE, I; ESTEBAN ALONSO, MJ y TOBIAS MANZANO, A.

Centro: DISTRITO SANITARIO DE ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: TABACO, CENTRO PENITENCIARIO
Resumen
Objetivos: Implementar un programa de deshabituación tabáquica en el Centro Penitenciario de Almería.Establecer líneas de colaboración en materia de promoción de salud entre el D. S. Almería y el C. Penitenciario.Promover un cambio de cultura respecto al consumo de tabaco.Promover hábitos saludables que mejoren el bienestar general de las internas y los trabajadores del centro. Ayudar a las internas y a funcionarios a reducir o eliminar el consumo de tabaco.
Material y métodos: El primer contacto de la Unidad de Apoyo al Plan Integral de Tabaquismo del D.S. Almería con el Centro fue a través del programa Empresas Libres de Humo, mediante la formación de un grupo de deshabituación tabáquica para los funcionarios del centro. Posteriormente, se formó a una enfermera como referente de tabaco en el C.P. para asegurar la continuidad del programa.El pilotaje

con internas comenzó en el módulo de mujeres, donde se realizó una charla de sensibilización sobre tabaco, se les pasó una encuesta de consumo y se les ofertó un taller para dejar de fumar. Tras finalizar el taller el Centro colaboró con el D.S. Almería, organizando la I semana de hábitos saludables en el módulo de mujeres.
RESULTADOS: En el taller realizado para los funcionarios en 2009, asistieron 8 varones, de los cuales 4 dejaron de fumar al finalizar las sesiones y 2 siguen sin fumar al año. Se formó en deshabituación tabáquica a una enfermera del Centro. En cuanto al módulo de mujeres, asistieron todas a la sensibilización, mostrando interés en dejar de fumar 23, se seleccionaron 12 por motivación y disponibilidad horaria de las cuales 4 dejaron de fumar y el resto redujo el consumo entre un 20-40 %. En la semana de Hábitos Saludables participaron en el concurso de relatos sobre el tabaco, concurso de carteles y eslogan sobre hábitos saludables, desayuno saludable, actividad física en el patio y asistieron a charlas de sexualidad y alimentación.
DISCUSIÓN: A pesar de la dificultad para trabajar con este colectivo, se ha conseguido sensibilizar tanto a la Dirección como a los sanitarios de la importancia de seguir trabajando en esta línea fomentando hábitos saludables.
CONCLUSIONES: El trabajo con internos es complejo y requiere mucho seguimiento y continuidad, por tanto, esta experiencia no debería quedarse en una actividad puntual sino que deber ser un recurso sanitario más que ofertar tanto a trabajadores como a internos, por ello es fundamental seguir formando a los sanitarios del centro para poder dar cobertura al resto de módulos.

C-65

EVALUACIÓN DE EFECTO QUE TIENE LA TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PACIENTES HIPERTENSOS

NUÑEZ MONTENEGRO, AJ; CABELLO ALCALÁ, P; SANTOS PEREZ, JJ; VALDES SOLIS, AP; DELGADO VIERA, R y POZO MUÑOZ, F.

Centro: Área: Sanitaria Norte de Malaga
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: HIPERTENSIÓN, TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
Resumen
INTRODUCCIÓN: La terapia de resolución de problemas es una técnica cognitivo-conductual para la resolución de situaciones de estrés caracterizada por su brevedad y facilidad de aplicación.
Objetivos:
- Evaluar si la terapia de resolución de problemas influye favorablemente en el afrontamiento de los pacientes hipertensos.
- Valorar si la aplicación de la terapia de resolución de problemas contribuye a mejorar las cifras de tensión arterial del paciente hipertenso.
MATERIAL Y METODOS Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 40 pacientes divididos en un grupo control (20) y otro de intervención (20), mediante muestreo aleatorio simple.
La intervención se realizó previa aleatorización en régimen de consulta (t0) y se hizo seguimiento a los 7(t1), 14(t2), 21(t3), 28(t4), 35(t5) y 42(t6) días.
RESULTADOS: Aplicando EPIDAT, tablas de contingencia 2x2 simples obtenemos una O.R. de 10.2. Es decir, la intervención multiplica la probabilidad de éxito en la mejora del afrontamiento al menos 10.2 veces y una Ji cuadrado con una $p < 0.00001$. La relación logística univariada arroja los mismos resultados. Posteriormente se aplicó la relación logística controlando la edad y nivel cultural. Puesto que el estudio fue aleatorizado, en principio, no haría falta hacer tal control de variables potencialmente confusoras. Pero, teniendo en cuenta que los tamaños de muestra son ciertamente pequeños, hemos considerado que tal precaución es correcta. En cuanto a la disminución de las cifras de TA, aplicando EPIDAT con tablas de contingencia 2x2 simples, obtenemos una O.R. de 1.15 y una Ji cuadrado con un valor de $p<0.02$ con igual valor de la prueba exacta de Fisher.
DISCUSIÓN: no se han encontrado estudios del efecto que tiene esta técnica sobre la HTA aunque si sobre

otros problemas con resultados similares. CONCLUSIONES: Estos resultados, nos llevan a dos conclusiones:
- La terapia de resolución de problemas influye de forma muy significativa en la mejora del afrontamiento de los pacientes hipertensos.
- La aplicación de la terapia de resolución de problemas mejora en un alto porcentaje las cifras de tensión arterial en éstos pacientes.

C-66

ANÁLISIS DE LOS DIAGNÓSTICOS QUE PREDICEN LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES FRÁGILES TRAS EL ALTA HOSPITALARIA.

NUÑEZ MONTENEGRO, AJ; CABELLO ALCALA, P; VALDES SOLIS, AP; SANTOS PEREZ, JJ; DELGADO VIERA, R y CORDOBA GARRIDO, L.

Centro: Área: Sanitaria Norte de Malaga
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Ulceras, Presión, diagnósticos y paciente frágil
Resumen
INTRODUCCIÓN: El informe de continuidad de cuidados y en especial el de carácter urgente, es un instrumento fundamental para medir el grado de dependencia con el que un paciente frágil es dado de alta del hospital.
Objetivos:
- Analizar los Diagnósticos enfermeros más prevalentes al alta del paciente
- Analizar la correlación entre los diagnósticos enfermeros al alta de hospitalización y la aparición de úlceras por presión al mes siguiente al alta
MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de todos los informes de continuidad de cuidados urgentes desde el 1 de enero de 2008 hasta 31 de diciembre de 2008. Durante este periodo se han emitido 210 informes de continuidad de cuidados urgentes (117 hombres y 93 mujeres), de los cuales 11 ingresaron con una úlcera por presión y 51 la desarrollaron durante el ingreso y 19 lo hicieron durante el mes siguiente al alta. Lo cual nos da una incidencia de úlceras por presión en el hospital del 25.62% y una incidencia al mes del alta del 12.83%. Al realizar el análisis bivariante de los diagnósticos enfermeros frente al desarrollo de úlcera por presión al mes obtenemos los siguientes datos:
Diagnostico enfermero OR (IC 95%) p
Riesgo de infección 3,58 (1,127-11,37) p= 0,27
Dolor 2,84 (1,066-7,6) p= 0,41
DISCUSIÓN: no se han encontrado estudios en los que relacionen diagnósticos enfermeros con la aparición de ulceras por presión por lo tanto no se puede comparar con otros, pero si afloramos la idea interesante de que con un mayor control sobre este tipo de pacientes que presentan determinados diagnósticos se puede reducir el impacto.
CONCLUSIONES: Estos resultados nos indican que debemos prestar una especial atención a los pacientes frágiles que son dados de alta con los diagnósticos enfermeros de dolor y/o riesgo de infección ya que presentan un mayor riesgo de desarrollar una úlcera por presión en los 30 días siguientes al alta con las consiguientes consecuencias socio-sanitarias que esto conlleva

C-67

GRADO DE CONTROL METABOLICO EN NIÑOS DIABETICOS TRAS LA IMPLANTACION DEL PROCESO DIABETES

MOMBLAN DE CABO, J*; GOMEZ LLORENTE, JL; OLIVA PEREZ, P; GARCIA ESCOBAR, I y BONILLO PERALES, A.

Centro: SERVICIO PEDIATRIA HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: DIABETES PROCESO ASISTENCIAL NIÑOS
Resumen
Objetivos: La Hemoglobina glicosilada (HB1Ac) está estrechamente relacionada con la glucemia en los meses previos a su determinación. Los mejores resultados de salud en los niños diabéticos se consiguen cuando se cumplen los siguientes **Objetivos:** HbA1 < 8,5% en niños menores de 6 años, HbA1 < 8% para niños entre 6-12 años y HbA1 < 7,5% en mayores de 12 años. Tras la implantación del proceso diabetes en

el Servicio de Pediatría se realiza educación diabetológica sistemática a todos los padres de niños diabéticos y a los niños mayores de 7 años, controles de HbA1 capilar semestral en CCEE, se ha incrementado el tiempo de consulta para pacientes diabéticos y en el año 2009 se crea una consulta específica de diabetes. Nuestro objetivo es conocer el grado de control metabólico en nuestros pacientes tras implantar los indicadores del proceso diabetes y evaluar los cambios de HbA1 en los últimos 3 años.
Material y Métodos: Analizamos la evolución de la HB1A venosa de 75 niños diabéticos atendidos en Consulta de Endocrinología Pediátrica durante los años 2008, 2009 y 2010 (ANOVA) y el grado de control metabólico en los diferentes tramos de edad.
Resultados: Año 2008: media de HBA1c en menores de 6 años 8.1% (75% de los niños < 8,5%), entre 6-12 años 8.8% (25% de los niños < 8%) y mayores de 12 años de 8.6 % (en el 16% de los casos por debajo de 7.5). Año 2009: media de HBA1c en menores de 6 años del 8.4% (el 35% de los niños HbA1< 8,9%), entre 6-12 años: 8.8% y en mayores
de 12 años: 8.7 % (con un 17.2% de niños por debajo de 7.5%). Año 2010: media de HBA1c en menores de 6 años 8.1% (el 85% de los pacientes HbA1 < 8,5%), entre 6-12 años: 8.4% (el 40% con HBA1 < 8%) y mayores de 12 años de 8.6%, de los cuales sólo el 20% tuvieron HbA1 < 7,5%. La media global de HBA1c en estos tres años ha sido 8.6%, 8.5% y 8.4% en los años 2008 2009 y 2010 (F:1,6, p:NS).
Discusión: Nuestro trabajo coincide con numerosos estudios que manifiestan el difícil control metabólico de los niños diabéticos, y las
dificultades del control metabólico conforme aumenta la autonomía de los niños.
Conclusiones: * Observamos mejor control metabólico en niños menores de 6 años, con alta prevalencia de mal control metabólico en adolescentes, que probablemente requieran intensificar su seguimiento y educación dibetológica.
*Los objetivos de salud en niños diabéticos están estrechamente relacionados con los niveles de HbA1c, que debe ser el indicador fundamental para evaluar las necesidades asistenciales de estos pacientes.

C-68

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y MUERTE DEL PACIENTE PALIATIVO ONCOLOGICO Y SU CUIDADORA SEGUN NIVEL DE INTERVENCIÓN.

NUÑEZ MONTENEGRO, AJ; CABELLO ALCALA, P; PEREZ SANTOS, JJ; DELGADO VIERA, R; GARCIA GONZALEZ, MA y SEGURA SCHULZ, C.

Centro: Área: Sanitaria Norte de Malaga
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: paliativo oncologico caliad de vida
Resumen
Introducción. Las posibilidades en atención al paciente paliativo difieren dependiendo del grado de implantación del PAI de Cuidados Paliativos, este estudio pretende evaluar la efectividad de las distintas intervenciones en cuidados paliativos. La mayoría de los estudios previos se han centrado en el lugar más adecuado donde morir, o la calidad de vida de los pacientes sobre todo al inicio del proceso de los cuidados paliativos y no al final.
Objetivo. Evaluar en pacientes oncológicos terminales la efectividad de intervención con distintos niveles de intensidad y a través de la calidad de vida y muerte del paciente y la salud de la cuidadora
Material y Métodos. Diseño. Formato cuasi-experimental con grupo control no equivalente. Sujetos: pacientes oncológicos/as y cuidadores/as. Variables independientes: cada uno de los cinco niveles de intervención detectados.
Variable de resultado principal: Calidad de vida y muerte del paciente .
Variables secundarias: salud de la cuidadora.
Discusión. En el inicio y desarrollo del proyecto uno de los niveles de intervención ha desaparecido prácticamente de la geografía andaluza. Por otro lado los datos nos confirman la dificultad de trabajar con este tipo de pacientes. Son pacientes muy inestables y de difícil manejo en el estadio o fase final de la enfermedad,

por las múltiples necesidades y el requerimiento de un gran número de cuidados.
Resultados. Por tanto el primero de los resultados que podemos afirmar es la afortunada desaparición, por aumento de personal especializado para los cuidados, del nivel de intervención nulo. La dificultad para la captación de pacientes casi un 7% de los pacientes reclutados en el inicio salen fuera del estudio por tener una supervivencia inferior a 15 días a Marzo 2009 y con un 30% de muestra captada.
El estudio lleva en marcha 12 meses y se han trabajado 90 casos de los cuales solo 71 están en estudio por tanto el promedio de captación es de 5,92 pacientes por mes .
La distribución de la captación, la finalización y el rechazo no es uniforme en los distintos niveles siendo más complicado el trabajo en niveles organizativos con menos estructura.
La obtención del mapa andaluz de referencia y clasificado en función del nivel de intervención.

C-69

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS QUIRURGICA EN NEUROCIRUGÍA.

GIMENEZ RAMOS, M.; ALFEREZ GARCIA, I.; NAVARRO MENDEZ, I.; PEÑA POU, R. y MENOYO ALONSO, B..

Centro: C.H. CIUDAD DE JAEN
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ANTIMICROBIANOS, PROFILAXIS QUIRURGICA, PROTOCOLO
Resumen
Objetivo: Dado el elevado consumo de antimicrobianos e infecciones postquirúrgicas, la Comisión de Infecciones acordó realizar una revisión y actualización del protocolo de profilaxis quirúrgica del servicio de neurocirugía y posteriormente realizar una auditoría para valorar el cumplimiento. El objetivo es evaluar el grado de cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica establecido en nuestro hospital por la Comisión de Infecciones (CI) en el servicio de neurocirugía. **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de dos meses de duración. El tamaño muestral para el estudio se obtuvo de la siguiente forma: el cálculo se realizó sobre la base de las intervenciones realizadas los seis primeros meses del año en el servicio de neurocirugía, siendo un total de 43 pacientes. Para la recogida de datos se elaboró una hoja indicando: sexo, edad y tipo de intervención quirúrgica. Para la evaluación del cumplimiento del protocolo de profilaxis quirúrgica se valoraron los siguientes parámetros: antibiótico/dosis (Cefazolina 2g dosis única una hora antes de la intervención, y si se prolonga más de 4 horas la cirugía una dosis más. En pacientes alérgicos a beta-lactámicos Vancomicina 1g dosis única más Gentamicina 2mg/Kg) y duración postquirúrgica (Cefazolina 1g cada 6h durante 24h y en caso de alérgicos a beta-lactámicos Vancomicina 1g cada 12h durante 24h). **Resultados:** Se estudió el protocolo de profilaxis de 43 pacientes, 21 hombres (48,9%) y 22 mujeres (51,1%) con una edad media de 47,3 años. Los tipos de intervención que se incluyeron en el estudio fueron laminectomía (62,8%), discestomía (18,6%), craneotomía limpia (16,2%) y colocación de válvulas de derivación (2,4%). Según el protocolo establecido por la CI, la profilaxis quirúrgica fue correcta en relación antibiótico/dosis en el 100%. En cuanto a la duración fue correcta en 30 de los casos (69,8%) e incorrecta en 13 (30,2%). La causa de incumplimiento de la profilaxis antibiótica fue por prolongación de la duración de la dosis postquirúrgica. **Conclusiones:** El cumplimiento de la profilaxis antibiótica, de gran importancia en la prevención de la infección hospitalaria fue adecuada en el 69,7% de los casos. Destaca un elevado porcentaje (30,4%) de prolongación de profilaxis Es importante analizar los datos del servicio y poner de relieve las causas de incumplimiento para poder establecer medidas correctoras, poder reducir la incidencia de infección y coste económico.

C-70

MEJORA METODOLÓGICA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS ALTAS Y DE LA HISTORIA CLÍNICA EN HOSPITALIZACION

SOTO TORRES, M; DE LAS PEÑAS CABRERA, MD; ARNEDILLO MUÑOZ, A; DE LOS SANTOS MORENO, A; BARTHA DE LAS PEÑAS, I y BIEDMA ÁLVAREZ, D.

Centro: HOSPITAL PUERTA DEL MAR
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: HISTORIA CLÍNICA INDICADORES CALIDAD EVALUACIÓN
Resumen
Objetivos: La comisión de Historias Clínicas (HHCC) del HUPM de Cádiz, tiene como objetivo conseguir la mejora continua de la cumplimentación y uso de la HHCC. Para optimizar la evaluación dpv formal y de calidad, del informe de Alta, y la HHCC durante la hospitalización, rediseñamos nuestro baremo de evaluación, en formato Excel.
Material y método: Se realiza una selección de diez historias mediante muestro aleatorio simple. (Fuente CMBD). Dos miembros de la Comisión evalúan de forma independiente. Evaluación del Informe de alta. Formal exclusivo: Datos administrativos, presencia (1) o ausencia (0). Formal y de calidad: motivo de consulta (0/1); Antecedentes familiares (0/1); Antecedentes personales, enfermedad actual, exploración específica, pruebas complementarias, evolución y comentarios, tratamiento quirúrgico realizado, Diagnóstico Principal, Tratamiento médico, Recomendaciones al alta; (0/4). La Exploración General, Diagnósticos secundarios; que se puntúan 2 dpv formal y de calidad 4. HHCC durante la estancia hospitalaria. Se evalúa: Formal exclusivo: Presencia de Hoja de preanestesia, hoja de anestesia en pacientes quirúrgicos exclusivamente, de 0 a 1. Formal y de calidad: AP, EA, Exploración Específica, Juicio Clínico, Evolución Diaria, Hoja de Tratamiento, Consentimientos Informados, Hoja de Intervención, Informe AP; de 0 a 4. La Exploración General, se puntúa de 0 a 2. De calidad exclusivo: la legibilidad de la HHCC (0/4), Presentación Final (0/2). Referido st al ordenamiento de toda la documentación al Alta, según Reglamento de Uso y Cumplimentación de la HHCC versión 2009.
RESULTADOS. Desde Abril de 2008, hemos evaluado: 18 Servicios. La máxima puntuación del global Formal 85. Dpv de calidad, 86. Servicios Evaluados: C.Cardíaca: 49.8/37.5; Neonatología: 70.1/ 71.5; Digestivo 58.5/ 67. Pediatría: 68.7/ 69.5; C.General: 59.35/ 53.24; Obstetricia: 73.6/ 75.8; UCPM: 85.4/ 82.6.
Discusión: Estamos revisando los ítems de valoración para incorporar las recomendaciones del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
Conclusiones: Es una herramienta que nos ha permitido homogeneizar la evaluación de forma más objetiva pero en la dinámica de mejora continua, requiere un nuevo diseño para incorporar la normativa vigente.

C-71

APLICACIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN DE PATOLOGÍA CRÓNICA, ENFOCADOS A LA INTEGRACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Muñiz Estancona, K; Marqués Gonzalez, ML; Arteagoitia Gonzalez, ML; Illarramendi Lertxundi, A; Cortazar Galarza, A y Quintana San José, B.

Centro: Centro de Salud de Alango
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: MODELO GESTIÓN CRÓNICOS
Resumen
Objetivos: Proyecto para implementar los modelos Chronic Care Model (CCM) y de estratificación de riesgos (Kaiser Permanente) sobre una población diana de pacientes diabéticos tipo II. Se han realizado intervenciones para pilotar el modelo, evaluar su efectividad y medir la satisfacción de

pacientes y profesionales.
MATERIAL Y MÉTODOS: Se crea un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras y administrativos de Atención Primaria (AP) y de Atención Especializada (AE), y gestores sanitarios. El equipo seleccionó intervenciones en las 6 áreas del modelo CCM:
-COMUNIDAD. Acuerdos con agentes comunitarios (ayuntamientos, servicios sociales y asociaciones de diabéticos) para publicitar la cartera de servicios, promover intervenciones saludables y homogeneizar la información.
-SISTEMA SANITARIO. Proyecto liderado por la dirección de la comarca de AP. Las intervenciones están incluidas en el "Contrato Programa".
-AUTOCUIDADO. Se diseña y pone en marcha un plan estructurado de formación: formación a formadores y formación a pacientes y cuidadores (individual y grupal). Se elabora el Plan de Cuidados Compartido, que recoge el servicio que ofrece el equipo de salud y el compromiso del paciente a cumplir los objetivos propuestos.
-PROVISIÓN DE SERVICIO SANITARIO. Integración de AP y AE: la atención de los pacientes diabéticos tipo 2 es responsabilidad del equipo de AP y la AE actúa como consultor. Se potencia el rol de enfermería en la gestión de consultas. Se simplifica el protocolo de visitas. Se realiza una estratificación de pacientes basado en ACGs y HbA1C. Se inician sesiones de valoración conjunta AP-AE de los pacientes más complejos.
-APOYO AL CLÍNICO. Se adopta la nueva Guía de Práctica Clínica de la diabetes (2009) y se implementa la nueva Oferta Preferente.
-SISTEMAS DE INFORMACIÓN. Historia Clínica electrónica compartida. Teleconsultas de enfermería. Call Centre: servicio de recordatorio y refuerzo del tratamiento. Desarrollo de una página web.
CONCLUSIONES: El desarrollo del proyecto está permitiendo optimizar la coordinación e integración del equipo de profesionales que tratan a los pacientes diabéticos, simplificar el circuito de consulta y dar una mayor accesibilidad a la AE cuando es necesaria. La formación de los pacientes está aumentando su capacitación y responsabilidad para manejar la enfermedad. Mediante estas intervenciones esperamos que tanto los pacientes como el equipo médico hagan uso de los recursos sanitarios de una manera más eficiente.

C-72

GESTIÓN SEMIAUTOMATICA DE NECESIDADES DE MATERIALES FUNGIBLE SANITARIO

Alvarez-Ossorio Piñero, JA y Casas ^Paredes, SC.

Centro: Hospital Universitario de Valme
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
Tomando como punto de partida el objetivo de dar cobertura a las necesidades asistenciales de los servicios que integran el Área Hospitalaria, se han puesto en marcha el proyecto logístico de detección de necesidades semiautomáticas de necesidades de materiales fungibles sanitarios.
La base metodológica tiene como herramientas principales:
1. La implantación de la cultura just in time (Kanban) en todos los centros de consumo del Hospital Universitario de Valme.
2. El análisis económico y funcional de la metodología implantada.
Partiendo de la base de una cultura de suministro tradicional, se introducen SLA´s para adaptarlo a las nuevas tendencias en gestión sanitaria. Estas nuevas tendencias se centran en:
a) Stocks adecuados al consumo, dimensionando los puntos logísticos con las existencias necesarias para la correcta prestación de su servio asistencial.
b) Reducción de los circuitos funcionales a 24 horas, completando el circuito logístico (solicitud-pedido-reposición) en 24 horas.
c) Incorporación de un software de

gestión de necesidades, el cual formaliza las solicitudes mediante lectura por código de barras.
d) Implantación de la cultura just in time por tarjetas Kanban.
e) Mayor control de los puntos logísticos.
La incorporación de estas nuevas técnicas de gestión, así como la total implicación de los profesionales del Hospital en las mismas, ha proporcionado notables beneficios a la gestión logística y de compras del Área Hospitalaria, destacando:
1.- Optimización del espacio físico: liberando espacios en almacenes de consumo y recuperándolos para otras necesidades del Hospital.
2.- Mayor eficiencia en la gestión logística: reducción tiempos preparación de pedidos, reducción de peticiones urgentes, circuito funcional en 24 horas.
3.- Reducción de consumos, al ajustarse a las necesidades reales, y eliminación de caducidades.
4.- Mayor control de los almacenes por la Unidad Logística y menor dedicación al almacén del personal sanitario.
5.- Depuración de referencias necesarias para el desempeño de su actividad en los servicios.

C-73

CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE CAMAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

ALGUACIL HERRERO, MD; CANTIZANO GARCIA, P; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, A; CASTRO TORRES, A; JIMENEZ PEREZ, I y RODRIGUEZ SANCHEZ, M.

Centro: Hospital U. Puerta del Mar
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Gestión clínica seguridad eficiencia hospitalización personalización
Resumen
Objetivos. Adecuar la distribución de camas a las necesidades asistenciales de cada servicio/UGC.
Gestionar eficientemente el recurso "cama".
Agilizar la gestión de altas, traslados e ingresos.
Aumentar la seguridad de los pacientes.
•Ingresar a los pacientes en función de su unidad de hospitalización de referencia, complejidad, necesidades asistenciales y de cuidados.
•Evitar traslados intra-hospitalarios ajenos a las necesidades asistenciales y de cuidados.
•Potenciar el uso adecuado de las herramientas "útiles" en la gestión de camas. •Crear de una herramienta que permita conocer a tiempo real el mapa de ocupación de camas del hospital y por servicio/UGC, número de ectópicos y procedencia.
Metodología. Elaboración de una herramienta de seguimiento periódico tras el estudio con diseño descriptivo y longitudinal con las siguientes fases:
•Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar
•Análisis por servicio / Unidad del los año 2008 y primer semestre 2009 de las siguientes variables:
•Estancias (reales, medias, evitables) ,indice utilización estancias, ocupación, pacientes ectópicos, complejidad, dependencia, presentación a cargos intermedios y profesionales y búsqueda del consenso
•Ejecución y adecuación del Plan de gestión de camas.
RESULTADOS
•Redistribución de recurso cama en función de los indicadores descritos
•Creación de un cuadro de mandos con información sobre ocupación de camas, ectópicos, preingresos y prealtas. •Difusión del cuado de mandos, todos los días laborables a las 9:00 am y a las 13:00 a todos los Cargos intermedios (Directores de UGC, Jefes de Servicio y Supervisores).
•Mejora importante de los indicadores de seguimiento (reducción de los ectópicos, reducción de la estancia media y de las estancias evitables.
Conclusiones. La creación y difusión de un cuadro de mandos de seguimiento diario de nuestro plan de Gestión de camas constituye herramienta, que permite conocer a tiempo real el mapa de camas del hospital, así como el poder establecer medidas correctoras de forma casi inmediata, con la colaboración de todos los profesionales. También ha supuesto una

oportunidad de mejora sin precedentes en la institución, en el sentido de que con el trabajo en equipo de las direcciones asistenciales y la búsqueda del consenso con los profesionales, el centro dispone de una herramienta que permite una mejor gestión clínica centrada en las necesidades asistenciales de sus pacientes y una atención a las mismas más eficiente por parte de sus profesionales.

C-74

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA INSTAURACIÓN DE GUÍAS DE AUTOCUIDADO EN PATOLOGÍA LEVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

GUTIERREZ SEQUERA, JL; PANIAGUA URBANO, D; GALAN SANCHEZ, B; COSANO SANTIAGO, JM y POYATO LUQUE,

Centro: Distrito Sanitario Guadalquivir
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Guías de autocuidado, Atención Primaria, Frecuentación
Resumen
INTRODUCCIÓN. Pretendemos hacer una intervención sobre pacientes con Patologías Leves Prevalentes, de modo que evaluemos el impacto que conlleva realizar actividades de prevención y promoción de la salud sobre la población que consulta por dichas patologías, y si con dicha intervención conseguimos una educación sanitaria de la población en estas patologías.
OBJETIVOS. Evaluar la intervención sobre la población a través de una herramienta elaborada para el abordaje de patologías leves prevalentes en Atención Primaria con el objetivo de disminuir la presión asistencial y mejorar la atención a los pacientes en dichas patologías leves (mediante información y asesoramiento sobre la patología). DISEÑO
Estudio multicéntrico, descriptivo (cuantitativo y cualitativo), transversal, con intervención sanitaria.
EMPLAZAMIENTO
Estudio multicéntrico, donde participan los centros de salud cabecera de 8 Unidades de Gestión Clínica de un Distrito Sanitario de ámbito rural.
MATERIAL Y MÉTODOS. Criterios de inclusión: La población seleccionada serán varones y mujeres mayores de 14 años y menores de 85 años que, habiendo acudido a la consulta de MF hayan consultado por una de las siguientes patologías prevalentes leves:
- Fiebre en adulto, Odinofagia, TCE en adulto, Lumbalgia, Tos, Vómitos-Diarrea, Cefaleas, CVA, Cervicalgia
Metodología e intervenciones: -Se realizará la intervención sobre los pacientes vistos por los 8 responsables de implantación de la GUAPA en adultos. De modo que cada responsable hará una intervención sobre 36 pacientes (18 a los que sí se dio GUAPA y 18 a los que no se le dio). Además de entregar y explicar la guía GUAPA, se le pasará una encuesta con 8 ítems donde se pretenderá hacer una valoración cualitativa de la intervención. El paciente deberá de dar su consentimiento (que quedará reflejado) y rellenar la encuesta en la misma consulta.
-Tras pasar los 3 meses del inicio de la intervención, se realizará una auditoría de los 288 pacientes de la muestra (144 sobre los que se realizó intervención y 144 a los que no). En la auditoría observaremos si estos pacientes que sí tuvieron intervención, volvieron a consultar por la misma patología en las 48h siguientes.
APLICABILIDAD
Aplicación práctica elevada ya que realizamos una intervención en promoción y prevención de la salud sobre una población con el objetivo de realizar una educación sanitaria de calidad y con ello disminuir las policonsultas y presión asistencial en las patologías leves seleccionadas.

C-75

CLASIFICACION AVANZADA EN ATENCION PRIMARIA. LA ENFERMERA RESUELVE

GUTIERREZ SEQUERA, JL; POYATO LUQUE, I; PANIAGUA URBANO, D; GALIANI RAMOS, MD; ALCALA AGUILERA, B y COSANO SANTIAGO, JM.

Centro: Distrito Sanitario Guadalquivir
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Triage, Gestión compartida, Práctica Avanzada

Enfermera

Resumen

Introducción. La puerta de entrada en AP es la consulta médica. El compromiso de cita médica en 24h no da respuesta al 11,68% de las peticiones,
que rechazan la cita asignada y solicitan asistencia inmediata. La Unidad de atención ciudadana no puede clasificar. Se observan circuitos anómalos que merman la accesibilidad y una adecuada resolución de los casos.

Descripción. En respuesta a esta situación se implanta la consulta de enfermería a demanda (1 hora diaria), y se establece el Protocolo de Atención a Pacientes que Solicitan Asistencia Inmediata, que son previamente valorados por la enfermera, clasificándolos en 4 tipos:

Tipo 1. Atención médico-enfermera inmediata.

Tipo 2. Atención médico-enfermera demorable en el día.

TIpo 3. Resolución parcial por la enfermera. Cita médica normal.

TIpo 4. Resolución total por la enfermera.

Sólo un 2.68% de los casos requería realmente atención médica inmediata. Un 63% fue resuelto parcialmente por la enfermera y se asignó una cita médica en agenda normal. Un 27% fue resuelto totalmente por la enfermera.

CONCLUSIONES. La enfermera puede ser puerta de entrada y salida, y su capacidad de resolución es elevada. El escenario de prescripción enfermera
potencia esta realidad. La enfermera puede ser protagonista en un escenario de gestión compartida de la demanda. Se puede avanzar más mediante la generación de algoritmos de decisión en la capacidad de resolución de situaciones clínicas leves.
La petición de pruebas complementarias potenciaría aún más la capacidad de decisión.

P-1

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL USO ADECUADO DE LINEZOLID.

VÁZQUEZ VELA, V; RODRÍGUEZ MATEOS, ME; DOMÍNGUEZ CANTERO, M; GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA, T; MOYANO PRIETO, I y MANZANO MARTÍN, V.

Centro: H. U. PUERTA DEL MAR
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: LINEZOLID. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

Resumen

OBJETIVO: Evaluar la contribución del farmacéutico en el uso adecuado de Linezolid según un procedimiento implantado por el Servicio de Farmacia.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes tratados con Linezolid. Año 2009. Se valoró la adecuación de Linezolid según el procedimiento: 1) Solicitud en impreso normalizado. 2) Revisión datos analíticos-microbiológicos. 3) Intervención farmacéutica (IF). 4) Interconsulta al internista en caso necesario. Se diseñó una base de datos para registrar las peticiones. Variables registradas: datos paciente, unidad de ingreso, médico, indicaciones de uso, otras indicaciones no autorizadas (justificación), fecha de inicio, nº dispensaciones, fecha/causa finalización, farmacéutico que valida, IF y consulta al internista (si/no). Análisis mediante el programa SPSS.

Resultados: Se registraron 79 pacientes en tratamiento. 15 iniciaron tratamiento sin validación farmacéutica previa. Pérdidas: 8. Diagnósticos principales en indicaciones aprobadas por la Comisión de Farmacia y Terapéutica: infección de piel y partes blandas (IPPB) 36, neumonía 24, infección por enterococo multirresistente 4, necesidad de uso de glucopéptidos en pacientes sin acceso venoso 2. En indicaciones no aprobadas: neumonía en niños 2, infección sistema nervioso central 1, tuberculosis refractaria 2. Servicios más prescriptores: UCI adultos y Medicina Interna. Intervenciones Farmacéuticas: 30. Aceptadas 16: 3 suspensión de tratamiento por duración >28 días, 5 recomendaciones terapia secuencial, 1 detección reacción adversa grave (mielosupresión), 3 propuestas de alternativas en indicaciones no autorizadas, 2 indicaciones no justificadas y 2 ajustes de dosis en tuberculosis refractaria (uso fuera de ficha técnica). Interconsultas al internista: 8.

Discusión: Como describe la bibliografía, Linezolid se utilizó con mayor frecuencia en IPPB por MARSA y de elección en pacientes hospitalizados sin acceso venoso o ambulatorios, como alternativa a glucopéptidos. Se ha demostrado que el farmacéutico contribuye a optimizar los recursos sanitarios, en este caso, la intervención farmacéutica parece necesaria para aumentar la calidad asistencial y una racionalización de la antibioticoterapia.
Conclusiones: La adecuación del uso de Linezolid según el procedimiento fue elevada. La integración del farmacéutico en un equipo multidisciplinar en colaboración con los clínicos contribuye a mejorar la calidad de la prescripción y aumentar la seguridad de la utilización de Linezolid en pacientes hospitalizados.

P-2

VISITA PREQUIRÚRGICA Y RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN QUIRÓFANO

MEDINA RODRÍGUEZ, AF; BELLIDO VALLEJO, JC; PARDO MARTÍNEZ, T; FERRER ÁLVAREZ, MC; RUBIO RUIZ, MD y FERNÁNEZ FERRÓN, B.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Visita prequirúrgica. Valoración preoperatoria. Enfermera quirúrgica.
Resumen
Objetivos: Analizar la actuación de las enfermeras quirúrgicas en el abordaje preoperatorio del paciente.
MATERIAL Y MÉTODO Estudio observacional descriptivo-multicéntrico-longitudinal sobre la actividad de las enfermeras quirúrgicas. Muestra de conveniencia de enfermeras clínicas del área quirúrgica. Ámbito hospitalario SSPA y Ceuta. Tres fases de investigación: Enfermera Instrumentista (EI), Enfermera Circulante (EC), Enfermera de Anestesia (EA).Periodos de estudio: abr09-sep09, nov09-abr10, jun10-ago10. Registros específicos de actividades para cada una de las tres fases estudiadas. Variables: perfil de enfermeras, actividad quirúrgica, actividades sobre la visita prequirúrgica y la recepción del paciente en quirófano. Análisis descriptivo: variables cuantitativas media, desviación estándar y rango; variables cualitativas frecuencia y porcentajes.
Resultados: En la fase instrumentista han participado 92 enfermeras de 20 hospitales públicos con 884 registros. En la fase de circulante 127 enfermeras de 23 hospitales con 754 registros y en la fase de anestesia (no concluida) 47 enfermeras de con 282 registros. Se han identificado tres actividades para la EI y cuatro para las EC y EA relacionadas con la visita prequirúrgica y la recepción del paciente quirúrgico. La EI es la que más visitas prequirúrgicas realiza (31,3%). La EC es la que más valoraciones preoperatorias lleva a cabo (41,6%). La EA es la que con más frecuencia establece una relación profesional de confianza y asesoramiento con el paciente en los primeros momentos (93,2%).
DISCUSIÓN Las enfermeras quirúrgicas asumen roles distintos dependiendo del área de actuación del cual van a responsabilizarse durante la cirugía, en función de los cuales realizan distintas actuaciones en la atención preoperatoria del paciente.
A pesar de que las tres fases han sido estudiadas de forma independiente y en periodos de tiempo distintos, parece que se confirma un reparto de actividades. Tanto la visita prequirúrgica como la valoración preoperatoria presentan porcentajes de ejecución mejorables. Por el contrario la recepción/acogida del paciente y el establecimiento de una relación de confianza y asesoramiento presentan porcentajes altos.
CONCLUSIONES El abordaje preoperatorio del paciente que realiza la enfermera quirúrgica es distinto dependiendo del rol que va a desempeñar en la cirugía. Se necesita una revisión en mayor profundidad para conocer cómo las enfermeras quirúrgicas pueden mejorar la visita prequirúr-

gica y la valoración preoperatoria.
P-3

PLAN DE GESTION MEDIO AMBIENTAL DEL LABORATORIO CLINICO. ¿QUE HACEMOS POR EL MEDIO AMBIENTE?

Sanchez Navarro, MR; Samaniego Sanchez, M; Bueno Ortiz, S; Mora Vallellano, J y Samaniego Sanchez, C.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Politica medioambiental, Gestión medioambiental
Resumen
OBJETIVO Dar a conocer de una forma sencilla y didáctica los riesgos medio ambientales inherentes al trabajo en el Laboratorio, y la necesidad de adoptar medidas preventivas en materia de Salud y Medioambiente para evitarlos
MATERIAL Y METODOS Se realiza un análisis de la situación mediante investigación cualitativa, para lo cual se crea un GRUPO NOMINAL, con profesionales del Laboratorio y técnicos especialistas en medioambiente Se elabora un esquema, en formato póster, con el subtítulo ¿Qué hacemos por el medio ambiente? con el contenido siguiente POLITICA MEDIO AMBIENTAL. Compromiso: Llevar a cabo las actividades con el criterio del ahorro de los recursos naturales, prevención y control de la contaminación atmosférica, de las aguas de la red de saneamiento y del suelo, estableciendo procedimientos documentados, tanto durante el desarrollo de la actividad normal del Laboratorio como en casos de incidentes, accidentes y situaciones de emergencia. PLANIFICACION: Identificación de los aspectos medio ambientales de la actividad del Laboratorio: directos, indirectos, potenciales. Evaluacion del impacto ambiental (EIA): Criterios de valoración (gravedad, magnitud, frecuencia). Indice del valor de la intensidad del impacto (significancia: alta, media, baja). MAPA DE RIESGOS en forma de tabla en el que se describe: identificación, Impacto medioambiental y Medidas Correctivas MEDIDAS Y PLANES DE AHORRO **Objetivos:** Generales y específicos/ INDICADORES PLAN DE SEGUIMIENTO y PLAN DE EMERGENCIAS REGISTROS: Se elabora una ficha-registro para la gestión de riesgos LEGISLACION
Resultados: El esquema, sencillo y práctico, se ha colocado en la pared para dar a conocer a todo el personal del laboratorio, el conocimiento básico de la normativa sobre prevención de riesgos e impactos medio ambientales facilitando información elemental, sobre la identificación, estimación y control de riesgos, así como de las medidas individuales y colectivas a tener en cuenta para su prevención
CONCLUSION Se ha dado a conocer la normativa medioambiental Apreciamos, desde la su exposición una utilización más eficiente y correcta de los recursos. Hemos conseguido minimizar los riesgos medio-ambientales propios de la actividad profesional.

P-4

CALIDAD TOTAL. PLAN DE CALIDAD DEL ÁREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ. HUELVA.

Prada Peña, M; Camacho Pizarro, A; Paz Exposito, J; Bayo Lozano, E; Espinoza Guzmán, E y Garcia Fernández, C.

Centro: hjrj
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Plan de calidad,Estrategia
Resumen
OBJETIVO: Incorporar la calidad como elemento básico del modelo de gestión mediante el cambio cultural enfocado en la actitud, aptitud, conocimientos y pro actividad del profesional sanitario para conseguir el cumplimiento de los derechos y necesidades de los usuarios del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez(HJRJ) PLANIFICACION: ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Empleo de Técnicas de Trabajo en grupo: Usamos la Lluvia de ideas (Brainstorm) y la técnica de grupo Nominal, como herramientas de trabajo grupal para definir las diferentes ventajas e inconvenientes de los diferentes Modelos de calidad : E. F

.Q. M, JCAHO ISO-
9000 , el modelo de Calidad Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) concluimos utilizar como herramienta el Modelo de la ACSA, como herramienta de autoevaluación ya que permite reflejar el estado actual ó punto de partida en materia de calidad de acuerdo a las líneas marcadas por el SSPA DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO: Reuniones periodicas,los integrantes de la unidad de calidad en forma consensuada, decidieron iniciar la autoevaluación del Hospital con el análisis de los estándares mediante una ficha de recogida estándarizada, con la metología REDER modificada.
Conclusiones: Este trabajo ha permitido ir generando la estructura del sistema de calidad plasmado en áreas de mejora que conllevará cambios formales y tangibles, en toda la organización, de forma homogénea así como a establecer las directrices de calidad. La Implantación de la calidad Total del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez se resumen en 5 pasos a realizar: 1. CREAR CULTURA DE CALIDAD 2. CREAR LIDERAZGO EN LOS COORDINADORES DE CALIDAD DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES QUE HACEN PARTE DEL ÁREA HOSPITALARIA 3. INTEGRACIÓN DE CALIDAD TOTAL DEL ÁREA HOSPITALARIA EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS mediante su propio plan de CALIDAD 4. IMPLEMENTAR UNA METODOLOGÍA DE EVALUACION 5. MEJORA CONTINUA

P-5

ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO ANALÍTICO DE CASOS DIAGNOSTICADOS DE SÍFILIS EN EL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA ALMERÍA

ALONSO HUMADA, MS; SICILIA ENRIQUEZ DE SALAMANCA, A y MORALES TORRES, M.

Centro: Distrito de Atención Primaria Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SEGUIMIENTO, SÍFILIS
Resumen
Objetivos: Analizar el seguimiento analítico realizado a los pacientes con serologías de sífilis con RPR≥1/8 y describir la población seleccionada.
Material y método: La población de estudio corresponde a las personas con serología de lúes con RPR≥1/8, detectadas en el laboratorio y procedentes de atención primaria del Distrito Almería, desde junio de 2006 hasta mayo de 2010. Se considera seguimiento adecuado cuando hay, al menos, una serología de control con una disminución de la RPR de dos diluciones respecto a la inicial, considerándolo consecuencia de un tratamiento correcto. El análisis del seguimiento, adecuado/no-adecuado, se describe además en función del sexo, la nacionalidad y circunstancias como el hallazgo en el control de embarazo. La población de estudio se describe por edad y sexo.
Resultados: De las 1028 serologías positivas a lúes, halladas en el laboratorio en los cuatro años analizados, 86 (el 8,4% de los casos) presentan RPR≥1/8. En estos 86 casos, se encuentra seguimiento adecuado en un 24,4% de los casos y solo en uno de los 9 embarazos implicados. Del total de seguimientos adecuados, el 81% corresponde a población nacional. A ésta, se le realiza seguimiento en el 38,6% de los casos, mientras que en la extranjera baja a un 9,5% de los casos. En ninguna de las mujeres extranjeras se encuentran datos de seguimiento adecuado. Los casos detectados en mujeres suponen un cuarto del total de casos.
Discusión: Aunque tratamiento y seguimiento son actos independientes y sujetos a condicionantes diferentes, se considera que la razón principal del segundo es haber realizado el primero. Los seguimientos asumidos como inadecuados son por inexistencia de los mismos o por mantener un valor RPR estable, lo que plantea dudas razonables sobre un tratamiento adecuado. Es destacable la diferencia de casos entre hombres y mujeres, así como la menor edad de éstas y el alto porcentaje de hallazgos como consecuencia del embarazo (9 de 20 mujeres afectadas,

45%). Siendo semejante el porcentaje de casos entre extranjeros y nacionales, sin embargo, el seguimiento es inferior en los primeros.
Conclusiones: La sífilis sigue siendo un problema de salud pública en nuestro medio que necesita ser sospechado, diagnosticado y tratado adecuadamente. Las mujeres parecen estar en desventaja diagnóstica respecto a los hombres. Habría que comprobar si el bajo grado de seguimiento hallado se corresponde, o no, con un bajo nivel de tratamiento de los casos.

P-7

EL PRECIO DE UN DENTISTA

GARCIA PALMA, AL; PARRALES CARNEIRO, ME; MONTERO BALOSA, EN; MILLAN BRAVO, FA y NIETO REINOSO, AL.

Centro: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. DISTRITO S. SEVILLA NORTE
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ODONTOLOGO TADA PRECIO
Resumen
Objetivos En este estudio hemos analizado la actividad de los Odontólogos del Distrito Sanitario Sevilla Norte, durante un período de 3 años, desde el punto de vista de su trabajo con la población beneficiaria del Talón de Asistencia Dental Andaluz (TADA). Esta actividad en el caso de ser realizada por un dentista habilitado recibiría a cambio 36€ niño/año, por la Consejería de Salud. Por último, en dicho período,tan solo hubo la apertura de una nueva clínica pública, mientras que el número de consultas privadas permaneció constante.
Material y Métodos Nos hemos basado en los registros de actividad proporcionados por cada dentista de forma mensual al Distrito Sevilla Norte. Resultados 1.En el período 2007-2009, la demanda de consulta por TADA se ha ido incrementando de 3587 a 5472, lo que supone un aumento del 53 %. 2.Existe un grado de aceptación alto a ser atendido en consulta pública en nuestro Distrito, ya que se atendió en total en el último año al 17% de la población total, susceptible de TADA . 3.Transfiriendo el valor de cada TADA a dinero, la Consejería ahorró con el trabajo de sus dentistas públicos en el Distrito Sevilla Norte en 2009 196.992€.
Discusión: La actividad propia de los denstistas públicos, consigue por si sola evitar que la Conserjería de Salud, tenga que gastar unos fondos lo suficientemente importantes, como para ser valorados de forma muy positiva por la misma Conserjería. Además en nuestro Distrito de todos los TADAs atendidos, el 50% lo fue en gabinete público por lo que la aceptación es importante, siendo los gabinetes privados 3 veces más numerosos.
Conclusiones a.La población demanda cada vez más asistencia por los servicios de Atención Primaria. b.Los dentistas públicos mediante el desarrollo de sus funciones consiguen ahorrar una cantidad importante de dinero, a la Consejería de Salud. c.Potenciar las consultas públicas está justificado tanto desde un punto de vista asistencial como económico. d.La actividad de un dentista público, no solo no es gravosa para el sistema, sino que es barata.

P-8

CLIMA LABORAL EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE ALMERIA.

VICIANA CESPEDES, FA; SANCHEZ BARROSO, MT y PARRA GARCIA, D.

Centro: ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CLIMA LABORAL,UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA
Resumen
Objetivos: -Estudiar la satisfacción laboral de los integrantes de la unidad -Vincular los objetivos, las metas, comunicación y los estilos de dirección de los trabajadores de la unidad con el clima laboral.
Material y método: Estudio descriptivo trasversal del clima laboral y satisfacción de los integrantes de la unidad de

gestión clinica. Se utiliza el cuestionario validado: Perfil de características organizacioneles Likert-1985. Compuesto por 18 itens con valores de 1 a 8 para medir percepciones de dirección, motivación, comunicación, toma de decisiones, metas y control. Para la obtención de resultados utilizamos el programa estadístico minitab 15.0
Resultados: Los integrantes de la unidad están satisfechos , en lineas generales con la política de dirección de personas establecidas. La matriz resumen del PCO indica que la unidad está dentro del modelo S-4 de Likert(los directivos tienen cierta confianza con los subordinados , pero no completa. Es un sistema de dirección consultivo donde la dirección tiene la última palabra. Y se suele utilizar constructivamente las ideas de los subordinados). El personal de la unidad está motivado porque se sienten partícipes.
Discusión: Los estudios empíricos consultados en general, demuestran que si bien existe altos niveles de estrés en el desarrollo de tareas asistenciales, el personal está en general bastante satisfecho con su labor y con la pertenencia a las unidades, pero deja mucho que desear el estilo de dirección y en nuestro estudio se corroboran estas ideas.
Conclusiones: - Que es necesario una mejora de la comunicación bidireccional empleado- dirección. -La toma de decisiones última es de la dirección aunque se tiene en cuenta la opinión del trabajador. -Cada vez participan más los trabajadores en la toma de decisiones y ello se refleja en la importancia de este factor sobre la motivación.

P-9

IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN HOSPITAL URBANO

Dueñas Martín, SD; Rivero Morcillo, NR y Aguado Jodar, AA.

Centro: consorci sanitari integral
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: consulta única. índice reiteración.tiempo espera

Resumen
Objetivo: Implantación de consulta de alta resolución(AR)en Hospital Urbano. Rediseño del modelo tradicional para incrementar eficiencia, siempre que sea aceptado por paciente y en las especialidades y patologias que lo hagan posible.Reducir desplazaminetos y agilizar diagnostico y plan terapeutico. Reducir índice de reiteración (IR)visitas. Reducir tº de espera para citación 1as v.
Material y métodos: Cambio circuito de modelo tradicional,integrando en 1 solo dia valoración, prueba diagnostica y visita resultados.Análisis factibilidad: definición tipo de paciente que más puede beneficiarse del modelo y patologias x especialidad en las que el modelo de AR es factible.Organización agendas: Se ha alargado el tº de consulta por patologia permitiendo disponer de tº reservado para pruebas diagnosticas. En el momento de la citación se recuerda al paciente que aporte las exploraciones y informes que posea.Coordinación entre profesionales y niveles: con el servicio de imagen y lab para disponer resultados el mismo dia. Con atención primaria.Se priorizo un perfil de paciente: Edad >75 a, con comorbilidad y dificultad funcional/cognitiva, pacientes jóvenes con dificultad para asistir a visitas. Se han descartado procesos que requieren pruebas largas o no disponibles el mismo día.Especialidades en consulta única (CU): Card,Pnuem o,Dermato,Endocrino,CORT,Cir vascular, ORL.
Resultados: La consulta de AR se inició de forma progresiva enero 2010. Supone un 12% del total de visitas(9/10).El periodo estudiado de enero/mayo es 9,8%. El IR paso de enero/abril 2009 de 2,35 a 1,37 en 2010.La media ratio de visitas por especialidad enero/mayo 2010 es < en todos los casos a la del mismo periodo 2009.El IR del 2009 aplicado al nº de 1as visitas de enero a mayo 2010 supone un ahorro de 13.712 v.Nº medio de v x especialidad en relacion a 2009: Cardio de 3,6 a 1,6 Cir Gral de 2,8 a 1,7,CORT de 3,1 a 1,8,CTT de 3,6 a 2,5,C.Vas de 2,0 a 1,4.Dermato de 1,9 a 1,2.Digestivo de 3,3 a 2,0.Endocrino de 3,2 a 2,0, MI de 3,3

a 1,6.Neuro de 1,8 a 0,5. Oftalmo de 2,1 a 1,3 ORL de 1,8 a 1,3 Resp de 2,0 a 1,5 Reum de 2,4 a 1,4.
Discusion y Conclusiones: La CAR es un proceso asistencial que pretende resolver en una única visita la valoracion,explor y plan terapeutico.El objetivo es reducir el IR v y mejorar la eficiencia. Se delimito el perfil de paciente . Los profesionales coordinaron entre niveles.Se organizaron agendas. Los resultados han sido buenos con un ahorro de 13.712 visitas. A final de año estudiaremos la satisfaccion de los usuarios.

P-10

EFICACIA DEL SULFATO DE MAGNESIO FRENTE A LA COLECISTOQUININA (CCK) PARA EVALUAR MICROCRISTALES EN ASPIRADO DUODENAL

RODRIGUEZ MANRIQUE, MA; MUÑOZ SANCHEZ-REYES, MD y VEGA SAENZ, JL.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ASPIRADO DUODENAL, COLECISTOQUININA, SULFATO MAGNESIO
Resumen
Objetivos: El 1/09/09 se suspendió la comercialización mundial de un análogo de la CCK que permitía realizar un test para determinar la presencia de microcristales en el aspirado duodenal. La alternativa más eficiente era volver a realizar un test ya en desuso. Este trabajo pretende valorar la eficacia uso del sulfato de magnesio frente a los análogos de la CCK para la determinación de la presencia de microcristales de colesterol o bilirrubinato cálcico en el aspirado duodenal en pacientes del Hospital Torrecárdenas.
Materiales y métodos: La fuente es la base de datos de Anatomía Patológica del Hospital Torrecárdenas en dos periodos: del 1/01/2000 hasta 30/08/2009, mientras se utilizaban análogos, y del 1/09/2009 al 30/08/2010 cuando, por el cese de su comercialización, nos vimos obligados a volver al antiguo método con sulfato de magnesio. Es un trabajo que, por la obligada falta de sustrato, ha debido plantearse como descriptivo observacional y retrospectivo. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables edad, sexo y positividad para el test, además se ha utilizado un análisis bivariante con chi-cuadrado y T de Student con un nivel de significación del 0'05%.
Resultados y Discusión: Se han analizado 317 pacientes, siendo no válidos 10. El rango de edad fue de 16-82 años, con una media de 47 años. La distribución por sexo mostró 237 mujeres y 80 varones. Los pacientes se han dividido en dos grupos el de análogos con de 273 pacientes y el de sulfato con 44. Los grupos no presentaban diferencias significativas en relación al sexo, ni al grupo etario. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la presencia de microcristales en relación al sexo ni a la edad. Tampoco de hallaron diferencias en la presencia de microcristales entre el grupo pretratado con análogos de la CCK y el pretratado con sulfato de magnesio.
Conclusiones: Los resultados iniciales en nuestro hospital con el uso de premedicación con sulfato de magnesio, nos permiten continuar con la realización de la determinación de microcristales en el aspirado duodenal.

P-11

ANÁLISIS DE LAS TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS EN EL CENTRO DE TRANSFUSIONES DE ALMERIA

DOMINGUEZ CRUZ, B; GRACIA ESCUDERO, M; GONZALEZ OLIVEROS, J y LAREJ SADIKI, A.

Centro: CENTRO DE TRANSFUSIONES DE ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ANALISIS DE LA POBLACION TRANSFUNDIDA
Resumen
Introducción: El Centro de Transfusiones de Almería transfunde alrededor de 2.410 pacientes al año; correspondiendo al 1.2 % de la población de Almería capital. La transfusión de hemoderivados es una medida terapéutica considerada como imprescindible y necesaria

para el tratamiento y el manejo de diversas situaciones que comprometen severamente la vida del paciente. Nuestro objetivo es analizar y conocer las características de la población diana a la que van dirigidas las transfusiones de sangre y cual ha sido su progresión a lo largo de los últimos años; para obtener una previsión de las futuras demandas y promover una serie de alternativas que garanticen los depósitos de sangre. **MATERIAL Y MÉTODOS** Hemos analizado los pacientes que han sido transfundidos desde el Centro de Transfusiones de Almería, durante el periodo de tiempo comprendido desde el 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2009; utilizando la base de datos del programa informático de nuestro Centro. De un total de 6.566 pacientes transfundidos en los últimos 3 años, se ha desglosado siguiendo el criterio del rango de edad y el género. En relación al sexo, las mujeres transfundidas constituyen el 54.31 % en relación a los varones, que son el 45.35 % del total. Siguiendo el Criterio del rango de edad, se subdividen en 9 grupos: La mayor proporción de transfusiones pertenecen a los pacientes cuyo rango de edad se encuentra por encima de los 75 años (37.42 %), y existe un ligero predominio en el sexo femenino. Desde el año 2007 hasta finales del 2009, se han transfundido 29.961 C. de Hematíes, 1.858 Pool de Plaquetas y 3.529 Unidades de Plasma Fresco Congelado (P.F.C) **CONCLUSIONES** Los datos obtenidos pueden explicarse por el incremento en la esperanza de vida, más destacable en las mujeres; el envejecimiento progresivo de la población general, así como los nuevos diagnósticos y tratamientos de enfermedades propias de edades avanzadas. Existe una clara tendencia a la progresión de esta situación y en prevención a una posible escasez en hemoderivados por el incremento de su demanda, deberíamos potenciar otras alternativas a la transfusión, como el uso de medidas farmacológicas que estimulan la Eritropoyesis; medidas de soporte en hemorragias masivas, como sustancias que aumentan la capacidad transportadora de oxígeno y sustancias que evitan o disminuyen el sangrado; alternativas no farmacológicas, como la donación preoperatoria de sangre autóloga y la recuperación perioperatoria; sin olvidar hacer una mayor Promoción de la Donación

P-12

NECESIDADES DE DOTACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, CON CRITERIOS DE CALIDAD

ESPIN GALVEZ, F; QUESADA BRAVO, FJ; ROJO ALIAGA, J; HERRERO BASILIO, Y; SICILIA GUTIERREZ, MA y PEREZ GARCIA, V.

Centro: CH Torrecárdenas. Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CONSULTA, MAXILOFACIAL, DOTACION

Resumen

OBJETIVOS.- Hacer una análisis de las necesidades para dotar una consulta externa de nueva creación de Cirugía Oral y Maxilofacial en base unos criterios de calidad establecidos, para una población de 7500000 habitantes (similar a la provincia de Almería), que sirva como propuesta y modelo base en la planificación sanitaria de un edificio de consultas externas o centro periférico de especialidades, y que pueda ser exportable a otras provincias, así como para poder realizar una aproximación al coste económico.
MATERIAL Y MÉTODO Se analizan necesidades de dotación: Personal facultativo, no facultativo y auxiliar Espacio físico: gabinetes de consulta, despachos, esterilización, zonas comunes, etc Material teconológico específico y genérico Material quirúrgico específico y genérico Material fungible genérico y específico Apoyo informático Necesidades en radiodiagnóstico CRITERIOS DE CALIDAD Cumplimento de los decretos de garantías Uso de los últimos avances tecnólogicos e informáticos Uso racional de los recursos Posibilidad de docencia en la consulta Otros criterios de calidad impuestos en el contrato programa
Resultados: Es posible, con una dotación

adecuada, mejorar los decretos de garantías de consulta y de cirugía ambulatoria a 30 días Los avances tecnológicos e informáticos permiten mejorar el trabajo y operatividad Es posible cumplir los criterios de calidad del contrato programa Es posible hacer docencia pregrado, postgrado, MIR sin interferir el desarrollo y actividad de la consulta

CONCLUSIONES 1.- Es posible realizar un módelo de planificación de una consulta externa en una especilidad médico-quirúrgica como Cirugía Oral y Maxilofacial que sirva como base en la planificación de un nuevo servicio y/o edificio de consultas externas 2.- Es posible "modernizar" una consulta a las nuevas tecnologías en favor de la mejor asistencia de los pacientes y mejor satifacción de los profesionales

P-13

IMPACTO DE LA AUTOMATIZACIÓN DEL ÁREA INTEGRADA DE GESTIÓN DE LABORATORIOS EN LA CAPACIDAD DE TRABAJO Y ORGANIZACIÓN

GONZALEZ OLLER, GO; AVIVAR OYONARTE, AO; MOLINA ARREBOLA, MR; PORRINO HERRERA, PH; GÁMEZ GÓMEZ, GG y JIMÉNEZ GILA, JG.

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE. ALMERÍA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: LABORATORIO AUTOMATIZACIÓN

Resumen

Objetivos Evaluar las mejoras obtenidas en la estructura organizativa y capacidad de producción del Área Integrada de Laboratorios, como consecuencia de la automatización introducida, así como los beneficios que se derivan para las Áreas de Conocimiento de Análisis Clínicos y Bioquímica, Hematología y Hemoterapia y Microbiología y Parasitología.

Material y Método La automatización se realizó mediante la solución tecnológica Power Processor de Beckman Coulter, compuesta por dos clasificadores-alicuotadores OLA 2500 (2.000 tubos /hora), dos equipos de bioquímica Olympus AU5400 y AU2700 (7.400 test/hora), dos equipos de inmunoensayos Unicell Dxl 800 (800 test/hora), módulo de entrada de muestras (400 tubos/hora), dos centrífugadoras (350 tubos/hora), destaponador, nevera (3.065 tubos) y módulo de salida.

Resultados y Discusión Como consecuencia del proceso de automatización, las cinco Áreas o zonas de trabajo previas se han reducido a una, con la consiguiente reducción de procesos. Los cinco analizadores necesarios para procesar la bioquímica, proteínas, inmunoensayos (marcadores tumorales, hormonas, función tiroídea y prostática, serología infecciosa, etc..) se han reducido a cuatro. La capacidad de trabajo ha aumentado de 4.800 test/hora a 8.200 test/hora. La capacidad de productividad de parámetros por técnico ha aumentado desde 754.285 parámetros/año hasta 2.960.000 parámetros/año. El resto de Áreas de conocimiento se aprovechan de la capacidad de clasificación y alicuotación de la solución, de manera que las muestras de serología especial, hematología, alergia, autoinmunidad, bioquímica de orina, etc.. son puestas a disposición de las zonas de trabajo en el mismo día de su recepción, listas para su procesamiento inmediato, y sin necesidad de manipulación (disminución de los riesgos biológicos) y errores preanalíticos. Conclusiones •Recepción, clasificación, alicuotación y distribución de muestras común para todas las áreas de Conocimiento del Área Integrada. •Reducción de Procesos, y automatización y simplificación de los que quedan. •Reducción al máximo de la manipulación de las muestras con la consiguiente eliminación de riesgos biológicos para el personal del laboratorio. •Esta reducción de la manipulación hace que se reduzcan considerablemente el número de errores preanalíticos intralaboratorio. •Aumento de la capacidad de trabajo al doble. •Permite una redistribución del personal que realizaba trabajos que ha sido automatizados a otros más productivos.

P-14

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES DISCAPACITADOS EN LA PROVINCIA DE ALMERIA

VALENZUELA VALDIVIESO, C; NIETO HERNANDEZ, J; ESPIN GALVEZ, F; SICILIA GUTIERREZ, MA; HERRERO BASILIO, MY y MARTINEZ MARTINEZ, PJ.

Centro: CH Torrecárdenas. Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: DISCAPACITADOS BUCODENTAL PROGRAMA
Resumen
OBJETIVOS.- Explicar la implantación del programa de salud bucodental al paciente discapacitado en la porvincia de Almería, de acuerdo con las directrices del decreto 281/2001 y normativa posterior. Este programa ha supuesto un esfuerzo de organización y coordinación entre el Hospital, AP, Delegación de Salud, Residencias de pacientes, profesionales implicados, familiares y pacientes ya que no existía apenas infraestructura,circuitos, protocolos, dotación, etc.
MATERIAL Y METODO Se explica la sistemática de trabajo, protocolo de derivación, planificación de tratamiento, necesidades de dotación y producción asistencial durante los ultimos 4 años.
Resultados: Se derivan 150-200 pacientes año. Se inervienen 100-150 pacientes año. La mayoría son discapcidades psíquicas seguida de pacientes no colaboradores, pacientes pluripatológicos y pacientes frágiles que precisan tratamiento en hospital. El procedimiento más frecuente es la extracción dentaria seguida de odontología conservadora. Las complicaciones han sido escasas y en relación principalmente por la patología de base del paciente y por los requerimientos especiales de hospitalización que precisan las grandes discapacidades psíquico/físicas.
DISCUSIÓN Es un programa necesario y gran variabilidad de oferta asistencial en las diferentes provincias andaluzas. Lleva implicito una colaboración estrecha entre los Servicios y Unidades de Cirugía Oral y Maxilofacial y los dentistas de AP, siendo necesario que se adscriban dentistas a estas unidades y/o crear Unidades INterniveles. Los dentistas para trabajar en el hospital precisan una formación previa. Los hospital, en general, no esta bien adaptado para las necesidades de hospitalización de este tipo de pacientes.
CONCLUSIONES Este programa mejora considerablemente la salud bucodental de los pacientes discapcitados Es indispensable para su bien funcionamiento un entendimiento entre Hospital-AP-Delegación de Salud Hay que adaptar el Hospital a las necesidades de los pacientes psíquico/físico Es necesaria la presencia de los dentistas en las Unidades de Cirugía Oral y Maxilofacial

P-15

DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA U. DE ECOGRAFÍA INFANTIL A PARTIR DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE CITACIÓN

RAMIREZ LOPERA, MC; MIÑARRO DEL MORAL, R y DOMINGUEZ RAMIREZ, R.

Centro: H. U. REINA SOFIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ECOGRAFIA, CITAS, SATISFACCION DEL USUARIO
Resumen
Objetivo Determinar la utilidad de los sistemas de información de citaS disponibles en la U de Ecografía Infantil en la detección de áreas de mejora.
Material y Método Se realizó un análisis estadístico descriptivo de la información sobre actividad y características de la citación de la U. de Ecografía Infantil de la UGC de Radiodiagnóstico del H. Reina Sofía de Córdoba. El periodo de estudio considerado fue el primer semestre de 2010 y la información se obtuvo de programa Averroes. Resultados En el primer semestre del año se han citado 2567 usuarios para la realización de una Ecografía. No todos estos pacientes acudieron finalmente a la cita si bien el volumen de no asistentes no es muy elevado (8,22%). Del total de Ecografías realizadas la gran mayoría corresponden a ecografías abdominales/renales. Ciñéndonos a éstas, la vía de citación

fue variada encontrando que en más de la mitad de los casos se realizó mediante correo ordinario (carta: 61,7%) y sólo en un 3,6% mediante citación telefónica. Aproximadamente el 25% de ecografías abdominales/renales se realizaron a niños hospitalizados. Existe un grupo de pacientes que llegan por vía urgente o derivados de otro centro (Rx general) que representan el 9,5% y llegan con cita en mano.

Discusión y Conclusiones La explotación de los sistemas de información disponibles en nuestro ámbito desde la óptica de la calidad asistencial nos ha permitido detectar dos aspectos que sugieren la posibilidad de mejora en un futuro como son los pacientes no presentados y los de cita en mano. Los pacientes no presentados representan una bolsa de citas potencialmente desiertas que se podría minimizar. Para ello nos planteamos realizar en un futuro próximo un estudio detallado de las causas de no asistencia, la revisión de la información que se les ofrece a los usuarios para que comuniquen su imposibilidad de asistir y una estimación de la reutilización de las citas. El grupo de pacientes de cita en mano supone un riesgo, en un momento dado, de colapso de la actividad, dado que su número no es previsible. Hasta la fecha no se ha dado este caso en nuestra Unidad pero no por ello hay que desestimarlo. Las citas realizadas vía telefónica son utilizadas para los pacientes preferentes y de revisiones cercanas en el tiempo y a las que le llegaría tarde por vía de correo ordinario. En definitiva, los sistemas de información habituales se muestran como una herramienta útil y sin grandes requerimientos en la detección de áreas de mejora en la prestación de las Ecografías Infantiles

P-16

RESULTADOS DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRADA (PAI) EN LA GESTION DE LA CALIDAD DEL CONSORCI SANITARI INTEGRAL (CSI)

ROMERO POZO, C; ROIGE CORTADELLES, T; OLIVA , A; PINTADO , MD; HERNANDO USIETO, E y RODRIGUEZ LOPEZ, D.

Centro: ABS GAUDI
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: GUIA VIA TRANSVERSALIDAD

Resumen

Introducción: En el año 2008 se iniciaron las acciones del PAI en nuestra organización con el objetivo de crear una cultura asistencial común entre los centros del CSI.

Objetivos: Evaluar el desarrollo e impacto en la organización de las actividades derivadas del PAI desde su inicio a la actualidad (años 2009-2010)

Material y Método Evaluación del programa mediante. -Elaboración de indicadores. -Evaluación del material (documentación) derivado de la actuación del PAI -Valoración de la opinión de los usuarios. Las Guías elaboradas e implantadas en el año 2009 fueron Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) Insuficiencia Cardiaca (IC) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Las Vías de IC y EPOC. - Se elaboraron un total de 30 indicadores para valorar la implantación y sus resultados durante el 2010 (entre atención primaria – sistema informático OMI AP - y hospitalaria – sistema informático SAP e Historia manual-). -Se han elaborado consensuadamente y difundido 20 documentos informativos a profesionales y usuarios (dietas, recomendaciones, registros, dípticos de información general) –Efectuamos un grupo focal de usuarios con técnica multivoto (3 grupos de 13 personas por grupo) afectos de IC y/o EPOC para conocer su opinión de la coordinación que facilita el PAI.

Resultados: No disponemos de resultados de los indicadores anuales. Los resultados trimestrales evidencian una utilización progresiva a lo largo del año de las Guías y Vías. Los documentos de difusión general se colocan en los displays de los 8 centros (4 ABS , 3 Hospitales de agudos y un H. Socio Sanitario.). A los documentos para entregar a los usuarios se accede mediante nuestra página de intranet de una forma inmediata y son utilizados por todos los

profesionales de la organización de una forma conjunta. Los resultados de la opinión de nuestros usuarios en el grupo focal, fueron muy alentadores: "Existe muy buena coordinación en Atención primaria y entre primaria y especializada".
Discusión: Los resultados preliminares nos indican que estamos en el camino acertado. El hecho de tener la misma fuente de información (guías) y la utilización de los mismos documentos entre todos los profesionales del CSI facilita la cohesión y evita la variabilidad.
Conclusiones. El desarrollo del PAI en el CSI ha provocado cambios positivos en calidad: Mayor coordinación entre niveles, menor variabilidad clínica, con una satisfacción objetivable

P-17

CALIDAD DE VIDA : ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA .CUESTIONARIO DE LA EORTC QLQ 30 Y BR 23.

Prada Peña, M; Bayo Lozano, E; Gomez Gómez, A; Parralo Ortiz, M; Pedregal Gónzalez, M y Ruiz Frutos, C.

Centro: hjrj
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: cáncer de mama,calidad de vida, EORTC
Resumen
OBJETIVO GENERAL: Evaluar la Calidad de Vida (CV) , en un grupo de pacientes diagnosticas de cáncer de mama (CM) un año antes y después del tratamiento médico/quirúrgico.
METODOS: Estudio Cuasi-experimental del tipo pretest –post test donde el grupo de experimentación puede compararse consigo mismo antes y después de un año de tratamiento. De esta forma ver como influye en la CV de las pacientes con CM ,Utilizando instrumentos estandarizados, como los cuestionarios de QLQ-C30 Versión 3.0 y QLQ B23 dos cuestionarios de CV, validados por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) . La etapa pretest se realiza tras el procedimiento quirúrgico y la etapa post test se realiza al año después del tratamiento adyuvante como:quimioterapia, Radioterapia, y/o Hormonoterapia.Las pacientes que aceptaban participar, se le informaron a cerca de los objetivos del estudio, la metodología a seguir y la confidencialidad de los datos. Para ello, se diseñó una hoja de informativa específica ,Hoja de consentimiento Informado. Durante un año ,se realizo una entrevista personaly se recogían los cuestionarios QLQ 30 Y BR 23 en el área hospitalaria Juan Ramón Jimenez de Huelva. El seguimiento se realizo cumplido el año de tratamiento de la paciente, mediante una entrevista semiestructurada por vía telefonica durante otro año de seguimiento post-test a cada una de las pacientes que completaron todos los cuestionarios pre test.
RESULTADOS: El análisis de los datos se realizó mediante el programa informatico SPSS 15.0. 50 pacientes con CM fueron entrevistados tras la intervención quirúrgica (fase pre-test). De estas, 47 pacientes completaron la fase Post-test. Todas las pacientes recibieron tratamiento de quimioterapia Y/o Radioterapia y/o Hormonoterapia, tras la cirugía.La media edad de los pacientes con cáncer de mama fue 53,96 años (DT = 11,7.).El estado global de salud fue p =0,04 . La función emocional p =002 y perpectiva de futuro p = 0001.
DISCUSION Y CONCLUSIONES: Las valoraciones globales de Salud en la CV ha sido significativamente mejor postest debido al mayor control de los efectos secundarios del tratamiento, se asimila a la literatura Internacional. Aunque llama la atención la Función emocional y la perpectiva de futuro que empeora en el post test, lo cual creemos que es importante desarrollar programas educativos y de apoyo durante el trascurso del tratamiento,con el objetivo de mejorar el conocimiento,de la enfermedad y adquirir nuevamente confianza en la vida.

P-18

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ESTABILIDAD DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES FUERA DE NEVERA.

FERNANDEZ LOPEZ, CF; MEDARDE CABALLERO, CM; VALLEJO RODRIGUEZ, IV; SALMERON GARCIA, AS; BELDA RUSTARAZO, SB y RUIZ FUENTES, SR.

Centro: H.U.SAN CECILIO
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Estabilidad. Cadena de frío. Medicamentos termolábiles

Resumen
Objetivos: Elaboración de una guía de estabilidad de medicamentos termolábiles con el fin de asegurar su correcta conservación y condiciones de almacenamiento en el Servicio de Farmacia del Hospital así como en los botiquines de las plantas. **MÉTODO** Se hicieron revisiones de monografías y fichas técnicas de los principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital que requirieran para su conservación una temperatura de 5 ±3 °C (190 especialidades). También se contactó con diferentes laboratorios para que nos facilitaran dicha información en caso de no haberla obtenido con los criterios anteriores.
Resultados: Los resultados se mostraron en forma de tabla, en la que se incluía el principio activo, el nombre de la especialidad, el laboratorio, temperatura máxima (°C) y tiempo máximo de estabilidad a dicha temperatura. Estas tablas están disponibles en el Servicio de Farmacia del Hospital para poder responder con total certeza en caso de una posible rotura de la cadena de frío, pero en ningún caso es conveniente su divulgación o utilización de forma irresponsable e indiscriminada fuera del mismo.
CONCLUSIONES Una de las responsabilidades del farmacéutico es asegurar que las condiciones de recepción, almacenamiento y conservación de los medicamentos sean las correctas. Así, en el caso de medicamentos termolábiles es especialmente importante el conocimiento de estas condiciones para mantener la cadena de frío, del mismo modo que saber actuar ante una posible rotura de la misma. Es por ello que consideramos muy útil la elaboración de este protocolo dado el número de fármacos termolábiles que se disponen actualmente en el Hospital, tanto para el Servicio de Farmacia como para el personal de Enfermería que consulta en numerosas ocasiones a la Farmacia para conocer la estabilidad máxima de estos medicamentos a temperatura ambiente.

P-19

"DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA AL INICIO PROGRAMADO DE HEMODIÁLISIS"

NAVARRO BERMÚDEZ, Mo; HERRERAPICAZO BENÍTEZ, AN; SOTO PICA, TE y RESILLE GIL, IS.

Centro: Hospital de Jerez
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: VÍA CLINICA, CALIDAD ASISTENCIAL

Resumen
El Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz), atiende al área norte de la provincia de Cádiz, aproximadamente a unos 300.000 habitantes, y en concreto, la unidad de hemodiálisis de este hospital atiende a más de 200 pacientes al año. El servicio de nefrología de este hospital, para dar una atención de calidad a nuestros usuarios se ha planteado desarrollar e implementar una vía clínica de pacientes que inicien la diálisis de forma programada durante el año 2010. El objetivo general que nos planteamos principalmente fue: •Desarrollar e implementar una vía clínica al inicio de la hemodiálisis programada.
METODOLOGÍA El desarrollo de la vía clínica se desarrolló en cuatro etapas: 1ª Etapa : Se ha establecido el compromiso de desarrollar una vía clínica para el "inicio de la hemodiálisis programada" y se ha creado un grupo de trabajo con personal médico y de enfermería del Servicio de Nefrología/Hemodiálisis del Hospital de Jerez. 2ª Etapa : Se ha

diseñado la matriz de la vía clínica y la hoja de información al paciente/familiar. 3ª Etapa: Se ha presentado la vía clínica al resto de los profesionales implicados y se ha establecido la implementación de la misma en el servicio/unidad. 4ª Etapa: Se ha establecido realizar un análisis de la misma cuando tratemos a los 10 primeros pacientes, para valorar posibles áreas de mejora y llevar a cabo modificaciones de la misma si fuera pertinente. En definitiva los documentos que integran la vía clínica es: •Hoja matriz de la vía clínica,Hoja de variaciones, Hoja de información al paciente y/o familiar y Encuesta de satisfacción del paciente y/o familiar. Criterios de inclusión Pacientes que inicien la hemodiálisis de forma programada, que estén incluidos en consulta de ERCA y que tengan acceso vascular definitivo. Criterios de exclusión No incluidos en consulta de ERCA. Carezcan de acceso de vascular **Conclusiones:** Los profesionales del servicio se encuentran muy motivados con el desarrollo e implementación de esta vía clínica, por dos razones principales: 1. Supone un cambio en su práctica clínica, lo cuál traerá consigo una atención de mayor calidad. 2. Porque todos los profesionales sanitarios del servicio tienen entre sus objetivos individuales el participar y velar por el buen funcionamiento de esta vía clínica. El apoyo de los centros periféricos de diálisis es de vital importancia, en la medida en que nos facilitan los traslados de nuestros pacientes.

P-20

MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL MANEJO DE PACIENTES BAJO TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL: CONTROL POR HEMATOLOGÍA.

Molina Arrebola, MA; Avivar Oyonarte, C; González Oller, C; Pérez Moyano, R; García Bautista, JA y Giménez López, MJ.

Centro: E.P. Hospital de Poniente
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: descentralización, anticoagulación, point of care

Resumen
Objetivos. Evaluar la implantación del procedimiento de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral mediante coagulómetros portátiles (point of care) en los centros de salud dependientes del Hospital de Poniente y HARE El Toyo y conectados con el servidor principal bajo control por Hematología. **Material y Métodos.** En mayo de 2008 se inició el procedimiento en los centros dependientes del Hospital de Poniente y en mayo de 2009 en los del HARE El Toyo. El sistema capilar utilizado ha sido Hemochron Signature Plus® (Biomed) conectado al sistema informático de gestión Athis (Siemens®). Eran subsidiarios los pacientes
anticoagulados en situación estable, manteniendo en consulta los inicios, lo que requieren un estrecho control y cualquier incidencia o complicación. Una vez realizada la prueba capilar en el centro de salud y, tras identificación inequívoca del paciente, se transmite el resultado de INR vía intranet. Hematología lo visualiza y contrasta con el historial del paciente y prescribe la nueva dosificación, estando disponible a tiempo real para ser impreso a través de entorno web. Resultados Se han suministrado 48 coagulómetros portátiles para 36 centros de salud del área del Hospital de Poniente y 15 para los 10 centros del área Toyo. En el período mayo-09 a mayo-10, el número total de controles en Hospital de Poniente ha sido de 32.269, con 18.951 controles capilares (58,73%) y en HARE El Toyo 8.038 con 5.375 descentralizados (66,87%). La mediana del tiempo desde que el INR es enviado hasta que se realiza la validación por Hematología es de 5 minutos. El tiempo en rango terapéutico (TRT) de pacientes que hayan realizado al menos 6 controles anuales es del 61,5% en global, 68,8% en pacientes descentralizados.
Conclusiones - Mejora en la accesibilidad del paciente
al control del tratamiento anticoagulante oral. - Centralización de todos los datos de los pacientes (historial

clínico, dosificación individualizada, complicaciones, etc.). - Gestión y control por parte de Hematología. - Posibilidad de consulta por acceso remoto y emisión de informes. - Atención en consulta de los pacientes en situación de más riesgo. - Minimizar los inconvenientes relacionados con desplazamientos al hospital. - Destacada implicación del personal de enfermería de atención primaria, así como de los servicios informáticos. - Mejor aprovechamiento de recursos, tanto humanos como tecnológicos. - En definitiva, trabajo en la mejora contínua de la calidad asistencial.

P-21

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL MÓDULO DE CUIDADOS AZAHAR EN EL COMPLEJO HOSPITALRIO DE JAEN

RAMÍREZ PÉREZ, C; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP; CARRASCOSA GARCÍA, MI; CRUZ LENDÍNEZ, AJ; LAGUNA PARRAS, JM y NUEVO LARA, EA.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CUIDADOS, ENFERMERÍA, SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Resumen
OBJETIVO: Diseñar e implementar una estrategia de implantación de un Módulo de cuidados informatizado para la estandarización y mejora de la calidad de los cuidados.
METODOLOGÍA: Se ha realizado una estrategia de planificación en 4 pasos: 1.Diseño de la estrategia de formación 2.Desarrollo de Planes de cuidados estandarizados para su individualización posterior. 3.Diseño de la fase de implantación 2 opciones: a.Opción de implantación en la totalidad de los pacientes b.Opción de implantación según procesos asistenciales de su unidad (Debido a la gran rotación de pacientes de esta unidad) 4.Seguimiento y apoyo metodológico en la fase de implantación
Resultados: Se ha diseñado una estrategia de formación e implementación en tres fases -Fase 1 (2009) 1.Se han formado a 12 formadores,105 Enfermeras y 65 Auxiliares de enfermería 2.Se han desarrollado 21 Planes de cuidados que se han estandarizado y adaptado al módulo de cuidados. 3.Se ha implantado en 8 Unidades 4.De las 8 unidades en las que se ha implantado hay un seguimiento de pacientes dentro del Módulo de cuidados > 80 % en 6 unidades. En dos unidades 30 % (en la que habrá que realizar un análisis para propuestas de mejora) -Fase 2 (2100) 1.Se han formado a142 Enfermeras y 115 Auxiliares 2.Se han desarrollado 9 Planes de cuidados que se han estandarizado y adaptado al módulo de cuidados. 3.Se está implantando en 11 Unidades 4.En periodo de inicio -Fase 3: (Planificada y previsto su inicio para primeros de 2011) 1.Personal previsto que se formará:158 Enfermeras y 136 Auxiliares 2.Planes de cuidados que están pendientes de adaptarse al módulo de cuidados 7 3.Está previsto que se implante en 15 Unidades
CONCLUSIONES -La planificación de dicha estrategia nos permite la implantación del Módulo de Cuidados -La implantación del módulo de cuidados nos permite una mejora de la planificación de cuidados y por tanto los cuidados aplicados.

P-22

BENEFICIOS PERCIBIDOS POR LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE LA IMPLANTACIÓN DEL MÓDULO DE CUIDADOS AZAHAR

RAMÍREZ PÉREZ, C; CARRASCOSA GARCÍA, MI; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP; CRUZ LENDÍNEZ, AJ; MORCILLO NIETO, MC y LAGUNA PARRAS, JM.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PERCEPCIÓN, CUIDADOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Resumen
Objetivos: Determinar cuales son los beneficios que perciben las auxiliares de Enfermería sobre la aportación a su trabajo del Módulo de Cuidados informatizado Azahar en el Complejo Hospitalario de Jaén.

METODOLOGÍA: La recogida de datos se hizo en el período de Noviembre a Diciembre de 2009 durante el curso de Metodología sobre cuidados de enfermería adaptada al Módulo de Cuidados Azahar a un grupo focal de 15 auxiliares de enfermería. Tras las clases presenciales y posterior ejercicio práctico que cada auxiliar de enfermería realizó tanto en el aula como en sus unidades de trabajo, se les pidió que adjuntaran un informe de reflexión sobre los beneficios que percibían para la realización de su trabajo diario al trabajo diario que les suponía el módulo de cuidados Azahar.
Resultados: En las frases extraídas del informe de reflexión las auxiliares de enfermería sobre el módulo de cuidados Azahar fue el siguiente: (en las que podríamos señalar las siguientes palabras clave: -"Aportación de unos objetivos que se llevaba persiguiendo mucho tiempo que la actividad de la auxiliar de enfermería quede reflejada en los registros y en los pacientes". -"Aportación de la auxiliar de enfermería para conseguir un plan de cuidados más integral y completo". -"Reconocimiento del trabajo de la auxiliar de enfermería". -"Importancia de que la auxiliar de enfermería pueda registrar sus actividades tanto las planificadas como las no planificadas". -"Importancia de que los registros de la auxiliar queden reflejados en la historia del paciente". -"Poder registrar las observaciones que percibe la auxiliar como miembro del equipo de cuidados". Todas coinciden en la importancia del poder registrar observaciones y actividades y por ello un reconocimiento de su trabajo.
Conclusiones: El Módulo de Cuidados Azahar permite: - Reflejar la aportación de las Auxiliares de Enfermería a un plan de cuidados más integral y completo que recoja las observaciones y registro de actividades planificadas y no planificadas - Promover el reconocimiento de este colectivo profesional en el equipo de cuidados.

P-23

CALIDAD ASISTENCIAL EN DONANTES DE SANGRE Y PLASMA. PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Gracia Escudero, M*; Felices Segura, J; Hinestrosa Caballero, E y Laarej Sadiki, A.

Centro: CENTRO DE TRANSFUSION SANGUINEA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ENCUESTA DONANTES SANGRE
Resumen
Objetivos: Dentro de los objetivos estratégicos del CATS, además de la autosuficiencia de hemoderivados,se encuentra la mejora contínua con la intención de prestar una asistencia de calidad a los donantes e identificar oportunidades de mejora.Con esta visión se ha implantado la realización con periodicidad anual de encuestas de satisfacción a los donantes.
Material y métodos: En el año 2010 se han realizado 577 encuestas en 20 poblaciones de Almería a las que hemos acudido a realizar extracciones de sangre y de plasma, a lo largo del primer semestre.
El cuestionario consta de 8 ítems: 1.atención recibida por facultativo 2.atención durante la extracción 3. después de la extracción 4.condiciones del lugar de extracción 5. adecuación de horario programado 6. tiempo de espera 7. satisfacción por refrigerio 8.satisfacción global. Se cumplimentaba una vez terminado el proceso de donación pidiéndoles sugerencias de mejora. Las respuestas están cuantificadas según el Índice Neto de Satisfacción(NSI) con respecto a los siguientes parámetros: NSI>80 MUY BUENO; NSI>60 y <80 BUENO; NSI<60 REGULAR-MAL. Para conocer más detalladamente la opinión de nuestros donantes se ha introducido la variable género.
RESULTADOS:
El NSI obtenido en 2010 presenta resultados de MUY BUENOS(NSI>80) en cinco ítems(1-2-3-7-8), siendo la

calificación de BUENO(NSI>60 y <80) en las cuestiones 4-5-6. Analizando la variable género los resultados no muestran diferencia estadísticamente significativa en el cálculo χ², aunque las puntuaciones más bajas corresponden a encuestas cumplimentadas por el sexo femenino. Se ha planificado y realizado como objetivo prioritario el cambio de 9 locales (punto 4) identificados en la encuesta como mejorables y se ha incrementado el número de profesionales en cinco colectas (punto 6) para reducir la demora en la atención a los donantes. **Conclusiones:** Aunque los resultados de la encuesta de satisfacción 2010 hayan sido óptimos, para lograr una atención excelente debemos conocer nuestras debilidades e identificar oportunidades de mejora.Nuestro reto es aumentar la satisfacción de los donantes mediante la mejora de aquellos parámetros identificados como buenos(NSI entre 60 y 80) y en definitiva prestar mejor atención a nuestros

P-24

CALIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL.

ESTEBAN MORENO, MA; PARRA GARCÍA, G; MARTÍNEZ CORTÉS, MP; SÁNCHEZ LÓPEZ, P; LÓPEZ LLORET, G y DÍEZ GARCÍA, LF.

Centro: Hospital Torrecardenas (Almería)
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PLURIPATOLÓGICOS CALIDAD PACIENTES
Resumen
OBJETIVOS Los criterios de inclusión de pacientes pluripatológicos son una herramienta robusta que permite la identificación de una población de pacientes frágiles, con elevada comorbilidad, que se benefician de una atención integral y multiprofesional. El objetivo del estudio fue conocer si los pacientes dados de alta en un servicio de Medicina Interna eran identificados como pacientes pluripatológicos (PP) correctamente.

MATERIAL Y MÉTODO Estudio observacional, transversal, retrospectivo de una muestra aleatoria de 234 informes de alta de un Servicio de Medicina Interna entre enero y diciembre de 2.009. El cálculo muestral se realizó sobre un universo de 2.668 altas, un nivel de confianza del 95,5%, un error estimado del 5% y una población estimada de PP del 20%. El criterio de PP fue el empleado en el "Proceso de Atención al Paciente pluripatológico", editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que exige la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más de diversas categorías clínicas. Se realizó una revisión exhaustiva de los informes para comprobar si realmente los pacientes tenían criterios de PP. Se comprobó posteriormente si el facultativo que redactó el informe había identificado al paciente como PP y si dicha identificación era correcta. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SSPS 18.0.
RESULTADOS La edad media de los 234 pacientes seleccionados fue de 73 años ±12. La distribución por sexos fue: 97 varones (41.5%) y 137 mujeres (58.5%). La estancia media fue de 11±2 días. Se caracterizaron como PP a 119 pacientes (51%). De ellos sólo 57 pacientes (47.9%) estaban identificados como tales en el informe de alta. Entre los pacientes que no reunían criterios de PP (115: 49%), 12 pacientes (10.4%) habían sido clasificados como PP y 103 (89.6%) estaban bien identificados como no PP (TABLA 1). Por tanto la identificación como PP al redactar el informe tuvo una sensibilidad del 48%; una especificidad del 89,5%, un valor predictivo positivo del 82,6% y un valor predictivo negativo del 62,4%.
CONCLUSIONES Existe un importante margen de mejora en la identificación de los pacientes PP en nuestro medio, pues sólo el 68.4% de los pacientes estaban correctamente identificados (PP/no PP) en el informe de alta. La mayoría de los pacientes diagnosticados como PP en el informe de alta lo están correctamente (cumplen los criterios de inclusión); sin embargo algo más de

la mitad de los pacientes PP no fueron identificados como tales en el informe de alta.

P-25

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y EL COSTE DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

MATEO CARRASCO, H; SÁNCHEZ ARCOS, MA; RODRÍGUEZ GÓMEZ, PM; PEÑA POU, R; GIMÉNEZ RAMOS, M y MOLINA CUADRADO, E.

Centro: C.H.Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PACIENTES EXTERNOS, ANÁLISIS PACIENTES-COSTE
Resumen
Objetivos: Analizar la evolución de la actividad asistencial y del coste de la Unidad de Pacientes Externos (UPE) de un hospital de 2º nivel con el fin de establecer grupos de actuación prioritaria para la mejora de la calidad asistencial.
Metodología: Análisis retrospectivo entre Enero de 2007 y Diciembre de 2009 en el que fueron recopilados los siguientes datos: pacientes totales (A), dispensaciones (B), coste (C), pacientes/patología(D) y coste/patología(E), así como tiempo medio por paciente (TMP).
Resultados: Los tres principales parámetros evaluados (A, B y C) constataron incrementos del 23'05%(+653 pacientes), el 13'62(+4433 dispensaciones) y el 22'61%(15 mill.€), respectivamente. Paralelamente, se observó una disminución del TMP del 26% (de 5'50" a 4'30"). Por patologías, se produjeron aumentos importantes en los grupos: Hemofilia, con valores de D=44'4%(+8) y E=61'31%(+0'73 mill.€), seguido de Terapia Anti-TNF con D=33'67% (+65) y E=20'38% (+0'52 mill.€), Esclerosis Múltiple (EM) con D=31'07%(+55) y E=41'97% (0'71 mill.€), VIH con 13'86%(+61) y 22'77%(+0'69 mill.€) y Hepatitis C con 5'88% (+5) y 3'86%(+1•104€). Para otras patologías, en conjunto, se produjo un aumento del 26'92 y el 31'78%, en más del 60% de los casos debido a pacientes de nefrología con diagnóstico de anemia en IRC y prescripción de darbepoetina-α. Además, se observó que los pacientes pertenecientes a los grupos VIH, Hemofilia, EM y Anti-TNF, junto al grupo de pacientes con enfermedades metabólicas (Gaucher, Fabry, Hurler, Hunter y Pompe), que representaban en torno al 40% de los pacientes, supusieron alrededor del 75% del coste total de la unidad.
Conclusiones: Este estudio refleja un aumento importante en todas las áreas de actividad de la unidad (tanto desde el punto de vista asistencial como del coste), especialmente en ciertas patologías, que fue acompañado de una reducción del tiempo medio dedicado a cada paciente. Cabe asimismo destacar que aproximadamente tres cuartas partes del gasto total de la UPE fueron debidas a menos de la mitad de los pacientes.
Discusión: Los resultados de este estudio demuestran que es necesario poner en marcha iniciativas tanto económicas (procesos de inclusión de nuevos fármacos, negociación de precios, disociación de combos en VIH) como organizativas (aumento de personal, ampliación de infraestructuras y horario, etc…) centradas específicamente en ese racimo de patologías en las que la tendencia al alza resulta mayor, sin sacrificar la calidad del servicio prestado.

P-26

USO DEL SOFTWARE LIBRE EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL DISTRITO SANITARIO ALMERÍA

GARCÍA CAÑADAS, MA; MARFIL VICENTE, CJ y RAMIREZ CUERVA, R.

Centro: DISTRITO SANITARIO ALMERÍA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SOFTWARE LIBRE INFORMATICA SISTEMAS INFORMACION SEGURIDAD
Resumen
Objetivos: Implantación de software libre En unos equipos concretos del Distrito Almería, para ver el nivel de adaptación de los profesionales a estas herramientas.

Material y métodos: El Área de Sistemas y Tecnologías de la Información del Distrito da soporte ténico a más de 800 profesionales (es sus distintas categorías) y esta compuesta por 5 Técnicos de campo, 2 Técnicos del Distrito y 1 Responsable de Área.
-Sistemas de información de herramientas basadas en software libre (joomla, moodle, java, netbeans, etc.).
Resultados. Los resultados han sido positivos, a continuación se describen algunas aplicaciones informáticas:
VISADO DE RECETAS
Una empresa privada se encargaba del Desarrollo y posterior mantenimiento del programa antiguo con unos costes que se han eliminado.
Esta aplicación es una de las más importantes, ya que el usuario tenía que desplazarse hasta un edificio concreto, en Almería capital, para poder visar la receta. Tras cambiar la aplicación por una desarrollada por el Área de Sistemas y Tecnologías de la Información del Distrito Almería, los usuarios NO tienen que desplazarse, solo deben visar la receta en su propio centro de salud, mejorando así su nivel de satisfacción.
APLICACIÓN FORMACION. Se gestionan los Asistentes y Docentes, los materiales (descargables a través de la Web), así como el gasto económico que conlleva la organización de una activada formativa (Dietas, Desplazamientos y Docencia). INTRANET DISTRITO ALMERÍA
El uso de la Web para informar a todos los profesionales del Distrito con material didáctico y formativo, además de formularios para la solicitud de permisos, ayudas económicas, etc…, no teniendo que editar manuales en papel reduciendo así el gasto en materiales de oficina. Estando accesible y actualizado las 24h los 365 días del año.
ADMINISTRACIÓN DISTRITO ALMERÍA
Además fomentamos el uso de software libre para los equipos informáticos del Distrito, minimizando el gasto económico destinado a la compra de programas informáticos (sistema operativo y paquete ofimática).
Discusión Estas aplicaciones son una ayuda para los trabajadores del Distrito así como un aumento de la calidad para los usuarios, mejorando el nivel de satisfacción.
Conclusión. Los resultados conseguidos han sido positivos, el cambio para los usuarios no ha supuesto ningún problema para el desarrollo de su trabajo.
Por parte del Área de Sistemas también ha resultado positivo, estas herramientas ofrecen una gran nivel de seguridad y un coste económico bajo al ser software libre.

P-27

GESTION DE CITAS EN CONSULTAS EXTERNAS: AGILIZANDO TRAMITES.

RUIZ ARRES, E ; LOPEZ CABRERA, D; SARDINERO CORDOBA, M; GONZALEZ MARMOL, MM; FERNANDEZ MARTINEZ, MC y AGUILAR PEREZ, MM.

Centro: C.H. Torrecardenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CONSULTAS EXTERNAS, CITAS

Resumen
OBJETIVOS • Detectar áreas de mejora en la gestión de citas en consultas externas del Complejo Hospitalario Torrecardenas (CHT).
• Implantar las áreas de mejora viables.
MATERIAL Y MÉTODO • Analizar de la situación de partida en relación con la gestión de citas en las consultas externas del CHT por parte de las direcciones asistenciales y del Servicio de Atención a la Ciudadanía.
• En febrero de 2010 se crea grupo de mejora para diseñar el método de trabajo.
• Recogida de información mediante entrevista con los profesionales de enfermería de cada consulta. • Diseño de Hojas de resumen de solicitudes de Interconsultas (IC) y Pruebas Diagnosticas (PD)
• Diseño glosario de términos para la gestión de IC y PD.
• Hoja resumen de tiempos de espera máximos para cada PD.
RESULTADOS • Variabilidad en la utilización de Diraya en consultas para dar las citas de revisión, con (desde

superiores al 80% a inferiores al 10%) según unidades. • Unificación de circuitos para la solicitud de citas de PD e IC. • Eliminación de ventanillas para la solicitud de IC y PD.
DISCUSION • La complejidad de las consultas externas dificulta que los procesos de soporte, como es el caso de la citación, se puedan mejorar si no es mediante la coordinación de diferentes equipos de trabajo. • El análisis de situación vino a corroborar los datos previos sobre la existencia de algunos problemas e insatisfacción tanto entre los profesionales como en los usuarios, con la gestión de citas. • Dificultades en la citación de revisiones dentro de las consultas por: o Desconocimiento de los tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas. o Insuficiencias en las dotaciones de equipos informáticos. o Agendas en ocasiones no accesibles y/o con cambios frecuentes. o Distintos niveles de conocimiento respecto al manejo del modulo de citación de Diraya. • Descontento por parte de los ciudadanos con los tiempos de espera para solicitar cita en la "ventanilla" de cita previa, y con los múltiples trámites para solicitar PD.
CONCLUSIONES • Pese al poco tiempo de desarrollo, y de haberse implantado en periodo estival, los dos objetivos se han cumplido. • Se abren nuevas expectativas de mejora en el proceso de gestión de citas, que exigen la coordinación con los otros centros sanitarios de la Provincia, al ser el CHT referente provincial en algunas especialidades.

P-28

RECLAMACIONES: INFORMACIÓN CENTRALIZADA Y TRANSPARENTE

PIEDRA HERNANDEZ, P; GUZMAN BUENO, MV; GUTIERREZ DIAZ, J; GALBEZ MOLINA, A; SARDINERO CÓRDOBA, M y GARCÍA NIETO, M.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Reclamaciones, Expedientes

Resumen
OBJETIVO: Eliminar el formato papel en todos los pasos intermedios en la gestión de reclamaciones. Simplificar la gestión de cada reclamación incorporando el expediente al programa informático.
MATERIAL Y MÉTODOS: Grupo de mejora para proponer ideas viables en el programa de gestión de reclamaciones. Incorporación de las reclamaciones como objetivo para las UGC en 2010. Actualización del programa informático con incorporación de las propuestas del grupo de mejora. Pilotaje en tercer trimestre 2010.
RESULTADOS: Identificación y aplicación de puntos de mejora en el programa informático de gestión de reclamaciones. Gestión compartida con los servicios afectados incorporando la procedencia o no de la reclamación. Identificación de hasta tres servicios implicados en cada reclamación. Personalización de hasta tres profesionales implicados en cada reclamación. Creación, modificación, y accesibilidad directa al expediente completo de cada reclamación desde el propio programa. Análisis de la procedencia o no de reclamaciones especiales en Comisión de Calidad.
DISCUSIÓN: El problema fundamental radica en acceder con facilidad a toda la información que genera cada reclamación, ya que es frecuente que estén implicados mas de un servicio y/o profesional. Con la incorporación del objetivo de disminución de reclamaciones en Contrato Programa 2010, surge la discusión de los responsables de los servicios sobre la procedencia o no de algunas reclamaciones. Con la masiva solicitud de informes de ausencias de reclamaciones por trato, surge la necesidad de una búsqueda ágil que permita identificar por profesional cada reclamación. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de que el análisis de las reclamaciones, sus respuestas y su procedencia sea realizado por un organismo objetivo y de reconocido prestigio, como la Comisión de Calidad.
CONCLUSIONES: Aunque el periodo es muy corto y se está implantado en estos

momentos, ambos objetivos se están cumpliendo. El acceso directo a todo el expediente de cada reclamación no sólo agiliza sino también hace mucho mas transparente la gestión de las reclamaciones

P-29

MODULO DE CUIDADOS DIRAYA (AZAHAR). SITUACIÓN TRAS DOS AÑOS DE USO. PROPUESTAS DE MEJORA

GONZÁLEZ MESA, FJ; SÁNCHEZ ACHA, Y; MOLINA MERIDA, O; MORALES BUENO, L; MORAL ALGUACIL, D y GIL ARRABAL, I.

Centro: Hospital Comarcal de la Axarquía
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Cuidados Proceso enfermero Software cuidados

Resumen

OBJETIVOS Valorar la utilización de la aplicación tras dos años desde su puesta en marcha
Establecer áreas de mejora Detectar puntos clave que faciliten el diseño y puesta en práctica de una estrategia de implantación eficaz en el resto de las unidades

MÉTODO: diseño cualitativo, descriptivo y retrospectivo que ha empleado la entrevista semiestructurada y el seguimiento de casos como herramientas.
En la entrevista se valoró el grado de dificultad inicial percibido, problemas con su uso cotidiano y propuestas de mejora.

RESULTADOS Aunque el manejo informático de la aplicación no resulta complejo y habiendo mejorado en su funcionalidad, ha sido calificado por los profesionales como "demasiado extenso".
Se pone de manifiesto la necesidad de mejorar la estructura y contenido de los planes de cuidados así como la forma en que la información está organizada.
La mayor parte del personal entrevistado afirma que el módulo de cuidados Azahar "no sirve para nada" puesto que es preciso mantener el soporte papel y el informático, teniendo éste último escasa repercusión.
Se ha hecho patente que para poder usar de forma eficaz la aplicación es importante el manejo práctico de la metodología enfermera así como la necesidad de trabajar con procesos asistenciales integrados (PAIs).

DISCUSIÓN En muchos casos, el empleo de las nuevas tecnologías es visto como un fin en si mismo y no tanto una oportunidad para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, homogeneizar registros, mejorar la accesibilidad a la información, obtener indicadores de calidad asistenciales e identificar nuestra contribución al equipo de trabajo.
Para ello es importante el uso de estrategias que hagan ver a los profesionales la necesidad de su utilización en beneficio del paciente (calidad asistencial) y del propio profesional (desarrollo competencial), lo que podría conseguirse a través de la formación metodológica (cursos, talleres y sesiones de cuidados), difusión de los PAIs y de la participación de los profesionales, desde la personalización, en la planificación de cuidados, evaluación de resultados y elaboración de propuestas de mejora, teniendo como herramienta facilitadora dicha aplicación

CONCLUSIONES Desde la Gestión es importante hacer ver a los profesionales que el empleo de dicha herramienta facilita la normalización de la práctica , la personalización y continuidad de cuidados, todo ello en beneficio de la calidad asistencial y del desarrollo profesional, como respuesta a los objetivos de la organización.

P-30

UNIDAD DE COORDINACIÓN DE CITAS (UCC).- UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO PARA GARANTIZAR LA GESTIÓN EFICAZ DE CITAS

HARO YAÑEZ, A; MARTÍN ROMERA, L; RODRIGUEZ CABALLERO, M; RODRIGUEZ MELLADO, J y GARCÍA GOMEZ, **Centro:** COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS

Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Organización, Difusión,

Coordinación
Resumen
Objetivos: Centralización de la Gestión de agendas del Complejo Hospitalario Torrecardenas en la UCC
Seguimiento centralizado de los tiempos de demora máximos de los diferentes procedimientos diagnósticos (PD) y pruebas funcionales (PF) Organización del trabajo y distribución de las t**Área:**s entre el personal de la UCC, para lograr la mayor eficacia en la gestión de citas.
Material y métodos: Análisis de los circuitos de asignación de citas de CE, PD y PF.
Diseño de circuitos y procedimientos específicos para las citas preferentes, Oncológicas, Diálisis, Anestesia, Centro Penitenciario, Obesidad Mórbida
Circuito de coordinación con la Unidad de Gestión Integral de Citas.
Diseño de hoja de seguimiento de lista de espera máxima en PD y PF. Circuito de difusión de tiempos de espera máximos en PD y PF a las secretarias de los Servicios Clínicos y Unidades de Gestión Clínica, a las secretarías de las Direcciones asistenciales, a las secretarías de CE y a la UGIC. Elaboración de circuito de pacientes que se derivan Centros Concertados, para realización de CE y PD.
RESULTADO: Distribución de tareas por turno y tipo de atención, en función de las cargas de trabajo por tramos horarios.
Reducción del tiempo transcurrido entre la generación de la demanda de citas el momento en que se comunica al paciente.
Difusión de tiempos de espera máximos en PD y PF para eliminar errores de citación en CE.
DISCUSIÓN: El análisis de cargas de trabajo por tramos horarios permite organizar los turnos función de la demanda
La dedicación exclusiva de personal a información evita interferencia en el trabajo al resto de personal que gestiona las diferentes modalidades de citación.
Conclusiones: La organización del trabajo de la UGIC permite adecuar los recursos a la demanda
El seguimiento de los tiempos de PD y PF permite a los profesionales asistenciales dar en la propia consulta las citas de revisión garantizando que estarán los resultados para la fecha de citación.

P-31

UNIDAD DE GESTIÓN INTEGRAL DE CITAS: UNA NUEVA DISTRIBUCIÓN DE TAREAS PARA UNA NUEVA FORMA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

LOPEZ COMPÁN, MC; PEREZ MUÑOZ, IM; CORTES MOLINA, ME; UBEDA OLIVEROS, MD; FLORES GARCÍA, MG y SANTAPETRONILA SALINAS, F.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Eficacia, Colaboración, Distribución
Resumen
Objetivos: Organización del trabajo y distribución de las tareas entre el personal de la UGIC, para lograr la mayor eficacia en la gestión de citas.
Maximización de la eficacia en la atención directa al ciudadano que demanda atención telefónica.
Material y métodos: Análisis de los circuitos de asignación de citas de CE, PD y PF
Diseño de circuitos y procedimientos específicos.
Call Center
Aplicación informática para seguimiento de citas especiales.
RESULTADO: Distribución de tareas por turno y tipo de atención, en función de las cargas de trabajo por tramos horarios.
Reducción del tiempo transcurrido entre la generación de la demanda de citas el momento en que se comunica al paciente.
El 82% de las llamadas, son atendidas en menos de 1 minutos no llegan al 1% las que pasan de 3 minutos Únicamente el 3% de las realizadas por nuestras operadoras no son contestadas
DISCUSIÓN: El análisis de cargas de trabajo por tramos horarios permite organizar los turnos de las operadoras en función de la demanda, tanto interna, es decir el nº de citas solicitadas,

como externa, las llamadas telefónicas realizadas por nuestros usuarios.
La disponibilidad de operadores exclusivamente para responder el teléfono permite reducir considerablemente los tiempos de respuesta telefónica.
Conclusiones: La organización del trabajo de la UGIC permite adecuar los recursos a la demanda
El sistema de Call Center es una herramienta muy útil para gestionar las citas de Consultas Externas y procedimientos Diagnósticos sin obligar al paciente a acudir a diferentes ventanillas y esperar colas.

P-32

DE LA ATENCION AL CIUDADANO AL TRABAJO PARA EL CIUDADANO

RUIZ ARRES, J; MAQUEDA ORTIZ, J; MARTÍN HERNANDEZ, C; CERVANTES DOMINGUEZ, J ; VIVO GARCÍA, Y y SALINAS SANCHEZ, C.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CIUDADANIA, DEMANDA, COMUNICACIÓN
Resumen
Objetivos: Transformación del método convencional de petición y asignación de citas para consultas (CE) y pruebas diagnosticas (PD) y funcionales (PF), basado en la demanda directa de las mismas por los ciudadanos en un nuevo proceso de gestión integrada de asignación de citas y comunicación a los pacientes.
Material y métodos: Análisis de los circuitos de asignación de citas de CE, PD y PF
Diseño de circuitos y procedimientos específicos.
Call Center
Aplicación informática para seguimiento de citas especiales.
RESULTADO: Eliminación de colas.
DISCUSIÓN. La asignación de citas para CE obliga a los pacientes a acudir a las diferentes ventanillas para la obtención de las citas solicitadas en las consultas especializadas.
De igual modo las citas para PD y PF obligan a los pacientes a acudir a diferentes ventanillas para la obtención de las citas.
No es infrecuente que las citas para PD y PF sean posteriores a las citas de CE por lo que tienen que volver a pedir una nueva cita que garantice que están los resultados en la fecha de la CE.
Cuando el paciente por algún motivo no puede acudir a una cita, puede solicitar por teléfono el cambio, pero dado que los profesionales que atienden el teléfono de cita previa, son los mismo que atienden al público, no es infrecuente que los teléfonos tarden en ser atendidos y/o comuniquen.
La implicación de los profesionales sanitarios y la estabilidad de las consultas es fundamental si se pretende gestionar las citas sin la presencia física de los pacientes.
Conclusiones: El sistema de Call Center es una herramienta muy útil para gestionar las citas de CE, PD y PF. La aplicación informática de seguimiento de citas, permite recordatorios telefónicos de las citas diferidas, a pacientes y/o familiares con dificultades especiales.

P-33

EFICACIA DEL SCREENING DEL PRIMER TRIMESTRE EN LA DISMINUCIÓN DE PRUEBAS INVASIVAS PARA EL DESPISTAJE DE CROMOSOMOPATÍAS

FERRANDO MARCO, P; TRABALON PASTOR, M; FERNANDEZ ALONSO, AM; GIMENEZ PERALTA, I; FERNANDEZ SORIANO, MA y FIOL RUIS, G.

Centro: C. H TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SCREENING PRIMER TRIMESTRE, EVOLUCIÓN, DIAGNOSTICO CROMOSOMOPATÍAS
Resumen
OBJETIVO: Evaluar la influencia de la introducción del screening del primer trimestre para la estimación del riesgo de anomalías cromosómicas
en relación con la realización de pruebas de diagnóstico prenatal invasivas (amniocentesis y biopsia corial).

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir del año 2006 se habilita en nuestro hospital la consulta de atención a la embarazada en el primer trimestre donde se le oferta la realización del screening para la detección de cromosomopatías prenatales mediante una prueba analítica y la medición ecográfica de la translucencia nucal. Se analizan de forma retrospectiva el número de pruebas de diagnóstico prenatal invasivo realizadas en nuestro hospital en el período comprendido desde Enero de 2003 a Diciembre de 2009; así como el número de cromosomopatías detectadas con las mismas.
RESULTADOS La evolución de la realización de pruebas invasivas para el diagnóstico de cromosomopatías fue: en el año 2003 se realizaron 681 amniocentesis y 64 biopsias coriales con las que se diagnosticaron 29 cromosomopatías; en el 2004, 819 amniocentesis, 25 biopsias coriales detectándose 19 anomalías cromosómicas; en el 2005, 642 amniocentesis, 3 biopsias coriales y 23 cromosomopatías; en 2006 se realizaron 582 amniocentesis y se diagnosticaron 21 biopsias coriales; en el 2007: 313 amniocentesis, 18 biopsias con las que se detectaron 58 cromosomopatías; en el 2008, 211 amniocentesis y 18 biopsias coriales detectándose 18 cromosomopatías; y en el año 2009, se realizaron 268 amniocentesis, 31 biopsias coriales y se detectaron 18 cromosomopatías.
DISCUSIÓN Tras analizar los resultados anteriores se observa una clara disminución en la realización de pruebas invasivas a partir del año 2006, fecha en la cual se introduce el screening del primer trimestre para el cribado de cromosomopatías, no afectando al diagnóstico de las mismas.
CONCLUSIONES El screening del primer trimestre (combinación de la edad materna, el examen ecográfico de la translucencia nucal y presencia y/ o ausencia de hueso nasal y determinaciones séricas de la β-hCG y PAPP-A en una única visita entre las 11- 13+6

P-34

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y ADECUACIÓN DE PROFILAXIS A UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (PRETEMED) EN UNA UGC DE M. INTERNA.

Martínez Cortés, MP; Sánchez López, P; López Lloret, G; Parra García, G; Domingo Roa, S y Díez García, LF.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Tromboembólica Pretemed Profilaxis
Resumen
OBJETIVOS Conocer el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) de los pacientes ingresados en Medicina Interna de un Hospital General, durante su ingreso y al alta hospitalaria. Comprobar el grado de adecuación de la profilaxis antitrombótica prescrita a la guía de práctica clínica PRETEMED.
MATERIAL Y MÉTODO Estudio observacional, trasversal y prospectivo de una muestra aleatoria de 50 pacientes consecutivos ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital General, realizado en los meses de Abril-Junio/10. Se recogieron variables como edad, sexo, peso, talla, IMC, primer diagnóstico al alta, días de estancia, factores de riesgo para hemorragias y factores de riesgo de ETV según la guía PRETEMED. Se calculó el Riesgo Ajustado (RA) de ETV durante el ingreso y al alta, recogiendo la profilaxis antitrombótica recibida y su adecuación respecto a las indicaciones del PRETEMED. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SSPS 18.0.
RESULTADOS: La edad media fue de 69±15 años. La distribución por sexo fue: 25 varones (50%) y 25 mujeres (50%). La estancia media fue de 12±7 días. Los diagnósticos asociados más frecuentes fueron: procesos infecciosos: 24 pacientes (48%); ICC: 5 (10%), neoplasias: 4 (8%) y sepsis en curso: 3 (6%). Los factores de riesgo de ETV más frecuentes fueron: encamamiento >4 días: 96%; edad >60 años: 82%; infección grave: 38%, diabetes mellitus mal controlada:

30%; ICC NYHA III: 22%; antidepresivos: 22%; antipsicóticos: 20%; tabaquismo: 10%; IMC>28: 20%; EPOC: 20%; neoplasias: 18% y ICC NYHA IV: 12%.
Los resultados de la adecuación de profilaxis antitrombótica durante el ingreso y el alta y el riesgo de ETV según PRETEMED fueron los siguientes:
Durante el ingreso:
Riesgo < 3: 4 pacientes (8%), recibieron profilaxis 2 (50%), adecuación: 50%.
Riesgo = 4: 3 pacientes (6%), recibiendo profilaxis 2 (66%), adecuación del 100%.
Riesgo >4: 42 pacientes (84%) recibieron profilaxis 40 (95%), adecuación: 95%.
Al alta:
Riesgo < 3: 18 pacientes (36%) recibieron profilaxis 2 (11%), adecuación: 89%.
Riesgo = 4: 8 pacientes (16%), recibieron profilaxis 2 (25%), adecuación del 100%.
Riesgo >4: 17 pacientes (34%) recibieron profilaxis 10 (59%), adecuación: 59%
CONCLUSIONES Los factores de riesgo para ETV son similares a los descritos en otras series de pacientes de Medicina Interna. La adecuación de la profilaxis antitrombótica es elevada (92%) durante el ingreso pero mejorable al alta hospitalaria (75%), especialmente en pacientes de alto riesgo (adecuación: 59%).

P-35

MEJORA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DOMICIARIOS. DOTACIÓN DE MATERIAL

MORENO ORTEGA, NC; MIRALLES BERENGUER, F; MORENO LOPEZ, JM; ORTUÑO MORENO, R; MEDINA RODRIGUEZ ,AF y CARMONA ACOSTA, J.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
INTRODUCCIÓN: En cualquier Centro Hospitalario nos encontramos con el problema histórico de los pacientes domiciliarios que se desplazan al hospital para proveerse del material fungible necesarios para sus cuidados. El problema se duplica: - por un lado el hospital no tenía control del gasto del material, -por otro lado, el paciente ó familiar tenía que desplazarse hasta el hospital desde diferentes zonas de la provincia.
Objetivos: Objetivos Generales: Proveer del material fungible necesario al paciente domiciliario.- Satisfacer las necesidades de pacientes y familiares. Objetivos Operativos:- Elaborar y poner en marcha el Procedimiento "Dotación de material Atención Especializada-Primaria". –Controlar el gasto de material fungible de pacientes domiciliarios. – Colaboración del personal de Atención Especializada-Primaria.
METODOLOGÍA: La Dirección de Enfermería del C.H.Torrecárdenas elaboró el Procedimiento que fue consensuado con Atención Primaria, mediante el cual: -la enfermera del Centro de Salud detecta la necesidad de material fungible de un paciente domiciliario, e informa al Distrito.-el Distrito realiza petitorio al hospital mensualmente, excepto el material urgente, que se gestiona el mismo día, a través de las responsables de: Enfermería y Suministros.-la persona encargada del transporte es el celador del Distrito, que distribuye el material a los Centros de Salud correspondientes.
Resultados: Con la implantación del Procedimiento hemos conseguido detectar a los pacientes que venían al hospital para proveerse del material fungible, informarles que desde su centro de salud se les proveerá del mismo. Hemos logrado controlar el gasto de material fungible de éstos pacientes, el control del gasto imputado a Atención Primaria en el año 2009 ha sido de 140.113,980 €. DISCUSIÓN Y
Conclusiones: La colaboración de los enfermeros de Atención Primaria-Especializada es fundamental para la cumplimentación de los objetivos. Hemos logrado no solo que ningún paciente ó familiar no tenga que desplazarse al hospital , sino que en su Centro de Salud ó incluso en su domicilio(a través de la enfermera domiciliaria) disponga del material fungible necesario. Siguiendo las directrices del Servicio Andaluz de Salud, el ciudadano es el eje del

sistema sanitario público, por lo que los profesionales debemos promover actuaciones encaminadas a cumplir las expectativas y satisfacer las necesidades de nuestros

P-36

MINIMIZACIÓN DE RIESGOS MEDIANTE DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD

CARMONA ACOSTA, J; MORENO ORTEGA, NC; MEDINA RODRIGUEZ, AF; MIRALLES BERENGUER, F; MORENO LOPEZ, JM y ORTUÑO MORENO, R.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
Introducción: Las lesiones producidas por objetos cortantes y punzantes, constituyen la vía primaria, mediante la cual, los profesionales sanitarios tienen el riesgo de poder adquirir enfermedades de transmisión sanguínea, siendo el personal de enfermería el más expuesto a accidentes por pinchazos.
Objetivos: Objetivo General: Reducir las inoculaciones accidentales que sufre el personal de enfermería del hospital. Objetivos Operativos:- Recoger datos sobre la incidencia de inoculaciones accidentales del personal de enfermería en los 3 últimos años,-Analizar las causas,-Analizar las unidades con mayor incidencia,-formar e informar al personal,-Implantar dispositivos de seguridad en las unidades de mayor incidencia.
METODOLOGÍA: Realización de un estudio Retrospectivo de los accidentes por inoculaciones accidentales del personal de enfermería en los tres últimos años, análisis de las variables: categoría profesional, años de actividad, turno de trabajo, unidad de supervisión, causa del accidente, sexo. . Impartir formación. Pilotaje de dispositivos de seguridad en las dos unidades de hospitalización con mayor incidencia de inoculaciones accidentales.
Resultados: En el E. Retrospectivo la causa de mayor accidentabilidad es reencapsular agujas, seguido de recogida de material, inserción ó retirada del mismo, acto quirúrgico, administrar medicación, al extraer la aguja del soporte, y desechado inadecuado. La categoría profesional con mayor número de accidentes es la de los enfermeros (70%) y los alumnos (20%). Las unidades con mayor incidencia de accidentes son: M. Interna (7 DUE 1 AE 4 Alumnos) y Neumología (4 DUE, 0 AE, 7 Alumnos), En el E. Prospectivo se implantaron en éstas dos unidades dispositivos de seguridad con los siguientes
Resultados: -M. Interna: (4 DUE), (0 AE) y (2 Alumnos) han sufrido accidentes- Neumología: : 2 DUE, 0 AE y1 Alumno. Ninguna causa ha sido por reencapsular agujas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Existen medios a nuestro alcance que pueden evitar significativamente los riesgos de accidentes por pinchazos ú otros objetos cortantes y punzantes, entre los que podemos destacar: formación e información, políticas y procedimientos de trabajo apropiados, y el uso de tecnologías como son los dispositivos de seguridad. Han disminuido los accidentes, pero no se han podido erradicar; pensamos que factores como: el exceso de confianza al realizar una técnica ó utilizar inadecuadamente las medidas de seguridad, dar lugar a que no se aproveche correctamente las ventajas de los dispositivos.

P-37

EXPURGO DE HISTORIAS CLÍNICAS: CONSEGUIR UNA HISTORIA DEPURADA Y MANEJABLE

FERNANDEZ TUBIO, CR; HORTAL PEREZ, JM y JIMENEZ SERRANO, VI.

Centro: Hospital Torrecardenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
RESUMEN: debido al crecimiento de historias clínicas se ha procedido al expurgo de aquellas historias con un volumen mayor, el cual nos obliga a etiquetar como vagón aparte.
Objetivos:

- Eliminación de la denominación de vagón aparte, volviendo la historia clínica a su orden inicial, según el tipo de archivado, ya que el expurgo nos permite reducir considerablemente su volumen.
- Mayor accesibilidad para el facultativo a la hora de revisar o buscar información asistencial de cada paciente.
- Facilitar el manejo de la historia clínica para el personal de archivo.

Material y método: El método a seguir se basa en dejar los últimos episodios asistenciales y las pruebas de imagen iniciales y finales. El resto de la documentación pasara a pasivo salvo, que el facultativo manifieste su interés en que se rescate alguna información adicional a la que se remite, para lo cual deberá dirigirse al servicio de documentación o dirigir una nota indicando aquellos documentos que precise.

Resultados: - Mediante el expurgo, estamos consiguiendo más espacio ya que, al volver la historia etiquetada anteriormente como vagón aparte a su hueco inicial, nos deja el espacio libre.
- Se obtiene una historia clínica más depurada y a la vez más accesible, lo cual permite un trabajo más eficiente por parte de todos los profesionales sanitarios.

Discusión: El expurgo es un trabajo lento y minucioso. Además, algunos facultativos nos vuelven a pedir la parte de historia expurgada o que la historia completa permanezca en el archivo.

Conclusión: A pesar de los inconvenientes que se puedan presentar en un expurgo, éste es la mejor herramienta para ganar espacio en un archivo ya que, el número de documentación que se rescata después del proceso es insignificante, en relación al que se manda.

P-38

PERFECCIONAMIENTO DE LA CODIFICACIÓN MEDIANTE SESIONES CLINICAS INTERNAS

JIMENEZ SERRANO, VI; FERNANDEZ TUBIO, CR y HORTAL PEREZ, JM.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS

Área: GESTIÓN Y CALIDAD

Palabras clave:

Resumen RESUMEN: es imprescindible que todos los profesionales encargados de la codificación tengan los mismos criterios a la hora de codificar, y no hay mejor manera de conseguirlo que manteniendo sesiones cada cierto tiempo. Dichas sesiones nos sirven también para adaptar el lenguaje del facultativo con la normativa de codificación.

Objetivos:

-Aunar criterios sobre la codificación que usa cada profesional encargado de ello.

-Propuesta de dudas y/o casos problemáticos con diferente interpretación.

-Comunicar a los diferentes servicios cualquier deficiencia detectada en los informes de alta.

-Permanecer al día respecto a cualquier modificación de la CIE-9 en normativa y codificación.

Material y método:

Una vez al mes nos reunimos todo el personal de codificación preparando cada sesión una persona diferente con un tema anteriormente propuesto.
Al final de cada sesión se toman las medidas apropiadas para resolver cualquier problema que se haya presentado.

Resultados:

- Hemos establecido un vínculo con los diferentes facultativos de cada servicio que antes no existía.
- Se ha conseguido un informe de alta mucho más completo y específico.
- Incremento tanto en la media de diagnósticos por episodio de alta como en el indice de complejidad.

Discusión:

Mediante las sesiones cada participante expresa sus ideas u opinión según qué caso y esto hace que teniendo en cuenta los medios de los que disponemos lleguemos a un acuerdo para unificar criterios así como medidas a adoptar.

Conclusión:

El hecho de tener sesiones clínicas hace que nos involucremos más a la hora de tener que detectar cualquier anomalía

y buscarle una solución. Además, se consigue una codificación más completa y depurada.

P-39

PLAN DE MEJORA EN EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL AÑO 2010

HORTAL PEREZ, JM; JIMENEZ SERRANO, VI y FERNANDEZ TUBIO, CR.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
RESUMEN: en el año 2010, el archivo esta teniendo un gran avance y mejoría en la organización y circulación de las historias clínicas con diferencia a otros años.
Objetivos:
- Conseguir un archivo con fácil manejo y accesibilidad a las historias clínicas para poder obtener un mejor rendimiento.
- Reducir el número de historias extraviadas.
- Detección de historias pasivas o exitus archivadas como activas.
Material y método:
- División del archivo por sectores y grupos de trabajadores, con su posterior mantenimiento y arreglo de historias clínicas, incluyendo:
. Extracción de pasivo
. Cambio de sobres
. Ordenación de huecos
. Revisión de posibles exitus
- Instauración de un programa Web, para la petición de historias procedentes de las secretarias, de las plantas y determinadas consultas y servicios.
Resultados: - Más rapidez y comodidad en el archivado y préstamo de historias clínicas.
- Extracción de pasivo constante de historias clínicas que no han tenido movimiento durante 5 años.
- Espacio mayor en cada estantería y posteriormente, en el vagón.
- Descenso del número de peticiones telefónicas debido al programa Web de peticiones.
Discusión: Ante el gran crecimiento que ha presentado el archivo durante los últimos años, debido en gran parte a la centralización de las consultas, nos vemos obligados a tomar una serie de medidas para poder aprovechar al máximo la capacidad del archivo.
Conclusión: Mejoría de la dinámica de trabajo obteniendo mayores resultados y la plena satisfacción de los trabajadores del servicio.

P-40

EVALUACION ALGORITMO ACTUACIÓN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN DERIVACIONES PACIENTES CARDÍACOS

TEROL GADEA, FT y GOMEZ RECIO, GR.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Evaluación Algoritmo
Resumen
Objetivos-Conocer procedencia y volumen demanda. Evaluar funcionamiento algoritmo actuación pruebas diagnósticas.
Material y Métodos- Auditoría de Hª Clª derivaciones producidas en 6 meses. Criterio: Procedencia derivaciones. Existencia ergometría previa a derivación. Relación de ergometría previa con resultados ergometría confirmación diagnóstica. Relación resultados gammagrafía con ergometrías de confirmación.
Resultados- PROCEDENCIA: CCEE Nefrología:2,4%, CCEE Cardiología 31,7%, Hospital Huercal-
Overa:10,9%, H. Poniente: 20,7%, Chare El Toyo: 24,3%, H. Virgen del Mar:9,7%. ERGOMETRIA PREVIA A LA DERIVACION: Si tiene ergometría previa: 50,6%; No tiene ergometría previa: 38,4%; No se recomendó realizar ergometría previa: 10,9%. RELACION DE LOS
RESULTADOS DE LAS ERGOMETRIAS DE CONFIRMACION DIAGNOSTICA CON LA EXISTENCIA DE ERGOMETRIA PREVIA: Con ergometría previa cuyo resultado en la de confirmación son Negativas el 45,7%; Con ergometría previa cuyo resultado en la de confirmación son Positivas 54,2%. Sin ergometría previa cuyo resultado en la de confirmación son Negativas 39,6%; Sin ergometría previa cuyo resultado en la de confirmación son Positivas 60,3%. RESULTADOS DE LAS GAMMAGRAFIAS EN

RELACION CON LAS ERGOMETRIAS DE CONFIRMACION DIAGNOSTICA: el 68% de las Negativas con ergo previa son NORMALES. El 31,5% de las Negativas con ergo previa son PATOLOGICAS. El 46,6% de las Positivas con ergo previa son NORMALES. El 53,3% de las Positivas con ergo previa son PATOLOGICAS. El 64% de las Negativas sin ergo previa son NORMALES. El 36% de las Negativas sin ergo previa son PATOLOGICAS. El 39,4 % de las Positivas sin ergo previa son NORMALES. El 60,5% de las Positivas sin ergo previa son PATOLOGICAS.
Discusión: Se relacionan en una tabla cada uno de los resultados y porcentajes con los criterios clínicos a la hora de elaborar el algoritmo de actuación.
Conclusión: Se considera que el algoritmo de actuación es adecuado, puesto que a pesar de obtener un resultado en ergometría de confirmación negativo, un 31,5% de éstos casos dan un resultado patológico en la gammagrafía, lo que justifica sobradamente su aplicación. El criterio clínico pretest se intuye clave, puesto que de las derivaciones sin ergo previa, más del 60% resultaron positivas en la ergometría de confirmación. Se propone estudiar pertinencia de protocolo: -Criterio clínico pretest con signos claros: derivar directamente a coronariografía.- Criterio clínico dudoso: indicar gammagrafía.

P-41

ANALISIS DE LA ASISTENCIA A LA CONSULTA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX Y POSIBILIDAD DE MEJORA

HIDALGO FAJARDO, MJ; MARTIN PEÑUELA, EM; GORDILLO MONTOYA, JM; TORREALBA ARANDA, P; RODRIGUEZ ALCAZAR, MA y SANCHEZ CONESA, ER.

Centro: C.S. San Miguel **Área:** GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Citologia asistencia demora
Resumen
Objetivos: Mejorar la asistencia y accesibilidad al programa de Diagnostico precoz del cáncer de cérvix (DPC) en un Centro de Salud urbano.
MATERIAL Y METODOS: Durante los primeros 6 meses de 2009, se revisan las historias de salud digital de las pacientes citadas en DPC, valorando la falta de asistencia a la consulta e indagando en entrevista posterior la causa de las ausencias.
Resultados: Del total de citas para DPC que se dieron en el periodo estudiado (750) el 30.3% (232) faltaron a la cita. Entre las causas de la falta de asistencia destaca el olvido de la cita 165 (71%), la presencia de menstruación 49 (21%) y otras causas 18 (8%) entre las que se incluyen relaciones sexuales previas, coincidencia con otras citas de consulta, motivos laborales o viajes.
DISCUSION: La elevada falta de asistencia viene motivada principalmente por la demora en la consulta (aproximadamente 2 meses), lo cual facilita los olvidos o la imposibilidad de acudir por otros motivos.
Se plantea la posibilidad de dar hoja informativa de las condiciones para la realización de citología en consulta de atención primaria previo a la obtención de cita
Se plantea también la conveniencia de avisar telefonicamente a las pacientes en la semana previa a la cita para recordarla y en caso de no poder asistir dar una nueva.
Conclusiones: La accesibilidad es básica a la hora de la asistencia a la consulta. La correcta información sobre las condiciones para la realización de la prueba aumenta la posibilidad de un uso correcto del programa. Se realizarán sesiones de Formación Continuada para recordar al equipo el proceso DPC y criterios de inclusión en el mismo. Se implantará la llamada telefónica previa y acordamos reevaluar la asistencia al programa transcurridos 6 meses a partir del inicio de dichas llamadas.

P-42

CALIDAD EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS DE ALMERÍA (PITPA): CONTINUIDAD, SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, F.; IBÁÑEZ ROJO, V.;

Centro: C.H. TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
Objetivos: La prevalencia de los trastornos psicóticos es del 2-3% en población general pero la discapacidad y el impacto psicosocial en los individuos que la sufren, su familia y el entorno hace que se trate de un problema con gran coste y repercusión comunitaria. La investigación ha puesto en evidencia que la capacidad de los tratamientos para modificar el curso de la enfermedad depende en parte de lo precoz de la intervención. La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC) del C.H. Torrecárdenas de Almería, siguiendo las directrices del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía II, ha puesto en marcha el PITPA. De acuerdo a las líneas estratégicas que propone el documento de Consenso de Atención Temprana en Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2009) , uno de los objetivos del PITPA es la detección temprana y acceso rápido de las personas con fases tempranas de psicosis a los servicios de salud mental comunitarios especializados, reduciendo el periodo de psicosis sin tratar.
El objetivo general es evaluar el PITPA a través de algunos indicadores tales como la continuidad, la efectividad y seguridad, según la evidencia.
Los objetivos específicos son determinar para los pacientes que pertenecen al PITPA: 1) Proporción de abandonos. 2) Seguimiento comunitario tras hospitalización. 3) Acumulativo de ingresos hospitalarios. 4) Funcionamiento educacional. 5) Funcionamiento ocupacional y de trabajo. 6) Apoyo vivienda. 7) Tasa de mortalidad. 8) Prevalencia de los intentos de suicidio
Material y método: La muestra del estudio es el grupo de 31 pacientes del PITPA de la UGC del Salud Mental de Almería. Su rango de edad es de 16 a 35 años, con un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o que están en período crítico de inicio de la psicosis.
Resultados: Se presentan los resultados de los indicadores anteriormente señalados de 31 pacientes que se encuentran en tratamiento dentro del PITPA, junto a las variables demográficas (sexo, edad, procedencia, etc.) significativas.
Conclusiones: En la UGC de Salud Mental de Almería y siguiendo la evidencia científica que recoge la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno psicótico incipiente, del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) se indica la pertinencia diseñar y poner en funcionamiento este tipo de Programas que permiten un abordaje de detección temprana en la población con problemas de psicosis así como su correspondiente evaluación

P-43

CALIDAD EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS DE ALMERÍA (PITPA): ACCESIBILIDAD Y ADECUACIÓN

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, F.; IBÁÑEZ ROJO, V.; ESPERILLA DÍAZ, P. y SANTIAGO MOLINA, E..

Centro: C.H. TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave:
Resumen
Objetivos: La prevalencia de los trastornos psicóticos es del 2-3% en población general pero la discapacidad y el impacto psicosocial en los individuos que la sufren, su familia y el entorno hace que se trate de un problema con gran coste y repercusión comunitaria. La investigación ha puesto en evidencia que la capacidad de los tratamientos para modificar el curso de la enfermedad depende en parte de lo precoz de la intervención. La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC) del C.H. Torrecárdenas de Almería, siguiendo las directrices del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía II, ha puesto en marcha el PITPA. De acuerdo a las líneas estratégicas que propone el documento de Consenso de Atención Temprana en Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009) , uno de los objetivos del PITPA es la

detección temprana y acceso rápido de las personas con fases tempranas de psicosis a los servicios de salud mental comunitarios especializados, reduciendo el periodo de psicosis sin tratar.

El objetivo general es evaluar el PITPA a través de algunos indicadores tales como la accesibilidad de los pacientes al Programa y la adecuación de los tratamientos según la evidencia.

Los objetivos específicos son determinar: 1) El tiempo de espera de primer contacto. 2) La media de la duración de la psicosis sin tratar 3) Proporción de primeras visitas que provienen de unidades de hospitalización. 4) Número de visitas domiciliarias. 5) Pacientes en tratamiento psicológico. 6) Pacientes derivados a servicios de rehabilitación vocacional. 7) Psicoeducción a la familia.

Material y método: La muestra del estudio es el grupo de 31 pacientes del PITPA de la UGC del Salud Mental de Almería. Su rango de edad es de 16 a 35 años, con un Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o que están en período crítico de inicio de la psicosis.

Resultados: Se presentan los resultados de los indicadores anteriormente señalados de 31 pacientes que se encuentran en tratamiento dentro del PITPA, junto a las variables demográficas (sexo, edad, procedencia, etc.) significativas.

Conclusiones: En la UGC de Salud Mental de Almería y siguiendo la evidencia científica que recoge la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno psicótico incipiente, del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) se indica la pertinencia diseñar y poner en funcionamiento este tipo de Programas que permiten un abordaje de detección temprana en la población con problemas de psicosis así como su correspondiente evaluación .

P-44

EL PROCESO ADS COMO HERRRAMIENTA DE CALIDAD EL APOYO PSICOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

SÁNCHEZ LÓPEZ, JM; RUIZ DOMÍNGUEZ, R; TIJERAS ÚBEDA, MJ; IBAÑEZ ROJO, V y DÍAZ DEL PERAL, D.

Centro: USMC ALMERÍA, CH TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PARTICIPACIÓN REDES CIUDADANOS

Resumen

Objetivos : • Descripción de modelos sobre toma de decisiones en la relación terapéuta-paciente
• Reflexionar sobre la idoneidad del abordaje psicoterapéutico en cierto tipo de patologías desde A. P. • Breve descripción del Apoyo Psicológico en A.P.
• Descripción de situaciones en las que este tipo de abordaje es efectivo desde A.P.

Método: En 2000 la atención de los problemas de Ansiedad Depresión y Somatizaciones suponían el 70 % de consultas en AP y el 55% de las de AE .

El proceso ADS se puso en marcha dada la alta prevalencia y consumo de recursos que generan estas patologías. Supone el paso de un modelo de atención biomédico al modelo biopsicosocial y tiene por objetivos: 1. Práctica orientada a la evidencia científica disponible, 2. Eficiencia en el uso de los recursos, 3. Disminución del grado de medicalización en la resolución de los problemas, 4. Uso de las redes sociales, 5. Satisfacción de los usuarios y profesionales, 6. favorecer la continuidad asistencial Un factor clave es la psicoterapia en el espacio común AP-AE consistente en la ayuda que presta un profesional, capacitado, a un sujeto que sufre problemas psíquicos, por medios psicológicos. Esta definición que responde más a las prestaciones de los servicios de SM, también resulta útil para AP, pero: - ¿Es la A.P. un contexto adecuado para este abordaje en ciudadanos con alteraciones emocionales?
- ¿Debe reservarse solo a especialistas?
- ¿Existe evidencia científica sobre este tipo de abordajes en A.P.? - ¿Es posible su aplicación en A. P. con el actual modelo asistencial? En este trabajo se describen los modelos sobre la toma de decisiones en la relación

médico-paciente y se reflexiona sobre la idoneidad del abordaje psicoterapéutico en cierto tipo de patologías desde A.P.
Resultados:
• Satisfacción e usuarios
• Más colaboración efectiva en los resultados a corto y largo plazo • Menor número de errores
• Mas adherencia a tratamientos por la posibilidad de expresar perspectivas, ideas y preferencias
Conclusiones: • Se puede evitar la psiquiatrización y/o psicologización del sufrimiento humano • Para la realización de Psicoterapia no reglada en A.P. es necesaria la implantación del modelo biopsicosocial orientado al usuario y al modelo de recuperación en SM.
• Necesidad de potenciación del espacio común AP-SM. • Necesidad de formación en Técnicas de Entrevista en A.P . • Se deben incrementar investigaciones sobre la eficiencia de la Terapia psicológica no reglada en AP

P-45

PLAN DE MEJORA DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL INFANTA ELENA.HUELVA

Pérez Moreira, R; Cuevas González, C y Bernal Márquez, M.

Centro: HOSPITAL INFANTA ELENA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Promoción-Asesoramiento-Formación-Participación
Resumen Para la elaboración del Plan de Mejora del Servicio del Rehabilitación del HIE, se procede en primer lugar a la elaboración de un análisis de dicho servicio para detectar cuales son los problemas y las necesidades del mismo. De este análisis se desprende las necesidades de mejora básicamente en cinco puntos: E n la práctica diaria
En la situación de pacientes con dependencia. En la formación de los profesionales del servicio. En la educación para la salud del Área
Optimización de recursos ortoprotésicos en mujeres post mastectomizadas con linfedema. Se fijan para su consecución objetivos generales y específicos.
Generales: Promoción de estilos de vida saludables. Autonomía de la población en el manejo de su salud.
Asesoramiento a las familias cuando exista un cambio crítico en su ciclo vital.
Formación sobre materia de seguridad a la ciudadanía. Creación de sistemas de registro de información. Facilitación de los Derechos a los ciudadanos/as.
Garantizar una atención sanitaria integral. Específicos:
Adecuación de la información al usuario.
Participación activa en la "Escuela de Pacientes ". Registro en la historia clínica del plan de cuidados al paciente y actuación con los cuidadores/as.
Contribuir y colaborar en la formación de cuidadores/as. Promover la educación para la salud en actividades físicas, higiene postural y ergonomía para adoptar formas de vida saludables.
Difusión, promoción y desarrollo para la mejora de la calidad de vida mediante métodos de aprendizaje activos.
Se han abordado en esta primera fase del Plan dos estrategias de actuación: Talleres de formación de cuidadoras/es. Los talleres se impartieron en dos días , con una duración total de seis horas, adaptándose a la disponibilidad horaria de los cuidadores. Los materiales utilizados fueron:
Presentaciones en P.P., folletos informativos y videos explicativos con experiencias prácticas.
Educación para la salud del Área de influencia del HIE. Elaboración de talleres y jornadas de salud en colaboración con los ayuntamientos, entidades socioeducativas, colectivo de mayores, etc. Presentaciones en P.P., folletos informativos y videos explicativos con experiencias prácticas.
CONCLUSIONES: Tras la elaboración y puesta en marcha de esta primera fase de Plan de Mejora del Servicio de Rehabilitación del HIE, se han podido objetivar los siguientes resultados:
Mejora del acceso a los tratamientos de fisioterapia. Menor tiempo de espera. Mejor formación de pacientes Implementación de servicios.

P-46

FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE AP EN DETECCION DE PSICOSIS: UNA INTERVENCION BASADA EN LA EVIDENCIA

báñez Rojo, V ; Sánchez López, JM; Sánchez Sánchez, F; Esperilla , P; Santiago , E y Díaz del Peral, D.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: psicosis, formación, Atención Primaria

Resumen

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS. La evidencia muestra que el pronóstico de la psicosis mejora si se reduce el tiempo de psicosis sin tratar (DUP). Para conseguir esto una intervención eficaz es la formación de los profesionales de Atención Primaria (AP) en detección y derivación rápida a Salud Mental (SM). Guías de consenso sobre intervención temprana en psicosis (ITP) han propuesto como indicador de calidad el nº de sesiones formativas en AP. Se presenta el programa de ITP de Almería que ha implementado este indicador.
METODOLOGÍA. Sesiones educativas en los Centros de AP del Distrito Almería divididas en 4 bloques: a) justificación de la necesidad de Intervención Temprana, b) se traslada un modelo de psicosis y su abordaje desde la perspectiva de la recuperación, c) se forma en los síntomas de las fases iniciales de a psicosis y cómo detectarlos, d) se presenta el Programa PITPA y sus canales de acceso desde AP. Entrega de material escrito a cada profesional con listado de síntomas a detectar y cómo derivar casos con sospecha de psicosis. Indicador de calidad el programa: nº de sesiones. Indicador para medir la eficacia (e indirectamente la disminución de la DUP): incidencia anual administrativa en DIRAYA de casos de psicosis nuevos derivados de AP.
RESULTADOS. Se han impartido sesiones de formación de 45 minutos en los 17 Centros de AP del Distrito Almería entre abril y mayo de 2010, en los que han participado entre el 80-90 % de los profesionales de enfermería y medicina de AP. Se entregó un díptico a cada profesional de AP con un listado de síntomas para detectar una psicosis en sus fases iniciales y cómo y a dónde derivar. Se ha creado una agenda específica en DIRAYA (SM) para citación directa desde AP en este programa y se ha abierto para citación de pacientes el 1 de Junio de 2010.
Se obtendrá la incidencia administrativa en DIRAYA de casos nuevos de psicosis procedentes de AP en el año previo a la apertura de esta agenda y se recogerá este indicador en junio de 2011.
DISCUSION Y CONCLUSIONES
El trabajo por Procesos Asistenciales desarrollado en Almería desde hace años en colaboración entre AP y SM permite la puesta en marcha de este Programa colaborativo que esperamos pueda cambiar el modo en que se percibe la Psicosis y una detección más temprana, en un ámbito menos estigmatizado como es AP.

P-47

HERRAMIENTA DE GESTIÓN BASADA EN LA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN: FARO

GONZÁLEZ REVUELTA, ME; PLA RUIZ, JM; GUTIERREZ DIAZ, FJ; QUERO HERNANDEZ, F; PARDO GARRIDO, D y BELLIDO TORÉ, MA.

Centro: HOSPITAL TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: SISTEMAS INFORMACIÓN UGC INTEGRACION GESTION

Resumen

Objetivos: Facilitar la toma de decisiones estratégicas mediante el uso de una herramienta de gestión integrada. Eliminar la redundancia y multitud de fuentes de información unificando el entorno de trabajo.
Integración de Sistemas de Información a nivel organizativo y de procesos.
MATERIAL Y MÉTODOS. Grupos de mejora para análisis de: Sistemas de Información implicados, necesidades planteadas por usuarios, análisis de procesos y establecimiento de prioridades y objetivos. Decisión de plataforma

tecnológica del desarrollo informático.
Definición de circuitos de seguimiento, control y evaluación periódico.
Técnicas de consenso: brainstorming y grupo nominal.
Participación activa:Dirección, Directores de Unidades de Gestión Clínica (UGC), Responsables de cuidados, Técnicos Informática y Sistemas de Información,…
Difusión mediante grupos de formación a usuarios y soporte-apoyo continuo.
RESULTADOS. Disponemos de una herramienta integrada que da soporte a la Gestión Clínica: FARO
Las UGC y Servicios tienen la información fácilmente accesible, con periodicidad establecida. Es posible a partir de un único interface realizar seguimiento periódico sobre evolución de indicadores estratégicos en Contrato Programa, obteniendo información de forma rápida, coherente y fiable.
Feed-back entre equipo dirección y responsables de unidad, a través de FARO. Satisfacción del usuario.
DISCUSIÓN. Ante multitud de fuentes de información existentes, donde conviven sistemas aislados de carácter heterogéneo y multidisciplinar, en el C.H.Torrecárdenas, nos planteamos la necesidad de aportar solución a esta situación que genera en el usuario una incertidumbre importante.
Nuestro objetivo va más allá de la simple integración. Pretende unificar procesos, establecer entorno de trabajo único donde los usuarios tengan una visión homogénea, única y común de indicadores, objetivos y en general actividad y actuaciones que la organización ha establecido como prioritarias y que por tanto, incidirán directamente en la gestión.
CONCLUSIONES: Es muy importante contar con el apoyo de la Dirección del Centro, como es nuestro caso. La Gerencia ha promovido desde el inicio el proyecto, fomentando siempre el uso del entorno de trabajo y eliminando circuitos alternativos que hubieran provocado el fracaso del proyecto.
Patente esfuerzo y trabajo en equipo del Área de Tecnologías de la Información que ha liderado el proyecto, así como el compromiso de la Dirección.
Alta implicación por parte de todos los usuario.

P-48

ANALISIS DE LA SATISFACCION DE LAS UNIDADES Y CENTROS SANTIARIOS SOBRE EL PROCESO DE ACREDITACION

Cruz Salgado, O; Turiño Gallego, JM; Nogueras Ruiz, S y Román Fuentes, M.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Satisfacción, acreditación
Resumen
OBJETIVO: Conocer cual es el nivel de satisfacción de los clientes con respecto al proceso de acreditación para poder responder a una demanda cada vez mas informada y formada en calidad y poder brindar un servicio ajustado a las necesidades de los centros en un sistema de salud en constante cambio y creciente interés de los profesionales sanitarios por este concepto.
Nos planteamos como objetivo analizar las encuestas de satisfacción que las Unidades y Centros realizan una vez concluida su evaluación y obtención de la certificación a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
MATERIAL Y MÉTODOS: Las Unidades y Centros realizan una vez concluida su evaluación una encuesta de satisfacción que cumplimentan (en una escala de valoración del 0 al 10)
Se realiza un análisis y clasificación de sus resultados entre 2004-2010 en una muestra de 22 Centros Hospitalarios, 11 Centros de Emergencias, 102 UGC AP , 73 UGC AE, 12 Unidades de Hemodiálisis, 7 Oficinas de Farmacia y 9 Laboratorios Clínicos.
RESULTADOS:
• Importancia que los profesionales dan a la autoevaluación 9,50
• Valoración del equipo evaluador 9,3
• Coordinación del equipo evaluador de la Agencia de Calidad 9,35
• Utilidad para orientar la identificación de áreas de mejora 9,21

• Interés por continuar con el sistema de autoevaluación, una vez terminado el proceso de acreditación, durante la fase de seguimiento
9,14
• Utilización como base por el equipo evaluador en la fase de evaluación externa de la información aportada por la Unidad 9,12
• Adaptación del programa de certificación a la realidad del sistema 7,29
• Interés por iniciar el proceso 7,60
• Entrenamiento en el uso de la aplicación informática 7,60
• Claridad de redacción de los estándares propuestos 7,76
• Información proporcionada por los profesionales de la Agencia de Calidad durante la fase de autoevaluación para afrontar con éxito esta fase 7,8
Actuación de la Agencia de Calidad 8,76 (un 87,4% lo recomendaría a otros centros/unidades)
CONCLUSIONES: Fortalezas: • Equipo evaluador y su coordinación así como en la utilización de la información generada por los profesionales en la autoevaluación.
• Satisfacción global e interés por continuar con el sistema de autoevaluación durante la fase de seguimiento. Área de mejora: • Apoyo al cliente en la primera fase de presentación e información durante la autoevaluación así como en la revisión de los estándares.

P-49

SEGURIDAD DEL PACIENTE. PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS CLÍNICOS. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.

Herce Muñoz, A; De Burgos Pol, R y Rodríguez Benavente, A.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Seguridad, Laboratorios Clínicos, Acreditación
Resumen
Introducción: El Modelo de Calidad en Salud Andaluz pretende reconocer, a través del Programa de Acreditación de Laboratorios Clínicos, que éstos garantizan una actuación clínica de calidad y satisfacen las necesidades y expectativas de los pacientes garantizando sus derechos y actuando en el marco de la seguridad del paciente. El Programa de Acreditación de Laboratorios Clínicos tiene en cuenta las normas de calidad internacionalmente aceptadas e implantadas y las estrategias de calidad definidas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, incorporando los referentes ya consolidados así como los elementos diferenciadores de nuestro entorno
Objetivos: Describir los elementos de seguridad del paciente en el Programa de Acreditación de Laboratorios Clínicos
MÉTODO: Se analizan los estándares de calidad del Programa de Acreditación de Laboratorios Clínicos, elaborado con el consenso de un Comité de Expertos (Análisis Clínico, Bioquímica Clínica, Microbiología, Hematología, Inmunología y Anatomía Patológica), para describir las áreas temáticas relacionadas con la seguridad del paciente
Los estándares son el patrón de referencia con el que se comparan los Laboratorios
RESULTADOS: El Programa de Acreditación de Laboratorios Clínicos contiene 110 estándares, 28 (25,45%) están relacionados con la seguridad del paciente y se agrupan en las siguientes áreas temáticas:
• Plan de comunicación (transmisión de resultados críticos)
• Asegurar la identificación del ciudadano
• Garantizar la seguridad de infraestructura e instalaciones
• Establecer un programa de gestión del equipamiento
• Garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de reactivos
• Controlar la logística de las muestras
• Registrar las incidencias • Asegurar la trazabilidad de las actuaciones
• Identificar acontecimientos adversos •

Establecer Procedimientos Normalizados de Trabajo
• Inclusión en Programas de Control de Calidad
CONCLUSIONES: El Programa de Acreditación de Laboratorios Clínicos contiene estándares coherentes con la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Andaluz, en el Marco de la Alianza por la Seguridad del Paciente propugnada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y siguiendo las directrices del II Plan de Calidad de la Consejería de Salud, así como del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad.

P-50

PAPEL DE LA COORDINADORA DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD COMPLEJA: UGC DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

ALCÁNTARA CAMPOS, P; MUÑOZ CONDE, M; PÉREZ MARTÍN, AF; MUÑOZ SALIDO, A; LÓPEZ DÍAZ, R y LUPIÁÑEZ BUENO, L.

Centro: HOSPITAL DE LA AXARQUÍA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Gestión cuidados calidad metodología objetivos
Resumen
Objetivos Registrar a diario el progreso en los objetivos de hospitalización
Mejorar de forma continua la formación en metodología enfermera
Colaborar en la mejora de los registros enfermeros
Mejorar los resultados mediante la incentivación activa desde el nivel asistencial, a "pie de cama"
Aumentar la satisfacción de los ciudadanos ingresados y sus familias
Material y métodos Marcado de criterios de calidad para la medición de los objetivos individuales
Registro diario en base de datos
Revisión diaria de historias clínicas de pacientes: Supervisor y coordinadora de cuidados
Apoyo formativo en cuanto a metodología enfermera y en los procesos de alta y de Educación para la Salud de pacientes y familiares
Contacto permanente con los compañeros en la labor asistencial diaria
Resultados Apoyo en toma de decisiones clínicas enfermeras en tiempo real
Valoración de resultados de objetivos individuales y de la Unidad en varios cortes
Mejora en la Calidad de los Registros de enfermería
Mejora de los resultados de objetivos asistenciales respecto a años anteriores
Mejora de la satisfacción de los profesionales
Discusión La Unidades complejas que incluyen áreas diversas, son difíciles de manejar y liderar por una persona, el supervisor como líder formal en este caso, si se quiere incidir de forma importante en los profesionales en el día a día.
La UGC de Medicina Interna del H. de la Axarquía aúna bajo ese epígrafe a profesionales médicos de diversas especialidades, y profesionales de enfermería que desarrollan labores que difieren asistencialmente y en complejidad Para poder establecer líneas de mejora de la gestión de cuidados, el liderazgo a pie de cama es fundamental, y la labor de una coordinadora de cuidados aumenta las posibilidades de éxito en este ámbito
Conclusiones En una Unidad compleja, que incluye áreas tan diversas como hospitalización, consultas externas, pruebas funcionales de diversas especialidades (neumología, digestivo, cardiología), y hospital de día, el papel de una coordinadora de cuidados trabajando al unísono con el supervisor de la unidad permite mantener la tensión necesaria para el desarrollo profesional enfermero, y redunda en la mejora de la calidad asistencial, apoyada en metodología enfermera y con registros de calidad.
Desde la existencia de la coordinadora de cuidados, la mejora en cuanto a la personalización de cuidados ha dado un salto cuantitativo importante y en lo cualitativo exponencial
Queda pendiente la medición de resultados de satisfacción de los ciudadanos

P-51

ANALISIS DE LA CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTO AL INCIO Y FINALIZACIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO.

GOMEZ MARQUEZ, MJ; VIEITEZ FERNANDEZ, V; MORENO SAN JUAN, D; LOPEZ PULIDO, AM; BUJALANCE HOYOS, J y MESA SEMPERE, E.

Centro: H. R. U. Carlos Haya de Málaga
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: codificación, proceso quirúrgico, lista de espera

Resumen
OBJETIVO Analizar la coincidencia del codificado del diagnostico y procedimiento de inscripción en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) con el mismo al alta en la explotación del CMBD.
MATERIAL Y MÉTODO Estudio descriptivo. Muestra de 305 pacientes de LEQ de Cirugía General y Digestiva del H.R.U. Carlos Haya de Málaga. Criterio de inclusión: intervenidos 2º semestre/2009. Se elaboró un listado de bajas por intervención, con los diagnósticos y procedimientos (CIE-9-MC) indicado por el facultativo en la consulta e inscritos en AGD (aplicación de la demanda quirúrgica). Se analizaron estos datos en AQUA (aplicación de programación quirúrgica) para detectar los números de historias y fecha de baja quirúrgica. Se cruzaron esos datos con la información (diagnóstico y procedimiento) del CMBD al alta.
RESULTADOS La concordancia de diagnósticos: • A nivel de subclasificación: 31.80 % (97casos coinciden).
• En subcategoría: 35.73 % (109).
• En categoría: 62.95 % (192).
La concordancia de procedimientos
• En subclasificación: 41.31 % (126).
• En subcategoría: 65.90% (201).
• En categoría: 79.67% (243).
DISCUSIÓN En diagnósticos, la coincidencia a nivel de subclasificación y subcategoría es baja. Esto puede deberse a: - Los datos clínicos incluidos en el CMBD se obtienen con la historia clínica completa y en la consulta se decide un literal; - Algunos diagnósticos p.ej, neoplasias, al inscribirlo carecemos de la información sobre la naturaleza del tumor y localización; o sobre la complicación (obstrucción), por lo que el codificado en LEQ es menos específico. Analizando las concordancias de los procedimientos, a nivel de subcategoría tenemos la misma codificación en más de la mitad de los casos ya que el procedimiento suele ser más concreto, con menos margen de error en su interpretación. El no conseguir un porcentaje más fuerte de congruencia se debe a las restricciones de procedimientos que presenta AGD.
CONCLUSIÓN El código del diagnóstico y procedimiento registrado en la inscripción difiere del que se produce en la intervención, siendo esencial la codificación para una buena gestión de la LEQ: priorización de los casos, adscripción de anestesia y programación quirúrgica. Las diferencias (inicio y alta) nos plantean: • Mejorar la codificación en AGD con la colaboración del servicio. • Elaborar un manual práctico, en el que se especifiquen los códigos de diagnósticos y procedimientos, con el fin de proporcionar más calidad a la codificación.

P-52

HISTORIA DIGITAL DE SALUD DE ANDALUCÍA, NUESTRA EXPERIENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS

RAMÓN GÓNGORA, E; ORTEGA CARREÑO, JA; GONZALEZ REVUELTA, ME; PARDO GARRIDO, D; QUERO HERNÁNDEZ, F y CRUZ CAPARRÓS, AM.

Centro: HOSPITAL TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: HISTORIA CLINICA DIGITAL CONSULTAS EXTERNAS DIRAYA

Resumen
Objetivos: Implantación de la Historia de Salud Digital de Andalucía (Diraya) en las consultas externas del C.H.Torrecárdenas. Fomentar el registro de la HHCC electrónica en todos los centros del Complejo.
MATERIAL Y MÉTODOS Difusión e información a los usuarios por la

Dirección, transmitiendo objetivos, ventajas y mejoras.
Formación a formadores y Grupos de formación por perfiles de usuario: Facultativos, Enfermeras, Administrativos y Asistentes sociales: más de 60 formaciones a más de 320 profesionales.
Revisión del equipamiento hardware de las consultas externas y otras ubicaciones(secretarías, despachos, salas de reuniones y otros): puntos de red, PCs o terminales e Impresoras, sustituyendo o instalando nuevo hardware, quedando cada consulta con 2 terminales y 1 impresora como mínimo.
Apoyo informático continuo on-line.
RESULTADOS Implantación progresiva desde finales 2008 hasta Diciembre 2009, con un % de registro superior al 30% de Historias abiertas sobre el total de primeras visitas. Cumplimiento de objetivo marcado en Contrato Programa. En 2010 el % ha crecido a más del 50%. Despliegue en todos los centros del Complejo.
DISCUSIÓN Partimos de una situación variopinta en la forma de realizar la Historia Clínica en las consultas: registro en papel, registro automatizado en el Sistema de Información del Hospital o en Sistemas propios aislados. No existe dinámica de trabajo homogénea y hay reticencia al registro informático en Diraya. Aunque inicialmente existe una resistencia por parte de algunos usuarios en el uso del Sistema Informático que da soporte a la Historia Clínica Electrónica, debido a: falta de habilidad en el uso de ordenadores, desconfianza en la utilidad real de los registros, pérdida de funcionalidades con respecto al sistema utilizado anteriormente y otros motivos, finalmente se ha observado una mejora significativa en la motivación y aporte personal.
CONCLUSIONES: A pesar de la reticencia inicial, la experiencia está demostrando su verdadera utilidad, lo cual incide directamente en una motivación del profesional y en una mejora en la calidad de la atención al paciente.
El esfuerzo realizado por los profesionales implicados, el apoyo del equipo directivo, el empuje de la Dirección Médica y Enfermera y la dedicación del equipo de Informática y Sistemas de Información en el C.H.Torrecárdenas han sido el factor principal del éxito de este proyecto y es el factor propulsor del desarrollo del mismo en la actualidad y en el futuro.

P-53

ENFERMERÍA Y CALIDAD. ANÁLISIS DAFO DE POSGRADUADOS EN ENFERMERÍA

ESTEVEZ GONZALEZ, F; CARMONA SAMPER, E; GUEDES ARBELO, CH y GALINDO ASENSIO, A.

Centro: Hospital de Poniente
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: DAFO, calidad, postgrado.

Resumen

OBJETIVOS
Conocer la opinión de enfermeras posgraduadas sobre la situación actual de los diferentes estamentos enfermeros y la implantación de estrategias de calidad.
MATERIAL Y METODO
Se utiliza una matriz DAFO para combinar o sintetizar en 2 dimensiones los aspectos favorables y desfavorables del momento presente y establecer una planificación para el futuro.
Se constituyeron 3 grupos de entre 5 y 7 enfermeras/os postgraduadas/os durante la formación de un Master universitario, asignando a cada uno de ellos el papel de enfermeras/os asistenciales, supervisoras/es y directivas/os.
RESULTADOS
Como principales características se obtuvieron:
Enfermeras/os asistenciales:
D: Falta de motivación y reciclaje. Rol pasivo.
A: Inestabilidad laboral y escasa formación en instituciones. Escasa incentivación.
F: Cercanía y empatía. Conocimiento asistencial. Pieza clave en el equipo sanitario. Influencia en la satisfacción.
O: Formación postgrado. Contratación por especialidad/perfil. Carrera profesional.
Supervisoras/es:

D: Cargas de trabajo desiguales. Heterogeneidad del grupo. A: Recorte de recursos. Objetivos impuestos e inalcanzables. Pugnas por el poder o miedo a la responsabilidad.
F: Empatía. Liderazgo. Compromiso con la organización. Adaptación.
O: Nuevo modelo de gestión. Disponibilidad al cambio del personal.
Directivas/os:
D: Criterios economicistas. Demasiadas funciones burocráticas. Uso escaso de dinámicas de grupo. Liderazgo formal.
A: Toma de decisiones en base datos de otros. Desmotivación y descontento del personal. Renovación de cargos intermedios. Sindicatos.
F: Establecimiento de objetivos. Contacto con altos cargos. Autoridad para la asignación de recursos. Alta incentivación.
O: Respaldo legislativo e institucional. Equipo de asesores. Formación puntera.

DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados quedan patentes los diferentes puntos de vista en función del estamento organizacional, encontrándose escasas coincidencias entre los grupos.
Para conseguir mejoras en la calidad sería útil que cada grupo diseñara o planificara su "futuro deseado" teniendo en cuenta las debilidades y fortalezas del resto de los estamentos.
CONCLUSIONES
La evaluación de los resultados obtenidos es útil para orientar las estrategias de intervención, fundamentalmente hacia acciones ofensivas, defensivas, de adaptación o de supervivencia.
Es importante que se tengan en cuenta los diferentes niveles de la organización para conseguir el triunfo de las prácticas de gestión de
la calidad.

P-54

LA CALIDAD EN EL POSGRADO DE ENFERMERÍA

CARMONA SAMPER, E; ESTEVEZ GONZALEZ, F; GUEDES ARBELO, CH y GALINDO ASENSIO, A.

Centro: Hospital de Poniente

Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Formación, Calidad, Enfermería.

Resumen
Objetivos En este trabajo presentamos la Guía Docente de la asignatura "Calidad en los servicios de Enfermería" que recoge el contenido del programa formativo y la metodología docente para su impartición.
Material y Método Trabajo descriptivo sobre el diseño de la Guía Docente de la asignatura de "Calidad en los servicios de Enfermería" del programa de Posgrado en Enfermería. Desarrollo: La Guía Docente contiene la programación de la asignatura: Distribución de créditos europeos, horas lectivas y trabajo del alumno, metodología docente, temporización de la materia, evaluación y bibliografía recomendada.
El programa teórico tiene 9 temas donde se analizan los conceptos principales relacionados con la calidad: Definición, Atributos y Dimensiones, Gestión de la Calidad, Clientes externos e internos, Planificación de la Calidad, Detección de los problemas de Calidad, Análisis de los problemas de calidad, Evaluación y Monitorización de la Calidad.
La metodología docente: Clases participativas donde se exponen los contenidos, lecturas críticas de bibliografía actualizada y debates y discusión sobre aspectos relevantes de la calidad en Enfermería. Se realizan técnicas grupales para el análisis de la situación inicial de la enfermería con respecto a la calidad y manejo de herramientas para detección y análisis de los problemas de calidad.
RESULTADOS La asignatura "Calidad en los servicios de Enfermería" se imparte desde que se iniciaron los estudios de posgrado en la Universidad de Almería:
Buena aceptación por parte del alumnado
Posibilidad de expresar su opinión sobre los aspectos relacionados con la calidad y el desarrollo de su trabajo.
En encuestas de opinión realizadas expresan su interés por la mejora continua en sus diferentes puestos de trabajo y demandan mayor formación en metodologías participativas fundamentales para

poner en marcha cualquier cambio en sus unidades.
Conclusiones. La formación de posgrado capacita al alumno de Master para gestionar los recursos en cualquier empresa socio-sanitaria y en cualquier nivel del organigrama. Los conocimientos en calidad permiten liderar y poner en marcha mejoras en su actividad asistencial.
La participación de los enfermeros en la gestión operativa de la calidad es fundamental para la consecución de los objetivos de mejora.
La utilización de metodologías participativas y de herramientas para el análisis de problemas de calidad familiariza al enfermero con el trabajo en grupo, fundamental en el proceso de mejora de la calidad.

P-55

CALIDAD EMBRIONARIA: AGONISTAS VERSUS ANTAGONISTAS DE LA GNRH EN UNA POBLACIÓN DE BUEN PRONÓSTICO

VILCHES FERRON, MA; KHOURI CHOUFANI, JJ; TORRES RODRIGUEZ, MA; PEREZ-PIAYA MORENO, M; MORALES SANCHEZ, J y FIOL RUIZ, G.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PROTOCOLO ESTIMULACION, AGONISTA, ANTAGONISTA, CALIDAD EMBRIONARIA
Resumen
Objetivos generales: comparar los resultados clínicos y de calidad folicular, obtenidos en los ciclos de ICSI mediante estimulación ovárica con el tratamiento de antagonista de la GnRH versus el habitual de agonistas de la GnRH mediante protocolo largo. Metodología:estudio clínico randomizado, realizado en la URA del H Torrecárdenas, en pacientes sometidas a iICSI durante el período Abril 2009 y Abril 2010. Criterios de inclusión:1. Se incluirá en la muestra de estudio toda mujer de edad comprendida entre 18 y 40 años, con esterilidad primaria, con FSH sérica el día 3º < 15 mUI/mL y que vaya realizar su primer ciclo, independientemente de la indicación. 2. Aceptar la participación en el estudio. Como criterios de exclusión se considera el no cumplimiento de alguno de los anteriores criterios de inclusión.Al final del estudio se habían incluido 159 pacientes, distinguiendo dos cohortes:1. 84 pacientes que recibieron protocolo largo de Agonistas de la GnRH. 2. 75 pacientes que recibieron protocolo de Antagonistas de la GnRH. Resultados:No encontramos diferencias en el nº de ovocitos por punción, ni en el porcentaje de ovocitos en MII, ni en el % de ovocitos fecundados entre pacientes que recibieron protocolo con agonistas y pacientes que recibieron protocolo con antagonistas. Existe un >% de fallo de fecundación total en el grupo que recibió protocolo con antagonistas sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, la calidad y el grado de división embrionaria no presentan diferencias entre ambos grupos, y consecuentemente el nº de pacientes con TE tras punción folicular y el número de embriones transferidos es también comparable entre pacientes de ambos grupos.
Discusión: Por todo ello, el objetivo de nuestro estudio fue comparar los resultados clínicos y de calidad folicular, obtenidos en los ciclos de ICSI mediante estimulación ovárica con el tratamiento de antagonista de la GnRH vs el habitual de agonistas de la GnRH mediante protocolo largo. El estudio de distintos parámetros clínicos y de laboratorio de FIV, y el análisis del líquido folicular, nos va a aportar nuevos datos que ayuden al tratamiento de la esterilidad.
Conclusiones. : 1. Los antagonistas de la GnRH son eficaces para prevenir picos de LH y mantienen tasas adecuadas de gestación. 2. Su tolerancia y aceptabilidad es buena, con menos días de estimulación. 3. Los embriones obtenidos en ambos grupos parecen de similar calidad, tanto en su desarrollo "in vitro" cómo en su capacidad para conseguir gestaciones.

P-56

AUDITORIA DE CALIDAD EN PACIENTES CON ACV EN UN EQUIPO MOVIL DE ATENCIÓN PRIMARIA

PATIÑO SAUCEDO, J; PINO ORTEGA, D; ARRIETA LASCANO, R; ARJONA SIMON, P y GUTIERREZ

GONZALEZ, C.

Centro: Distrito de Atención Primaria Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Proceso asistencial, ACV, código ictus
Resumen MANEJO ADECUADO EXTRAHOSPITALARIO ACVA
Palabras clave:s: Proceso asistencial, ACV, código ictus. Introducción: La patología vascular cerebral es la tercera causa de muerte en los países occidentales y la primera global en España. En Andalucía constituye una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario. Por tanto es una patología de alta incidencia, con alto índice de mortalidad que representa un problema socio-sanitario de primer nivel.
Objetivos: Verificar si el equipo móvil conoce el proceso ACV según el proceso asistencial SAS, además de conocer la incidencia de ACV en función de edad, sexo, tratamiento preventivo y destino del paciente.
Material: Historia clínicas de la UVI móvil del Distrito Sanitario Almería con diagnóstico ACV durante el 2009, analizando los parámetros de edad, sexo, patología previa, antiagregación y/o anticoagulación previa, constantes hemodinámicas (TA, Fc, SaTO2, Tª, Glucemia capilar), EKG y exploración neurológica.
Método: Se realiza estudio descriptivo de los pacientes atendidos en 2009 con diagnóstico ACV.
Resultado: De 4697 pacientes, 129 corresponden ACV, 83 mujeres (edad media 81.35) y 46 hombres (edad media 77.63). La patología más común es HTA, y el 47.31% de los pacientes están antiagregados y/o anticoagulados previamente. El 87.6% de los pacientes se traslada a hospital, y el 28.68% cumplen todos los criterios del Proceso Asistencial ACV. Conclusión: Siendo una patología de gran incidencia e impacto socio-económico creemos necesario concienciar a los profesionales sanitarios de las Urgencias Extrahospitalarias de la realización de un correcto manejo extrahospitalario de pacientes con ACV.
Bibliografía: o Proceso asistencial integrado Ataque Cerebrovascular
o Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
o Estudio DRECA-2 (Evolución del Riesgo Cardiovascular en la Población Andaluza en los últimos 16 años: 1992-2007)

P-57

ANALISIS Y EVALUACION DEL PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENFERMERA DEL PACIENTE AL ALTA DE FISIOTERAPIA

FERNANDEZ MIRANDA, EU; COLLADO MARTIN, AL; FAJARDO MONTAÑA, MA; FERRER GARCIA, MD; CHAPAPRIA MUÑOZ, MI y ARQUEROS AMAT, TE.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CONTINUIDAD ASISTENCIAL ALTA FISIOTERAPIA COORDINACION ENFERMERIA
Resumen
OBJETIVOS Asegurar la continuidad de los cuidados entre la UGC de Rehabilitación y la enfermería y fisioterapia de los EBAP en los pacientes y familia más frágiles al alta de nuestra Unidad. Evaluar la validez del circuito establecido de coordinación de continuidad de cuidados y transmisión de información entre niveles. Elaborar y desarrollar un protocolo de práctica asistencial para la atención multidisciplinar de pacientes facilitando el intercambio de metodología entre profesionales interniveles.
MATERIAL Y MÉTODO Analizamos la eficacia de la coordinación entre nuestra Unidad y los EBAP, inexistente hasta el inicio del proyecto, en referencia al tratamiento realizado, la situación y recomendaciones al alta de fisioterapia de nuestros pacientes y sus familias. Evaluamos las metas, las actividades y el circuito de remisión del informe de continuidad al alta de fisioterapia establecidas al inicio del proyecto en 2008.
RESULTADOS Examinamos los resultados de los indicadores de seguimiento y evaluación de la implantación del alta en fisioterapia en la continuidad de cuidados de enfermería y si se han

cumplido los criterios de calidad y validez establecidos.
DISCUSIÓN Valorar si la creación y gestión del circuito de coordinación de continuidad asistencial y la metodología utilizada son elementos útiles para garantizar una atención integral al usuario en su entorno y domicilio, acorde a las líneas de acción del SAS.
Examinar el informe de alta de fisioterapia como elemento válido y fiable en la mejora de la calidad de los cuidados y asistencia al paciente.
Debatir sobre la utilidad de transmitir la información entre los distintos profesionales interniveles.
CONCLUSIONES Se ha consolidado un circuito válido y fiable que garantiza la continuidad asistencial al alta de nuestros pacientes más frágiles mejorando la accesibilidad y seguridad global.
La información recogida en el informe de alta de fisioterapia estabiliza, unifica y mejora la prestación de la continuidad de cuidados entre AE y AP además de potenciar la colaboración entre profesionales (fisioterapeuta-enfermera/o).
Los indicadores y los sistemas de registro e información se formulan como elementos claves para una correcta evaluación y seguimiento de los estándares de calidad, además de detectar algunos puntos débiles en la cadena de información.
Mejora la calidad asistencial percibida por los usuarios que al alta reciben el informe de continuidad asistencial de fisioterapia.

P-58

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA RÁPIDA OSTEOARTICULAR EN HOSPITAL DE JEREZ

CABELLO FERNÁNDEZ, Y; TOLEDO COELLO, MD; DORMIDO SÁNCHEZ, M y PÉREZ VENEGAS, JJ.

Centro: HOSPITAL SAS JEREZ DE LA FRONTERA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CONSULTA RÁPIDA OSTEOARTICULAR URGENCIAS CALIDAD
Resumen
Introducción: La elevada prevalencia de consultas por dolor musculoesquelético ocasiona un aumento de la presión asistencial en urgencias y las listas de esperas de las Consultas de Reumatología y Traumatología, requiere medidas organizativas para descongestionar el Sistema, intentando obtener diagnósticos y tratamientos precoces. Una Consulta de Rápida de Aparato Locomotor supone no solo un importante ahorro de recursos sanitarios y económicos sino que es percibida por el usuario como altamente satisfactoria.
Objetivo: Analizamos los resultados de implementación de la consulta rápida osteoarticular.
Material y métodos: La consulta se realiza durante 2 días a la semana, en horario de mañana y tarde, en el modulo de CCEE. La asistencia es llevada a cabo por 2 Reumatólogas, con apoyo de personal de enfermería y/o auxiliares y administrativa. La organización de la actividad de la Consulta corresponde al Jefe de Servicio y jefe de Unidad de Gestión de Urgencias Los pacientes proceden del Servicio de Urgencias del Hospital de Jerez, previa cita que se gestiona y se comunica a los pacientes a su alta de urgencias en la Unidad de Admisión del servicio. Los criterios de derivación se han establecido según protocolos realizados en conjunto con otras especialidades implicadas (Reumatología, Traumatología, Rehabilitación).
Resultados: Se han atendido en la Consulta Rápida Osteoarticular un total de 467 pacientes(288 mujeres/183 hombres) en un periodo de 3 meses (Junio-Septiembre 2010). De edades comprendidas entre los 22 y 91 años. De los 467 pacientes 280 (59.96%) han sido altas directas. Estudio de concordancia diagnóstica del 60%. Se han realizado 101 (21.63%) infiltraciones.RMN solicitadas 16. Derivaciones a Reuma: 6.Derivaciones a Trauma: 10. Derivaciones a RHB: 7. Informes clínicos al alta: 100%.
CONCLUSIONES : La Consulta Rápida Osteoarticular nos ayuda a realizar un

buen filtrado de pacientes dentro de un servicio con elevada presión asistencial, pudiendo resolver los cuadros menos graves y frecuentes de forma eficiente y rápida y redistribuir los pacientes con patologías más graves o específicas a su correspondiente especialidad para estudio. Ha reducido el tiempo de espera en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes derivados desde la Unidad de Gestión de Urgencias. Es útil para mejorar la accesibilidad a consultas externas de Reumatología, Traumatología y Rehabilitación. Agiliza la fluidez en los circuitos hospitalarios y garantiza calidad asistencial al paciente.

P-59

DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS

Carmona Samper, E; Robles Aguilera, MC; Antón Molina, F; Sánchez Miralles, MD; Cañadas Núñez, F y Rojas Ortíz, AM.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Calidad, Formación Matronas
Resumen
Objetivos:
Mostrar el diseño y funcionamiento del nuevo modelo de Unidad Docente de Matronas(UDM).Importancia y diferencias respecto a modelos anteriores.
Material y método:
Trabajo descriptivo sobre el diseño y organización de la UDM de Almería
Elaboración del Libro Guía donde se recogen las competencias que debe adquirir la residente, las actividades mínimas exigidas por el Ministerio, las guías docentes de cada asignatura, horarios teóricos y programación rotaciones prácticas
El Programa Común Complementario (PCCEIR) complementa las asignaturas de legislación, administración y ética sanitarias
Elaboración del Libro de Registro de la formación práctica del residente.
Sesiones clínicas en el área maternal a cargo de las residentes de 2º año
Resultados: Sistema de residencia a tiempo completo.Dedicación máxima de 3.600 h (26% teoría y 74% prácticas) En la actualidad se están formando en nuestra Unidad 10 residentes distribuidas en los 3 hospitales de la provincia adscritos Los registros diseñados son utilizados por las residentes en sus rotaciones y permiten la evaluación por los tutores
Programa formativo adaptado a la direciva Europea y al Espacio Europeo de Educación Superior
Las residentes de matrona se integran al Programa Común Complementario cono el resto de las especialidades en formación y cuentan con herramientas para evaluar tutores, unidades y docentes
CONCLUSIONES: La creación de estos modelos de UD constituyen una apuesta decidida del Sistema Sanitario Público de Andalucía por la capacidad de sus profesionales para desempeñar esta labor
Las residentes reciben simultáneamente formación teórica y practica proporcionándole una práctica profesional programada y supervisada con el objeto de alcanzar la excelencia profesional La formación teórica es llevada a cabo por los mismos profesionales que forman al residente desde el punto de vista práctico.
La participación e implicación en la formación aumenta la motivación y mayor compromiso de los profesionales con la formación de especialistas
Papel destacado del tutor como responsable de orientar y apoyar el proceso formativo
El carácter provincial de la unidad ha estrechado la relación entre las matronas de los diferentes hospitales y centros de primaria. Nuestra UDM de Almería se ha convertido en un referente para la puesta en marcha de nuevas unidades docentes de enfermería.

P-60

CREACIÓN DE UN MODELO ÚNICO DE HISTORIA CLÍNICA EN MOVILIDAD

SÁNCHEZ PASTOR, M; COMPANY MORALES, M; GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, CJ; MONTORO ROBLES,

Centro: EMPRESA PUBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS, ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: historia clínica, urgencias
Resumen
OBJETIVO Creación de un modelo único de historia clínica en movilidad en la provincia de Almería por el Comité Provincial de Trauma.
MATERIAL Y MÉTODOS Reuniones llevadas a cabo por miembros del Comité Provincial de Trauma Grave pertenecientes a dispositivos extrahospitalarios (1 médico de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 y coordinadores de urgencias de los distritos de Atención Primaria y Área de Gestión Sanitaria Norte). Elaboración de un modelo de historia clínica o informe de asistencia urgente a utilizar por los dispositivos extrahospitalarios en las asistencias que realicen fuera del centro de salud o punto de atención continuada. Su creación se rige por los principios de sencillez, fácil cumplimentación, información clínica clara y concisa, basada en la sistemática de atención al trauma grave que recoge el Proceso Asistencial. Para la maquetación definitiva se utilizó el programa Power Point de Microsoft en formato A4.
RESULTADOS El nuevo modelo ya implantado recoge los datos básicos que deben figurar en cualquier informe clínico (datos de filiación del paciente, identificación del centro y equipo sanitario, diagnóstico(s) y firma) y está estructurado en 2 grandes bloques: anamnesis y exploración (incluye antecedentes, alergias, tratamiento habitual, enfermedad actual, exploración, tabla de constantes – presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de O2, leucemia, escala del dolor, escala de Glasgow, Trauma Score-, medicación administrada, fluidoterapia, electrocardiograma) y valoración sistemática (basada en el "ABCDE" e intervenciones de enfermería). Incluye un apartado de evolución y destino del paciente. El modelo puede usarse para la atención del resto de patologías diferentes al trauma. Se acompaña de una guía de atención a los procesos asistenciales más frecuentes (cardiológico, neurológico, trauma)
DISCUSIÓN La implantación del Proceso Asistencial Integrado Trauma Grave es desigual en las áreas sanitarias de la provincia de Almería. La historia clínica en movilidad debe facilitar la continuidad asistencial interniveles. Hasta su creación se contaba con la existencia conjunta de 3 modelos distintos, en los que la información recogida presentaba amplia fragmentación y omisiones.
CONCLUSIONES La creación de un modelo único de historia clínica permitirá en un futuro la creación de un Conjunto Mínimo de Datos de Trauma Grave y de otros Procesos Asistenciales en cada uno de los dispositivos sanitarios implicados en la asistencia.

P-61

ESTUDIO DEL DOLOR PRECORDIAL EN LA ACTIVIDAD DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

LÓPEZ REBOLLO, ME; SÁNCHEZ PASTOR, M; RUIZ BRIK, MI; GARCÍA DEL ÁGUILA, JJ; ALBA RESINA, A y OLMEDO DE FEDERICO, E.

Centro: EMPRESA PUBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS, ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: dolor precordial emergencias síndrome coronario agudo
Resumen Objetivo: Analizar el impacto del Dolor Precordial como motivo de demanda en un Servicio de Emergencias Extrahospitalario.
Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Periodo de estudio: 2006-2009. Ámbito de estudio: Centro de Coordinación 061 de Almería. Se analizan todas las demandas de asistencia sanitaria tipificadas como dolor precordial y los recursos enviados. Se detalla el subgrupo de asistencias y traslados realizados por los equipos de emergencias (EE) en UVI móvil. Incluye las demandas cuyo diagnóstico final por los EE fue de síndrome coronario agudo (SCA) -CIE-9 410, 411.1 y 413- y dolor

torácico (DT) -CIE-9 786.5-.
Resultados: Total de llamadas asistenciales 188.809; 5.863 se tipificaron como dolor precordial (3%). Los recursos asignados son: Equipos de Emergencia (E.E) 3.482 (59%), de los que el E.E trasladó a 1.556 (45%); Atención Primaria (APS) 1.506 (26%), que trasladó a 648 (41%) y Ambulancia Convencional a 875 (15%). El total de pacientes asistidos por los E.E en el periodo de estudio fue de 16.842 (20%) de los cuales la demanda dolor precordial suponen el 59% (3.482) como se ha comentado anteriormente. Se diagnosticaron de SCA 1.220 (35%) de los pacientes atendidos por los EE con demanda de dolor precordial. En los casos diagnosticados de SCA, el 44% (977) de las demandas fueron por otros motivos (síncope, inconsciente y mareos).
Discusión: Aunque existe una disminución de las demandas por dolor precordial respecto a estudios previos realizados por el Servicio Provincial 061 de Almería, ha habido un incremento en el número de asistencias que realizan los EE por este motivo. Así mismo, se ha incrementado el número de pacientes trasladados por este recurso, 27% frente al 45%. No obstante, existe un importante grupo de pacientes (12%) en los que no se llega a un diagnóstico definitivo, codificándose como Dolor Torácico no especificado. Esto hecho puede deberse a la limitación de medios diagnósticos en el medio extrahospitalario.
CONCLUSIONES: El Dolor Precordial representa el 3% del total de demandas de asistencia al Centro de Coordinación del 061 de Almería; en la actividad de los E.E supone el 20% de su actividad total y el 45% del total de pacientes trasladados por este recurso sanitario. La presentación del SCA se ve asociada en numerosos casos a otros motivos de demanda.

P-62

CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN ACTO ÚNICO DE HEPATOLOGÍA DEL HOSPITAL TORRECÁRDENAS

BENDEZÚ GARCÍA, RA; Casado Martín, MM; Gálvez Miras, A; González Sánchez, M y Vega Sáenz, JL.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: consulta acto único, transaminasas, hepatología
Resumen
OBJETIVO: estudiar la capacidad resolutiva de la consulta de acto único de Hepatología (CAUH) en el diagnóstico de pacientes remitidos por presentar alteraciones persistentes de las enzimas hepáticas.
Material y métodos: realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo en los pacientes remitidos a la CAUH, por presentar elevación de las transaminasas desde Marzo de 2008 hasta Junio de 2010. La Consulta incluyó una anamnesis, una ecografía digestiva y la evaluación de los resultados de una analítica solicitada por el remisor del paciente, y que incluía transaminasas, marcadores virales y de celiaquía, autoanticuerpos, metabolismo del hierro, ceruloplasmina, alfa-1 antitripsina y hormonas tiroideas. Una vez hecho el diagnóstico se procedió al alta o a la derivación a una consulta específica, mientras que los casos no resueltos eran citados para una nueva evaluación.
Resultados: se analizaron 434 pacientes, el 61% eran hombres y 39% mujeres, con una edad media de 47,8 años (15-97). Se consiguió el diagnóstico definitivo en la primera consulta en el 74% de los pacientes remitidos. Los diagnósticos más frecuentes fueron la esteatosis hepática por síndrome metabólico (34%), esteatosis enólica (9,2%), autolimitada (9%), tóxica (8,1%) y virus C (8%). Se procedió al alta en el 50,5% de los pacientes y al 24% se les remitió a consultas específicas (hepatología viral, hepatología general, celiaquía y endocrinología) para comenzar tratamientos. El resto (25,5%) se citó para revisión, no acudiendo el 2%. En esa revision se obtuvo un 14% de diagnósticos adicionales llegando hasta el 90%. En el 8% restante no se ha obtenido un diagnóstico definitivo, continuando revisiones en la consulta de hepatología.
DISCUSIÓN: las alteraciones de las transaminasas se detectan con frecuencia

en los controles laborales y de salud.
La CAUH se gestó para conseguir una mayor comodidad para los pacientes, pero también es necesario evaluar los resultados en salud y costos. Lamentablemente no hemos encontrado referencias publicadas de resultados de consultas específicas de acto único que atiendan esta demanda, por lo que no podemos compararnos; pero este hecho aumenta su interés para hacerlos públicos.
CONCLUSIONES: la CAUH de pacientes con hipertransaminasemia mantenida obtiene un diagnóstico definitivo en el 74% de los pacientes en la primera y única consulta y un 50% de ellos pueden ser remitidos a atención primaria para seguimiento, aunando la comodidad para el paciente y la eficiencia diagnóstica.

P-63

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA DESHABITUACION TABAQUICA EN LOS ADOLESCENTES

LOPEZ CANO, M.; LOZANO PADILLA, C.; PEREZ MANZANO, F; ALCARAZ BLANES, M; GONZALEZ MARIN, M y RODRIGUEZ IBAÑEZ, M..

Centro: UGC BAJO ANDARAX
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ADOLESCENTES-TABACO-PLAN DE MEJORA
Resumen
Objetivos:
1. - Desarrollar el plan de mejora para deshabituación tabáquica en los adolescentes
METODOLOGÍA: Tras un estudio realizado en el 2008, donde se analizo el consumo de tóxicos en los alumnos que estaban cursando la ESO en los Institutos Públicos de la zona del Bajo Andarax, se ha realizado un Plan de Mejora. Para que este sea efectivo se requiere de la formación de equipos de trabajo, así como definir tiempos y espacios para los encuentros. contando para ello, con los equipos directivos, los profesionales sanitarios, los profesores / as, estudiantes, madres y padres.
Disponer de recursos técnicos que posibiliten un plan de mejora actualizado y de calidad y de materiales didácticos adecuados al problema que se este trabajando. Durante la ejecución del Plan de Mejora se llevara a cabo el seguimiento y evaluación del mismo
Resultados: Las medidas adoptadas en el plan de mejora, incluye:
1. - Fomentar la competencia de los profesionales sanitarios en deshabituacion tabaquica.
2. - Preparar a grupos de adolescentes referentes, mediante talleres grupales, como agentes responsables sobre los efectos del consumo de toxicos, para que estos a su vez transmitan la información a sus compañeros. Reforzando con información escrita.
3. - Actividades dirigidas a las familias de los alumnos.
- Talleres grupales para deshabituación tabáquica, a padres fumadores.
- Llevar a cabo intervenciones breves en las consultas sanitarias
- Talleres grupales donde se proporcione información sobre como intervenir sobre sus hijos.
4. - Facilitar el acceso a la consulta antitabaco a los trabajadores de los centros educativos interesados en seguir tratamiento de deshabituación del tabaco
DISCUSIÓN- CONCLUSIONES
De la puesta en ejecución del Plan de Mejora se esperan diversos
Resultados:
- Prevención y disminución del consumo de tabaco en la población adolescente
- Calidad de los aprendizajes, con el cumplimiento del compromiso adquirido
- Establecer al propio alumno como agente de salud con respecto a sus compañeros.
- Modificación de los hábitos tabaquicos tanto en familiares como profesorado, por la influencia negativa que implica en la conducta del adolescente.

P-64

TRIAGE EN LAS URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS: PERCEPCIÓN DEL USUARIO

MORA CABERA, A; LAO MOYA, FJ; MURILLO DE LAS HERAS, MM; FERNANDEZ MUÑOZ, F;

ALPAÑEZ PARDO, M y LAO BARÓN, FJ.

Centro: HOSPITAL DE TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CLASIFICACIÓN, TRIAGE, URGENCIAS

Resumen
La afluencia de pacientes hacia los servicios de urgencias de los hospitales ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Ello crea una sobrecarga de trabajo en los servicios de Urgencias condicionando una disminución en la calidad asistencial. Este fenómeno ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar una primera valoración del paciente para poder priorizar su atención y ubicado correctamente dentro de la unidad de urgencias. Este proceso de primera valoración recibe el nombre de triage. El triage se consolida como un sistema eficaz de ordenación del trabajo asistencial para dar respuesta a la demanda masificada en los servicios de urgencias y disminuir la ansiedad de enfermos y familiares ante la espera.
Objetivos: General: conocer la percepción que los usuarios tiene sobre el sistema de clasificación o triage, implantado en C. H. Torrecárdenas, Específico: analizar los posibles factores que puedan influir en su satisfacción, establecer estrategias que permitan aumentar la calidad percibida por pacientes y familiares.
MATERIAL Y MÉTODOS Diseño: estudio descriptivo trasversal, realizado en la unidad de clasificación del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, durante tres meses, desde octubre a diciembre de 2010. Sujetos: todos los pacientes clasificados según el P A U E del SAS. Selección de 150 usuarios de forma aleatoria para la muestra.
Recogida de datos: encuesta telefónica
RESULTADOS. El tiempo de espera en clasificación, el 82,8% de los usuarios, lo consideran breve.
La atención recibida en consulta médica y consulta de clasificación la consideran adecuada en un 86%. El grado de satisfacción del usuario de su estancia en urgencias es de un 82%.
DISCUSIÓN La clasificación ejercida por los profesionales de la salud en las urgencias del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, asigna una prioridad en función de la patología del usuario, favoreciendo la tranquilidad del mismo y la organización de la asistencia sanitaria.
CONCLUSIONES El ciudadano percibe de forma positiva el triage de urgencias aunque no se siente muy satisfecho en la demora para ser atendido en la consulta medica.
La mitad de la muestra considera adecuado que sea una enfermera/o que sea quien realiza el triage
.En cuanto a la valoración global de su estancia en urgencias la mayoría de los usuarios, independientemente de su patología y del tiempo de espera 10 consideran adecuada.

P-65

METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS EN CALIDAD: DESARROLLO DE UNA TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL

ESTEVEZ GONZALEZ, F*; CARMONA SAMPER, E; GUEDES ARBELO, CH; GALINDO ASENSIO, A; FERNANDEZ SOLA, C y GRANERO MOLINA, J.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecardenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: METODOLOGÍAS PARTCIPATIVAS POSGRADO CALIDAD

Resumen
La Convergencia Europea define los objetivos de la Educación Superior lo que supone un profundo cambio en la enseñanza de grado y posgrado. Los estudiantes deberán adquirir no sólo un conocimiento específico de su carrera sino que deben adquirir una serie de capacidades y destrezas. Para ello es necesario el uso de metodologías participativas que permitan la generación del conocimiento frente a la tradicional trasmisión del mismo.
Por otra parte es, en este tipo de metodologías, donde las técnicas de planificación sanitaria han tenido su máximo desarrollo. Las técnicas de planificación para la creatividad se basan en la opinión de expertos o en reuniones de grupos y su objetivo

es buscar respuestas que partan de la comunidad o de los profesionales implicados y convertirlas en soluciones aplicadas.
En la asignatura "Calidad en los servicios de Enfermería" del programa de posgrado de Ciencia Enfermera se utilizan este tipo de metodología que fomentan la reflexión de los enfermeros posgraduados en aspectos relativos a la calidad.
Objetivos: Desarrollo de una técnica de grupo nominal (TGN) para identificar problemas de dificultan la calidad asistencial y clasificarlos por orden de importancia.
Material y método: Trabajo descriptivo sobre el desarrollo de dicha técnica dentro de la asignatura de "Calidad en los servicios de Enfermería". Se realiza con el total de los alumnos que asistieron a clase: 15 enfermeras/os postgraduadas/os durante la formación de un Master universitario.
Se explican los principios básicos de la técnica a los alumnos y exposición del tema a tratar: Identificar problemas de la enfermería para trabajar en calidad
Resultados: En la primera fase, de generación silenciosa de ideas, se identificaron un total de 37 problemas para la puesta en marcha de mejoras en la calidad asistencial.
En la fase de lectura se descartaron ideas similares: se definieron 27 problemas
Una vez que fueron clarificados cada uno de ellos en la fase de discusión se procedió a la votación de los 5 problemas que consideraban más relevantes (Puntuaron 1 al menos relevante y 5 al más importante para ellos).
Los problemas que consideraron más importantes fueron:
Ratios enfermera- paciente muy elevados
Falta de asunción de responsabilidades
Falta de trabajo en grupo con otros profesionales
Falta de motivación
Recursos Humanos y Materiales insuficientes. Escasa formación.
Otros problemas votados fueron:
Sistema de Motivación: desmotivador
Escaso control de variables de calidad relacionados con el ciudadano.
Dificultad de adaptación al cambio.
Plantilla inestables no especializadas
Incentivos mal gestionados: desmotivadotes. Bajas Remuneraciones
Discusión: Las cargas de trabajo son la principal causa que impide mejorar la calidad de la atención enfermera. No asumir responsabilidades por parte de los enfermeros y la falta de trabajo en equipo son considerados como los obstáculos principales para trabajar en calidad. Esta técnica permite generar un número importante de ideas, discutirlas y por ultimo reflexionar y seleccionar las consideradas más importantes.
CONCLUSIONES: Las metodologías participativas en la enseñanza universitaria fomentan los procesos críticos de enseñanza-aprendizaje, la creatividad del alumno y el diálogo como aspecto fundamental para estimular la reflexión.
Su conocimiento es muy útil en la formación en calidad: potencian la planificación sanitaria eminentemente participativa.
Necesidad de formar a los enfermeros posgraduados en estas herramientas muy útiles para implantar mejoras de calidad en cualquier nivel asistencial.

P-66

LA AUDITORIA COMO HERRAMIENTA DE LA CALIDAD Y DE LA MEJORA CONTINUA

DEL AGUILA GIMENEZ, MD; MARTINEZ TORTOSA, A; ESPEJO GUERRERO, P; MONTOYA VERGEL, J y RIVERA CAPILLA, C.

Centro: DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: CALIDAD AUDITORIA HERRAMIENTA
Resumen
INTRODUCCION El II plan Andaluz de Calidad se contempla garantizar la Calidad en las Políticas de Salud Pública. La puesta en marcha desde la UE de políticas comunes en materia de seguridad alimentaria que garantice la Salud de los ciudadanos incluye como

procedimiento la implementación de sistemas de auditoria.
OBJETIVOS Establecer la validez de la metodología de la auditoria para asegurar el desarrollo de los Sistemas, Planes, Programas y Procesos poniendo de manifiesto sus puntos débiles y sus áreas de mejora.
MATERIA Y METODOS Plan de Auditorias de la Oficina Veterinaria Alimentaria Europea. (FVO)
Plan General de Auditorias del Sistema de Gestión de Controles Oficiales (SGCO)
Auditorias internas de Cumplimiento de Acuerdos de Gestión
Plan de Supervisión de establecimientos alimentarios de Andalucía Se realiza un análisis y desarrollo de estos planes valorando los resultados de su aplicación
RESULTADOS
La FVO tiene puesta en marcha un plan de auditorias en materia de seguridad alimentaria, desde 2000 y sobre todo desde la aplicación del Reglamento 882/204 del Parlamento Europeo, cuyos resultados motivan la implementación por parte de los Estados miembros de las políticas necesarias para el cumplimento de las Directrices de la Comisión Europea.
Plan General de Auditorias del SGCO se puso en marcha como consecuencia de la aplicación del Reglamento 882/2004 el pasado año con una duración de 4 años. En 2010 se ha iniciado con la realización de 3 auditorias en SSCC, 2 en Delegaciones Provinciales y 9 en Distritos. Desde 2007 se realizan auditorias para verificar el cumplimento de objetivos de los acuerdos de gestión Distritos. El Plan de Supervisón de los establecimientos alimentarios se aplica para verificar la eficacia de los sistemas de autocontrol de esos establecimientos. Hasta la fecha se han realizado en el Distrito 160 supervisiones incluyendo en estas una formación específica en la metodología de auditoria a todos los miembros de la UPS
CONLUSIONES En cada uno de los planes analizados se demuestra que la auditoria es una herramienta muy eficaz para determinar si las actividades y resultados se corresponden con los planes previstos y si estos se aplican eficazmente y son adecuados para alcanzar los objetivos. La metodología de auditoria es extensible a cualquier ámbito de nuestra actividad si pretendemos trabajar en calidad

P-67

SATISFACCIÓN LABORAL, COMUNICACIÓN INTERNA Y TIPO DE LIDERAZGO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DEL SAS

MARCH CERDÁ, JC y DANET DANET, A.

Centro: ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Satisfaccion laboral. Comunicación Interna. Resumen
Objetivos. Conocer la satisfaccion, comunicación interna y evaluación de los responsables entre celadores y personal de cocina de un hospital de Andalucía.
Material y métodos. Participantes: 61 profesionales de cocina y 106 celadores. Instrumento: cuestionario de elaboración propia con preguntas en escala Likert para medir satisfacción, comunicación y tipo de liderazgo. Para conocer los canales y fuentes de comunicación empleadas y deseadas, la encuesta listaba posibles canales y fuentes que los y las participantes tenian que ordenar según la preferencia o uso. Las características sociodemográficas de la muestra, son: 1-celadores: 43% mujeres, media edad 50 años, experiencia media 16 años, 33% con contrato de interino y el 84% con turno rotativo. 2- personal de cocina: 82% mujeres, media edad 48 años, 75% interinos, 90% con turno rotativo, experiencia media de 100 años. El análisis de los resultados se ha realizado comparando medias de personal de cocina y celadores. A través de un estudio de correlación, se ha buscado la relación entre satisfaccion, comunicación y opinión sobre responsables. Dentro de cada grupo profesional, se ha seleccionado el 25% con peores resultados para conocer sus necesidades y expectativas en cuanto a la comunicación interna y la relación con sus superiores.
Resultados. La satisfacción laboral es positiva (4,76 puntos sobre 7, el personal

de cocina y 4,5 celadores; p<0,05), los y las responsables se evalúan menos favorablemente (3,67 frente a 2,98 puntos; p<0,05), al igual que la comunicación interna (2,79 frente a 3,01 puntos; p<0,05). La satisfacción laboral y la opinión sobre la dirección son superiores en las mujeres, interinos, personal de cocina y profesionales con más de 5 años de experiencia. La satisfacción del personal se relaciona de manera directamente proporcional con la valoración de la comunicación y de los superiores (el índice de correlación es de 0,45 y 0,58 respectivamente).
Los 26 celadores y celadoras y los 14 cocineros/as y pinches de cocina con peores resultados consideran insuficiente la comunicación interna y la labor de los y las responsables. Se observa un infra-uso de los canales y fuentes formales de comunicación. Se preferiría recibir información directa de sus superiores, a través de reuniones de equipo y entrevistas personales con sus responsables.
CONCLUSIONES . Para aumentar la satisfacción de los profesionales es necesario conseguir niveles de comunicación óptimos y una relación adecuada con los o las superiores.

P-68

ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD INTEGRAL DE FORMACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAÑADAS NUÑEZ, F; SANCHEZ MIRALLES, MD; ROBLES AGUILERA, C; AGUILAR PLAZA, MD; RIPOLL SORBAS, MC y GARCIA FUENTES, MJ.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ACREDITACIÓN, FORMACIÓN-CONTINUADA,CALIDAD, UNIDAD-FORMACIÓN

Resumen
El proceso de Acreditación de la Unidad integral de Formación (UIF) del CHT es un instrumento para incidir en la calidad de los elementos clave que intervienen en formación continuada, propiciando la identificación de buenas prácticas y espacios de mejora
OBJETIVOS Analizar resultados de los diferentes bloques de estándares de la Acreditación de la UIF del CHT
Identificar áreas susceptibles de mejora a incorporar en la UIF
MATERIAL Y MÉTODO Inicio del proceso de Acreditación de la UIFC en julio 2009, finalizando en julio 2010.Constando de dos fases:autoevaluación, realizada por 4 autoevaluadores y responsables de áreas de mejora, siguiendo la metodología PDCA y evaluación realizada por los evaluadores de la ACSA
El resultado del proceso es la Certificación en uno de los 3 niveles establecidos:Avanzado, Óptimo y Excelente, relacionada con el cumplimiento de los estándares de cada uno de los grupos I,II,III, tras la valoración de la información aportada en ambas fases
RESULTADOS Durante el proceso, se han incorporado 99 evidencias positivas, recopilado 480 documentos Identificado 44 áreas de mejora, 23 ya conseguidas
Formación acreditada:110 acciones formativas (1899 convocatorias),5340 oportunidades de asistencia a formación acreditada
Componente de calidad de las acciones formativas: al inicio del proceso 1.85 (sobre 2.8), al finalizar 1.95
Resultados evaluación:Porcentajes cumplimiento estándares por grupo: 97.96% grupo I, 56.67% grupo II y 19.05% grupo III. (69 estándares de 100) Certificación obtenida: Acreditación Avanzada
Informe Cualitativo: porcentaje cumplimiento estándares por bloques:
BloqueI:Necesidad formación_69.23%
BloqueII:Proceso Aprendizaje_60%
BloqueIII:Profesionales de formación_63.16%
BloqueIV:Planificación y Recursos_84.85%
BloqueV:Resultados_55%
Plan de Acción:23 acciones de mejora distribuidas por estándares asociados a bloques y grupo
DISCUSIÓN El proceso de acreditación contribuye a la mejora continua de la UIF y sus acciones formativas
Es prioritaria la implicación de los responsables de las áreas de mejora
CONCLUSIONES El bloque de Planificación y Recursos de la formación

es el que registra mayor fortaleza
El bloque Resultados es en el que se aprecia mayor campo de mejora
De acuerdo con los resultados, el acceso al siguiente nivel (Acreditación Óptima) queda supeditado a la mejora del componente de calidad en 0.05 y la consecución de 2 estándares (1 del grupo I y otro del grupo II)
Establecimiento de un plan de acción para la mejora y avance de la UIF

P-69

TITULO: VISITA DOMICILIARIA EN LA UNIDAD DE GESTION CLINICA NEFROLOGIA-CHT

SANCHEZ CASTRO, MV; LOPEZ REGO, R y CALATRAVA FERNANDEZ, F.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: VISITA DOMICILIARIA EN DIALISIS PERITONEAL
Resumen
OBJETIVO GENERAL. DAR CONFIANZA Y SEGURIDAD AL PACIENTE EN SU DOMICILIO.
OBJETIVO ESPECIFICO . EVALUAR COMO SE REALIZA LA TECNICA.
AYUDAR EN LA ORGANIZACION Y DI.STRIBUCION DEL MATERIAL.
APOYAR PSICOLOGICAMENTE AL PACIENTE Y A LA FAMILIA.
MATERIAL Y MÉTODO.APOYO AUDIOVISUAL, LIBROS, POSTERS, Y EXPOSICIONES ORALES.
Resultados:CONOCIMIENTO DEL ENTORNO DEL PACIENTE POR ENFERMERIA . ASEGURAR LA ADAPTACION , ADHESION Y EFICIENCIA DEL PACIENTE A SU TRATAMIENTO.
LINEAS EN DESARROLLO :
TELEASISTENCIA EN DIALISIS PEERITONEAL CON LOS NUEVOS SISTEMAS INCORPORADOS EN CICLADORA

P-70

PORTAL ALCAZABA: PLATAFORMA WEB DE TRABAJO COLABORATIVO Y GESTIÓN DOCUMENTAL

PLA RUIZ, JM; GONZALEZ REVUELTA, E; ORTEGA CARREÑO, J; RAMÓN GÓNGORA, E; CRUZ CAPARROS, AM y QUERO HERNÁNDEZ, F.

Centro: HOSPITAL TORRECÁRDENAS ALMERÍA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PORTAL WEB GESTIÓN DOCUMENTAL INTRANET HOSPITALARIA
Resumen
OBJETIVOS Plataforma web del Complejo Hospitalario Torrecárdenas para la creación de sitios especializados de grupos Web para intercambio de información, desarrollo de documentos de uso grupal, organización de reuniones y en general, fortalecimiento del trabajo en equipo de los distintos grupos de profesionales del Complejo.
MATERIAL Y MÉTODO Análisis detallado de las necesidades y escenarios de aplicación, instalación de la plataforma y desarrollo de la estructura básica, con incorporaciones sucesivas de las nuevas propuestas/necesidades
Seguimiento en grupo de trabajo (Comisión Web) del uso y análisis continuo de nuevas aplicaciones
RESULTADOS Desarrollo de un sitio web corporativo con acceso jerarquizado para los profesionales del Complejo y subsitios web para los distintos grupos de trabajo, con bibliotecas de documentos con control de versiones, foros de discusión, listas de integrantes, calendario de eventos, galería de imágenes…, con las que implementar áreas de trabajo para Comisiones y Grupos de trabajo, Jefes de Guardia, Dirección del Complejo y Unidades de Gestión Clínica.
DISCUSIÓN El Portal de Intranet Alcazaba da respuesta a la necesidad de plasmar en un único sitio los distintos requerimientos tanto del trabajo diario del profesional como el derivado del trabajo en equipo en un entorno tan multidisciplinar como es el Hospital.
El usuario accede a un entorno común, y en función del grupo al que pertenezca, se habilitarán accesos a los distintos subsitios permitidos, en los que se desarrollan espacios de trabajo para Comisiones, Dirección, Unidades de Gestión..
Se le está dotando de más funcionalidad como estrategia para difundir su uso.

CONCLUSIONES Se ha conseguido la implantación de la Plataforma, constatando buena aceptación por parte de los usuarios.
Se consolidad como elemento importante en ciertos procesos como el funcionamiento de las Comisiones, procesos de acreditación de Unidades de Gestión y acceso a aplicaciones web desde la plataforma Citrix, entre otros.
La facilidad de uso, integración total con herramientas ofimáticas corporativas, familiaridad del entorno e interés por parte de la Dirección del centro en promocionar su uso auguran un aumento y diversificación de aplicaciones.

P-71

EVALUACION DEL PROCESO CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL TORRECARDENAS

Anguita Montes, F; Gálvez Miras, A; Martínez Amate, E; Carreño , R; Bendesú , RA y Vega Saenz, JL.

Centro: H. Torrecárdenas. Almeria
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: procesos asistenciales, cancer colorrectal
Resumen
1) INTRODUCCIÓN:
El cáncer colorrectal supone la segunda causa de muerte por cáncer en Andalucía, presentando unas tasas brutas de incidencia del 32-39/100.000 habitantes/año. Dada su frecuencia y potencial gravedad, el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006 se planteó, entre otros objetivos, la implantación de un proceso asistencial que mejorara la calidad de asistencia recibida por el ciudadano.
A tales fines, con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se analizaron los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tenían los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos.
Esta Gestión por Procesos, se fue implantando de forma progresiva en distintos centros sanitarios andaluces y se fijó como un objetivo primordial, un análisis continuo de los resultados del proceso a través de indicadores de calidad que permitiera nuevas propuestas de mejora.
2) **Objetivos:**
- Analizar el cumplimiento de los indicadores de calidad prefijados para los gastroenterólogos del Hospital Torrecárdenas en el Proceso Cáncer Colorrectal (CCR).
- Planteamiento de nuevas propuestas de mejora en función de los resultados.
3) **Material y métodos:**
Estudio observacional, prospectivo y longitudinal que incluye todos los pacientes derivados a la consulta especializada de Digestivo como Proceso CCR durante el primer año desde su implantación.
4) **Resultados:**
Se remitieron un total de 79 pacientes que cumplían criterios clínicos de sospecha de CCR. En el 80 % se realizó colonoscopia completa (incluyendo a aquellos con CCR estenosante que impedía el paso del endoscopio). De las colonoscopia realizadas, en 27 se diagnosticó CCR. Al 100% de los pacientes se les dio el informe en mano.
5)**CONCLUSIONES**:
Los indicadores de calidad del gastroenterólogo, la tasa de colonoscopias completas y de realización de informe se cumplieron según los criterios indicados en el proceso. Esto supone unos resultados satisfactorios y alentadores aunque no exentos de nuevas propuestas de cambio, de acuerdo a lo esperado antes su implantación.

P-72

ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD INTEGRAL DE FORMACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAÑADAS NUÑEZ, F; SANCHEZ MIRALLES, MD; ROBLES AGUILERA, MC; AGUILAR PLAZA, MD;

RIPOLL SORBAS, MC y GARCIA FUENTES, MJ.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ACREDITACIÓN, FORMACIÓN-CONTINUADA, CALIDAD, UNIDAD-FORMACIÓN
Resumen El proceso de Acreditación de la Unidad integral de Formación (UIF) del CHT es un instrumento para incidir en la calidad de los elementos clave que intervienen en formación continuada, propiciando la identificación de buenas prácticas y espacios de mejora
OBJETIVOS Analizar resultados de los diferentes bloques de estándares de la Acreditación de la UIF del CHT
Identificar áreas susceptibles de mejora a incorporar en la UIF
MATERIAL Y MÉTODO Inicio del proceso de Acreditación (mediante aplicación ME_jora C) de la UIFC julio 2009, finalizando julio 2010 constando de dos fases:autoevaluación, realizada por 4 autoevaluadores y responsables de áreas de mejora, siguiendo la metodología PDCA y evaluación realizada por los evaluadores de la ACSA
El resultado del proceso es la Certificación en uno de los 3 niveles establecidos:Avanzado, Óptimo y Excelente, relacionada con el cumplimiento de los estándares de cada uno de los grupos I,II,III, tras la valoración de la información aportada en ambas fases
RESULTADOS Durante el proceso, se han incorporado 99 evidencias positivas, recopilado 480 documentos Identificado 44 áreas de mejora, 23 conseguidas
Formación acreditada:110 acciones formativas,1899 convocatorias,5340 oportunidades asistencia a formación acreditada
Componente cualitativo(CCL) de las acciones formativas:al inicio del proceso 1.85 (sobre 2.8) al finalizar 1.95
Resultados evaluación:Porcentajes cumplimiento estándares por grupo:97.96% grupo I, 56.67% grupo II y 19.05% grupo III (69 estándares de 100)
Certificación obtenida:Acreditación Avanzada
Informe Cualitativo-porcentaje cumplimiento estándares por bloques:
BloqueI:Necesidad formación_69.23%
BloqueII:Proceso Aprendizaje_60%
BloqueIII:Profesionales de formación_63.16%
BloqueIV:Planificación y Recursos_84.85%
BloqueV:Resultados_55%
Plan de Acción:23 acciones de mejora distribuidas por estándares asociados a bloques y grupo
DISCUSIÓN El proceso de acreditación contribuye a la mejora continua de la UIF y sus acciones formativas
Es prioritaria la implicación de los responsables de las áreas de mejora
CONCLUSIONES El bloque de Planificación y Recursos de la formación es el que registra mayor fortaleza
El bloque Resultados es en el que se aprecia mayor campo de mejora
De acuerdo con los resultados, el acceso al siguiente nivel (Acreditación Óptima) queda supeditado a la mejora del CCL en 0.05 y la consecución de 2 estándares (1 del grupo I y otro del grupo II)
Establecimiento de un plan de acción para la mejora y avance de la UIF

P-73

ACREDITACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN LA FORMACIÓN CONTINUADA

Rojas Ortíz, AM; Robles Aguilera, MC; Cañadas Núñez, F; Sánchez Miralles, MD; Vázquez López, MA y Antón Molina, F.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: acreditación, sesiones clínicas, formación continuada, calidad
Resumen
Objetivos: Evidenciar la influencia de la acreditación de las sesiones clínicas en la mejora de la calidad de la formación continuada de los profesionales y en la formación de especialistas
Material y método: Estudio observacional descriptivo de las sesiones clínicas generales en el CH Torrecárdenas durante 2009.
La acreditación de las sesiones clínicas hospitalarias se incluye como un objetivo

común en los acuerdos de gestión de las UGC y en los objetivos individuales de los profesionales de cada Unidad. Se establece un circuito entre: UGC (designación del coordinador de la actividad y del docente), Jefa de estudios (coordina el cronograma de sesiones, todos los martes a las 8,30 h, excepto los meses de verano, Navidad y Semana Santa), Unidad Integral de Formación Continuada (gestiona la autorización de la actividad y valida el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la aplicación Mejora_F de la Agencia de Calidad) y la ACSA (realiza la evaluación y emite informe a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento)
Resultados: nº sesiones realizadas= 35, nº sesiones acreditadas= 31 (componente cualitativo medio= 1,94), nº UGC/UA participantes= 30, nº docentes= 55, nº profesionales formados=2.450
DISCUSIÓN: A pesar de las dificultades propias que acompañan a cualquier tipo de cambio en la organización, esta forma de trabajar ha añadido valor a las relaciones interservicios e interpersonales (en algunas sesiones han colaborado varios Unidades). Se ha observado una mayor implicación en la mejora de la calidad de la formación por parte de los profesionales. Se han homogeneizado criterios y ha disminuido la variabilidad en la metodología docente, sin perjuicio de la innovación productiva
CONCLUSIONES: En toda organización sanitaria las sesiones clínicas hospitalarias constituyen un elemento clave en la formación continuada de los profesionales así como en la formación de especialistas. El nuevo enfoque de las sesiones acreditadas en calidad garantiza un desarrollo profesional acorde con el modelo de Gestión por Competencias y propicia los planes de formación individualizados.

P-74

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA PARA LA GESTIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO HAR SIERRA NORTE

PÉREZ RAMOS, JU; SIANES BLANCO, AD; MARTÍNEZ LARA, CA; CARO ROMERO, JU; MARTÍN ALONSA, JE y HIDALGO LLONIS, FR.

Centro: Hospital Alta Resolución Sierra Norte
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: Consentimiento Informado, plan mejora, calidad información.
Resumen
Objetivos:
•Mejorar la gestión de los consentimientos informados (CI) y la calidad del proceso de información según Orden 8 Julio 09 "Instrucciones a Centros Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)" en Hospital Alta Resolución Sierra Norte
Material y método:
1 Constitución grupo multidisciplinar de análisis
2 Análisis estado actual de CI
3 Definición de instrucciones e información a profesionales
4 Evaluación e impacto del plan
RESULTADOS
•Se ha elaborado y difundido las instrucciones para la correcta gestión de CI que incluye la estructura, sistemática de información, registro y entrega, incorporación en la Historia y gestión del tratamiento documental
•Se ha incorporado el nuevo modelo de CI como documento adjunto al sistema informático que soporta la Historia de salud digital
•Se ha diseñado el sistema de evaluación de calidad de los CI escaneados en el centro
•Se ha realizado la 1ª evaluación de 198 Historias con los siguientes %
Resultados: 89 escaneados, 52.3 modelo vigente, 54.4 con procedimiento identificado, 86.6 con nombre, apellidos y DNI del paciente y 91.9 identifica médico solicitante y firma, 23.9 con opciones de autorización marcadas, 72.5 fechados y 95.1 firma paciente.
DISCUSIÓN
El cambio en la gestión de los CI según la orden mencionada ha conllevado una implantación desigual en el sistema dada la diferente información recibida por profesionales, incluso ocasionando que su gestión dentro de un mismo Centro sea diferente por especialidad. Por ello la necesidad de intervenir

para mejorar y normalizar su gestión. El presente plan se encuentra aún en fase de implantación y por tanto pendiente de valorar el impacto del mismo comparando los resultados de la primera evaluación con los resultados que se valorarán en breve.

CONCLUSIONES

•Los resultados de la 1ª evaluación evidencia la necesidad del plan, destacando negativamente que casi la mitad de los CI son modelos antiguos y que con el sistema de escaneo actual no se identifica el procedimiento al que hacen referencia, por lo que se ha incidido en ello en las instrucciones diseñadas

•Se ha detectado la existencia de procedimientos que se desconocía que precisaban CI

•Se hace necesaria la reevaluación que nos indique si nuestra actuación ha tenido impacto según los resultados por lo que es necesario seguir adelante con nuestro Plan de Mejora en la gestión y calidad de CI. •Tenemos que conseguir la máxima divulgación, información de las nuevas instrucciones.

P-75

DEMANDAS DE ASISTENCIA SANITARIA POR LOS CENTROS DE SALUD AL CENTRO DE COORDINACIÓN 061 DE ALMERÍA

LÓPEZ REBOLLO, ME; JURADO RODRIGUEZ, J; GARCÍA DEL ÁGUILA, JJ; SÁNCHEZ PASTOR, M; MARTÍNEZ PORCEL, S y HERNÁNDEZ FORURIA, JF.

Centro: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 Almería
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: asistencia sanitaria emergencias centros de salud

Resumen

Objetivos: Conocer las causas por las que los Centros de Salud (CCSS) de Almería contactan con el Centro de Coordinación de Urgencias (CCU) 061, por demandas de asistencia y consejo sanitario.

METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo, revisión del registro informatizado de demandas. Población de estudio: peticiones de asistencia sanitaria recibidas en el (CCU) del 061 de Almería desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2009, en la zona de cobertura de los Equipos de Emergencias (EE) de Almería capital y Poniente. Se analizaron las siguientes variables: número de demandas de asistencia sanitaria, número de demandas formuladas por los CCSS, motivos de demanda y recursos enviados por el CCU a los CCSS.

Resultados: Durante el periodo de estudio se recibieron 174.759 demandas de solicitud de asistencia sanitaria al CCU, de las que 2.458 (1,4%) corresponden a demandas realizadas por los CCSS. Los motivos más frecuentes por los que los CCSS solicitaron demanda de asistencia al CCU fueron: Alteraciones neurológicas y/o nivel de conciencia, 471 (19,2%); Dolor Torácico, 441 (17,9%); Alteraciones de las constantes vitales, 306 (12,4 %); Disnea, 238 (9,7%); Patología Traumática, 197 (8 %); Dolor No Traumático, 167 (6,8 %); y Otras demandas, 638 (26%), en las que se incluyen patología psiquiátrica, gastrointestinal, genitourinaria, intoxicaciones/alergias y hemorragias. Del total de las demandas al CCU por los CCSS, el recurso asignado fue el EE en 974 casos (39,6%). Los grupos de patologías diagnosticadas más frecuentes fueron: Cardiológicas, 571 (58,6%); Neurológicas, 86 (8,8%); Respiratorias, 82 (8,4%); Trauma, 68 (7%); y Otras patologías, 167 (17,1%). Los EE trasladaron a los hospitales de referencia al 66 % de los pacientes asistidos.

DISCUSIÓN: A pesar de que los CCSS y puntos de Atención Continuada constituyen la principal puerta de entrada de los pacientes al Sistema Sanitario Público, a veces es necesaria la presencia de equipos especializados en soporte vital avanzado cardiológico y traumatológico como ayuda y soporte al proceso asistencial.

CONCLUSIONES: Actualmente, la causa más frecuente de asistencia del EE en un centro de salud es por emergencias cardiológicas, que incluye Arritmias, Síndrome Coronario Agudo (SCA), y Dolor Torácico, en los que se necesita la presencia de un equipo de soporte vital avanzado.

P-76

¡¡GANAMOS TODOS!! PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

TRAVERSO GUTIERREZ, JO; SORIANO BLANCO, MA; MARÍN VENEGAS, EN; GÓMEZ ARCAS, MA; GÓMEZ RIOS, IN y VIRUES GÓMEZ, DO.

Centro: Hospital de la Línea de la Concepción
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: PLAN ACOGIDA NUEVOS PROFESIONALES INCORPORAR HERRAMIENTA
Resumen
Objetivos: -Incorporar mecanismos que favorezcan la seguridad del paciente.
-Potenciar la conciliación del trabajo con las capacidades y habilidades de los profesionales.
-Disminuir el estrés/ansiedad que genera en los profesionales una incorporación a un nuevo servicio.
METODOLOGÍA: 1-Entrevista individualizada, gracias a la coordinación de la unidad de recursos humanos, se recogió el listado de profesionales de contrato durante los meses de julio,agosto, septiembre. Unos quince días antes se les llamó por parte de la jefatura de bloque de apoyo a los cuidados, gestión de personal y materiales. A través de una entrevista organizada se les solicitaba que informaran de su esperiencia en plantas, cuales eran sus capacidades, y a que servicio se veía más capacitada para ir.
2-En la incorporación del nuevo profesional al hospital, se les recepcionó con un manual de acogida que incluye información sobre el mismo, su modelo de gestión, su organización dísica, sus recursos humanos, planes de formación, normas y cartera de servicio. Facilitando también información específica, sobre aspectos fundamentales (objetivos, protocolos de trabajo, turnos, etc.)de cada servicio y/o departamento y sus normas de funcionamiento.
3-Tutorización al ingreso, se les identificó un referente en cada unidad durante la semana. El responsable de gestión de cuidados de la unidad de recepción del profesional, hace una presentación personal del nuevo profesional al resto del equipo. Por parte de recursos humanos se trabajó para que las nuevas incorporaciones fueran siempre de mañana y tarde, nunca de noche por el estrés y desconfianza que generaba en el profesional.
4-Valoración por parte del mando intermedio, del grado de satisfacción del profesional, ante el plan de acogida, y la adaptación del profesional al puesto de trabajo, mediante la realización de una encuesta al final de su periodo de contratación.
Resultados: Nos encontramos inmersos en el proceso de recopilación de las encuestas realizadas, por parte del mando intermedio de la adaptación, y del profesional. Comparando datos de absentismo respecto al año anterior, número de incidencias.
CONCLUSIONES: La meta horizonte es un usuario que demanda una prestación segura y de calidad, sin lugar a dudas esta prestación será más segura, cuanto mejor preparado esté el profesional. Tener una herramienta que facilite la adaptación de los profesionales, aumenta el sentimiento de pertenencia al mismo, disminuyendo niveles de estres ante lo desconocido.

P-77

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL USUARIO EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS PREOPERATORIAS EN EL ÁGS NORTE ALMERÍA

PARRA GARCIA, M; PARRA GARCIA, D; RUS CEJUDO, M; ORTEGA CARREÑO, C; GOMEZ GARCIA, M y BENITEZ EGEA,

I.
Centro: AGS NORTE DE ALMERIA
Área: GESTIÓN Y CALIDAD
Palabras clave: ACCESIBILIDAD PREOPERATORIOS
Resumen
Objetivos: Mejorar la accesibilidad del usuario a Pruebas Diagnosticas Preoperatorias (PDP).Evitar desplazamientos al Hospital para la realización de PDP.

-Material y Método.- Se plantea un proyecto de descentralización de PDP a las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria (A.P). por la Unidad de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), ofertando al usuario la opción de realizar las PDP en el Hospital o en su centro de salud, evitando desplazamientos innecesarios del usuario, optimizando los recursos del AGSNA y favoreciendo la relación entre A. Primaria y A. Especializada.

Para la realización de este proyecto fue necesario establecer acuerdos con la UGC de Biotecnología aumentado los días y el número de extracciones en los Centros de Salud y con la UGC de Radiología para ampliar la agenda de los Técnicos de Rayos en las UGC de A.P.

Posteriormente se recogieron los datos de todos los usuarios que son derivados desde la Especialidades Quirúrgicas a la Unidad de L.E.Q. para la inscripción en el registro de Demanda Quirúrgica , en una base de datos (access), anotando el Centro de Salud al que pertenecen con el fin de hacer un seguimiento y comprobar dónde se han realizado los usuarios finalmente las PDP solicitadas para la consulta de anestesia.

- Resultados.-Se ha comprobado que en el periodo 1/05/08 a 1/05/2010 se han realizado 6255 de las cuales 5152 han sido realizadas en las UGC de A. Primaria del AGSNA, lo que supone que un 71,1% de usuarios han optado por la opción de acudir a su Centro de Salud en lugar de desplazarse al Hospital.

Con la implantación de este circuito, se han evitado 5.152 desplazamientos de ciudadanos desde su domicilio al hospital con su consiguiente coste económico

- Discusión.-Desde el inicio del proyecto no se ha tenido constancia de Reclamaciones por parte de los usuarios por demoras para realizarse las PDP, la descentralización no ha supuesto Pérdidas de Pruebas: Analíticas, radiografías, electros, y por tanto no ha habido necesidad de repetición de estas.No se ha suspendido ninguna intervención quirúrgica motivada por el retraso ó faltas de dichas pruebas diagnosticas.

-**CONCLUSIONES** .-Consideramos que es un proyecto que se puede generalizar a otros Hospitales, siendo fácil de adaptar teniendo en cuenta las características de cada Hospital y las UGC que de él depende.

ÁREA TEMÁTICA

DESARROLLO PROFESIONAL

C-76

INDICADORES DE PROCESOS ASISTENCIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POLIVALENTES DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

Díaz Ricomá, N; Ortega Pérez, A; Salinas Revelles, A; Vargas Ortega, D; Mellado Vergel, FJ y Rubia Montañez, MD.

Centro: HAR El Toyo
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Procesos asistenciales, corta estancia, calidad asistencial
Resumen
Introducción: El Área Integrada de Gestión de Cuidados Polivalentes del Hospital de Alta Resolución El Toyo (AIG) dispone de un Área de Urgencias Generales y otra de Hospitalización Polivalente (Corta Estancia) a cargo de Médicos de Urgencias. En el año 2009, un 50% de los pacientes atendidos en régimen de Corta Estancia pertenecen a 4 Procesos Asistenciales (PA): Insuficiencia Cardiaca (IC) (13%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (15%), Fibrilación Auricular (FA) (11%) y Dolor Torácico (DT) (11%).
Objetivos: Describir el desarrollo de los PA, la adherencia a criterios de calidad asistencial, y detección de áreas de mejora
METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo Se recoge la actividad del AIG en el año 2009. Estudio de variables de calidad asistencial para cada uno de los PA. Se utilizan como fuente de identificación de pacientes la base de datos de Corta estancia de AIG y como fuente de datos para la auditoria la historia clínica al alta.
Resultados: Total: 50461, 807 (1,6%) ingresaron en Observación, y 454 (0,9%) en Corta Estancia. Del PA DT, subproceso IAM sin elevación del ST: 50 pacientes: 10% reconsultan en el mes siguiente, al 97.1% se le aplican medidas generales, 60.4% consta al alta la prescripción de antiagregantes, nitritos y betabloqueantes, 64% consta al alta la prescripción de inhibidores de la enzima conversora angiotensina (IECAs). Subproceso IAM con elevación del ST: 13 pacientes, 90% se le realiza electrocardiograma antes de 10 minutos, 92.3% se le aplican medidas generales, 100% se administra fibrinolisis en la primera hora y al 100% en prioridad I de ARIAM. PA IC: 69 pacientes, en el 21,6% consta al alta la función ventricular, en el 83.8% consta al alta la prescripción de IECAs, en el 81.2% se prescribe anticoagulación al alta en los pacientes con IC y FA, 5.8% reconsulta durante el mes siguiente. PA FA: 75 pacientes, en el 88.2% se prescribe anticoagulación al alta, 90.1% reciben fármacos para el control de la frecuencia. PA EPOC: 127 pacientes, en el 6.29% se usa ventilación mecánica no invasiva, en el 83.4% consta la fecha de revisión al alta, 7.08% reconsulta en el mes siguiente.
CONCLUSIONES: 1º La aplicación de los procesos asistenciales permite determinar los indicadores de calidad y establecer el grado de cumplimiento de estos en las principales patologías que se atienden en los Servicios de Urgencias. 2º Se detectan principalmente 2 áreas de mejora: aumentar la prescripción de IECAs al alta y uso de la ventilación mecánica no invasiva.

C-77

LA FORMACIÓN CONTINUADA EN LA UGC DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE JEREZ

JUÁREZ SOTO, A; BEARDO VILLAR, P; LOPEZ DEL CASTILLO GALERA, S; CASTRO DORANTES, MJ; NIETO MARTÍN-BEJARANO, J y SOTO DELGADO, M.

Centro: HOSPITAL DE JEREZ
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: ORGANIGRAMA FUNCIONES, FORMACIÓN CONTINUADA
Resumen
OBJETIVO: Elaborar un procedimiento para establecer las necesidades formativas de los profesionales de la UGC de Urología del Hospital de Jerez
Material y método La UGC de Urología cuenta con una potente herramienta de gestión: el organigrama de funciones de la UGC, que "sitúa" a los profesionales en la UGC y les ayuda a entender el qué y el por qué en relación a su formación. El profesional conoce cuáles

son sus funciones en la UGC, y de ellas derivan sus objetivos formativos. Para dar respuesta a estos objetivos, se elabora un Plan de Formación Conjunto y otro individual. Las necesidades formativas contempladas en
los planes de formación conjunto e individual (derivadas de los objetivos), se integran en el cuadro de mandos de seguimiento de objetivos individuales, monitorizándose de esta forma la transferencia del conocimiento. La Unidad de Formación de la UGC, es el referente en formación para todos los profesionales de la Unidad Resultados Aún no disponemos de resultados de impacto en la formación continuada de los profesionales. Si se ha conseguido que todos los profesionales sepan en qué y por qué deben de formarse, lo que ha "puesto orden" en la gestión de la formación continuada en la UGC.
Discusión El procedimiento establecido para gestionar la formación continuada de los profesionales de la UGC, basándose en nuestro organigrama de funciones, ha conseguido que los profesionales entiendan su programa formativo individual y conjunto, creando una masa crítica positiva en la UGC .
Conclusión La formación continuada en la UGC de urología de jerez, es una herramienta que nos ayuda a alcanzar la excelencia, dando respuesta a las necesidades formativas conjuntas e individuales de los profesionales de la unidad derivadas del organigrama de funciones de la ugc y del programa de acreditación de competencias profesionales.

C-78

HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN EL HOSPITAL INFANTA MARGARITA DE CABRA.

MARTÍN AFÁN DE RIVERA, JC; FERNÁNDEZ ESPONA, MI; CORPAS MOYANO, MD; GALISTEO ROSA, A; LEIVA GRANDE, M y GONZALEZ MORENO, S.

Centro: Hospital Infanta Margarita de Cabra
Área: DESARROLLO PROFESIONAL

Palabras clave: herramienta evaluación desempeño profesional
Resumen
OBJETIVO: Elaborar una herramienta para realizar la Evaluación del Desempeño Profesional (EDP), de forma uniforme, equitativa, valorando las competencias profesionales, los objetivos individuales, con rigor metodológico evitando la variabilidad de criterios de los evaluadores. Es una parte del Complemento del Rendimiento Profesional (CRP),complemento retributivo variable e individual y se aplica a todos los profesionales del SAS. Con él se pretende que los profesionales trabajen en un proceso de evaluación y mejora continua de la calidad asistencial que prestan compensando el esfuerzo individual en función de objetivos pactados.
Material y métodos: Para la elaboración de la herramienta se ha realizado una revisión bibliográfica así como la revisión de los métodos de evaluación utilizados desde 2003 en el Hospital analizando la metodología utilizada así como los resultados o puntuaciones obtenidas. Con ello se han consensuado los criterios evaluables.
Resultados: Se ha elaborado una herramienta uniforme para todos los servicios, aplicable a cualquier categoría profesional en función de su mapa de competencias. Se han consensuado 3 bloques: conocimientos, habilidades y actitudes Cada bloque se evalúa con 14 criterios. Cada criterio se puntúa con 4 grados del 1 al 10: GI(0-2), GII(3-5), GIII(6-8), GIV(9-10)
Discusión: Con esta herramienta se puede medir el grado de desarrollo de las competencias. Es objetiva, no existe variabilidad ni deficiencias, se minimizan los problemas para aplicarla. Existe unificación de criterios en las puntuaciones por lo que el sesgo entre evaluadores disminuye. El resultado es una herramienta con carácter discriminatoria La entrevista de evaluación se desarrolla con el necesario rigor metodológico. Existe consenso en la utilización de la escala de puntuación de los criterios, Existe una planificación del desarrollo competen-

cial de cada profesional en base a esta evaluación.
CONCLUSIONES: Los mandos intermedios pueden realizar evaluaciones obteniendo resultados tanto del cumplimiento de objetivos individuales como de los pactados por la unidad con rigurosidad ycontinuidad. Los profesionales se sienten evaluados con una herramienta objetiva. Disminuye la subjetividad de los evaluadores aumentando la fiabilidad de las puntuaciones en el formulario de competencias, para ello unifica los criterios de medición y el significado de la escala cuantitativa de valoraciones. Consideramos importante seguir investigando mejoras en dicha herramienta

C-79

LA EVALUACION DE PROFESIONALES SANITARIOS EN PROCESO DE ACREDITACIÓN: ¿UN PROBLEMA O UNA BARRERA SEMÁNTICA?

MORENO PEREZ, A; GARCIA LEON, C; CABRERA LOPEZ, MD; PANAL HURTADO, MJ; VILLARTE GARCIA, J y BARBERA GARCIA, CA.

Centro: CS PUERTO SERRANO. ZBS VILLAMARTIN.
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Evaluación, Acreditación, Profesionales, Salud, Calidad.
Resumen
Introducción: Sin duda existe un acuerdo en las partes implicadas en la acreditación de profesionales sanitarios para conseguir el
objetivo principal: la Salud. No obstante, cualquier evaluación debe ser bidireccional. El recorrido no afecta sólo al profesional. El juicio de sus compañeros, el sistema y el usuario podría influir decisivamente en el resultado final.
Objetivos: Delimitar aspectos de interrrelacion entre los parámetros de acreditación y el trabajo diario de un Consultorio Rural de Atención Primaria. Valorar problemas reales versus barreras semánticas que puede generar en ese entorno. METODOLOGIA Cuestionario de percepción personal previa a la actividad de acreditación a 25 profesionales de nuesta ZBS incluyendo parámetros individuales y además para conocer recorridos de bidireccionalidad incluyó preguntas sobre el Equipo de Salud, el Sistema y los usuarios.
Resultados: PRINCIPALES. TABLA I. PERCEPCIÓN IMPORTANCIA PERSONAL Y ENTORNO SOBRE PARÁMETROS DE ACREDITACIÓN (%) INDIVIDUAL COMPAÑEROS EMPRESA USUARIOS CIUDADANO 25 18 23 23 PROFESIONALES 22 20 15 15
Resultados: 23 25 17 25 EFICIENCIA 16 16 23 14 ATENCION SANITARIA 14 21 22 23 GRAFICO I DISCUSIÓN Según los datos obtenidos, el profesional individual piensa que lo importante es el ciudadano. Percibe que sus compañeros lo que más valoran es el resultado. Los datos apuntan que, para la empresa, la importancia del ciudadano y la eficiencia se reparte el primer lugar. La impresión es que los ciudadanos también dan más importancia al resultado incluso que a ellos mismos o a la atención. Los resultados secundarios desglosados por parámetros coinciden en ese sentido.
CONCLUSIONES Es de interés realizar una preevaluación del programa de acreditación desde los profesionales. El conocimiento previo puede afectar muy positivamente a su implicación y compromiso. La estrategia de acreditación debe ser pluridireccional y debe afectar al que la realiza y al entorno que se va a beneficiar de esa dinámica. El profesional percibe su mejora y mantiene que el trabajo de mejora en calidad es valorado muy favorablemente por los vectores objetos de su mejora: el Equipo Sanitario, la Empresa y el Ciudadano.

C-80

"LIMPIEZA DE ABRASIONES: CUIDADOS DE ENFERMERÍA"

CASADO MUÑIZ, MA; LOBO RODRÍGUEZ, MT; JAÉN NAVARRO, MJ y GARRIDO LÓPEZ, MR.

Centro: H.U.Virgen Macarena. SEVILLA
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: ABRASIONES, DOLOR,

ENFERMERÍA

Resumen

OBJETIVO GENERAL: Comprobar la eficacia del uso del Clorhidrato de Mepivacaína al 2% sin vasoconstrictor en irrigación diluido en proporción de 0.2%, para disminuir el dolor en la limpieza mecánica de las abrasiones. ESPECÍFICOS:Lograr limpieza exhaustiva para evitar futuras complicaciones. Aumentar el bienestar y satisfacción percibida por los usuarios a través de la disminución del dolor.Realizar un Protocolo en el Manejo de Limpieza de Abrasiones, con el fin de unificar criterios de actuación.Elaborar y pilotar un Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería para el seguimiento en A.P. En el año 2005 en el H.R.T. "Virgen del Rocío" se estudiaron a 17 pacientes con Abrasiones (autores:S. García Núñez, M. Casado Muñiz, A. Molina Álvarez, E. Franco García, F. García Barbosa, N. Núñez Navarro)obteniendo buenos resultados, por lo que se decide ampliar la muestra.Estudio descriptivo observacional desarrollado en los SCCU de H.U."Virgen Macarena"; H.R.T. "Virgen del Rocío"; y Zona Básica de A.P de Lora del Río (Sevilla), en los meses estivales (Julio/Septiembre) en los años 2005 al 2009. Muestra: 60 sujetos.Criterios de exclusión:Contraindicación para el uso de anestésicos locales.Pacientes a los que se ha administrado previamente opiáceos y derivados sintéticos.Pacientes con TCE y sintomatología neurológica. Pacientes bajo los efectos sedantes de tóxicos.Pacientes anticoagulados. Programa SPSS 12. Hoja de recogida de datos.Escala Analógica de Valoración del Dolor (EVA)para la recogida de datos cuantitativos.RESULTADOS.Principal causa son los accidentes de moto.33 son hombres y 27 mujeres.Edad media de 21,81. años.39 fueron conductores y 21 acompañantes. 54 son efectivos con la irrigación de la dilución anestésica con un tiempo de espera de 5 minutos; y 6 de ellos fueron eficaces con un tiempo de espera de 10 minutos.La primera irrigación de la dilución anestésica fue eficaz en el 83, 3% de los casos, y no eficaz en el 16,6%.Este 16,6% no eficaces con la primera irrigación, 7 de los sujetos precisaron un aumento de tiempo de espera de 10 minutos para que la técnica fuese eficaz y 3 precisaron de una nueva irrigació.Valor mínimo de la primera EVA:8,00 y el máximo:10,00. Valor mínimo de la segunda EVA:1,00 y el máximo:5,00. Esta técnica tiene un resultado óptimo y beneficioso, demostrado con la utilización de la EVA antes y después de la aplicación de la dilución anestésica; observando una disminución del grado de ansiedad de los pacientes, obteniendo una mayor colaboración por parte de los pacientes.

C-81

"INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LOS ICC EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA. ¿DESDE UNA PERSPECTIVA BIOMÉDICA U HOLÍSTICA?"

Quero García, M; López Rentero, M y Aguilera Aguilera, A.

Centro: hospital virgen de la victoria Málaga

Área: DESARROLLO PROFESIONAL

Palabras clave: Cuidados, Intervenciones Enfermera, Autonomía-Dependencia

Resumen

Contexto de partida El trabajo se llevó a cabo en el Hospital Virgen de la Victoria, estando implicados en el mismo, personal asistencial y supervisora del servicio de Medicina Interna, así como el Departamento de Innovación y Nuevas Tecnologías del Hospital Virgen de la Victoria.

Objetivo y Método El objetivo del trabajo consistió en analizar las intervenciones enfermera incluidas en los ICC de tres unidades de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Victoria, durante los años 2007, 08 y 09. Durante este tiempo los ICC se han realizado a través de un programa informático denominado MAINAKE. Se cuenta con el archivo de las intervenciones enfermera de las Unidades 5b1, 5b2 y MI3, utilizadas al realizar el informe de continuidad de cuidados al alta durante los años mencionados. El paciente más común en estas unidades asistenciales es el paciente pluripatológico.

Se realiza un cálculo estadístico comparativo del total de intervenciones por año y unidad, estableciendo cuáles son las intervenciones más predominantes, y por último, aquellas intervenciones relacionadas: problemas de autonomía-dependencia, y realizamos una comparación estadística por unidades y valoramos su evolución en el transcurso de los años determinados para el estudio. **Resultado** Realizamos por tanto un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal en el que valoramos los siguientes aspectos: "Total de intervenciones enfermera", "Intervenciones enfermera predominantes" e "Intervenciones dirigidas a los problemas relacionados con los problemas de autonomía y de dependencia". Discusión Tras analizar las intervenciones enfermeras propuestas en los ICC de los años mencionados, se puede observar cómo Las intervenciones enfermeras se encuentran impregnadas de una visión más biomédica que holística. **CONCLUSIONES** Las causas que se establecen están relacionadas con tres aspectos fundamentales: en primer lugar, el programa MAINAKE impone un orden secuencial definido por un criterio alfabético, no por un criterio holístico, que junto a la falta de interés y/o credibilidad por parte del personal de enfermería hacia los ICC y de la presión y carga de trabajo por otro, hacen que la elección de las intervenciones se realice más por orden alfabético; en segundo lugar, el personal de enfermería continúa trabajando bajo una filosofía más biomédica que holística, por lo que la elección de intervenciones reflejan este aspecto, y por último, los ICC se realizan sin un plan de cuidados estandarizado implementado en las unidades.

C-82

PLAN DE ACOGIDA A PROFESIONALES EN EL MARCO DE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS. EXPERIENCIA DE LA E.P. HOSPITAL DE PONIENTE

Dionisio Fernández, C; Leal Montoya, M; Rosano Morín, C; Guerrero Ruíz, C y Zufri Rodríguez, G.

Centro: Hospital de Poniente
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Plan Acogida; Gestión Competencias; Sistema Sanitario

Resumen
INT: Los Planes de Acogida son ya hoy una práctica en uso en diferentes campos laborales y también en el SSPA. En la E. Pública Hospital de Poniente (EPHP), hemos querido dar un paso más en su desarrollo, de forma que los efectos positivos de los mismos (tanto para el profesional, como para la organización y, los usuarios finales, la ciudadanía) se vean potenciados, mediante la personalización y seguimiento inicial de los nuevos profesionales basándonos en el Modelo de Gestión por Competencias del SSPA. Así, cada incorporación recibirá materiales, información y formación adaptados a lo que se espera de él o ella en su nuevo puesto de trabajo. OBJ: Desarrollar un P. Acogida a nuevos profesionales que facilite su rápida aclimatación al puesto y entorno social de la empresa, un desempeño excelente y que, todo ello, revierta en una óptima atención a la ciudadanía/ Basar dicho Plan en el Modelo de G. Competencias del SSPA. MAT: Relación de Puestos de Trabajo de la EPHP/ Mapa de Competencias de los distintos perfiles profesionales/ CD de Acogida con información corporativa y del puesto de destino/ Guías, protocolos, trípticos de cada área/ Flujograma de Acogida según tipología de incorporación - masiva/individual- y perfil/ Plataforma de teleformación con material didáctico relacionado con competencias transversales imprescindibles/ Actos de Acogida con divulgación de información corporativa. RE: En 2010 se han realizado 25 acogidas individuales a personal facultativo y puestos singulares, y 67 en actos de Acogida colectivos/ Edición del CD de Acogida 2010 para nuevas incorporaciones con información corporativa y protocolos/guías orientadas a cada perfil/ Formación en competencias transversales imprescindibles en el momento de incorporación.
Discusión: Desde la U. Desarrollo de

RRHH, creemos que los resultados obtenidos con este Plan personalizado y basado en la Ges. Competencias han sido muy positivos. Sin embargo, somos conscientes de que aún debemos desarrollar un instrumento que mida la satisfacción de esta experiencia innovadora (si bien contamos con indicadores indirectos que nos hacen pensar que vamos por el buen camino) reto que tenemos planteado para el corto plazo.
CONCLUSIONES: El P. Acogida se aplica a la totalidad de incorporaciones que tienen lugar en la EPHP, dirigiéndose tanto a profesionales asistenciales como no asistenciales, y estructurándose de distinta manera para dar respuesta a las peculiaridades específicas de cada puesto, Unidad de incorporación y vía de acceso a la Organización.

C-83

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍAS DE HISTORIAS DE SALUD EN LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

CEBALLOS POZO, M; JULIAN CARRIÓN, J; MARTIN GARCÍA, SM; CARRASCOSA SALMORAL, MP; ROJAS DE MORA FIGUEROA, A y ALMUEDO PAZ, AM.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Acreditación, Auditoría, Historia Clínica.
Resumen
Objetivos El Modelo de Acreditación de Competencias de la Agencia de Calidad Sanitaria se basa en la autoevaluación que el profesional hace de su práctica real, aportando a través ME_jora P aquellas pruebas que ponen de manifiesto las competencias recogidas en su manual. La mayoría de las pruebas hacen referencia a datos que deben aparecer en la Hª de salud u otros registros asistenciales. En 2008 se implantó un proceso de auditorías (PA) mediante el que se establece si los registros empleados por un profesional en su proyecto de acreditación (PAcr) son aceptables en términos de calidad. Se comprueba si las anotaciones existentes en las Hª de salud o registros referenciados por un profesional en su PAcr como parte de las pruebas aportadas, se corresponden con las informaciones recogidas en dicho proyecto. Asimismo, conlleva cuando es preciso el ajuste de resultados obtenidos. El PA consta de dos fases, una inicial de Auditoría Externa (AE) y, en aquellos proyectos en los que no se supera, una 2ª de Auditoría Presencial Conjunta (APC). En 2009 se optimizó el PA incorporando la UNE66020 (aceptación de lotes por atributos) confiriéndole mayor eficiencia y asegurando su fiabilidad. De entre los PAcr que concurren a una convocatoria de evaluación, se selecciona una muestra estadísticamente significativa para PA mediante un muestreo mixto polietápico; además se incorporan PAcr con aparentes incoherencias en la información aportada. El objetivo de este estudio es mostrar los resultados obtenidos hasta el 2010. Material y Método Estudio descriptivo observacional de los datos incorporados en ME_joraP hasta el 1er semestre de 2010. Resultados PAcr Evaluados 1.966. Auditados 137. Superan AE 94 (68,51%) Superan APC 29 (21,17%). Superan PA 123 (89,78%). Se ha observado un aumento progresivo de proyectos que superan el PA globalmente y en las fases de AE y APC. Discusión El PA incorpora una fase presencial que permite identificar circunstancias no detectables en la AE (ubicación física, empleo de estaciones clínicas, uso de abreviaturas inusuales, etc.) minimizando las presuntas no conformidades. El aumento progresivo del % de PAcr que superan el PA y la fase de AE pudiera relacionarse con mejoras adoptadas por los profesionales en sus registros.
CONCLUSIONES Se verifica la rigurosidad de las informaciones aportadas por los profesionales en sus proyectos de acreditación. Una recomendación de mejora para el SSPA podría ser potenciar la homogeneidad en sus sistemas y modo de registro en las Hª de Salud.

C-84

LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON LA FORMACIÓN ACREDITADA DEL SSPA

VILLANUEVA GUERRERO, L; VALVERDE GAMBERO, E; MUÑOZ CASTRO, FJ; PERIÁÑEZ VEGA, MT y ALMUEDO PAZ, A.

Centro: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: SATISFACCIÓN, FORMACIÓN
Resumen
- **Objetivos** Este estudio se ha llevado a cabo para determinar la incidencia de la calidad de las actividades de formación continuada, identificada en los procesos de acreditación, en la satisfacción y asistencia del alumnado a las mismas.
- Material y Método
Para ello, se ha considerado una muestra de 400 actividades impartidas por entidades del SSPA, que suponen más de 1.600 convocatorias y cerca de 40.000 participantes, valorando los datos de satisfacción y asistencia, al haber optado por un proceso de reacreditación.
Estos datos se han analizado en función de los rangos de componente de calidad (CCL) establecidos en el Programa Integral para la Acreditación de la Formación Continuada: avanzado, óptimo y excelente. El CCL oscila entre 1 y 2,8.
Asimismo, se ha tenido en cuenta la valoración obtenida en cada uno de los criterios del proceso de acreditación (objetivos, organización, pertinencia, metodología y evaluación). Dicha valoración oscila entre 0 y 0,4.
- **RESULTADOS** Tras el análisis, se han obtenido los siguientes Resultados:
En las actividades acreditadas dentro del nivel avanzado (CCL entre 1 y 1,99) la satisfacción media es de 87,48% y la asistencia media es del 87,63%.
En las del nivel óptimo (CCL entre 2 y 2,49) la satisfacción media es del 88,20% y la asistencia media es del 88,92%.
En las del nivel excelente (CCL entre 2,5 y 2,8) la satisfacción media es del 89,80% y la asistencia media es del 93,42%.
- Discusión Los criterios técnicos relacionados con la programación y el diseño de las acciones formativas deben ir orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los profesionales a los que se dirige, por lo que se ha procedido a estudiar la correlación existente entre ambas variables.
CONCLUSIONES De los resultados de este trabajo se deriva que existe una correlación directa entre la satisfacción y asistencia del alumnado y la calidad global de la formación recibida, así como con la calidad de cada uno de los criterios de su diseño.

C-85

ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA PARA TITULADOS UNIVERSITARIOS EN ENFERMERÍA EN ANDALUCÍA

Muñoz Castro , FJ; Villanueva Guerrero, L; Valverde Gambero , E; Rojas de Mora Figueroa, A y Almuedo Paz, A.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Formación Continuada, Acreditación, Enfermería
Resumen
-Objetivos Análisis cuantitativo y cualitativo de la formación continuada acreditada dirigida a los titulados universitarios en enfermería.
- Material y Método En el año 2003, con el fin de favorecer la eficiencia en la prestación sanitaria y el desarrollo profesional en el sistema sanitario andaluz, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía inicia el proceso de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias en Andalucía.
Desde el año 2008, este proceso de acreditación, junto con los procesos de acreditación de Unidades y Centros de formación continuada y Programas de actividades de formación continuada, constituyen el Programa Integral para la Acreditación de la formación continuada.

El colectivo de titulados universitarios en enfermería, se encuentra entre los más numerosos del sistema sanitario andaluz y su formación resulta estratégica para la consecución de los objetivos del mismo. Con la finalidad de realizar un análisis de esta formación, se ha realizado un análisis comparativo de las actividades acreditadas dirigidas al colectivo enfermero (de manera exclusiva o de manera conjunta con otros colectivos), frente a las actividades no dirigidas a este colectivo en el periodo que transcurre desde el 1-11-2003 al 1-8-2010, teniendo en cuenta las siguientes variables:

• Número de actividades
• Componente Cualitativo Medio (CCL)

- **RESULTADOS**

De las 11470 actividades acreditadas 7316 se dirigen a enfermería, de estas 5483 provienen de solicitudes de actividades independientes y 1833 se encuentran vinculadas a programas formativos. Y su distribución anual:

2004 68 2005 171 2006 567 2007 910 2008 13212009 19462010 2333

Con más de 600.000 oportunidades de formación y 4.650.000 horas docentes para este colectivo.

El CCL Medio de las actividades dirigidas a enfermería es 1,81 frente a 1,80 para las no dirigidas a este colectivo.

- Discusión El 63,8% de las actividades acreditadas se dirigen al colectivo enfermero.

El número actividades acreditadas dirigida al colectivo enfermero está experimentando un crecimiento progresivo.

- **CONCLUSIONES** Se confirma el interés creciente de los profesionales de enfermería, en la búsqueda de formación de calidad en aras de su desarrollo profesional continuo.

C-86

DIFICULTADES PARA LA I+D+I EN ENTORNOS RURALES: CUESTIÓN DE PRIORIDADES.

MORENO PEREZ, A; GARCIA LEON, C; BARBERA GARCIA, CA; CABRERA LOPEZ, MD; VILLARTE GARCIA, J y FUENTES GARCIA, MI.

Centro: CS PUERTO SERRANO. ZBS VILLAMARTIN.
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Investigación desarrollo innovación rural salud atención

Resumen La adquisición y mejora en áreas de I+D+i, es más complicada en Primaria y precisa de un entorno favorable. Los profesionales rurales tienen la misma carga formativa que los urbanos y tienen experiencia en Investigación. La informática permite el acceso universal a bases de conocimiento. Por tanto, las oportunidades para I+D+i en atención rural deberían mostrar un desarrolllo creciente.

OBJETIVOS. Ver la disposición ante la I+D+i de los participantes, profesionales sanitarios rurales, relacionados con pacientes, administración sanitaria, administración no sanitaria y los propios profesionales. Valorar la disposición a participar en estudios o investigación.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS. Se realizó encuesta telefónica a los profesionales sanitarios de la Zona Básica de Salud en cuatro apartados con respuesta abierta sobre las prioridades en:pacientes,administración sanitaria,administración no sanitaria y el profesional de salud. La cuestión final afectaba a la respuesta personal a una participación en I+D+i.

Se recogieron 30 encuestas(17 de médicos/as y 13 de enfermeras/os).

Para el item de Pacientes el resultado fue que valoraban la ausencia de demora consulta (70,5%) y una prescripción flexible (47,05%).

En el item Administración Sanitaria el resultado fue disperso: lista de espera (21,2%) y disponibilidad del profesional (10,6%).

Sobre administración no sanitaria refieren presiones en las bajas laborales (10,6%).

Al respecto de la actividad propia de los profesionales la prioridad es tener más tiempo disponible para atender al paciente(30,5%),a una atención integral (20,8%)y tiempo para formación (15,2%).

Sobre la disponibilidad para actividades de I+D+i: el 84,7% estaría dispuesto,matizando la disponibilidad

de tiempo el 58,7%. Actitud negativa tan solo el 15,2%.
Los resultados sugieren que para los pacientes no parece tener importancia las políticas de I+D+i. Al respecto de las administraciones no hay una concrección en las respuestas. Los profesionales aspiran a más tiempo para la atención integral al ciudadano y para formación. Las actividades de I+D+i generan en la mayoría de los profesionales respuestas favorables y como problema la ausencia de tiempo para formarse y participar.
CONCLUSIONES. El desarrollo de trabajos de I+D+i, en profesionales del medio rural tendría una acogida positiva. Las prioridades de atención al ciudadano y el déficit de tiempo disponible generan reparos. La mentalidad es abierta y se considera necesario abrir la Salud Rural a

C-87

MANUALES DE COMPETENCIAS PARA NUEVAS CATEGORIAS PROFESIONALES.

MARTÍN GARCÍA, S; CÁCERES VALVERDE, AM; CEBALLOS POZO, M; CARRASCOSA SALMORAL, MP; BREA RIVERO, P y ALMUEDO PAZ, A.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: acreditación, competencias profesionales
Resumen **OBJETIVO:**
Descripción de los nuevos programas de acreditación de competencias profesionales desarrollados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para nuevas categorías profesionales.
Material y Método. El desarrollo del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales se enmarca dentro de las líneas estratégicas recogidas en el I y II Plan de Calidad de la Consejería de Salud y está diseñado para el reconocimiento de los logros alcanzados por los profesionales y para impulsar el desarrollo profesional continuo y la mejora continua.
Desde el año 2005 se han venido elaborando los manuales de competencias de los licenciados y diplomados sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Resultados. Durante el año 2010 se han elaborado 4 nuevos manuales de acreditación de competencias para nuevas categorías profesionales: Médico/a de Familia de Centros de Transfusión Sanguínea, Epidemiólogo/a de Atención Primaria, Técnico/a Superior en Nutrición y Control de Alimentos y Terapeuta Ocupacional. Todos han sido elaborados con la colaboración de Comités Técnicos Asesores constituidos por profesionales expertos del SSPA y representantes de las Sociedades Científicas.
El trabajo de los comités, desarrollado en reuniones presenciales y a través de una zona de trabajo on line, consistió en identificar las competencias, buenas prácticas, evidencias y pruebas que deben estar presentes en su grupo profesional.
La media de competencias por manual es de 16.73 (16-18), la de buenas prácticas 26.95 (29-25) y la de evidencias 65.73 (63-67).
Discusión. A día de hoy son 70 los Manuales de Competencias elaborados, que posibilitan la acreditación de otros tantos grupos profesionales del sistema. Los manuales recogen las competencias que debe poseer un profesional y las buenas prácticas que ponen de manifiesto esas competencias, con el fin de lograr los mejores resultados, permitiendo a los profesionales identificar áreas de mejora en su práctica profesional.
Igual que el resto de manuales, incluyen competencias relacionadas con la Orientación al Ciudadano, la Atención Sanitaria Integral, la Eficiencia, así como los Planes Integrales y Estrategias del SSPA (Seguridad del paciente, Salud Mental,…).
CONCLUSIONES Más del 95% de las categorías de licenciados y diplomados sanitarios del SSPA tienen a su disposición una herramienta que les ofrece la oportunidad de identificar áreas de mejora en su práctica profesional, permitiéndoles establecer nuevas rutas en su Desarrollo Profesional Continuo.

C-88

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON NUTRICION ENTERAL

YAÑEZ GÓMEZ, P; VILLALTA ANDUJAR, T; ESPAÑA VALIÑO, L y MARTIN HERRANZ, MI.

Centro: HSOPITAL CLINICO UNIVERSITARIO A CORUÑA
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: NUTRICION, GERIATRIA, ENTERAL
Resumen
OBJETIVO: El objetivo de este estudio es evaluar la utilización de nutrición enteral por sonda nasogástrica así como la administración de medicamentos y las reacciones adversas en una residencia de ancianos
MATERIAL Y MÉTODO: Seguimiento de los pacientes con prescripción de nutrición enteral por sonda nasogástrica durante el periodo febrero 2010-junio 2010. En la hoja de recogida se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, estado nutricional al inicio, estado nutricional al final del estudio basado en los criterios de la SEMPE, presencia de ulceras, diagnósticos crónicos, duración de la nutrición, medicación habitual y reacciones adversas más habituales.
Resultados:1.- Durante el periodo de estudio 5 meses, el número de pacientes con administración de nutrición enteral por SNG fue de 33 pacientes, una edad de 85,3 años (DE: 7,52).
2.-Los diagnósticos principales para la prescripción fue de disfagias severas asociadas a demencia senil/Enfermedad de Alzheimer 23 pacientes (63,9%) y ACV 13 pacientes (36,1%) .
3.- Al inicio del estudio el 22% de los pacientes se considero que estaban bien nutridos, el 43% con malnutrición leve, el 22% con malnutrición moderada y el 13 % con malnutrición severa; en la actualidad se pueden considerar bien nutridos el 74% de los pacientes, con malnutrición leve el 18%,con malnutrición moderada el 4% y con malnutrición severa el 4%
4- Se realizaron 19 intervenciones farmacéuticas por las presentaciones utilizadas no adecuadas para esa vía , que se sustituyeron por nuevos medicamentos o presentaciones adecuadas.
5.- Las reacciones adversas fueron diarrea, nauseas, vómitos, estreñimiento, que se trataron en las 2 primeras con la disminución del volumen de infusión y/o velocidad y el estreñimiento con el cambio a una nutrición rica en fibras
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La atención farmacéutica al paciente con administración de nutrición enteral por sonda nasogástrica mejora el cumplimiento de la terapéutica mediante la selección de los medicamentos más adecuados así como con las recomendaciones especificas para la correcta manipulación y administración de estos. Con el fin de mejorar la técnica en la administración y preparación de estos medicamentos para esta vía de administración, se proporciona al personal de enfermería información escrita de las técnicas adecuadas para la preparación y administración por sonda de los medicamentos.

C-89

ADIOS A3: INFORMATIZACION DE LA GRAFICA DE ENFERMERIA

SALAS ANTOLINEZ, AG; CARDENAS RODRÍGUEZ, JO y POZUELO GALAN, FR.

Centro: HAR de Guadix
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: GRAFICA, ARIADNA, CUIDADOS
Resumen ADIOS A3: INFORMATIZACION DE LA GRAFICA DE ENFERMERIA
OBJETIVO
¿En qué centro hospitalario no existe una gráfica de enfermería estándar la cual recoge multitud de parámetros y valores cuya mayoría de ítems no son completados por la no necesidad de la patología? Partiendo de esta premisa, se crea un grupo de trabajo en el HAR de Guadix para intentar definir los parámetros estándar, para de esta forma llevar a cabo la informatización de la gráfica de enfermería, integrando esta como un tipo de documento mas dentro

de nuestro HIS Hospitalario ARIADNA. De dicho grupo, se llego
a la conclusión de que el número de parámetros y valores se encuentra estrechamente ligado a las patologías que presenta el paciente, lo que lleva consigo una multitud de ítems que dificulta la creación de una gráfica de enfermería estándar que sea capaz de recoger todos estos ítems.
MATERIAL Y MÉTODO. Se lleva a cabo por parte del departamento de informática la integración de las gráficas de enfermería dentro de nuestro HIS Hospitalario ARIADNA.
En una segunda fase, se realiza la integración del software UNIDOSIS (Farmatools) dentro de la gráfica de enfermería, quedando integrado en un único documento:
• Toma de constantes
• Administración de medicación
• Planes de cuidados (MODULO AZAHAR)
• Acceso a cuadros estadísticos de la unidad
• Acceso a la Historia Clínica Digital del paciente
RESULTADO,
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Tras el proceso de diseño y desarrollo, se comienza con la implantación de la grafica en la Unidad de Hospitalización Polivalente, de manera que la transición del papel a la Historia Informatizada sea lo menos traumática posible, para los profesionales implicados en su pilotaje. Aproximadamente a los dos meses de su implantación se objetiva que el 100% de la plantilla de enfermería ,usa la grafica, y conoce
todas sus posibilidades de proyección. Del mismo modo que se consigue no incidir de manera drástica en la seguridad del paciente (prescripción electrónica).
Con la grafica de enfermería informatizada, lo que se ha conseguido en el HAR de Guadix, es que los pacientes vean como su estancia hospitalaria se personaliza en función de las necesidades de las patologías por las que los pacientes son ingresados. De manera que también el personal facultativo y de enfermería, tiene la posibilidad de visualizar, todos los parámetros configurados en la grafica y no se enfrentan a la dificultad de una grafica en formato papel, en la que aparecen todos los ítems, y solo están rellenos los necesarios.

C-90 PROGRAMA INTEGRAL DE FORMACIÓN MIR DE FAMILIA : MEJORA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Fernández del Barrio, MM; Rodríguez Martínez, MP; Ocejo Moreno, MG; Raposo Florez, C y Correro Román, M.

Centro: Distrito Sanitario de AP Jerez-costa Noroeste
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Competencias, formación, calidad
Resumen **OBJETIVOS.**
El desarrollo curricular del Médico Interno Residente de Familia (MIR) incluye la rotación optativa por la UGC del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), una oportunidad para la adquisición de las competencias necesarias en el desarrollo posterior de su actividad en Atención Primaria.
MATERIAL Y MÉTODO. Para ello se elaboró un programa integral de formación que incluyó:
• Sesión inicial explicando la estructura funcional del DCCU; objetivos de la rotación; recordatorio de algoritmos de Soporte Vital; canales de comunicación y una encuesta sobre sus expectativas.
• Programación del rotatorio consensuado con el residente.
• Sesiones clínicas sobre urgencias y emergencias sanitarias, adaptadas a los Centros de Salud, evaluando la efectividad de los protocolos ya existentes.
• Talleres formativos en institutos sobre la activación del sistema de emergencias.
RESULTADOS: Tras la aplicación de este programa se obtuvieron resultados en tres ámbitos:
• Centros de Salud: optimizando la atención a las urgencias sanitarias, proponiendo áreas de mejora y realizando sesiones clínicas conjuntas.
• Institutos: los alumnos consiguieron un

conocimiento adecuado de los teléfonos de emergencia, del funcionamiento y estructura del Sistema de Emergencias y las pautas de actuación ante una emergencia.
• MIR: adquisición de conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar su labor en un dispositivo de urgencias extrahospitalarias en el ámbito de Atención Primaria, adquisición de habilidades para preparar y ejecutar sesiones clínicas en el Centro, creación del hábito de la evaluación como herramienta de trabajo, adquisición de habilidades para desarrollar su labor educativa para la salud en la comunidad e incremento de la satisfacción de los residentes durante el rotatorio.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. Es vital garantizar el logro de competencias profesionales adecuadas del residente en su actuación con el ciudadano, tanto en la atención como en la promoción y educación para la salud.
La formación del médico residente debe programarse de forma integral en todos los lugares en los que desarrollará su actividad asistencial.
La implicación de los médicos residentes en formación en Atención Primaria mejora su integración.
Su implicación en la formación comunitaria incrementa los conocimientos de la ciudadanía y fomenta el hábito de interacción entre ambos.
La programación adecuada de la formación de los médicos aumenta la satisfacción del residente.

C-91

DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS CELADORES. UN PASO MÁS HACIA LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

LÓPEZ CASTILLO, A; PASCUAL SOLER, R; SÁNCHEZ BOSQUET, J; RODRÍGUEZ RUIZ, L; TOMÁS SERRANO, J y ROBLES AGUILERA, C.

Centro: CH Torrecárdenas
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: DETECCIÓN NECESIDADES FORMATIVAS

Resumen OBJETIVO GENERAL
Formar profesionales excelentes que satisfagan las necesidades y expectativas de atención en salud de la ciudadanía, mediante la programación de una formación continua adecuada.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
•Detectar las necesidades formativas sentidas y demandadas por el celador.
•Promover actividades formativas acordes con las necesidades detectadas.
•Hacer seguimiento y evaluar las acciones formativas propuestas.
•Conocer la satisfacción del usuario.
MATERIAL Y MÉTODO. Tras la elaboración de cuestionarios semiestructurados y adaptados a la categoría profesional, la figura del "referente", intermediario entre los profesionales y la Unidad de Formación, distribuyó los cuestionarios y tabuló los datos que remitió a la Unidad de Formación para su procesamiento estadístico.
Los resultados obtenidos, en conjunción con las líneas estratégicas, son la base para la planificación de la oferta formativa.
RESULTADOS. •Participación celadores: 78,69% Dirección Médica: 27,96% Dirección de Enfermería: 10,46%
•Las necesidades formativas demandadas por los celadores, en un 85,1%, giran en torno a tres líneas fundamentales: Desarrollo Profesional, DP, (56%), Atención a la Ciudadanía, AC, (23%) y Seguridad del Paciente, SP, (6,1%), más otros 15 cursos (14,9%).
•Adecuación de las acciones formativas dirigidas al celador con la programación, en 2010, de 10 cursos (DP, 40%; AC, 40% y SP 20%) con 32 ediciones (DP, 43,75%; AC, 37,50% y SP, 18,75%).
•Encuesta de Satisfacción de Usuarios: Celadores del CHT: 97,3%.
Celadores media Andalucía: 90,7%.
Discusión. La formación del personal sanitario siempre ha gozado de una situación privilegiada. El celador, como personal estatutario, también tiene el derecho a una formación continuada acorde con sus competencias profesionales y el deber de mantener

actualizados los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el desempeño excelente de su profesión.
CONCLUSIONES. Ato índice de participación de los celadores frente a la del personal adscrito al resto de Direcciones.
La detección de necesidades formativas ha propiciado la conjunción de las necesidades formativas demandadas por el celador y los objetivos estratégicos de la Organización.
Ha puesto de manifiesto, en particular, el interés de los celadores del CH Torrecárdenas con el proceso de mejora de su formación, cualificación y capacitación y, en general, su compromiso con el Plan Estratégico de Formación Integral del SSPA.
Óptima valoración de la ciudadanía con el celador del CHT.

C-92

BENEFICIOS DEL PINZAMIENTO TARDIO FRENTE AL PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL

GALINDO ASENSIO, AN y GUEDES ARBELO, CH.

Centro: UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS ALMERIA. CHT
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Pinzamiento precoz versus tardio.
Resumen
Objetivos: •Conocer qué criterios son los necesarios para considerar un clampaje tardío del cordón umbilical.
• Conocer las consecuencias de un pinzamiento tardío frente a un pinzamiento precoz del cordón umbilical.
•Respetar la fisiología del nacimiento en todos los casos posibles.
•Ofrecer una atención de calidad basada en la evidencia.
Material y método: Revisión bibliográfica editada durante los últimos años por identidades significativas; Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud, Evidencias en Pediatría (Asociación Española de Pediatría),Cochrane plus, Matronas Profesión...
Resultados: Con el método científico como base se han hecho multitud de estudios, en muchos países, y dan ventaja al manejo tardío del cordón. Describen los beneficios hacia la madre y el recién nacido, poniendo como gran candidato al neonato prematuro: disminuye el riesgo de patologías propias de la prematuridad y mejora las reservas de hierro hasta los seis meses de vida. Por otro lado también se han descrito los motivos por los que se aconseja un pinzamiento precoz del cordón.
DISCUSIÓN: El planteamiento del manejo del cordón umbilical tras el nacimiento es un tema que muestra inquietud desde hace dos siglos. A pesar de los resultados observados en los estudios, siguen sin atreverse a decir categóricamente que el manejo del cordón umbilical debe ser expectante. Sin embargo, en todos los planes de parto se les permite a las familias optar a él.
En algunos hospitales españoles, para realizar el pinzamiento tardío ha debido haber antes un consenso entre las unidades de obstetricia y perinatología.
CONCLUSIONES: El pinzamiento tardío del cordón umbilical puede ser recomendado como una buena práctica en la atención perinatal, de hecho, la consejería de Salud de nuestra comunidad así lo recoge en varios documentos. Sin embargo la Asociación Española de Pediatría, sigue pidiendo algo de cautela en este tema.
Los beneficios están bien descritos, y la principal actitud es permitir la fisiología en el nacimiento.

C-93

VALOR AÑADIDO DE LA INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA ESPECIALIZADA BASADA EN GUÍAS ELECTRÓNICAS DE RESISTENCIASA TIEMPO REAL

Grau Gálvez, M; Rodriguez Maresca, MA; Maldonado Castillo, J; Cabrera Valido, H; GARCÍA Moreno, E y Extremera GARCÍA, MJ.

Centro: Hospital Torrecárdenas de Almería
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Guías Electrónicas de Resistencia, Infecciones.

Resumen
Objetivos: Medir el grado de equivalencia de las recomendaciones de antibióticos emitidas en los informes preliminares utilizando las Guías Electrónicas de Resistencias ©(GER) a tiempo real, respecto a los resultados finales de diagnóstico microbiológico.
Material y método: Se han analizado 252 informes microbiológicos especializados de carácter preliminar, correspondientes a Infecciones respiratorias(IR) y urinarias(ITU), detectadas en las Unidades de Cuidados Intensivos(UCI) y Enfermedades Infecciosas(UEI) durante los años 2009-10. Para cada paciente se ha ejecutado la GER a tiempo real analizando las resistencias locales sobre la unidad en la que estaba ingresado. Simultáneamente se emite un informe a estas unidades a las 24h desde la recepción de las muestras. En dicha información preliminar se recoge el diagnóstico microbiológico presuntivo de la bacteria/as causantes de la infección, así como los antibióticos más activos para cada paciente, según tipo de infección y área. Posteriormente, se comprueba el resultado final emitido por el Lab. de Microbiología para contrastar el nivel de acierto inicial del informe preliminar con el diagnóstico bacteriano y antibiograma definitivos.
Resultados: El número total de pacientes con informe preliminar analizados es de 252, de ellos 161 provienen de la UCI y 91 de la UEI. De los pacientes ingresados en la UCI, 140 corresponden a IR y 21 a ITU con un porcentaje de acierto de 79% y 90% respectivamente. En la UEI, 67 corresponden a IR y 24 a ITU,con un porcentaje de acierto para ambas de 76%
DISCUSIÓN:El progresivo aumento de las resistencias bacterianas a los antibióticos y la escasez de nuevas formulaciones en los últimos años de estos fármacos, obliga a optimizar su utilización. Dada la precocidad en la información preliminar microbiológica de este sistema(<24h) y el alto grado de acierto de los antibióticos más activos para cada paciente, esta herramienta puede contribuir a mejorar el pronóstico de los pacientes críticos con patología infecciosa.
CONCLUSIONES:Los informes preliminares con las recomendaciones de los antibióticos más activos obtenidos de las GER, alcanzan un alto nivel de acierto (76%-90%).
La precocidad de la información microbiológica especializada en las primeras 24h mediante el uso de las GER,y su alto nivel de predicción en la eficacia de los antibióticos,puede suponer una gran ayuda al clínico en la elección del antibiótico más adecuado para cada paciente y tipo de infección de las analizadas.
Financión:FIS PI08/90354 Copyright©2010

C-94

CALIDAD ASISTENCIAL SANITARIA Y ENFERMERA EN POBLACIÓN LATINOAMERICANA ADULTA DEL DISTRITO 2 DE SEVILLA: ESTUDIO PILOTO

González López, JR; Lomas Campos, MM; Guardado González *, MJ; GARCÍA Fernández, J; Pascualvaca Armario, J y Muñoz Guardado, B.

Centro: UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Calidad Asistencial, Inmigración y Enfermería.
Resumen • **Objetivos:**
- Conocer la percepción de la población inmigrante latinoamericana del distrito 2 de Sevilla sobre la calidad asistencia sanitaria que le han prestado frente a otras nacionalidades. - Determinar si la población inmigrante latinoamericana del distrito 2 de Sevilla conoce cuál es el Centro de Salud de referencia donde ha debe acudir y Describir los principales motivos de asistencia en la consulta de Enfermería de dicha población.
• **Material y método:** DISEÑO DEL ESTUDIO.- Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia. SUJETOS DE ESTUDIO.- La muestra está compuesta por la población latinoamericana adulta del Distrito 2 de la ciudad de Sevilla de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años. La representación muestral es de 340 personas inmigrantes, para su pilotaje emplearemos el 10% de la misma, es de-

cir, 34 inmigrantes latinoamericanos. Se utilizó el cuestionario validado Behaviour Risk Factors Surveillance System (BRFSS), siguiendo las directrices del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población adulta (SIVFRENT-A). Los datos se codificaron y analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0.

• **Resultados:** La muestra percibe en un 50% (17 personas) que es tratada igual que otras razas cuando solicita asistencia sanitaria. El 26,47% de los encuestados, 9 personas, no sabe o no está seguro cuál es su Centro de Salud. El 58,82% (20), nunca ha acudido a la consulta de la enfermera. Los motivos entre los que acudieron han sido diversos, el más frecuente por curas, que representa el 20,59% (7 personas).

• **Discusión:** Encontramos un alto porcentaje de individuos que conocen cuál es su Centro de Salud (73,53%) tal y como analizan también en su trabajo López y Ramos, quienes concluyen que el colectivo latinoamericano es el que conoce y más utiliza dichos recursos. Destacamos que el 70,59% de la muestra ha ido alguna vez al médico por un chequeo, dato semejante al estudio de utilización de Servicios Sanitarios llevado a cabo por Rodríguez Álvarez et al. que refieren un 66,7%.

CONCLUSIONES: La mayoría de los inmigrantes latinoamericanos percibe que la asistencia sanitaria que reciben es mejor o igual que la de otros colectivos poblacionales.En relación al acceso a los servicios sanitarios, encontramos en la muestra un alto porcentaje de individuos que conocen cuál es su Centro de Salud. Más de la mitad de las personas encuestadas no ha acudido nunca a la consulta de la enfermera.

P-78

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PLANTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VÁZQUEZ VELA, V; LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA, M; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, ME; HUERTAS FERNÁNDEZ, MJ; BULO CONCELLÓ, R y MANZANO MARTÍN, V.

Centro: H. U. PUERTA DEL MAR
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: ATENCIÓN FARMACÉUTICA. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.OPTIMIZACIÓN TERAPIA

Resumen

OBJETIVO: Evaluación de la contribución del farmacéutico en el seguimiento clínico y farmacoterapéutico de un paciente y la optimización de su terapia farmacológica. MÉTODO: Se llevó a cabo el seguimiento clínico de un paciente que ingresó en medicina interna por síndrome febril. Tras valoración, la sospecha diagnóstica fue de endocarditis infecciosa por implantación de marcapasos. Se estableció un plan de actuación con las intervenciones posibles del farmacéutico integrado en un equipo multidisciplinar de trabajo, mediante la aplicación de la metodología SOAP (Subjetive Objetive Assessment Plan): Revisión historia clínica, anotación e interpretación de síntomas, datos clínicos y analíticos, identificación problemas médicos-farmacoterapeúticos asociados, resolución y monitorización clínica del paciente.

Resultados: Problemas médicos y farmacoterapéuticos identificados: 1.Cobertura empírica antimicrobiana insuficiente. 2.Hipotensión mantenida. 3.Aumento de niveles plasmáticos de creatinina por terapia con vancomicina. 4.Interacción simvastatina – daptomicina con riesgo de miopatía. 5.Riesgo de desnutrición por estrés metabólico y disminución de la ingesta. Intervenciones farmacéuticas (propuestas aceptadas): 1.Selección de un antimicrobiano de amplio espectro y optimización de la terapia antibiótica. 2.Retirada del tratamiento antihipertensivo que se consideró innecesario. 3.Monitorización farmacocinética de vancomicina y elección de alternativa antibiótica no nefrotóxica (daptomicina). 4.Suspensión de tratamiento hipolipemiante. 5.Valoración del estado nutricional y aporte de suplementos orales hiperproteicos.

Discusión: El proceso de atención farmacéutica (AF) representa la

interacción entre farmacéutico-paciente. En este proceso, el seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes exige una participación activa del farmacéutico en colaboración con el resto de profesionales, para prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con la medicación. Existen diversas metodologías de trabajo para el ejercicio de la AF, en nuestro caso, la metodología SOAP, se utilizó como herramienta validada de revisión de la terapéutica de los pacientes en el medio hospitalario.
CONCLUSIONES: La presencia en planta del farmacéutico, permite una mayor implicación del mismo en el seguimiento farmacoterapéutico. El carácter interdisciplinar de las actuaciones realizadas, facilita la identificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos, así como, la optimización de la terapia farmacológica.

P-79

EL INFORME DE ALTA DE FISIOTERERAPIA COMO ELEMENTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

MORENO HERNANDEZ, JA; MARTIN JUAREZ, MI; LEDESMA SAEZ, M; NAVARRETE OLMEDO, G; GARCIA RUIZ, E y RODRÍGUEZ PEREZ, M.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: FISIOTERAPIA CONTINUIDAD INFORME
Resumen
Objetivos: Dar a conocer la importancia del Informe de Valoración al Alta de Fisioterapia (IVAF) en la continuidad asistencial de paciente. Mostrar el IVAF a los diferentes profesionales (enfermería comunitaria de enlace, medico AP, enfermería general, trabajadores sociales, médicos especialistas…) como herramienta de apoyo en su atención al usuario. Potenciar su uso con intervenciones programadas en los distintos niveles de atención sanitaria como elemento de información que mejora la calidad y continuidad en la asistencia al usuario.
Material y método: El IVAF es usado por el Servicio de Fisioterapia del CH Torrecárdenas desde 2005 como herramienta de valoración del usuario y como elemento de información con el paciente y su entorno. Se hace un análisis de las características propias del IVAF, la información cualitativa que aporta sobre la condición de usuario y su función en la continuidad asistencial en el circuito entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales.
Resultados: Se pone de manifiesto la importancia del IVAF en la atención al usuario, y la necesidad de potenciar su uso y consulta entre los diferentes profesionales de los distintos niveles asistenciales dada la relevancia de la información que aporta para una valoración integral del paciente.
CONCLUSIONES: El IVAF se crea inicialmente como una herramienta de valoración en fisioterapia, pero su utilidad transciende a los diferentes niveles asistenciales y a los diferentes profesionales involucrados en la continuidad asistencial del paciente, aportando una información esencial en la valoración y el seguimiento de la discapacidad y la dependencia.
Discusión: Con toda esta información cabe preguntarse:¿es poco conocido el IVAF entre los diferentes profesiones y niveles asistenciales?¿Se le saca el máximo partido?¿sería interesante potenciar su uso e informar sus potencialidades? Ante lo expuesto cabe hacer una PROPUESTA DE INTERVENCIÓN a través del desarrollo de sesiones clínicas donde se dé a conocer y se potencie su uso como elemento de valoración y continuidad asistencial, y hacer una valoración posterior de la consecución de dichos objetivos.

P-81

IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE FISIOTERAPIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Martín Juárez, M.I*; Ledesma Saez, M; Navarrete Olmedo, G; Moreno Hernández, J; Beetar Castro, P y Ramos Serrano, M.C.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Registro, Fisioterapia, Valoración
Resumen
Objetivos: Debido a la inexistencia de un Registro de Fisioterapia que nos permita reflejar la valoración inicial así como la evolución de los pacientes que son tratados en los diferentes servicios de Rehabilitación(Traumatología, Reumatología, Algias, Infantil, Neurología, Drenaje linfático, Respiratorio)) y como instrumento de comunicación con el médico Rehabilitador y otros profesionales que intervengan en el tratamiento integral del paciente, se elabora el Registro de Fisioterapia con el consenso de todos los Fisioterapeutas del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
Material y método: Se organizan grupos de trabajo para la elaboración de un Registro de Fisioterapia (específico para cada servicio) durante el primer semestre de 2002 y en Mayo de 2003 se revisa el documento, tras realizar un muestreo a través del cual se modifican los puntos que no responden a las necesidades definidas en un principio.
Resultados: La importancia de realizar un documento en el que quede constancia por escrito de todo el proceso asistencial del paciente, desde su valoración inicial, los objetivos de tratamiento propuestos y la valoración de los resultados obtenidos, todo ello a partir del diagnóstico médico.
CONCLUSIONES: La necesidad de elaborar un documento en el Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario Torrecárdenas que refleje por escrito todo el trabajo realizado por el Fisioterapeuta y que sirva de guía a otros compañeros Fisioterapeutas y profesionales que necesiten consultar y obtener información sobre el estado del paciente tanto durante como una vez finalizado el tratamiento.
Discusión: Tras todo lo expuesto cabe preguntarse, desde que se puso en marcha el Registro de Fisioterapia en nuestro servicio, ¿se han producido cambios para conseguir una mayor informaciòn sobre el estado del paciente?, y si es así, ¿se han visto beneficiados todos los profesionales que participan en su proceso asistencial?. Con todo ello, queremos animar a Fisioterapeutas de otros hospitales y Centros de Salud a la utilización de un Registro de Fisioterapia, para dar una mayor calidad a su tarea diaria.

P-82

LA ENFERMERA GESTORA CON PERFIL ASISTENCIAL: EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO Y ANÁLISIS DEL IMPACTO.

VIDAL DOMENECH, L; SERRANO MARTOS, AB; PUIG SOLER, J; CALAVIA GARSAVALL, L y MARTIN HERRERO, E.

Centro: hospital sant joan de reus
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave:
Resumen
Introducción: Dentro del marco de la misión y valores del Hospital, como resultado de una reflexión estratégica y con el compromiso de dar una asistencia de calidad, se marca como objetivo un nuevo modelo organizativo de enfermería introduciendo la nueva figura de la gestora asistencial .
Objetivos: Analizar la experiencia durante el primer año de implantación de esta figura. Evidenciar beneficios y dificultades al combinar asistencia y liderazgo en la gestión de la calidad.
MATERIAL Y MÉTODOS La experiencia se ha sustentado en: cohesión del trabajo multidisciplinar, lograr aceptación por el resto del equipo y la implantación del proyecto de calidad de los cuidados. Definición y evaluación de nuevos indicadores de calidad asistencial,y seguridad del paciente (dolor, prevención de infección nosocomial, identificación de paciente, prevención de caídas, ulceras por presión, así como otros indicadores de estructura y proceso).
Resultados: En las reuniones multidisciplinares se obtienen propuestas de mejora para la formación personal, la asistencia al paciente cardiológico, la preparación del paciente quirúrgico, postquirurgico de tiroidectomía, estudio polisomnografico y cambios

organizativos de la unidad . Detectamos una mejora sustancial en los indicadores de valoración de riesgo de ulceras por presión (un 42% mas que en 2009) , prevención de la infección nosocomial (34% mas de adherencia al lavado de manos en 2010) y de la identificación de pacientes (mejora de un 10% en cuanto al 2009). DICUSIÓN La enfermera gestora asistencial es el nexo de unión entre el triángulo dirección-profesional-paciente, debe liderar cuidados de calidad y aportar un valor añadido estratégico para el cambio organizativo. Un factor determinante parar clarificar el rol es que no sea responsable de la gestión de los recursos humanos, para su integración en el equipo de enfermería. Su liderazgo es clínico , no jerárquico. Las funciones que compatibiliza pueden convertirse en un hándicap, ya que debe realizar asistencia, y liderar los cuidados de calidad prestada por el resto del equipo. **CONCLUSIONES** La figura de la gestora asistencial puede ser estratégica para la implantación de un modelo organizativo de cuidados. La integración en el equipo es fundamental para la aceptación de las propuestas de mejora. El posible conflicto de funciones se minimiza adecuando los recursos y disponiendo de soporte desde la estructura organizativa .

P-83

DOCENCIA EN SUTURA BÁSICA DE HERIDAS. NUESTRA EXPERIENCIA

BÚRDALO TREVEJO, F; MARTÍNEZ GARCÍA, A; MONTES JIMENEZ, V; ROJO ALIAGA, J; QUESADA BRAVO, FJ y PEREZ PEREZ, C.

Centro: CH Torrecárdenas. Almería
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: SUTURA DOCENCIA HERIDAS
Resumen
Objetivos: Y JUSTIFICACIÓN Existe una falta de docencia de pregrado y postgrado en enfermería y medicina en técnicas de sutura básica de heridas. Esta necesidad llevo a nuestra Unidad a realizar cursos de formación teórico-prácticos de sutura para médicos y enfermeros. Se pretende mostrar nuestra experiencia en la misma durante 3 cursos de formación en 2 años.
MATERIAL Y MÉTODOS Durante los 2 últimos años hemos realizado 3 cursos de formación teórico-práctico de formación en técnias básicas de sutura, a 90 profesionales (enfermeros 60%, médicos 40%). Los cursos se han realizado en el CH Torrecárdenas de Almería, con personal del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial (integrado en la UNidad de Cabeza y Cuello). Las sesiones prácticas se han realizado en quirófano. Se describe la metodología del curso, temario, tipos de practicas y evaluaciones.
Resultados: Son cursos acreditados por la ACSA, con una gran demanda, preferentemente entre el personal de enfermeria, MIR y médicos de urgencias de pediatría, urgencias generales y centros de salud. La satisfacción de los asistentes ha sido muy buena (media >8,5), existiendo lista de espera para poder realizar el curso. Los discentes han referido su gran utilidad, habiendo destacado una disminución de las llamadas a especialistas para la sutura de heridas "banales".
CONCLUSIONES -Es necesario mejorar la formación en pregrado y postgrado en sutura de heridas - Es necesario realizar curso de formación contínua en sutura de heridas - Es importante realizar estos cursos en Atención Primaria y Hospitales Comarcales - Es un curso "barato" con poco requerimientos y gran satisfacción discente y docente

P-84

NUTRICION ENTERAL EN PACIENTE ONCOLOGICO. CASO CLINICO

Corripio Mancera, C; Montañez Aranda, RM y Corripio Mancera, AM.

Centro: Hospital Carlos Haya
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave:
Resumen
•**Objetivos:** Proporcionar una mayor satisfacción y calidad de vida a nuestro paciente y familiares. Establecer un plan de cuidados con formato NANDA/NIC/

NOC adecuados al estado de nuestro paciente y su entorno socio-familiar.
•**Material y método:** Se presenta un proceso de cuidados aplicados a un paciente varón, de 60 años sometido a hemimandibulectomía derecha y vaciamiento cervical por recidiva de cáncer de mandíbula hospitalizado para quimioterapia paliativa, portador de gastrostomía reciente. Para el plan de cuidados recopilamos datos de 3 fuentes: Hª Clínica, valoración de enfermería y datos que nos aporta su mujer (cuidadora principal). Se realiza una valoración holística de nuestro paciente, empleando modelo según Virginia Henderson y varias escalas: Cuestionario Zarit, Método Must (cribado detección malnutrición), escala Barthel, Braden, test Pfeiffer. Para el análisis de los datos obtenidos de esta valoración utilizamos el modelo área (análisis de resultado del estado actual) para alcanzar el diagnostico principal, intervenciones y resultados. Utilizando la nomenclatura NANDA-NIC-NOC 00002 Desequilibrio nutricional por defecto r/c conocimientos deficientes de la nutrición enteral e incapacidad para ingerir los nutrientes m/p peso corporal< 5% en un mes. Otros diagnósticos: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c desnutrición, deshidratación, disminución fuerza muscular 00069 Afrontamiento inefectivo r/c nuevas formas de alimentación artificial enteral m/p aislamiento, evitación, tristeza, ansiedad 00062 Riesgo de cansancio rol del cuidador r/c cuidados numerosos y complejos
•**Resultados:** Mediante este plan de cuidados individualizado conseguimos aumentar la calidad de vida de nuestro paciente y familia mejorándole su estado nutricional y logrando la aceptación de su situación actual.
•**CONCLUSIONES:** La actividad formativa sobre nutrición enteral y cuidados gastrostomía a la cuidadora principal/ paciente es una parte fundamental de la estrategia de trabajo realizado. Basándonos en el Modelo Área nuestro resultado esperado ha sido corregir el desequilibrio nutricional por defecto como problema principal resolviendo con ello el resto de los problemas. La utilización del lenguaje propio enfermero NANDA-NIC-NOC, nos aporta y sugiere diagnósticos, intervenciones y resultados que constituyen la base de nuestros cuidados enfermeros, facilitando su registro y normalizando la práctica.

P-85

MANUALES DE COMPETENCIAS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

Salguero Cabalgante, R; Galiot Torres, A; Carrascosa Salmoral, MP; Rojas De Mora Figueroa, A; Brea Rivero, P y Almuedo Paz,

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Acreditación, Cuidados Paliativos, Competencias
Resumen
Objetivos Describir la puesta en marcha del Programa de Acreditación de profesionales que trabajan en el ámbito de Cuidados Paliativos. Material y Método Coincidiendo con la aprobación de la Ley de Muerte Digna publicado el mes de abril en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, la Agencia de Calidad Sanitaria crea los manuales de competencias profesionales de los médicos y enfermeras que trabajan en cuidados paliativos., en el contexto del Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud. Se constituyeron sendos Comités Técnicos Asesores (CTA) en los que han colaborado destacados profesionales de este ámbito, la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos y el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Esta composición posibilita que el contenido de los manuales recoja buenas prácticas extraídas del ejercicio profesional diario. Estos manuales están estructurados en torno a 5 Bloques y 10 Criterios comunes a todas las disciplinas, en los que se recogen los aspectos que promueven la calidad y la atención sanitaria en el Sistema Sanitario Público Andaluz

(SSPA). Ambos CTA se han reunido en 5 ocasiones cada uno, llevándose a cabo la validación del contenido del trabajo de cada grupo para asegurar su homogeneidad y procediéndose a su inclusión en la aplicación informática ME_jora P. Resultados Ambos manuales recogen evidencias del trabajo de los profesionales que atienden a pacientes en situación avanzada, como el registro en la historia de salud de los valores y deseos manifestados por el paciente en la atención al final de su vida, la valoración integral del dolor, las necesidades espirituales de los pacientes atendidos, o la identificación y registro de la capacidad de entendimiento de la persona cuidadora principal del paciente, detectando sus necesidades de apoyo. Discusión El Programa de Acreditación de Competencias para profesionales de Cuidados Paliativos es pionera en el ámbito nacional, siendo una herramienta novedosa que permite tener un patrón de referencia para la acreditación en calidad de las competencias.
CONCLUSIONES El Programa de Acreditación de Competencias, al permitir detectar la proximidad entre las competencias que posee un profesional y las definidas en su Manual de Acreditación, supone un elemento facilitador del reconocimiento de los logros alcanzados y favorecedor del Desarrollo Profesional Continuo.

P-86

GRADO DE DIFUSIÓN DE RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL (PPENO) AL VIH EN UN HOSPITAL GENERAL.

Martínez Cortés, MP; Parra GARCÍA, G; Sánchez López, P; López Lloret, P; Maldonado Úbeda, C y Gávez Contreras, MC.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: PPENO Profilaxis VIH
Resumen **OBJETIVOS.** Las guías y protocolos de actuación de exposición ocupacional al VIH están estandarizadas, sin embargo las recomendaciones sobre la PPENO son más recientes y peor conocidas. El objetivo al realizar este estudio es conocer la difusión de las recomendaciones al respecto entre el personal facultativo.
MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo observacional, en el que se realizó una encuesta a facultativos que llevan a cabo su labor asistencial en el Servicio de Urgencias o realizan guardias de Medicina Interna. El cuestionario incluía 15 preguntas sobre la valoración del riesgo/beneficio de la PPENO en diferentes supuestos. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0.
RESULTADOS. Un 58% de los encuestados cumplimentaron el cuestionario. El 51.2% conocían algún protocolo y un 18.6% habían atendido algún caso en los últimos seis meses. El 47.7% conocía el límite establecido para administrar la profilaxis tras la exposición. Se objetivó una gran variabilidad en la estratificación del riesgo y en la prescripción de profilaxis en varios supuestos: En una situación de accidente parenteral de riesgo sustancial el 59.5% lo valoró como tal, un 33% como riesgo bajo y un 7% como riesgo mínimo. En un supuesto de exposición parenteral de riesgo bajo se consideró sustancial por un 40.5%, bajo por un 47.6% y mínimo por el 11.9%. En un supuesto sin indicación de profilaxis, un 20.9% la consideraría indicada, un 46.5% no y el resto lo valoraría con el paciente. No hubo diferencias en función del servicio o la categoría profesional.
Discusión. Las demandas de tratamiento profiláctico para prevenir la infección por VIH tras una relación sexual o situaciones con riesgo de contagio por vía parenteral no ocupacional se han multiplicado por tres en los últimos años, por lo que el Sistema Sanitario debe estar preparado ante esta situación. Nuestro estudio pone de manifiesto que un porcentaje elevado de facultativos desconoce la actuación ante una situación potencial de infección no ocupacional al VIH. También destaca la falta de unanimidad al valorar diferentes tipos de exposición. Atribuimos el gran número de encuestas no

cumplimentadas al desconocimiento de los protocolos.
CONCLUSIONES. El conocimiento entre los profesionales sanitarios de las guías, la estratificación del riesgo y las indicaciones de tratamiento en situaciones de exposición no ocupacional al VIH es escaso. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de programas formativos y de difusión de los protocolos de actuación.

P-87

LA OFICINA DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

HERRERA MORIÓN, MJ; CARMONA HORMIGO, M; ROJAS DE MORA-FIGUEROA, A; VILLALÓN HABA, EM; BREA RIVERO, P y RODRÍGUEZ ESTEVE, P.

Centro: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Acreditación y Solicitud
Resumen
Objetivos: Conocer cómo ha afectado el incremento de profesionales en Proceso de Acreditación de sus Competencias Profesionales al tiempo de respuesta de la Oficina de Atención al Profesional (OAP) y a la satisfacción de los profesionales con la misma.
Material y método: En el contexto del Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha puesto en marcha el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales (PACP) para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
La OAP se ubica en el Área de Acreditación para el Desarrollo Profesional Continuo, responsable del PACP.
La OAP está compuesta por 4 administrativas que dan apoyo a los profesionales en la fase inicial de su PACP. Éste comienza con una solicitud por parte del propio profesional. Una vez cumplimentada la misma, la OAP le facilitará unas credenciales de acceso a la aplicación informática (ME_jora P) y el Manual de Competencias correspondiente a su grupo profesional, asignándole un Tutor Guía.
Se ha realizado un análisis comparativo de los tiempos de respuesta de la OAP y del grado de satisfacción de los profesionales en el año 2010 con respecto al 2009.
Resultados: En el último año, el número de procesos de acreditación ha aumentado, aproximadamente, en un 59 %.
Para facilitar la labor de la OAP y agilizar la respuesta a los profesionales, se han optimizado los distintos procesos de la OAP y se lleva un control exhaustivo de los tiempos empleados en la recepción de la documentación del profesional (solicitud y certificado de trabajo), comprobación de datos en ME_jora P, revisión de la documentación, asignación de tutor-guía, emisión y envío de credenciales y manual de competencias de las solicitudes validadas:
En 2009, 2.57 días hábiles
En 2010, 1.67 días hábiles
La satisfacción de los profesionales con la OAP fue puntuada con un 8.65 sobre 10 por los 332 profesionales que finalizaron su proceso de acreditación en la convocatoria Abril-Mayo 2009 y con un 8.77 por los 822 que la finalizaron en la convocatoria Abril-
Mayo 2010.
Discusión: A pesar del incremento de profesionales que, en los últimos meses, han iniciado su proceso de acreditación, la OAP ha mejorado los tiempos de respuesta en la gestión de la documentación manteniendo, además, la satisfacción de los profesionales.
CONCLUSIONES: La mejora continua de los procesos de la OAP ha permitido mantener los estándares de calidad en la atención a los profesionales en la fase de solicitud.

P-88

FRECUENTACION Y USO DE LA BIBLIOTECA DEL CH TORRECÁRDENAS EN RELACIÓN CON LA PRODUCCION CIENTIFICA DE SUS PROFESIONALES

SALIDO CAMPOS, MA; ROBLES AGUILERA, MC; MARTOS MORENO, A; CAÑADAS NÚÑEZ, F; SÁNCHEZ MIRALLES, MD y ANTÓN MOLINA, F.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: Servicios bibliotecarios, Producción científica, Desarrollo profesional
Resumen
OBJETIVOS. La Biblioteca del CH Torrecárdenas fue creada en 1992 formando parte en la actualidad de la red de bibliotecas del SSPA (BV). Su objetivo principal es proporcionar información científica a los profesionales del Complejo Hospitalario con fines asistenciales, de formación, docencia e investigación, contribuyendo a su desarrollo profesional.
El objetivo de este estudio es analizar en qué medida el Sº de Biblioteca contribuye a la investigación y producción científica de los profesionales del centro
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo observacional del perfil de usuarios de biblioteca durante 2009 utilizando el libro de registro, las búsquedas bibliográficas solicitadas y el préstamo interbibliotecario (Programa GT-BIB) de aquellos doc q no se encuentran en la BV y la finalidad para la q se solicitan. El estudio relaciona estos datos con los artículos con visibilidad publicados en bases de datos de ciencias de la salud nacionales e internacionales (ISI Web of Knowledge, PubMed, Embase, IME y Cuiden Plus)
RESULTADOS. FRECUENTACIÓN PRESENCIAL: Nº USUARIOS 2.459
PERFIL DE USUARIOS: Enfermeras 18,46 %, Fisioterapeutas 9,68%, Internistas 9,39%, Pediatras 7,12%, M Familia 6,71%, Digestólogos, 6,67%, Rehabilitadotes 5,25%, Anestesiólogos 4,43%, Cirujanos 4,07%, Neurólogos 3,94%, Cirujanos Ped 2,81%, Neumólogos 2,72%, Neurocirujanos 2,56%, Otros 16,19%
BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS SOLICITADAS A LA B DEL CENTRO= 295
PRÉSTAMO INTERBIBLIOTECARIO = 143 documentos solicitados FINALIDAD: Investigación 48, Publicación 24, Asistencial 50, Docencia 21
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA: 77 artículos científicos publicados. Enfermería 17, Pediatría 14, Neurología 11, Medicina Interna 6, Cirugía 6, Digestivo 5, Farmacología 4, Otros 14
Discusión. Los resultados hallados hacen referencia a los servicios solicitados por los profesionales a la B del Centro. Sin embargo desde 2006 nuestros profesionales acceden a los recursos de la BV del SSPA y cómo influye ésta en los servicios que desde nuestro centro damos a los profesionales será objeto de otro estudio cuando tengamos datos sobre estadísticas de uso de la BV por parte de nuestros profesionales
CONCLUSIONES. El estudio pone de manifiesto que la frecuentación y uso de los servicios de biblioteca se relaciona directamente con la investigación y producción científica de los profesionales del CHT.

P-89

EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

CARRASCOSA SALMORAL, MP; ROJAS DE MORA-FIGUEROA, A; ALMUEDO PAZ, A; BREA RIVERO, P; SALGUERO CABALGANTE, R y CÁCERES VALVERDE, AM.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: ACREDITACIÓN, COMPETENCIAS PROFESIONALES
Resumen
OBJETIVO: Desde la creación del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales, iniciado en el año 2.005 por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en colaboración con más de 500 profesionales y representantes de Sociedades Científicas, ya son 70 los Manuales de Acreditación Competencias Profesionales puestos a disposición de los profesionales sanitarios de la diferentes disciplinas profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Con ello, más del 95% de las categorías de profesionales licenciados y diplomados sanitarios tienen a su

disposición una herramienta para la promoción del desarrollo y mejora continua, que, a su vez, les permite obtener un reconocimiento expreso y público de los logros alcanzados en su práctica diaria. El objetivo es analizar el estado actual del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales (PACP).
Material y método: Análisis descriptivo transversal de los Procesos de Acreditación de los profesionales sanitarios del SSPA que han accedido al PACP desde el pilotaje, en enero de 2.005, hasta septiembre de 2.010.
Resultados: Hasta la fecha, ya son 14.545 los procesos de acreditación en curso, que corresponden a un total de 12.109 profesionales sanitarios. De todos los procesos, 6.383 están en fase de preparación; 4.879 están en fase de autoevaluación, habiendo comenzado ya la aportación de pruebas; 642 están pendientes de evaluación y 2.641 ya han sido acreditados: 1.031 en nivel Avanzado, 1.133 en nivel Experto y 477 en nivel Excelente. Los procesos acreditados corresponden a un total de 2.053 profesionales:
• 716 en nivel Avanzado (34.37%). • 861 en nivel Experto (41.29%). • 476 en nivel Excelente (22.85%).
En cuanto a la institución de origen de los profesionales, del SAS suponen el 88,16 % de los procesos iniciados. Considerando el ámbito de la actividad asistencial, 26,5 % son de Atención Primaria y 72,4 % de Atención Especializada.
DISCUSIÓN: El porcentaje de crecimiento de procesos en curso respecto al año anterior ha sido del 59 %, siendo ya más del 33,37 % los profesionales sanitarios del SSPA que se encuentran en proceso de acreditación.
El porcentaje de crecimiento de procesos finalizados ha sido del 88% respecto al año anterior.
CONCLUSIÓN: El PACP, en particular, y la estrategia de gestión por competencias, en general, está impregnando progresivamente en la organización sanitaria, ofreciendo a los profesionales herramientas para prosperar en su desarrollo profesional continuo.

P-90

CASOS CONFIRMADOS DE GRIPE A ¿HICIMOS UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA?.

Sánchez López, P.; Parra GARCÍA, G.; Martínez Cortés, M,; Esteban Moreno, M.; López Lloret, G. y Díez GARCÍA, F..

Centro: HOSPITALTORRECARDENAS (ALMERIA)
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: virus gripe A diagnostico sospecha Resumen
OBJETIVOS. Revisar si identificamos correctamente los casos sospechosos de gripe A a través de sus rasgos epidemiológicos y clínicos, y estimar si nuestras presunciones se confirmaron finalmente tras activar el protocolo de gripe.
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio observacional y prospectivo de los pacientes ingresados por sospecha de infección por virus de la gripe A nueva variante (H1N1) en los servicios médicos de adultos (Medicina Interna, Neumología o UCI) del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas (Almería). El diagnóstico se confirmó mediante técnica de PCR-tiempo real. Se analizaron las principales variables epidemiológicas, comorbilidades, características clínicas, tratamiento empleado y evolución en los pacientes con/sin diagnóstico confirmado (C: casos ciertos/ S: sospechas no confirmadas) y en cuántos pacientes nuestro diagnóstico de sospecha se confirmó. Los datos se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS 18.0.
RESULTADOS. Durante los 4 principales meses del periodo de alerta pandémica (septiembre, octubre, noviembre y diciembre) ingresaron 98 pacientes por sospecha de gripe A, que se confirmó en 58 (59%) y descartó en 40 (41%). Los pacientes con gripe A fueron más jóvenes (edad media: 39+/- 4 vs 46+/- 6 años, p<0,05) sin diferencias significativas en la distribución por sexos (Hombre: C50%/ S53%). A pesar de afectar con más frecuencia a jóvenes, entre estos pacientes hubo mayor necesidad

de ingreso en UCI (C: 22%; S: 2,5%; p<0,05) y la duración del ingreso fue más prolongada (C: 12,8+4 días; S: 7,7+2 días). La gripe A se asoció a más complicaciones graves (C19%; S: 12%, p=0.08) y mayor mortalidad (C: 5%; S: 0%). Las principales diferencias entre C/S respecto a la distribución de los factores de riesgo que se han asociado a la gripe A fueron: embarazo (C: 16%; S: 9%; p<0,05), obesidad (C: 26%; S: 10%; p<0,05, asma bronquial (C: 34%; S: 2%; p<0,05) y neoplasia (C: 16%; S: 2%; p=0,057). Todos los casos y sospechas recibieron de forma precoz con oseltamivir, que se suspendió en el 90% de las sospechas no confirmadas.
CONCLUSIONES. Nuestras sospechas de cuadro compatible con la gripe A, se confirmó en más de la mitad de los casos ingresados durante el periodo de alerta pandémica. Nuestros datos son acordes con otras series, donde se constata que los casos confirmados eran más jóvenes y con factores de riesgo ya asociados a gripe A. Las guías de actuación ayudaron a nuestra calidad asistencial, identificando casos correctamente.

P-91

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) Y PROFILAXIS RECIBIDA EN PACIENTES CON Y SIN ENFERMEDAD VASCULAR ESTABLECIDA.

Sánchez López, P.; Esteban Moreno, M.; Parra GARCÍA, G.; Maldonado Úbeda, C.; Domingo Roa, S. y Díez GARCÍA, F..

Centro: HOSPITALTORRECARDENAS (ALMERIA)
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: FACTORES RIESGO VASCULAR PROFILAXIS
Resumen
OBJETIVOS. Evaluar la calidad en la recogida de FRCV en los informes de alta de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna ó Cardiología de un hospital general. Analizar la adecuación de la profilaxis primaria (pacientes con FRCV sin haber sufrido nunca un evento cardiovascular específico) ó profilaxis secundaria (tratamiento tras haber sufrido un evento cardiovascular).
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio retrospectivo de los informes de alta de 430 pacientes seleccionados de manera aleatoria, ingresados en el año 2.010 en los servicios de Medicina Interna ó Cardiología de un hospital general. Se recogió información sobre la presencia de FRCV definidos (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM), tabaquismo y obesidad), presencia/ausencia de enfermedad vascular (EV) y profilaxis/tratamiento al alta. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 18.
RESULTADOS. Se estudiaron 430 pacientes, de los cuales 297 ingresaron en el Servicio de Medicina Interna (69%) y 133 en el de Cardiología (31%). La edad media fue 72+/-7 años. La distribución por sexos fue similar (V/M: 53%/47%). Presentaron criterios de enfermedad vascular (EV) establecida 282 pacientes (66%), bien como evento actual/motivo de ingreso (93 pacientes, 33%) o como evento previo (189 pacientes, 67%) y 118 pacientes (34%) no tenía EV. En pacientes con EV actual los FRCV fueron: HTA: 59(62,76%), dislipemia: 39(41,48%), tabaquismo: 53(56,38%), obesidad: 14(14,89%), DM: 39(41,48%). Los FRCV en pacientes con evento previo fueron: HTA: 158 (84%), DM: 102 (54,25%), dislipemia: 81(43%), tabaquismo: 35 (18,61%), obesidad: 31 (16,48%). En los pacientes sin EV, los FRCV recogidos fueron: HTA: 124(60.5%); dislipemia: 40(19%); tabaquismo: 36(17.6%); obesidad: 11(5.4%) y DM: 92(44.9%). Recibían profilaxis primaria 64 pacientes (31%) sin EV y 20 pacientes (21%) con EV actual. Los pacientes con EV previa recibían profilaxis secundaria en 75% de los casos. El tratamiento de los FRCV estaba actualizado en el 66% de los informes de alta; el 25% lo detallaba en los antecedentes personales y el 8.6% recomendaba continuar con su tratamiento habitual.
CONCLUSIONES. La presencia de FRCV se incluye habitualmente. El recogido con mayor frecuencia es la HTA y con menor frecuencia el tabaquismo. El tratamiento

se actualiza con asiduidad, pero concluimos que existe un amplio margen de mejora en la indicación de profilaxis primaria, ya sólo la recibían el 21% de los pacientes con EV al ingreso.

P-92

ACREDITACION UGC DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN EN EL Área: HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ. HUELVA

PAZ EXPOSITO, P; PRADA PEÑA, M; Gónzalez Amador, F; CRUZADO RODRÍGUEZ, I; MORENO SANCHEZ, T y CAMACHO PIZARRO, A.

Centro: hjrj
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: ACREDITACION, UGC DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN
Resumen
OBJETIVO: Evaluar los diferentes procesos que realizamos en la atención que prestamos a los ciudadanos y a los diferentes profesionales en materia de salud, según el Modelo de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (ACSA).
Material y métodos:
La UGC-DI está formada por los Servicios de Radiodiagnóstico y de Medicina Nuclear, con una plantilla de 121 profesionales (Médicos, enfermeras, Técnicos, Celadores y administrativos) distribuidos en 3 centros sanitarios (2 hospitales y 1 centro periférico)
Se plantea como estrategia clave establecer un plan de comunicación, con reuniones diversas en el salón de Actos teniendo como objetivo: Explicar en que consistía la acreditación. Crear un grupo de trabajo con asignación de tareas especificas con un cronograma : 1. Conocer las diferentes fases de la acreditación del Modelo de la ACSA
2. Lectura e interpretación de estándares.
3. Distribución de los estándares entre los implicados.
4. Recogida de evidencias pertinentes y documentación de las mismas mediante una ficha de individual y especifica de cada estándar del modelo de la acreditación
5. Identificar y crear áreas de mejora.
Resultados: Se realizaron 7 Reuniones con todos los integrantes de la UGC.
Se recogieron 259 Evidencias Positivas.
Se adjuntaron 363 documentos a las evidencias Positivas.
Se identificaron 142 áreas de Mejora que se destaca la elaboración del Plan de Calidad de la UGC, El Plan de Seguridad, El Plan de Emergencias, Plan de Acogida a los profesionales, la elaboración de 56 protocolos estandarizados , la creación del Registro de Eventos adversos.
DISCUSIÓNES Y **CONCLUSIONES:** Realizar el proceso de Acreditación ha ayudado a entender, analizar y reflexionar sobre las diferentes procesos en materia de calidad que se encuentra implicados los diferentes profesionales de la UGC Diagnóstico por la Imagen. Se ha reconocido de forma más clara nuestras Fortalezas, Debilidades y Oportunidades en las diferentes evidencias y áreas de mejora en materia de calidad distribuida en el :El Ciudadano, La Atención sanitaria Integral, Los profesionales, El de Estructura y el de Resultados según enmarca el modelo de Calidad Andaluz. Aplicar el ciclo de Mejora continua de Planificar, Hacer, Evaluar y realizar mejoras periódicas nos ha servido para entender que la acreditación no es un fin, ni un objetivo es una herramienta eficaz de evaluación y de gestión de la calidad. Nos ha enseñado que el trabajo en equipo bien hecho no tiene fin de meta.

P-93

"LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL CONTROL DEL EMBARAZO NORMAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA".

GUEDES ARBELO, CH; GALINDO ASENSIO, A y ESTÉVEZ GONZÁLEZ, J.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: EMBARAZO NORMAL; MATRONA; ATENCIÓN PRIMARIA.
Resumen
Objetivos:
-Dar a conocer el papel de la matrona en atención primaria.
-Fomentar la salud de la madre, la familia

y la de su futuro hijo/a.
-Detección precoz de las situaciones de riesgo.
-Disminuir el riesgo de complicaciones en el parto.
Material y método: Revisión bibliográfica editada en el territorio español durante los últimos años. Así como de diferentes organizaciones e identidades nacionales e internacionales expertas en el mundo de la salud materno-infantil (Organización Mundial de la Salud-OMS,Federación de Asociaciones de Matronas de España-FAME, Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología-SEGO).
Resultados: El control del embarazo en la Atención Primaria de Salud y por el profesional sanitario adecuado (Matrona), hace que los beneficios obtenidos, tanto por las/os usuarias/os como por el propio sistema sanitaria, sean mayores que los costes.
A nivel del sistema sanitario:(Disminución de coste económico,optimización de recursos (menor saturación de servicios de Obstetricia),elevada rentabilidad de las medidas preventivas durante el embarazo). A nivel de las usuarias:(Mejor accesibilidad horaria y geográfica,mayor contacto con actividades complementarias del centro de salud (planificación familiar, educación maternal, control del niño sano),mayor satisfacción de la mujer,mejor integración del proceso dentro de la historia clínica.
DISCUSIÓN: La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud y consiste en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Posee, entre otros, el objetivo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dos pilares fundamentales en el control del embarazo normal ó de bajo riesgo desde atención primaria.
Según la Organización Mundial de la Salud la matrona es un profesional sanitario especializado reconocido internacionalmente, que posee toda la formación y autonomía para llevar el control del embarazo normal o de bajo riesgo y el parto y postparto de una mujer en las mismas características.
CONCLUSIONES: La matrona en atención primaria de salud tiene una t**area** importante en el cuidado, asesoramiento y la educación para la salud, no solo para la mujer, sino en el seno de la familia y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud sexual y reproductiva de la mujer, así como el cuidado del recién

P-94

INFLUENCIA DE UN PROGRAMA FORMATIVO EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE PROFESIONALES SANITARIOS DEL CH TORRECÁRDENAS.

Ripoll Sorbas, MC; Cañadas Núñez, F; Sánchez Miralles, MD; Robles Aguilera, MC; Aguilar Plaza, MD y Contreras González, M.
Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave:
:Impacto,Deshabituación-Tabáquica,Formación-Continuada
Resumen La Formación continuada debe conjugar las líneas prioritarias del SSPA con las necesidades demandadas por los profesionales. Es necesario evaluar su impacto para proponer mejoras y garantizar mejores resultados en salud (ciclo PDCA)
OBJ.GENERAL:Analizar si la formación en deshabituación tabáquica de profesionales sanitarios influye en el abandono tabáquico.
ESPECÍFICOS:Conocer el % de profesionales con formación básica y avanzada acreditada
Analizar la transferencia e impacto del programa formativo
MATERIAL Y MÉTODO. Diseño:E. observacional descriptivo transversal(en09–Jun10)
P. Diana:profesionales sanitarios del CHT
C. Inclusión: profesionales sanitarios (obj de conocimiento) y pertenecer a C. Vascular, Cardiología, Neumología o

Ginecología (impacto y trasferencia)
Técnica Muestreo:la muestra = población diana (obj de conocimiento). Para analizar trasferencia e impacto auditamos Hª por muestreo aleatorio simple
T.de muestra:Todos los profesionales sanitarios del CHT. Para el objetivo de impacto determinamos como error máximo admisible el 10% (intervalo confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral).Nº Hª:4974. Auditamos 95.
RESULTADOS. FORMACIÓN
Básica: Indicador (I) =(%Profesionales con formación básica/Profesionales sanitarios plantilla)
Indicador Final (IF)=60%.Resultado (R)=65X100/1176=56,54%
Avanzada: I=(% Profesionales con formación avanzada/ Profesionales sanitarios plantilla) IF=>10%;R:121X100/1176=10.29%
TRANSFERENCIA
I=(% Hª auditadas con valoración del hábito tabáquico/total de Hª auditadas). IF=>20%;R:56X100/95=58.94%
I=(% Hª auditadas con intervención/ total de Hª auditadas con patrón de fumador). IF=>20%;R:5X100/23=21.73%.
Registro en informe de continuidad de cuidados:95.65%.
IMPACTO:I=(% personas que abandonan hábito tabáquico/total de personas que acuden a la consulta). IF=>20%;R:29X100/74=39.19%
CONCLUSIÓN:El CHT cuenta con un alto porcentaje de profesionales formados. Los resultados demuestran, en contraposición con Davis (1999), que la formacion de calidad mejora la salud de los ciudadanos.
Los registros son escasos en comparación con los resultados obtenidos.
DISCUSIÓN:La formación debe ser inter e intradisciplinar, formar por categorías profesionales debe continuar pero siempre dentro de programas que abarquen a otros colectivos, incluyendo profesionales no sanitarios. ÁREAS DE MEJORA:Insistir en la importancia valorar y registrar el hábito.Proponer a la Comisión de Hª Clínicas incluir un ítem de valoración e intervención

P-95

DESARROLLO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

Sierra Vinuesa, R; Casado Nájera, C y Cortés Fernández, E.

Centro: HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: FISIOTERAPIA, DESARROLLO PROFESIONAL, COMPETENCIAS

Resumen
Objetivos: Para conseguir el pleno desarrollo profesional se debe expandir la Fisioterapia en el plano académico hacia la licenciatura, doctorado y especialidades y dentro de estas últimas y entroncando ya con la función asistencial de la profesión, cabe mencionar toda una serie de campos específicos en los que la atención fisioterapéutica puede desempeñar una misión de primer orden: Neurología, Pediatría, Gerontología, Terapia Intensiva, Obstetricia y Ginecología, Vascular, Reumatología, Cardiología, Neumonología, Traumatología y Ortopedia, Deportivo, Clínica Médica y Oncología, entre otras.
Material y método: Un campo fisioterápico a descubrir en todas sus posibilidades terapéuticas son las reflexoterapias occidentales: la simpáticoterapia, que consiste en la estimulación de puntos de la mucosa nasal para tratar ciertas disfunciones, incluso de órganos y aparatos que nada tienen que ver con las fosas nasales o las vías respiratorias. La reflexología podal, forma de masaje puntual que se aplica a la planta de los pies y con efectos sobre todo el organismo. La aurículoterapia, que mediante el estímulo mecánico de ciertos puntos del pabellón auricular, se consiguen efectos terapéuticos en todo el cuerpo. El tratamiento de enfermedades viscerales por medio del masaje, la electroterapia, las terapias manuales y la cinesiterapia es relativamente antiguo. Otorrinolaringología, es un campo donde poder introducir técnicas específicas en pleno desarrollo como la técnica

Alexander, para alteraciones de la voz (afonía, distonalidad, ronquera, faringitis no infecciosa). Con alteraciones de equilibrio y vértigo se emplean técnicas de reeducación vestibular e incluso electroterapia local. La Fisioterapia estética, con el empleo de técnicas de ultrasonido, electroestimulación, láser, crioterapia y drenaje linfático, debería ser exclusivamente campo del fisioterapeuta, pero desgraciadamente personal ajeno a ésta es quién se favorece, a nivel privado, de toda su demanda.

Resultados: Mejora en la calidad asistencial, disminuye tiempo de hospitalización, componente activo dentro del equipo interdisciplinar, desarrollo en los servicios sanitarios en cuanto a promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, especialización en tratamientos fisioterapéuticos, diferenciación asistencial fisioterapéutica en unidades básicas de salud, apreciación de la interdependencia de práctica, investigación y educación dentro de la profesión, participación en el desarrollo de planes de estudios, interés por la formación continuada.

P-96

LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ACTIVIDADES ENFERMERAS: LA PRUEBA DEL TALÓN Ó PRUEBA DE GUHTRIE.

GALINDO ASENSIO, AN; GUEDES ARBELO, CH y ESTEVEZ GONZALEZ, FE.

Centro: UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS ALMERIA. CHT

Área: DESARROLLO PROFESIONAL

Palabras clave: Cribado neonatal,prueba talón (de Guhtrie)

Resumen

Objetivos:

- Sensibilizar al personal asistencial de la importancia en la técnica de la prueba del talón ó de Guhtrie y de las posibles consecuencias de una mala praxis.
- Detectar precozmente errores innatos y enfermedades hereditarias del metabolismo que pueden generar, entre otros, diversos problemas graves de salud y retraso mental.

Material y método: Revisión bibliográfica del proceso de cribado de metabulopatías en los recién nacidos en el Sistema Nacional de Salud y con datos estadísticos propios del Sistema Andaluz de Salud.

Resultados: Hoy en día el Servicio Andaluz de Salud trabaja en el cuidado de la salud de todos los recién nacidos; para ello ha mejorado el cribado neonatal que se realiza con la Prueba del Talón ó de Guhtrie, ampliando el estudio de 2 a 24 alteraciones metabólicas, con lo que ha incrementado en un 40% el diagnóstico rápido de estas patologías gracias a la nueva tecnología por Tándem Masas.

DISCUSIÓN: El profesional enfermero es el encargado de realizar la prueba específica del cribado neonatal; conocer su técnica y las características propias que pueden alterar o falsear los datos de la muestra, es lo que hace de una actividad asistencial un proceso de calidad. Aunque los casos detectados son escasos, la repercusión de una buena praxis en la recogida de la muestra, la detección precoz e instauración de tratamientos tempranos evitan costes sanitarios y mejora la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

CONCLUSIONES: La prueba del talón ó de Guhtrie es una actividad específica del profesional enfermero (DUE o Matronas).

La forma de realizar la técnica influye en los resultados de la muestra, por tanto una mala praxis puede dar falsos

Resultados. En este último año el Servicio Andaluz de Salud ha aumentado el cribado a 24 enfermedades, siendo las más conocidas la Fenilcetonuria, el Hipotiroidismo y la Fibrosis Quística (en proceso de incorporación).

El cribado neonatal precoz hace que la calidad de vida de los recién nacidos y sus familiar mejore notablemente.

P-97

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN PERINATAL DEL CHT

CARMONA SAMPER, E; SANCHEZ BARROSO, MT; ROBLES AGUILERA, MC; ACEITUNO VELASCO, L; CAÑADAS NUÑEZ, F y SANCHEZ MIRALLES, MD.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecardenas
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: DAFO MEJORA PHAPA
Resumen
Objetivos: Conocer opinión profesionales sobre situación colectivo ante mejoras del PHAPA.
Material y método: Técnica DAFO con los asistentes al curso: Situación de su colectivo ante buenas prácticas del PHAPA. Dos ediciones: 51 asistentes total.
Resultados: Matronas. D: Adquisición de vicios, Resistencia al cambio, Plantilla insuficiente, Miedo ante nuevas prácticas/falta de seguridad, Poco hábito de actualizar conocimientos. A: No matronas primaria, Presión asistencial, Inmigración/ barreras culturales, Infraestructuras deficientes. F: Voluntad de cambio y mejora profesional, Evidencia. O: PHAPA: Curso de formación, Apoyo del SAS.
Enfermeras. D: Poca formación, No unificación de criterios, No coordinación equipo. A: Sobrecargas de trabajo/ masificación, Barreras idiomáticas, Resistencia al cambio. Falta de tiempo. F: Evidencia, Cumplir objetivos, Plan de Partos. O: Respaldo de la dirección, Acceso formativo.
Auxiliares. D: Pocos cursos para auxiliares, Falta de conocimientos, Estrés por cargas de trabajo, Desplazadas en la Unidad, Poca evolución AE. A: La estructura deficitaria no adaptada al proyecto, Faltan recursos materiales y humanos, Poco consenso entre personal, Barreras de comunicación. F: Ilusión, ganas de avanzar y asistir a cursos, Formar parte del equipo. O: El proyecto, Este curso.
Ginecólogo. D: Falta de Información, Plantilla "madura", Mala aceptación cambios, No protocolos, Demasiado críticos, Inestabilidad jefatura. A: Presión social, No definidas responsabilidades. F: Docencia de residentes, Tocólogo última decisión. O: PHAPA, Unidad Gestión Clínica, Formación cursos.
Pediatras. D: No información, No criterios ni cumplimiento por todos los pediatras, No protocolos entre Ginecología y Pediatría, Exploración RN precoz e intervencionista. A: Resistencia a cambiar hábitos, dificultad adecuar ambiente. F: Fácil accesibilidad/ predisposición al cambio, Evidencia. O: Cursos para extender y aplicarlo aprendido, Futuro hospital.
Discusión: Tras analizar los resultados se observan diferencias en los distintos colectivos en cuanto a debilidades, siendo coincidentes en cuanto a fortalezas, amenazas y oportunidades.
CONCLUSIONES: DAFO útil diseño estrategias mejora: E. adaptativa, supervivencia, defensiva y ofensiva. Abordar problemas coincidentes. Talleres motivadores: opiniones trabajadores importantes. Trasladar información a los cargos directivos para diseñar las estrategias de mejora.

P-98

IMPACTO DE GÉNERO EN EL PROGRAMA FORMATIVO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

AGUILAR PLAZA, MD; LÓPEZ CASTILLO, A; SÁNCHEZ MIRALLES, MD; GARCÍA FUENTES, MJ; CAÑADAS NÚÑEZ, F y RIPOLL SORBAS, MC.

Centro: Bola Azul (UIFC)
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: IMPACTO GÉNERO PROGRAMA-FORMATIVO
Resumen El SSPA ha realizado un análisis de situación sobre impacto de género y formación, concluyendo que es necesario avanzar en el ámbito de la formación del mismo modo que avanza la feminización de la organización sanitaria
OBJETIVO GENERAL
Analizar el impacto de género en la Formación Continuada del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (CHT)
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Conocer las tasas de participación por sexo en las actividades formativas
Establecer comparativa docentes/ discentes
Evaluar el impacto de género en el programa formativo e identificar áreas de mejora
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio observacional descriptivo
Población diana: número de docentes y

discentes
Periodo de estudio: julio 2009- unio 2010
RESULTADOS. 2º semtre 2009
Discentes: 1816 profesionales formados/as, de los/as que 1515 son mujeres (83,42%) y 301 son hombres (16,57%)
Docentes: 167, de los/as cuales 93 son mujeres (55,69 %) y 74 son hombres (44,31%)
1er semtre 2010
Discentes: 1726 profesionales formados, de los que 1372 son mujeres (79,50%) y 354 son hombres (20,5%)
Docentes: 272, de los/as cuales 138 son mujeres (50,74%) y 134 son hombres (49,26%)
Discusión. Es incuestionable que alrededor del 75-80% de los trabajadores sanitarios son mujeres y ese proceso, de feminización de la organización sanitaria, debería traducirse en una feminización de la formación. Sin embargo, mientras que el predominio de la mujer es claro en cuanto a su participación como discente, en el campo de los docentes se aprecia una cierta hegemonía de los docentes masculinos en relación con la plantilla del CHT, lo que puede deberse a la participación de docentes externos, mayoritariamente masculinos, en coincidencia con la tasa de población activa a nivel nacional
CONCLUSIÓN. La feminización de las profesiones sanitarias del CHT, de los últimos años, lleva aparejada una feminización de los docentes, pero no en el mismo porcentaje ni al mismo ritmo, en función de su propio contexto que le obliga a contar con la colaboración de docentes externos masculinos
Área de mejora: El enfoque de género ofrece un marco conceptual que permite conocer la realidad social y promueve el desarrollo de competencias profesionales para la interpretación de las necesidades en salud. Por ello, en un futuro, sería idóneo incluir la perspectiva de género en la programación de la oferta formativa de la Unidad Integral de Formación del CHT mediante cursos en "Salud pública y Género" y cursos de "Formación de Formadoras/es para la prevención y atención a la violencia de género".

P-99

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS

BARRAGAN RUBIA, JL; VALENZUELA VALDIVIESO, C; ROS RODRÍGUEZ, G; SANCHEZ VALDIVIESO, AA; NAVARRO BERRUEZO, MC y SANCHEZ BAÑOS, A.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: PREVENCION, RIESGOS, DESARROLLO
Resumen
OBJETIVOS.- Definir la relación existente entre la gestión de la prevención de riesgos laborales y el desarrollo profesional de los trabajadores del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, a través de las acciones dirigidas a la consecución de ambas metas.
MATERIAL Y MÉTODO.- Partiendo del sistema de gestión de prevención de riesgos laborales implantado en el Complejo HOspitalario Torrecárdenas, recorremos el camino que une está disciplina con el cumplimiento de los estándares que, en esta materia, son necesarios para que un profesional del Complejo, en concreto, enfermera de quirófano, obtenga una acreditación de competencias profesionales por parte de la Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucia.
RESULTADOS.- La puesta en marcha de las acciones tanto de tipo técnico como de tipo formativo e informativo hacia los profesionales conlleva el que estos no solamente tengan conocimiento de actuaciones a llevar a cabo para evitar los riesgos en su puesto de trabajo, tales como uso de equipos de protección individual, actuación en caso de emergencias, normas generales de seguridad, etc; sino que conseguimos además el integrarlo como una parte más de sus t**area**s y con ello aumentar el nivel de calidad con el cual presta sus servicios y llevar a cabo una integración plena de la actividad preventiva tal y como indica la norma.
DISCUSIÓN.- El enfoque de la introducción de la prevención de riesgos labo-

rales dentro de los objetivos a cumplir para la obtención de la acreditación de competencias profesionales por parte de la Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía, conlleva una integración total de la actividad preventiva dentro de nuestra cultura organizacional, punto clave en el mantenimiento de la seguridad y salud de los profesionales del Complejo.
CONCLUSIONES.- Es necesario dotar de valor a las acciones en prevención de riesgos laborales respecto de la utilidad que dichas acciones tienen, no solamente en el ámbito de la siniestralidad laboral, sino también en otros ámbitos tales como el desarrollo profesional y la calidad de la actividad asistencial de nuestros profesionales.

P-100

PROFESIONALES COMPETENTES: MODERNIZACIÓN Y CALIDAD PARA EL SISTEMA SANITARIO

LOPEZ GARCÍA, J; LAZARO RUIZ, MD; MORENO ORTEGA, NC; MORENO LOPEZ, JM y MIRALLES BERENGUEL, F.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: COMPETENCIA CALIDAD PROFESIONAL
Resumen TITULO
PROFESIONALES COMPETENTES: MODERNIZACIÓN Y CALIDAD PARA EL SISTEMA SANITARIO

INTRODUCCIÓN:
En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la Acreditación de Competencias Profesionales se inscribe como uno de los ejes principales de las líneas de trabajo de la Conserjería de Salud: el profesional es una clave para la modernización y calidad del sistema sanitario, mucho más que las tecnologías o las formas de trabajo.
En el sistema sanitario y a afectos de su medición, la competencia se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas practicas de su profesión, para resolver las situaciones que se le plantean.
Para el desarrollo de los comportamientos observables asociados a cada competencia (hacer) es necesaria la presencia de cinco componentes: saber (conocimientos); saber hacer (habilidades); saber ser (actitudes); querer hacer (motivación) y poder hacer (aptitud profesional y medios). La Gestión por Competencias permite configurar los procesos de selección, evolución del desempeño, gestión de la formación, promoción e incentivación de los profesionales. La identificación de competencias y su inclusión en "mapas" se convierte en una herramienta imprescindible para la gestión eficiente de equipos de trabajo.
OBJETIVO:
Identificar las competencias necesarias para el desempeño profesional de los enfermeros de la Unidad de Cardiología Intervencionista del CHT.
Elaborar su mapa de competencias profesionales.
Material y métodos:
La Unidad de Cardiología Intervencionista cuenta con una plantilla de 5 enfermeros. En una primera reunión informativa se les explicó el objetivo del proyecto y se les proporcionó el catalogo de competencias enfermeras del SSPA para que identificaran 10 conocimientos, 10 habilidades y 10 actitudes imprescindibles para el desempeño de su actividad profesional; mediante la técnica de grupo nominal se obtiene consenso de las competencias necesarias entre todos los participantes; en una segunda fase se les solicita que clasifiquen dichas competencias en tres niveles: de selección, experto y excelente.
Resultados: El mapa de competencias enfermeras de los profesionales de la Unidad de Cardiología Intervencionista del CHT estará elaborado a finales de Octubre 2010.

P-101

IDENTIFICACIÓN DE MEJORAS EN LA ATENCIÓN PERINATAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGES DE LAS NIEVES

SÁNCHEZ BARROSO, MT; CARMONA SAMPER, E; MACHADO RAMIREZ, F; ACEITUNO VELASCO, L; AGUILERA MANRIQUE, G y AGUILERA MANRIQUE, F.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecardenas
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave: METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS MEJORA PHAPA
Resumen
OBJETIVO: Conocer opinión profesionales sobre la situación de su unidades ante mejoras del PHAPA e identificación de problemas de calidad mas relevantes.
Material y método: DAFO y GRUPO NOMINAL con los asistentes al curso Tema DAFO: Situación del Área materno infantil ante buenas prácticas del PHAPA. Técnica Grupo Nominal: identificar y priorizar problemas que dificulten la implantación de las mejoras. Tamaño grupo: 25 participantes
Resultados: DAFO: D: Falta de motivación, resistencia al cambio, rutinas intervencionistas, poco respeto al Proyecto, infraestructuras inadecuadas, falta de información y formación del personal, no coordinación interprofesional, malas relaciones interprofesionales/interpersonales, exceso cargas de trabajo, mucha patología, bajo nivel cultural usuarias, no protocolos y falta de personal. A: Presión social y psicológica, no matronas primaria, falta de información y formación de las usuarias, embarazos en adolescentes, sociedad consumista y medicalizada, productos regalados, falta de alternativas de analgesia. F: PHAPA, buena predisposición de la profesión, mucho personal, hospital universitario/ referencia, incentivos y productividad, unidad neonatal, tecnología, matronas bien formadas, buena formación profesionales y buena tecnología, gente joven, experiencia profesional, apoyo institucional. O: Situación política actual, concepción del feminismo, apoyo asociaciones, posibilidad de educación, exigencias OMS, , pertenecer al Proyecto, ofertas de cursos, evidencia científica, ahorro con uso buenas prácticas para invertir en tecnología, personal, etc.
Grupo Nominal: Se identifican por el grupo un total de 36 problemas de calidad, en la 2ª fase de la técnica de forma individual seleccionan los 5 que consideran mas importantes: Falta de coordinación entre Unidades, Resistencia al cambio, Infraestructuras deficientes, Falta de protocolos, Desmotivación de los profesionales.
Discusión. Las propuestas de mejora según problemas detectados: Sesiones clínicas conjuntas, elaboración protocolos, rotaciones del personal, formación, productividad vinculada a objetivos PHAPA, mayor autoridad por parte de los directivos.
CONCLUSIONES . La realización de estas técnicas permite a los profesionales reflexionar sobre su situación actual, identificar problemas y clasificarlos por orden de importancia. Su implicación en la detección de problemas y su priorización permite que el diseño de soluciones o medidas correctoras mas efectivas. Aumento motivación del profesional.

P-102

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN RÁPIDA DE INFORMES PREVIOS EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

Extremera GARCÍA, MJ; Grau Gálvez, M; GARCÍA Moreno, E; Cabrera Valido, H; Sánchez-Yebra Romera, W y Reyes Bertos, A.

Centro: C.H. TORRECÁRDENAS
Área: DESARROLLO PROFESIONAL
Palabras clave:
Resumen
OBJETIVOS. Analizar el número de informes previos con relevancia clínica, qué tipo de muestras son susceptibles de generar mayor número de estos informes y el medio a través del cual se produce preferentemente este flujo de información.
MATERIAL Y MÉTODOS. Desde enero de 2010 se realiza la comunicación de datos urgentes a los médicos que solicitan análisis microbiológicos, llevándose a cabo a su vez un registro de esta actividad. Para ello se recogen: el microbiólogo que emite la información, la hora y fecha del informe y la información transmitida. Todos estos datos se archivan en el SIL

del laboratorio, permitiéndose su análisis posterior.
Esta actividad se realiza tanto en el horario normal de trabajo como en el horario de atención continuada. El método de emisión de la información es verbal a través de teléfono o mediante entrevista personal, o bien por escrito, sirviéndonos para ello de fax o impresora remota situada en los servicios clínicos desde los que se solicitó la petición.
RESULTADOS. Se computan un total de 134 informes previos. En 60 ocasiones se trató de muestras de sangre (45%) y en 56 de muestras respiratorias (42%). El resto de muestras fueron 6 líquidos estériles (4%) y 5 orinas (4%), 5 exudados (4%) y 2 catéteres vasculares (1%).
Se observa que el medio más usado para llevar a cabo la comunicación de datos son las impresoras en planta (75%). También se utiliza hasta casi el 25% la comunicación verbal por entrevista personal. **Discusión.**
Entre los objetivos principales de los laboratorios de Microbiología está la emisión de la información con la mayor prontitud. Cuando se trate de información de posible relevancia clínica debe implementarse un sistema de comunicación de resultados urgentes que garantice la transmisión rápida y eficaz de esta información. La transmisión puede realizarse de manera verbal o escrita, bien en persona o bien mediante métodos telemáticos, como teléfono, fax o impresoras distribuidas por el hospital (impresoras remotas). Toda esa actividad debe quedar suficientemente documentada.
CONCLUSIONES. La emisión de informes previos con datos veraces, aunque a la espera de datos confirmatorios, supone un adelanto de información clínicamente relevante en ocasiones de 18 horas, ya que eso repercute en la evolución y pronóstico del paciente. Todo esto da lugar a la mejora de la calidad asistencial, ya que supone un uso racional de antibióticos, una reducción del tiempo de estancia en el hospital y una reducción de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas.

ÁREA TEMÁTICA

SEGURIDAD DE PACIENTES

C-95

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE FARMACOCINÉTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE 350 CAMAS

VALERA RUBIO, M*; GRANJA BERNÁ, V; MATEOS RUBIO, J; FAUS FELIPE, V; RODRÍGUEZ GÓMEZ, P y FUENTES IBÁÑEZ, MB.

Centro: HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: FARMACOCINÉTICA, NIVELES PLASMÁTICOS, SEGURIDAD

Resumen
Objetivos. Analizar la actividad de una Unidad de Farmacocinética Clínica (UFC) en relación a los informes farmacoterapéuticos (IF) elaborados con objeto de evaluar la efectividad y seguridad de un grupo de fármacos de estrecho margen terapéutico.
Material y método. Estudio observacional retrospectivo en el que se revisan las solicitudes de monitorización farmacocinética recibidas en la UFC instaurada en el Servicio de Farmacia y se analizan los IF emitidos por la misma desde el 21 de enero al 26 de marzo de 2010 en un hospital de 350 camas.
Las determinaciones analíticas se realizan en el Servicio de Análisis Clínicos. Las variables recogidas son: tipo de paciente (ingresado/ambulatorio), servicio médico solicitante, fármaco monitorizado, grupo terapéutico y concentración plasmática del fármaco. Para el análisis de los datos se utiliza la frecuencia para las variables cualitativas y la media ± desviación estándar para las cuantitativas.
RESULTADOS. Durante el período de estudio se elaboraron 111 IF(54 de consultas externas y 57 de pacientes ingresados) para un total de 89 pacientes.
El número total de niveles plasmáticos evaluados fue de 121. En cuanto al porcentaje de determinaciones analíticas para las que se solicitaron IF a la UFC, destacaron los siguientes servicios: El 47,1% del total de las determinaciones correspondió al Servicio de Medicina Interna(47,1% del total de determinaciones), Pediatría(14%), Atención Primaria(6,6 %), Hemodiálisis(5,8%), Nefrología(5%), Otros(21,6%).
Los medicamentos más monitorizados fueron: ácido valproico(28,9%), fenitoína(16,5%), vancomicina(14,9%) y digoxina(13,2%). El 34,7% de las determinaciones de fármacos se encontró fuera del margen terapéutico: 9,9% en niveles supraterapéuticos, principalmente digoxina(33,3%), y 24,8% por debajo del rango, entre los que destacó la vancomicina(33,3%).
Además, se advirtió de la detección de probables interacciones farmacológicas en un 5,8% de los informes elaborados.
CONCLUSIONES. La medición de las concentraciones plasmáticas y su posterior corrección mediante el ajuste posológico es una herramienta útil para la individualización y optimización del tratamiento farmacológico. Esta monitorización realizada por el Servicio de Farmacia es un elemento clave tanto en la efectividad como en la seguridad de la

C-96

ERRORES PREANALITICOS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS.

CANDELA FUSTER, MC; LOPEZ RAMIREZ, E; DE LA FUENTE PALMA, D; BARRENECHEA SALMERON, ML; PEÑA CASADO, A y CASTILLA MORO, L.

Centro: HOSPITAL VIRGEN MACARENA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: PREANALITICA; URGENCIAS; ERRORES

Resumen
Objetivos: El objetivo principal del estúdio es diminuir el número de errores o muestras rechazadas en el laboratorio de urgencias. Determinar la tasa de errrores prenaliticos en laboratorio de urgências Planificacion y programacion de una actividad formativa para los profesioanles encargados de la obtencion de especimenes. Evaluar el programa formativo dirigido a los profesionales de enfermeria
MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cuasi- experimental con pretest y postest, aplicado en Hospital Virgen Macarena y su área. Se miden los errores preanaliticos detectados en

el laboratorio de urgencias antes y despues de la formacion a los profesionales encargados de la obtencion de especimenes en los distintos puntos de extraccion del hospital. Se mide en dos periodos los errores preanaliticos. VARIABLES: Variable Independiente: Proceso formativo sobre buenas prácticas en la obtención de especímenes, transporte y envío al laboratorio. Variables Dependientes: • Número de muestras analíticas recibidas: Número de solicitudes de estudios analíticos recibidos tanto para determinación bioquímica como hematológica procedentes de atención primaria. • Errores en fase preanalítica: Se considera error preanalítico todas las muestras con algún criterio de rechazo-error recibido en el laboratorio de rutina de nuestro centro, procedentes del área de atención primaria. Estos criterios se clasificaron del siguiente modo: a. Error tipo 1. Falta muestra o muestra no remitida: cualquier espécimen no enviado, a pesar de estar solicitado en el petitorio, bien porque no se ha extraído, o por que no ha sido enviado al laboratorio. b. Error tipo 2. Muestra mal remitida:
Resultados: La tasa de errores prenaliticos es de 4.5 antes de la aplicacion del programa y 3.1 despues. Se detectó una disminución significativa de los errores en el total de las muestras, com una $p<0.05$, y por lo tanto estadisticamente significativa
DISCUSIÓN. Obtenemos una diferencia estadisticamente significativa en los resultados obtenidos antes y despues de la formacion. <la ponemos en relacion con los valores estandar establecidos popr las normas ISO.
CONCLUSIONES Concluimos así, que la realización de sesiones de actualización clínica y formación, pueden contribuir al descenso de errores de muestras recibidas en el laboratorio. Esta disminución en el número de muestras rechazadas ayudará a la mejora de la gestión del gasto sanitario y de la calidad de la asistencia prestada.

C-97

ADHESIÓN A UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR Y MULTICÉNTRICO ATRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

JIMÉNEZ ESTRADA, MC; DE TOVAR FERNÁNDEZ, MM; LARA RODRÍGUEZ, MP; QUINTERO SOLÍS, ML y TORRES MARTÍN, M.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: PROTOCOLO CUIDADOS CALIDAD
Resumen
INTRODUCCCIÓN Ya que el ictus es la primera –segunda causa de mortalidad e incapacidad en la población, desde nuestro hospital se hace necesario disponer de un plan de atención organizada para garantizar una asistencia de calidad multidisciplinar y cumplir los tiempos. El tratamiento con fibrinolisis precoz son prioritarios en el manejo de estos pacientes, ya que mejoran el pronóstico, disminuyendo la mortalidad e incapacidad. Esto culmina con la realización de un protocolo, donde por parte de enfermería se hace imprescindible la realización de un plan de cuidados que agilice el proceso y garantice unos cuidados de calidad
OBJETIVO Valoración de la adhesión a un protocolo multidisciplinar y multicéntrico a través de un caso clínico
MÉTODO Y MATERIAL Analizamos a un paciente de 67 años de edad sin AP de enfermedades neurológicas, autónoma para las ABVD, que presenta de forma brusca, un cuadro de disartria, hemiparesia derecha y desvío de la comisura bucal izquierda. Ingresa en el SU siendo triada por enfermería a los cinco minutos. En la consulta de triaje se identifica los signos y síntomas de alerta que hacen que el enfermero active el protocolo. Como es de esperar, en cualquier paciente con una patología aguda, se hace prioritario una atención enfocada a los problemas de colaboración, que en nuestro caso, están previamente identificados y protocolizada nuestra actuación. Transcurridos 10 minutos desde el triaje,

ya se le ha realizado la analítica y el TAC -CE. Entra en Sala de Observación habiendo transcurrido treinta minutos. En este momento se inicia videoconferencia con neurología del HUVR, iniciándose la fibrinolisis antes de las 3h del debut de los síntomas. La tombolisis se realiza con éxito, con recuperación neurológica precoz y sin presentar complicaciones. Una vez que se trata el cuadro agudo y se estabiliza el paciente, se realiza una valoración general para identificar los diagnósticos de independencia y de autonomía que presenta el paciente. **CONCLUSIONES** El personal de enfermería mantiene una correcta adhesión al protocolo, garantizando los tiempos de respuesta La enfermería juega un papel esencial en la identificación y activación del protocolo fibrinolisis en ictus agudo, así como en garantizar los tiempos de respuesta. La protocolización de la actividad de enfermería relacionada con los problemas de colaboración contribuye a una respuesta rápida, unos cuidados de calidad y a disminuir las complicaciones.

C-98

VÍAS DE COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A LA COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL DE PONIENTE

TORRES NAVARRO, MM; JIMENEZ LIRIA, MJ; MORCILLO MUÑOZ, Y; CASTILLO LORENTE, JI y ARTERO LOPEZ, C.

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: NOTIFICACION EVENTOS ADVERSOS

Resumen
Objetivos: Analizar las vías de notificación de eventos adversos utilizadas por los profesionales del Hospital de Poniente.
Material y método: Estudio descriptivo de las notificaciones de eventos adversos recibidas por la Comisión de Seguridad del Paciente del Hospital de Poniente desde su creación hasta Julio de 2010. Se han analizado 19 variables, con el programa estadístico SPSS 17.0: - Vía de llegada de la notificación a la Comisión - Formato de notificación - Fecha de notificación - Categoría profesional del notificante - Unidad de adscripción del notificante - Tipo incidente - Resultados en el paciente - Características del afectado - Sexo del afectado - Unidad donde ocurrió el incidente - Motivo de ingreso del paciente en el Hospital de Poniente - Fase del proceso en el que ocurrió el incidente - Profesionales implicados en el incidente - Factores contribuyentes - Actuaciones para reducir el riesgo propuestas por los profesionales - Consecuencias inmediatas o previstas - Gravedad estimada de las lesiones del paciente - Reclamación previsible - Análisis Causa Raíz (ACR) realizados
Resultados: Se han analizado el 100% de notificaciones de eventos adversos en el Hospital de Poniente hasta Julio de 2010. Las vías principales vías de entrada de estas notificaciones a la Comisión han sido el Buzón de notificaciones del Hospital de Poniente y las notificaciones verbales a algún miembro de la Comisión. El tipo de incidente notificado más frecuente son las caídas. Y las unidades en las que más eventos se han notificado han sido de Hospitalización Médico Quirúrgica. Se han realizado ACR de todas las notificaciones con eventos o casi eventos con estimación de lesiones graves para el paciente. Discusión/**CONCLUSIONES:** Los resultados obtenidos ponen de manifiesto cómo los profesionales recurren a distintas vías para comunicar los eventos adversos o casi eventos, sin importarles comunicarlos directamente a los miembros de la Comisión de Seguridad ni temer ninguna sanción por parte del Hospital. Esto pone de manifiesto la madurez de nuestros profesionales en temas de seguridad del paciente, así como la existencia de una cada vez mayor cultura de seguridad. Desde una perspectiva realista se debe ser flexible para garantizar las máximas notificaciones posibles, sea en el formato y por la vía que sea, sin olvidar que el fin último es poner en marcha medidas que mejoren la seguridad de nuestros pacientes y eviten que los eventos adversos notificados se vuelvan a producir.

C-99

SEGURIDAD QUIRÚRGICA: CONTROL DE GASAS Y COMPRESAS INTRAOPERATORIO

BELLIDO VALLEJO, JC; MEDINA RODRÍGUEZ, AF; HERRERO SÁEZ, P; MELIÁ CHOVARES, E; VICO NAVAS, T y RIPOLL SÁNCHEZ, V.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD QUIRÚRGICA. ENFERMERA CIRCULANTE. ACTIVIDAD ENFERMERA
Resumen
Objetivos: Conocer la actividad realiza por la enfermera circulante para el control de gasas/ compresas intraoperatorio. **MATERIAL Y MÉTODO** Estudio observacional descriptivo-multicéntrico-longitudinal sobre la actividad de las enfermeras circulantes en el intraoperatorio. Muestra de conveniencia de enfermeras clínicas del área quirúrgica. Ámbito hospitalario SSPA y Ceuta. Periodo de estudio nov09-abr10. Registro específico de actividades de la enfermera circulante, validado mediante prueba clínica. Variables: perfil de enfermeras, actividad quirúrgica, actividades de control de gasas/ compresas. Análisis descriptivo: variables cuantitativas medidas de dispersión central; variables cualitativas frecuencia y porcentajes. Análisis comparativo: variables cualitativas test de chi cuadrado, t de Student para comparación de medias, intervalos de confianza al 95% y significación estadística cuando p valor < 0,05.
Resultados: Participan 127 enfermeras que han cumplimentado 754 registros de 16 Instituciones hospitalarias (23 hospitales) de las ocho provincias andaluzas y de Ceuta. Los pacientes tienen una media de 53,7 años, el 50,5% son hombres, con cirugía programada bajo anestesia general, con un promedio de 132,35 minutos. Se analizan siete actividades estandarizadas relacionadas con el control de gasas/compresas, que presentan porcentajes de ejecución entre 48,5-59,4%. En cirugía general/ digestiva, operaciones del aparato digestivo y sobre la vesícula biliar es donde aparece mayor frecuencia de realización de las actividades. Hay una relación significativa entre las actividades y el tiempo intervención (p<0,001. IC95% -54,7 -27,0). Las siete actividades presentan un aumento progresivo en sus porcentajes conforme aumenta el tiempo. Tres actividades se ven relacionadas con el número de enfermeras del quirófano. **DISCUSIÓN** El control de gasas/compresas es un indicador de calidad relacionado con la seguridad quirúrgica. Las siete actividades analizadas se comportan como un grupo homogéneo y secuencial. Existen factores relacionados con su ejecución, como el tiempo de cirugía, la especialidad, tipo de intervención, incluso algunas de ellas se ven relacionadas con el número de enfermeras del quirófano. **CONCLUSIONES** Importante número de registros, enfermeras y hospitales. Conocemos mejor la actividad de la enfermera circulante sobre el control de gasas y compresas y su implicación asistencial. Hay algunos factores de influencia y relaciones en las actividades que requieren investigaciones más precisas.

C-100

ELABORACIÓN DE INFLIXIMAB POR EL SERVICIO DE FARMACIA: CALIDAD Y SEGURIDAD

MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE; ACOSTA ROBLES, P; CANTO MANGANA, J y MOLINA BERENGUEL, CS.

Centro: ÁREA INTEGRADA DE FARMACIA. HOSPITAL DE PONIENTE
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: INFLIXIMAB. MEZCLA INTRAVENOSA
Resumen
Objetivos: Determinar si la preparación de Infliximab como mezcla intravenosa por el Servicio de Farmacia contribuye a una mayor seguridad y calidad para el paciente. **Material y método:** Estudio realizado en un hospital comarcal de nivel 2 con 256 camas. Se tuvieron en cuenta tanto los pacientes ingresados

como los que recibían el fármaco en el Hospital de día. La actuación a seguir ha sido la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes a los que se le ha administrado Infliximab entre los años 1998 y 2009. La mezcla intravenosa se ha elaborado durante éste período de tiempo a una concentración de 5 mg de Infliximab por Kg de peso del paciente, usando como eluyente 250 mL de suero fisiológico, y siempre en Campana de Flujo Laminar Horizontal.
Resultados: Pacientes totales con pauta de Infliximab: 49. Pacientes a los que se le ha realizado algún cultivo bacteriano y/o fúngico: 32. Paciente a los que se le ha realizado P.C.R. para estudio viral: 4. Servicios que pidieron el estudio microbiológico: Digestivo: 8, Dermatología: 3, Cirugía General: 2, Medicina Interna: 1, Oftalmología: 1, Ginecología: 1. Pacientes con infección: 15. Microorganismos aislados y localización de los mismos: E. coli: 4, localizados todos en orina. Ps. Aeruginosa: 3, localizados en córnea, biopsia intestinal y rectal. S. epidermidis: 2, localizados en catéter y sangre. E. facealis:1,localizado en orina. Aeromonas hydrophila/caviae: 1, encontrado en biopsia intestinal. Citrobacter freundii: 1 en biopsia intestinal. Serratia liquefaciens group :1 en biopsia intestinal. Proteus mirabilis: 1 en biopsia intestinal. Ps. Putida: 1 en exudado anal. S. areus: 1 en biopsia cutánea. Corynebacterium species: 1 en drenaje herida quirúrgica. Candida albicans: 1 en exudado vaginal. Str. Agalactiae: 1 en exudado vaginal.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Dado que en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) hay una extravasación de microbiota al lumen intestinal, generalmente enterobacterias, y a la vista de los resultados microbiológicos de estos once años, en los que sólo un cultivo de catéter dio positivo a S. epidérmidis, podemos decir que la elaboración de la mezcla intravenosa de Infliximab por el Servicio de Farmacia, parece aportar una mayor seguridad y calidad al paciente, gracias a la elaboración del fármaco, por profesionales farmacéuticos especializados en la materia, en un ambiente estéril específico para la preparación.

C-101

FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO HOSPITALARIO EN LAS CAÍDAS ACCIDENTALES

LAGUNA PARRAS, JM; ZAFRA LÓPEZ, F; CARRASCOSA CORRAL, RR; CARRASCOSA GARCÍA, MI; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP y LUQUE MARTÍNEZ, FM.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Caídas, entorno, eventos adversos
Resumen
Las tasas de caídas varían en función del case-mix, del entorno y de las prácticas sanitarias, pero más del 84 % de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas.
Objetivos: Medir la presencia de factores del entorno que pueden tener impacto en la probabilidad de caídas de un paciente durante su hospitalización
METODOLOGÍA Estudio descriptivo sobre los factores del entorno que causaron caídas en los pacientes hospitalizados en el complejo Hospitalario de Jaén. Los datos se obtuvieron de una base de datos electrónica creada para tal efecto. Se realizó un análisis de los factores relacionados con el entorno que intervienen en las caídas de los pacientes ingresados durante el periodo comprendido entre enero de 2009 a febrero de 2010. Se asumió un nivel de confianza del 95%. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, usando los estadísticos habituales, media y desviación típica para las variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas.
Resultados: Un total de 30 pacientes fueron incluidos en el estudio, la mayoría de los factores que produjeron una caída fueron: cama inadecuada (demasiado alta) y uso de contención tanto en cama como en sillón (55% de casos), seguidos por suelo deslizante y escasa iluminación (13% de casos). Las barandillas también estuvieron relacionadas en un 10% de casos con caídas en nuestro estudio. Otros factores menos frecuentes pero no por ello menos importante fueron no tener puesto el freno de la cama y ubicación del timbre de llamada lejos de

la cama, ambas con un 3%.
DISCUSIÓN Hemos podido identificar medidas preventivas relacionadas con el entorno que incluyen acciones tales como: comprobar que la barandilla de la cama permanezca elevada cuando esté indicado, colocar la cama en la posición más baja para evitar caídas cuando el paciente intente bajarse, verificar que el freno de la cama este puesto, mantener una iluminación nocturna adecuada, asegurarse que el timbre de llamada este al alcance del paciente, retirar todo el material como cables, mobiliario, líquidos… que puedan producir caídas, facilitar un acceso al servicio eficaz, durante la deambulación, ofrecer bastones o andadores si precisa y acompañarlo en todo momento y aplicar medidas de sujeción si están prescritas para limitar la posibilidad de movimientos inseguros, etc.
CONCLUSIONES Los resultados obtenidos han permitiendo impulsar medidas de prevención de caídas para intentar mejorar estas y disminuir la tasa de incidencia de caídas.

C-103

REINGRESOS DE PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS EN UCI COMO ELEMENTO DE MEJORA.

GARCÍA ORDOÑEZ, S; FIERRO ROSÓN, J; COMPANY MORALES, I; CONTRERAS RODRÍGUEZ, AM; FERNÁNDEZ IBAÑEZ, MA y CARA MARTÍN, J.

Centro: E.P. Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Reingreso, UCI, traqueotomia
Resumen
Objetivos: Analizar los reingresos de los pacientes traqueotomizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sus causas y delimitar aquellos potencialmente evitables, con objeto de mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.
Material y metodo: Estudio descriptivo y retrospectivo. Sobre la población de los pacientes ingresados en UCI, desde junio de 1997 hasta 2009 inclusive, se identificaron aquellos traqueotomizados y sus reingresos. Se analizó la historia clínica para identificar la causa, clasificando los episodios en relacionado o no con la vía área artificial y evitable o no.
Resultados: Sobre 6142 ingresos en UCI en el periodo, se identificaron 150 pacientes traqueotomizados, de los cuales un 12% reingresan en UCI el mismo episodio de hospitalización. De ellos, un 66,6% de los casos se estimó que la causa del reingreso estaba relacionada con la vía aérea artificial. Un 70% de estos casos con reingreso en UCI en el mismo episodio y relacionados con la vía aérea artificial eran evitables. De todos los casos relacionados y evitables, en un 85,7% el reingreso se producía en las 24 horas siguientes al alta de UCI. La causa más frecuente de estos ingresos relacionados, evitables y precoces eran las obstrucciones de la cánula de traqueotomía. Los reingresos relacionados y evitables supusieron 72 días de estancia extra en UCI. El coste de estas estancias no es inferior a 25.484,97 euros.
DISCUSIÓN: Los reingresos en UCI de pacientes traqueotomizados en el mismo episodio están mayoritariamente relacionados con obstrucciones en la vía aérea artificial, son evitables y los eventos se ocasionan en las primeras 24 horas de estancia en la planta tras el alta de UCI. Estos pacientes generaron una estancia evitable de 72 días, pero más allá de esto sufrieron un evento adverso de riesgo vital. Aunque ninguno falleció de forma inmediata en este efecto adverso, en al menos un caso el exitus se produjo finalmente en esa hospitalización de forma diferida tras el alta del reingreso en UCI. Se han iniciado intervenciones para evitar estos efectos adversos, entre las que destacan acciones formativas sobre los cuidadores principales y la identificación de pacientes susceptibles de cierre precoz del estoma.
CONCLUSIONES: Los pacientes traqueotomizados y dados de alta de UCI están sometidos, especialmente en las primeras 24 hora de estancia en la planta, a riesgo de efectos adversos ligados a la vía aérea artificial, precisando de intervenciones preventivas para evitarlo.

C-104

ENCUESTA DE INDENTIFICACION DE MEDICAMENTOS LOOK ALIKE Y SOUND ALIKE INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE HOSPITAL

VALLEJO RODRÍGUEZ, I; SALMERON GARCÍA, A; BELDA RUSTARAZO, S; CABEZA BARRERA, J y DAVILA FAJARDO, CL.

Centro: H.U. SAN CECILIO
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
Objetivos: Identificar aquellos medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica hospitalaria (GFTH) con apariencia similar ó nombre similar (look alike ó sound alike) (MLA-MSA), evaluar el riesgo de error de medicación (EM) derivado de dicha similitud y recoger propuestas para evitar EM.
Material y métodos: Se distribuyó una encuesta dirigida al personal sanitario del hospital a través de los supervisores. La encuesta se componía de dos partes, una para los MLA y otra para los MSA en las cuales se preguntó por aquéllos más susceptibles a confusión y las posibles medidas utilizadas para reducir el riesgo de EM. Para el análisis de los resultados se realizó estadística descriptiva.
Resultados: Se recogieron 132 encuestas. La categoría profesional de los encuestados fue DUE (121), Auxiliar/ técnico farmacia (6) y otros (5). Las áreas de trabajo fueron Medicina Interna, UCI, Respiratorio, Traumatología, Urgencias, Urología, Neurología, Vascular, Digestivo, Escolares, Oncología, Farmacia, Ginecología y Cirugía. Los principales MLA detectados fueron: Ciprofloxacino iv G.E.S/Paracetamol iv G.E.S (7,1%), Budesonido inh Aldo/Salbutamol inh Aldo (4,4%), Adrenalina Braun/Atropina Braun(3,1%), Enantyum amp/Digoxina amp (3,1%),Digoxina amp/Haloperidol amp(3,1%) y Noradrenalina amp Braun/ Solinitrina fuerte amp (3,1%). El mayor riesgo de EM fue para Digoxina amp/ Sinogan amp (9). Los principales MSA: Ceftriaxona/Cefotaxima/Cefazolina/ Ceftazidima (45,1%), Lorazepam/ Lormetazepam (20,59%), Prepar/ Propess (4,9%), Adalat/Aldomet (3,9%) y Metamizol/Metimazol (2,9%), siendo éste el de mayor riesgo de EM (8,5). Sólo 16 EM alcanzaron en algún caso al paciente. Para evitar EM con MLA, el 50 % de los encuestados consideró como medida principal rotular los cajetines de medicación de forma resaltada, seguida de la separación de los cajetines(22,7%) y el doble chequeo(18,2%). Para ayudar a distinguir MSA el médico nunca o casi nunca incluía la indicación clínica en las prescripciones en el 67% de los encuestados. Se preparó un boletín especial de MLA/MSA para explicar la importancia de reconocer estos medicamentos para prevenir EM y recoger los resultados de las encuestas, que se difundió entre el personal sanitario. Además se notificaron al ISMP-España los MLA/MSA más relevantes.
CONCLUSIONES: Los MLA/MSA incluidos en la GFTH constituyen una potencial y en ocasiones real fuente de EM. Es importante tener una lista actualizada de los mismos e implementar medidas para evitar EM.

C-105

SEGURIDAD DE LOS SISTEMAS DE ISQUEMIA EN LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA.

León Muñoz, V; Calvo Marcos, V; Cantero Sánchez, MJ; Escribano Sánchez, G y Buitrago López, G.

Centro: HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ISQUEMIA PRÓTESIS RODILLA Resumen La utilización de isquemia durante las intervenciones sobre miembros no está exenta de riesgos potenciales. En nuestra unidad empleamos desde hace tres años el sistema S-MART y el convencional en las intervenciones de rodilla. No hemos constatado diferencias clínicas entre ambos sistemas. El objetivo primario del estudio ha sido comparar la seguridad de ambos sistemas en lo que respecta a la alteración metabólica que condiciona la isquemia sobre la extremidad. Estudio prospectivo consistente en la determinación de los niveles de lactato sérico

de forma pre y postoperatoria en 38 pacientes a los que se les ha implantado una prótesis de rodilla. En 20 casos (52,6%) se ha empleado isquemia convencional y en 18 (47,4%) el sistema S-MART. Se han excluido del estudio pacientes con hipertensión arterial severa, antecedentes traumáticos recientes y enfermedades que condicionen alteraciones del equilibrio ácido-base. Tratamiento mediante el paquete estadístico SPSS v.15 para Windows. Se constata, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la normalidad en la distribución de las variables, por lo que se analizan mediante pruebas paramétricas. (Valores expresados en media y desviación estándar). Lactato preoperatorio: 2,49 ± 1,12 mmol/l. Lactato postoperatorio: 3,55 ± 1,72 mmol/l. Correlación de muestras relacionadas 0,57 (sig. 0,000). Los valores de lactato postoperatorio son significativamente mayores que los preoperatorios. Tiempo de isquemia: 106,08 ± 19,09 minutos. No existe correlación (Pearson 0,016, sig. bilateral 0,926) entre el tiempo que se prolonga la isquemia y los valores de lactato postoperatorios. Existe correlación positiva significativa (Pearson 0,57, sig. bilateral 0,000) entre los valores pre y postoperatorios de lactato. Valores postoperatorios de lactato según el tipo de isquemia: isquemia convencional 3,55 ± 1,6 mmol/l y sistema S-MART 3,54 ± 1,89 mmol/l. No existe diferencia significativa entre ambos sistemas. Empleando el lactato como marcador de la actividad glicolítica secundaria a la isquemia sobre la extremidad y atendiendo a los resultados del estudio, podemos concluir que ambos sistemas son comparables en términos de seguridad y que, en las condiciones estandarizadas en las que se desarrolla la cirugía protésica de la rodilla, el tiempo que se prolonga la isquemia durante la intervención no se correlaciona significativamente con un incremento del metabolismo anaeróbico.

C-106

¿EXISTE DECREMENTO DEL SANGRADO MEDIANTE CIRUGÍA ASISTIDA POR COMPUTADORAS?

Calvo Marcos, V y León Muñoz, V.

Centro: HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SANGRADO PRÓTESIS RODILLA NAVEGACIÓN QUIRÚRGICA

Resumen La cirugía de artroplastia total de la rodilla (ATR) se puede asociar a una pérdida de sangre hasta 2 litros, con una disminución media de la hemoglobina (Hb) de 3,85 g/dl. El uso de sistemas de navegación quirúrgica (CAS) ha demostrado mayor fiabilidad que las instrumentaciones convencionales en lo que respecta a la alineación del implante y algunos autores postulan que puede disminuir el sangrado al obviar la agresión sobre las cavidades medulares. El objetivo de este estudio ha sido comparar el sangrado, los parámetros analíticos que lo reflejan y los requerimientos transfusionales, empleando instrumentación mecánica y CAS. Se han determinado las diferentes variables del estudio, de forma retrospectiva, a partir de BBDD de 51 pacientes a los que se ha implantado el mismo modelo protésico cementado por el mismo cirujano. En 30 pacientes (58,8%) se empleó instrumentación convencional y en 21 (41,2%) CAS. Tratamiento mediante el paquete estadístico SPSS v.15 para Windows.
Se constata, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la normalidad en la distribución de algunas variables, por lo que se analizan mediante pruebas paramétricas y no paramétricas. (Valores expresados en media y desviación estándar.) Sangrado en reanimación: 378,5 ± 215,18 ml con mecánica y 447,14 ± 358,83 con CAS. Sangrado total: 436,17 ± 215,22 ml con mecánica y 530,95 ± 368,32 ml con CAS. Autotransfusión: 257 ± 177,59 ml con mecánica y 259,05 ± 254,67 ml con CAS. Hb a las 6 horas de la intervención: 10,76 ± 1,66 g/dl con mecánica y 11,07 ± 1,41 g/dl con CAS. Hb a las 24 horas de la intervención: 9,84 ± 1,26 g/dl con mecánica y 10,24 ± 1,2 g/dl con CAS. No hemos observado diferencia significativa entre las variables anteriormente descritas al contrastar la instrumentación mecánica y la cirugía asistida por navegación. Tampoco ha existido diferencia en lo que respecta a unidades transfun-

didas o cifras de hematocrito. De forma contraria a lo que pensábamos y de forma no coincidente con la literatura, no hemos demostrado en nuestra serie un decremento del sangrado en la cirugía sustitutiva de rodilla cuando se emplea la navegación quirúrgica. Es pertinente el diseño de estudios prospectivos randomizados para profundizar en el análisis.

C-107

INTERVENCION ESPECÍFICA PARA EVITAR DUPLICIDAD TERAPEUTICA EN LOS PACIENTES CON ZOLEDRONICO DE ADMINISTRACION ANUAL

DÁVILA FAJARDO, CL; GONZALEZ GARCÍA, L; FERRIT MARTIN, M; CABEZA BARRERA, J; ESPÍNOLA GARCÍA, E y GARCÍA LIROLA, MA.

Centro: HU SAN CECILIO
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: DUPLICIDAD TERAPÉUTICA, ZOLEDRÓNICO
Resumen
Introducción: Desde al año 2009 se administra acido Zoledrónico (Aclasta R) (Bifosfonato de administración anual) a nivel hospitalario, para la indicación de osteoporosis y enfermedad de Paget. Existe riesgo de duplicidad terapéutica cuando el médico de Atención Primaria (AP) desconoce la administración de ese tratamiento y mantiene la prescripción de otros fármacos implicados en prevención de fracturas. Nuestro objetivo es identificar a los pacientes con esta duplicidad terapéutica para evitar problemas de seguridad. Método: Identificados todos los pacientes a los que se les había administrado zoledronico durante el periodo enero 2009- mayo 2010 en atención especializada, se realiza una auditoría en el modulo de prescripción de la Historia de Salud Digital de atención primaria, con el fin de detectar prescripciones concomitantes de otros medicamentos para el metabolismo óseo. Se contacta telefónicamente con los médicos de AP de los pacientes con duplicidad terapéutica para su anulación inmediata y puesta en contacto con el paciente. Indicadores: % pacientes con duplicidad terapéutica y % pacientes con zoledronico administrado pero sin prescripción de calcio ni vitamina D en atención primaria.
Resultados: De 122 pacientes a los que se les había administrado zoledrónico en ambos hospitales, se excluyen 19 por no tener información en la historia clínica. De los 103 pacientes restantes un 11,65% seguían teniendo prescrito en receta electrónica otro fármaco del mismo grupo terapéutico y el 32,03% no tenían prescrito calcio ni vitamina D.
CONCLUSIONES: -Es necesario diseñar intervenciones específicas entre ambos niveles asistenciales para los medicamentos calificados como de Alto riesgo que promuevan el adecuado manejo de estos fármacos. -La colaboración entre los Servicios de Farmacia de hospital y atención primaria permite reducir problemas de seguridad relacionados con los medicamentos. -Debido al alto porcentaje de pacientes sin calcio ni vitamina D debemos realizar una intervención especifica para incrementar su uso. -Con esta intervención aumentamos la seguridad de los pacientes en cuanto a utilización de medicamentos.

C-108

PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS INTRAVENOSOS DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Gallego Lara, S; Maroto Monserrat, F; Barrero Almodovar, A; Colón Pallarés, C; Rufo Tejeiro, O y Jorge Amigo, V.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: seguridad administración fármacos bombas perfusión
Resumen - Objetivos : Evaluar la implementación de medidas de seguridad a través del uso de bombas de infusión inteligentes (programación de protocolos de administración de fármacos) en cuidados intensivos. -
Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo durante un período de 12 meses (Enero 2009- Enero 2010)

en una unidad de cuidados críticos de 12 camas. Se definen los rangos terapéuticos: blando (requiere confirmación) y duro (no permite ser sobrepasado) para drogas de alto riesgo. Se define "evento" como notificación del sistema de " no conformidad" ante el intento del usuario de sobrepasar cualquiera de los límites. El registro de la actividad asistencial analiza el número de serie de bomba , el momento de las alertas, el tipo y límite de evento, la fecha y hora, la distribución por horas/ días/meses de los eventos. Se conoce la cantidad total de los fármacos utilizados en el período de estudio. Se recogen y evalúan datos de 32 bombas. -
Resultados: El 97,5% de las infusiones empleadas se administraron utilizando el software de seguridad. Se obtiene información de 54.441 perfusiones, el 90% se distribuye entre 4 fármacos: norepinefrina 49,54%, midazolam 14,62%, furosemida 14,60%, insulina 10,45%.
Se recogen 3.573 eventos,el 78,51% corresponde a intentos de superar el límite blando superior, el 20,32% a intentos de disminuir el límite blando inferior, y menos del 1% a intentos de superar el límite duro superior. Por fármacos, la norepinefrina supuso el 83% de las alertas, furosemida 10%, midazolam 2 % y propofol 1%. El 90% de las alertas por intentos de sobrepasar el límite duro corresponden a programaciones de infusiones cercanas a las dosis habituales (entre 1 y 1,5 veces superior al límite máximo). El propofol es el fármaco que registra intentos de programación más altos, con dosis entre 5 y 50 veces la dosis superior permitida. -
Discusión: Nuestro estudio demuestra que cumplimos protocolos de administración de medicamentos de alto riesgo, lo que asegura una correcta dosificación y permite el registro y análisis de eventos, pudiéndose así detectar importantes áreas de mejora. -
CONCLUSIONES: El mayor porcentaje de alertas por fármacos se recogió con el uso de norepinefrina (intentos de superar el límite blando superior). El propofol es el fármaco que registra mayor número de eventos por intentos de superar el límite duro. El análisis de estos resultados nos ha permitido la modificación de los rangos terapéuticos preprogramados en las bombas para adaptarlos a la práctica clínica actual.

C-109

INCIDENCIA Y ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BENDICHO LÓPEZ, MJ; BENITEZ RUIZ, L; FERNÁNDEZ ARIAS, EM y GONZALEZ DE RUEDA RUIZ, AM.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: NEUMONIA VENTILACIÓN MECÁNICA
Resumen
Objetivos: Conocer la incidencia de las infecciones respiratorias y los microorganismos que influyen en la aparición de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) en una unidad de cuidados intensivos (UCI), mediante el estudio de los cultivos positivos recogidos, con la intención de aplicar un protocolo con nuevos procedimientos de actuación que disminuyan las infecciones respiratorias y las complicaciones posteriores.
METODOS: Diseño: estudio prospectivo y descriptivo. Ámbito: UCI de un Hospital Universitario de referencia. Periodo de estudio: Cuatro meses. Año 2009. Muestra: Pacientes ingresados en la UCI con ventilación mecánica y más de una semana de ingreso. Protocolo: Hoja de registro de datos donde se recogen variables: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, días de estancia, tipo de cultivo y microorganismo aislado, desde el ingreso hasta el alta.
Resultados: 52 pacientes (15% de los pacientes ingresados), 60,5% hombres, Edad media 56,9 años (16-79). Estancia media 24 días (8-63). El 19% de los pacientes fallecieron. Diagnosticos: Neurológicos 32,5%, Respiratorios 17,3%, Sepsis 6%, Cardioquirúrgicos 15,4%, Otros 28,8%.
Se realizaron 176 cultivos con resultado positivo: Aspirado traqueal 60,8%, Hemocultivos 18,2%, Urocultivos 7,9%, Catéteres (venosos, arteriales) 9% y Otros 3,9%. Gérmenes mas frecuentes en el cultivo de

aspirado traqueal: 20,5 % Acinetobacter Baumani, 13% Haemophilus Influenzae, 12 % Staphylococcus aureus, 9,3% Candida Albicans y Pseudomonas Aeruginosas el 8,4%.
DISCUSIÓN: Los resultados obtenidos en este estudio confirman que el mayor número de cultivos positivos se hallan en aspirado traqueal, aunque este dato no sea el único para el diagnostico de las NAV nos puede indicar su incidencia en nuestra unidad. El manejo de las NAV y sus resultados es un indicador de calidad asistencial reconocido para valorar el trabajo médico y de enfermería en las unidades de cuidados intensivos.
CONCLUSIONES: En nuestra UCI más de la mitad de los cultivos con resultado positivo se encuentran en el aspirado traqueal. El germen más frecuente fue el Acinetobacter B. Consideramos necesario aplicar un protocolo con nuevos procedimientos de actuación, para disminuir y/o evitar la aparición de las neumonías asociadas a ventilación mecánica, disminuyendo los días de estancia de estos

C-110

MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES EN HIGIENE DE MANOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

LUCERNA MÉNDEZ, MA; MALDONADO VALVERDE, MC; RUIZ CARRETERO, V; ESTÉVEZ GONZÁLEZ, F y CORTÉS MARTÍNEZ, E.

Centro: Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: higiene de manos, monitorización
Resumen
Objetivo Evaluar la frecuencia de episodios de higiene de manos (HM) en diversos servicios asistenciales del hospital de Poniente en el periodo julio de 2009-agosto del 2010. Material y Método Estudio observacional descriptivo prospectivo. Para monitorizar la frecuencia de HM se utilizó el indicador: número de episodios de HM por grupo de personas en el periodo de estudio /número de oportunidades de higiene que ha tenido ese grupo en dicho periodo. Se calculó por categorías profesionales (enfermeros, facultativos, auxiliares de enfermería, celadores y limpiadores). El estudio se basa en observar durante 10 minutos las tareas del profesional por un observador anónimo, según los 5 momentos definidos por la OMS para la higiene de manos. Resultados Se estudiaron 369 profesionales. Se realizaron 1074 observaciones. La tasa global de adherencia a las recomendaciones en HM fue de 22.9% (n=244 episodios de HM), oscilando entre 7.3% en celadores a 29.6% en enfermeros. Se ha formado a 681 profesionales. Por áreas asistenciales la unidad de rehabilitación (93.7%) y la UCI (53.1%) presentaron los mayores porcentajes de episodios de HM. Por el contrario, el área de partos (6.7%) y el hospital de día quirúrgico (4.2%) obtuvieron las porcentajes más bajos. Por categorías profesionales destacaron los enfermeros que suelen ser los que mejor realizan la higiene de manos en la mayoría de servicios (29.6%), fundamentalmente UCI (54%) y consultas externas (47.4%). Los facultativos tuvieron un 19.9% de seguimiento de recomendaciones en HM, sobre todo, en UCI (50%) y tocoginecología (42.8%).
Discusión El personal de ciertas áreas asistenciales está más concienciado en realizar una correcta HM, aunque se debe seguir insistiendo en la formación de todos los profesionales. Hay que tener en cuenta el tamaño de muestra en algunas áreas, donde se realizó un menor número de observaciones, lo que puede ser una limitación al interpretar los resultados. Esta información permitirá analizar la adherencia a la HM entre el personal que ha recibido formación con respecto al no formado, o valorar en que momento se produce mayor frecuencia de episodios de HM (antes del contacto con el paciente, antes de realizar una técnica aséptica…).
CONCLUSIONES Se deben analizar las causas de un menor índice de HM en las áreas o categorías con peores resultados, dirigiendo estrategias específicas en estos casos, así como mejorar el porcentaje global de episodios de HM para prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

C-111

¿EL PROGRAMA DE INDICADORES ES UNA BUENA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

SERRANO MARTOS, AB; VIDAL DOMENECH, L; PUIG SOLER, J; CALAVIA GARSABALL, L y MARTIN HERRERO, E.

Centro: hospital sant joan de reus
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen La experiencia se lleva a cabo en un hospital que desde 2006 que participa en el proyecto impulsado por el " Departament de Salud de la Generalitat de Catalunya " ,en el abordaje de la seguridad del paciente. El profesional sanitario es la pieza clave en este proceso . La actitud de los profesionales es vital para establecer sistemas para valorar, promover y difundir el contenido de protocolos, evaluando su cumplimiento mediante indicadores. OBJETIVO Evaluación del impacto de la implantación de un programa de indicadores de seguridad clínica .
MATERIAL Y MÉTODOS Los indicadores seleccionados han sido: identificación correcta del paciente, declaración de caídas, adherencia al lavado de manos, dolor, flebitis y ulceras por presión. Mediante el seguimiento de la evaluación de los indicadores, hemos determinado los problemas. Las gestora asistencial es quien valora el cumplimiento de los protocolos mediante cortes periódicos de prevalencia difundiendo los resultados .
RESUTADOS Los indicadores en los que se objetivan mejoras mas significativas son: Identificación correcta de pacientes: Diciembre 2009: 86%, junio 2010 96,29% Valoración de riesgo de Ulceras Por Presión, Diciembre 2009 42% junio 2010 84,49%. Lavado de manos : de un 35% en marzo 2010 a un 69 % en junio del 2010. Conservación correcta de fármacos y alimentos: rotulación de la caducidad un incremento del 30% entre enero y junio de este año así como un incremento de un17,2% en el registro de temperatura de neveras mas. Prevención de flebitis : mejoras en la visualización del punto de inserción y adecuación del uso del sistema de cierre valvular se incrementa un 10%.
DISCUSIÓN Transmitir al todos los profesionales del equipo la importancia del cumplimiento de los protocolos y/o normas establecidos para la seguridad del paciente es uno de los objetivos de la gestora asistencial. Esto no es tarea fácil ya que nos enfrentamos a múltiples dificultades, entre las cuales destacamos : los hábitos adquiridos a lo largo de los años y la rapidez en que las propuestas de mejora quieren ser introducidas.
CONCLUSIONES El cuadro de indicadores es una herramienta útil para objetivar los problemas y así poder emprender mejoras y medir posteriormente el impacto de las mismas .

C-112

VISITA PREQUIRURGICA, ELEMENTO DE SEGURIDAD PROACTIVA

CRESPO ARROYO, D; CORPAS MOYANO, MD; LLADÓ SALAS, L; FERNÁNDEZ ESPONA, MI; DÍAZ SALAZAR, I y MARTIN AFÁN DE RIVERA, JC.

Centro: Hospital Infanta Margarita de Cabra
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: visita prequrúrgica seguridad
Resumen
OBJETIVO: Detectar incidentes, errores o cualquier otra situación anómala que pueda interferir o provocar lesiones y daños en el paciente que va a ser sometido a intervención quirúrgica a través de una visita previa
Material y métodos: Desde 2009 se ha instaurado la visita prequirúrgica en nuestro hospital como elemento de seguridad proactivo para pacientes que van a ser sometidos a intervención programada. Se ha realizado un estudio descriptivo del número de incidentes previos detectados en la visita prequirúrgica a pacientes durante el mes de abril. Fueron incluidos los pacientes sometidos a intervenciones programadas a los que se visitó el día anterior a la misma. Se valoraron por Necesidades Básicas de V. Henderson, se pasó un listado de verificación preestablecido que recoge los ítems de riesgo

más importantes para la seguridad del paciente que va a ser intervenido.
Resultados: De un total de 280 pacientes, se detectaron 86 incidentes previos: incorrecta identificación 5, ausencia de pulsera identificativa 32, informes erróneos dentro de la historia 3, profilaxis antibiótica incorrecta 0, ilegibilidad de partes quirúrgicos 6 , incorrecta identificación zona 10, medicación previa ausente 10, ausencia consentimiento informado10, pruebas preoperatorias incorrectas 2, objetos personales sin retirar en planta 8.
DISCUSIÓNES La Seguridad del Paciente es un objetivo estratégico de las políticas de Salud a nivel mundial. Las repercusiones psicológicas , sociales, económicas de los errores médicos además de las consecuencias para el propio paciente y profesionales tienen gran impacto mediático. La vista prequirúrgica supone una barrera previa en la que se detectan fallos, es un elemento de seguridad proactiva muy importante para evitar errores o situaciones que pueden derivar en desenlaces catastróficos para el paciente. Además supone una forma de conocer determinadas circunstancias para los profesionales que van a intervenir en el proceso quirúrgico contribuyendo a aumentar la seguridad en la práctica asistencial y ver el grado de riesgo añadido que puede presentar una intervención.
CONCLUSIONES La visita prequirúrgica en nuestro Hospital nos garantiza un nivel de seguridad considerable evitando la producción de eventos adversos que podrían producirse de no existir esa barrera previa. Consideramos importante seguir esta línea de investigación para potenciar la seguridad y conocer la repercusión económica que pueden tener dichos eventos

C-113

PLAN DE SEGURIDAD UNIDAD MEDICINA PREVENTIVA EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL COSTA DEL SOL

Soler Méndez, S; Fuentes Gómez, V; Gavira Albiach, P y Fontalba Días, F.

Centro: Empresa Pública Hospital Costa del Sol

Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Plan Seguridad, Medicina Preventiva
Resumen Los Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales, por su naturaleza, tienen funciones y ejercen acciones que repercuten sobre la mayoría de pacientes atendidos en los mismos. Su objetivo principal es evitar o disminuir las infecciones en estos pacientes, ya sean relacionadas con la asistencia sanitaria o adquiridas en la comunidad en el caso de determinados grupos de riesgo, para, finalmente, reducir las morbimortalidad y los costes personales y familiares asociados.
Para ello necesita de la implicación de los profesionales, de los pacientes y sus cuidadores. OBJETIVO El objetivo general de este Plan de Seguridad del Servicio de Medicina Preventiva es mejorar la calidad de la atención sanitaria proporcionando a los pacientes cuidados seguros y disminuyendo la incidencia de infecciones atribuibles a la atención sanitaria o relacionadas con desviaciones de las buenas prácticas de los servicios sanitarios. PRIORIDADES El Servicio de Medicina Preventiva, para la prevención de enfermedades transmisibles en el marco de seguridad de pacientes, ha identificado una serie de prioridades que van encaminadas a mejorar la cultura de seguridad entre los profesionales, pacientes y cuidadores a los que atiende. Este plan se basa en la implementación de estrategias de intervención para disminuir los riesgos inherentes a la asistencia que puedan desembocar en eventos adversos asociados a infección. Estas estrategias están relacionadas con: atención de accidentes con riesgo biológico, implicación de pacientes y familiares en la prevención de la infección nosocomial, proceso de limpieza, desinfección y esterilización, disminución de colonización por gérmenes multirresistentes, atención de pacientes esplenectomizados, implicación de las unidades quirúrgicas en los resultados de infección, profilaxis a contactos ante casos de enfermedades transmisibles.

La mayoría de estas estrategias están puestas en práctica, y solo precisan actualización y/o procedimentación. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES** Con la elaboración y aplicación del plan de seguridad se han identificado situaciones que podían suponer un riesgo para el paciente y ello ha permitido el diseño de estrategias que hacen más segura la práctica clínica y suponen una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria. Supone a su vez, la interiorización y normalización de determinadas prácticas seguras por parte los profesionales y pacientes cuya finalidad es disminuir los eventos adversos y en definitiva adquirir cultura de seguridad.

C-114 "

LA GRAN DESCONOCIDA EN URGENCIAS: SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE".

LOBO RODRÍGUEZ, MT; CASADO MUÑIZ, MC y UNDABEYTIA LÓPEZ, ML.

Centro: H.U.Virgen Macarena. SEVILLA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, ENFERMERÍA, URGENCIAS, FORMACIÓN
Resumen Establecer en el SCCU del H.U. "Virgen Macarena" un Plan de Formación dirigido a los Profesionales de Enfermería (DUE y Aux de Enfermería) que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes en materia de SCP.ESPECÍFICOS:Cuantificar el grado de conocimientos en SCP previos a la Formación.Fomentar el conocimiento en SCP que permita a los profesionales establecer un Mapa de Riesgos y Estrategias de Mejoras específicas en el S. Urgencias mediante un proceso de autoaprendizaje.Concienciar y sensibilizar a los profesionales de Enfermería.Estudio acción-participativa, descriptivo observacional pretest-postest desarrollado en tres fases (2009). 1ª FASE: Cuantificación previa del grado de conocimientos en SCP. 2ª FASE: Talleres de Formación en competencias de SCP. 3ª FASE: Elaboración por parte de los profesionales de un Mapa de Riesgos y Estrategias de Mejoras específicas en mediante tormenta de ideas y discusión grupal. Sujetos de estudio: 140 Profesionales de Enfermería (D.U.E y Auxiliares de Enfermería).Paquete estadístico SPSS 12.0. De los 140 participantes: 61.7% son D.U.E; y 37% Aux. Enfermería; con una media de años de experiencia profesional en el servicio de 7,085 años. Responden que SI saben lo que es SCP: 33.3%; y NO: 66.7%. De los 47 profesionales que responden SI tener conocimientos en SCP:17% tienen un concepto correcto en materia de SCP.En cuanto a las Alertas de Seguridad: responden que SI saben lo que significan el 61% y NO el 39%. Del 61% relacionan las Alertas de Seguridad con: Catástrofes (7.1%); Gripe aviar y/o porcina (30.5%); Enfermedades de declaración obligatoria (3.5%); Enfermedades infecto-contagiosas (18.6%); Comunicación de errores (2.3%); Adecuada identificación de pacientes (1.2%); Administración segura de medicamentos (3.5); y un 7% no especifican ejemplos.De los 140 profesionales el 15.6% han recibido formación previa en SCP; 6.4% la han recibido en Formación Continuada del Hospital; 2.1% se han formado en otros Organismos Oficiales y 7% tienen conocimientos por medio de Internet, Congresos, Jornadas. El 92.2%) responden que SI les gustaría recibir Formación en competencias de SCP en su servicio. De los 140 profesionales 77.85% acuden a los Talleres de Formación en SCP. A pesar de considerarse la SCP como una prioridad asistencial, los resultados que se desprenden de nuestro estudio manifiestan el gran desconocimiento que existe en nuestro servicio.La elevada participación de los Profesionales de Enfermería a la Formación ofertada en el servicio refleja gran interés.

C-115

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN C.S. NUEVA ANDALUCÍA TABAQUISMO EN ADOLESCENTES. INFLUENCIA DE QUE LOS PADRES SEAN FUMADORES

CASTILLO MARTÍNEZ, MD; DÍAZ GALVÁN, FJ; CHECA RUIZ, MA; LOPEZ MORENO, C; LLORIS MORALEJA, MC y RIADO MONEDERO, I.

Centro: C.S. NUEVA ANDALUCIA

Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
Objetivos: 1-Conocer la prevalencia del tabaquismo en escolares. 2-Comprobar la influencia del tabaquismo de los padres en los hijos escolares
PARTICIPANTES Y MÉTODOS 1-Estudio descriptivo transversal para estudiar y describir los factores relacionados con el tabaco. 2-Muestra de 368 adolescentes escolares de 2º y 3º de ESO de 3 institutos representativos de la provincia de Almería. 3-Período de tiempo: 2009 4-Variables: Edad, sexo, consumo de tabaco, grado de conocimiento de consecuencias de su consumo, situaciones asociadas al hecho de fumar, y si los padres fuman.
Resultados: -De los 345 niños/as, el 14,4% fumaban y el 30,21% habían fumado en alguna ocasión. -El 37,5% de las chicas con padres fumadores habían fumado. -El 17,14% de las chicas con padres no fumadores habían fumado en alguna ocasión. -El 34,48% de los chicos con al menos un padre fumador habían fumado alguna vez. -El 31,42% de chicos con progenitores no fumadores han comenzado a fumar. -Porcentaje de niños/as fumadores habitualmente. En familias de padres no fumadores el 9,57%. En familias con al menos uno de los padres fumadores el 22,05% -Porcentaje de niños/as que han fumado en alguna ocasión. En familias de padres no fumadores el 24,28% En familias con al menos uno de los padres fumadores el 36,76% -Por sexo: El 28% de las chicas habían fumado en alguna ocasión. El 32,8% de los chicos jóvenes habían fumado en alguna ocasión. -El 37,5% de chicas con padres fumadores habían fumado -El 17,14% de chicas con padres no fumadores habían fumado en alguna ocasión -El 34,48% de chicos con al menos un padre fumador habían fumado alguna vez -El 31,42% de chicos con progenitores no fumadores han comenzado a fumar
DISCUSIÓN Dadas las dificultades para el abandono del tabaco en adultos, parece más eficaz evitar que niños y adolescentes se inicien en su consumo. El estudio realizado demuestra la importancia del ambiente familiar en los primeros contactos del joven con el tabaco
CONCLUSIONES 1. Adolescentes fumadores habituales 1.1 El porcentaje de adolescentes fumadores habituales (14,40%) es semejante a otros estudios. 1.2 La prevalencia de jóvenes fumadores habituales es más del doble cuando fuma algún miembro de la familia 2. Adolescentes que han fumado en alguna ocasión 2.1 Una tercera parte de los chicos había fumado en alguna ocasión 2.2 Aumento del contacto con el tabaco en hijos de padres fumadores. 2.3 La influencia del tabaco de los padres es mucho más evidente en las hijas que en los varones

C-116

CONOCIMIENTOS EN HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.

Maldonado Valverde, MC; Lucerna Méndez , MA; Ruiz Carretero , V; Estévez González , F y Sánchez Borja, C.

Centro: EP Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: higiene de manos, conocimientos. Resumen
OBJETIVO: Evaluar los conocimientos y percepción de la higiene de manos de los profesionales de un hospital.
Material y método: En el contexto de la aplicación manos limpias del Observatorio para la seguridad del paciente, se ha elaborado un test de conocimientos basado en las preguntas claves publicadas por el Ministerio de Sanidad en su programa de higiene de manos. Se emplearon 10 preguntas multirespuesta, que se cumplimentaron antes de una acción formativa voluntaria y multidisciplinar entre el 1/10/09 y el 11/07/10. Los datos se analizaron usando el paquete estadístico SPSS v.18 y se interrelacionaron con los resultados de la encuesta de percepción y conocimientos publicada por OMS, que esta disponible en el Observatorio para la Seguridad del Paciente.
Resultados: En el estudio participaron

302 profesionales, (39.6% DUE, 24,4% TCAE y 15.5% FEA) con una edad media 35.5 años (desviación típica 8.6) y con una antigüedad media de 8 años. El 57,36% había recibido formación previa aunque el 88,8% no recordaba cuando. Sólo el 20% de los trabajadores de la empresa participó en las acciones formativas. El 82% sabía como lograr la higiene de manos (HM), aunque el concepto de HM variaba. El 90% reconoce la importancia de la HM, pero sin tener claro cuando, ni quien debe realizarla. Más del 80% reconoce usar las soluciones hidroalcohólicas (el 58% las usa correctamente).
Discusión: La HM es la medida más sencilla y efectiva para reducir las infecciones asociadas a los cuidados y la propagación de microorganismos, potenciando la seguridad de los pacientes en el ámbito sanitario y de los profesionales. Tras el estudio descubrimos que gran parte de los profesionales no demuestra los conocimientos mínimos en HM, a pesar de los años de experiencia profesional, haber recibido acciones formativas previas y reconocer que la higiene es importante para protegerse. Además la adhesión percibida es muy elevada con respecto a la observada, por lo que es preciso reorientar las labores formativas y sensibilizadoras para obtener un cambio de conducta permanente.
CONCLUSIONES: Los resultados de la encuesta nos han permitido diseñar un plan de acción formativo específico con objeto de aclarar conceptos básicos sobre HM que creíamos aprendidos, pero que eran erróneos. Es importante que la institución promueva una cultura en Higiene de manos que sea percibida por el profesional y el usuario, ya que mejorando la higiene de manos es posible reducir la infección asociada a los cuidados.

C-117

HIGIENE DE MANOS: UNA HERRAMIENTA PARA LOGRAR UN ENTORNO SEGURO EN EL HOSPITAL DE PONIENTE

Maldonado Valverde, MC; Lucerna Méndez , MA; Ruiz Carretero , V y Estévez González , F.

Centro: EP Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: HIGIENE DE MANOS SEGURIDAD DEL PACIENTE
Resumen
Objetivo Describir los logros obtenidos con la iniciativa Manos Seguras del Observatorio para la Seguridad del Paciente.
Material y Método Estudio observacional descriptivo tras aplicar una herramienta para la autoevaluación de la adherencia a las recomendaciones de la higiene de manos (HM). Esta se organiza en torno a 5 criterios principales, cada uno con recomendaciones específicas, descripción del propósito de la recomendación y del criterio para su evaluación. Resultados Logro de entorno seguro que facilita la HM en los puntos de atención al paciente: se instalan 411 dispensadores de soluciones hidroalcohólicas (SHA) y revisan 373 puntos de agua y jabón. Elaboración de listados de verificación para SHA, puntos de agua y jabón y designación de referentes en HM en las unidades. Diseño de una estrategia formativa: se forman a 763 profesionales con 92 intervenciones formativas, complementadas con mensajes múltiples por diversas vías. Promoción del cuidado de las manos (instalación de cremas en 48 ubicaciones). -Estudio observacional de la adherencia a la HM, según el modelo de la OMS y retroalimentación a los profesionales (1074 observaciones sobre 369 profesionales). Actuaciones que implican al paciente y la familia en la HM: se crean 10000 dípticos y 126 carteles con frases en 4 idiomas. Consumo de SHA:2º semestre 2009: 45,66 ml/ingreso; 7,28ml/estancia.1º semestre 2010:92,95 ml/ingreso; 15,03 ml/estancia. Con incremento respecto al último semestre del 2009: 218.6%. Descenso de prevalencia de infección nosocomial (EPINE):de 10.7% en 2009 a 7.04% en 2010. Discusión Esta herramienta nos ha orientado en la creación de un entorno seguro para el paciente, y en la formación de un importante número de profesionales. Hemos conseguido un aumento en el consumo de las SHA, y un descenso de la infección nosocomial, aunque la adherencia a la HM observada

debe incrementarse. Estos indicadores de calidad han permitido medir las actuaciones y los resultados obtenidos, así como poner en marcha acciones de mejora.
CONCLUSIONES Es una herramienta dinámica, actualizada, flexible y accesible, que nos ha permitido identificar y agrupar las evidencias positivas en HM, reflexionar sobre las áreas de mejora y dar continuidad a las iniciativas propuestas. La promoción de una cultura en HM, debe ser promovida por las instituciones, y esta, percibida por el profesional y el usuario. Solo así, podremos modificar las conductas en HM, incrementando la calidad en nuestros cuidados y mejorando la seguridad de nue

C-118

AUDITORÍA TERAPÉUTICA PROSPECTIVA DE DAPTOMICINA

DOMINGUEZ CANTERO, M; RODRÍGUEZ CAMACHO, JM; OBEL GIL, L; VAZQUEZ VELA, V; LADRON DE GUEVARA GARCÍA, M y GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA, T.

Centro: H.U. Puerta del Mar
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: DAPTOMICINA AUDITORIA SEGURIDAD
Resumen
OBJETIVO: Evaluar la adecuación de las prescripciones de daptomicina a las indicaciones aprobadas en ficha técnica (FT). MÉTODO: Estudio prospectivo, intervencionista en un hospital de 770 camas donde se incluyeron consecutivamente pacientes que recibieron una o más dosis de daptomicina durante 2009. Indicaciones aprobadas en FT: infecciones complicadas piel y partes blandas (IPPBc), endocarditis infecciosa del lado derecho (EID) debida a Staphylococcus aureus , bacteriemia por Staphylococcus aureus cuando está asociada con EID o con IPPBc. Al recibir una prescripción se seguía el siguiente protocolo: consulta de antibiograma, datos analíticos y revisión de historia, seguidamente se decide adecuación y si procede intervenir. Posteriormente se registraron en una base de datos (BD): edad, sexo, días de tratamiento e intervenciones realizadas. **Resultados:** 11 pacientes recibieron tratamiento con daptomicina durante el año de seguimiento. Mediana 63 años, 36% mujeres. Motivos de prescripción: tres IPPBc, una EID, siete bacteriemias por gram positivos. En todos la dosificación fue 4 mg/kg de peso. Mediana duración tratamiento ocho días. Adecuación de la prescripción a FT 45,45%. Durante la auditoria se realizaron seis intervenciones farmacéuticas aceptadas, una debida a duración excesiva de tratamiento, dos intervenciones propusieron otras alternativas terapéuticas posibles, tres realizaron ajuste posológico por insuficiencia renal.
CONCLUSIONES: El ajuste de las prescripciones a FT no fue completo, los casos no adecuados fueron justificados y consensuados con el Servicio de Farmacia. Pese al bajo número de pacientes incluidos, mediante la auditoría terapéutica se consiguió un mejor seguimiento en la utilización de daptomicina, permitiendo realizar modificaciones de la terapia en pacientes hospitalizados, aumentando la calidad, seguridad y uso racional de la terapia antibiótica.

C-119

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL QUILOTÓRAX SECUNDARIO A LESIÓN DEL CONDUCTO TORÁCICO

DOMINGUEZ CANTERO, M; OBEL GIL, L; RODRÍGUEZ CAMACHO, JM; VAZQUEZ VELA, V; GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA, T y LADRON DE GUEVARA GARCÍA, M.

Centro: H.U. Puerta del Mar
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: QUILOTORAX DIETA NUTRICIÓN
Resumen
Objetivos: Describir la participación del Servicio de Farmacia en un equipo multidisciplinar para la resolución de un caso de quilotórax.
MATERIAL Y MÉTODO: Paciente 16 años, 49 kg diagnosticado de cava izquierda permanente y comunicación

interventricular, tras intervenido presenta un derrame pleural de aspecto lechoso con concentración de triglicéridos de 507 mg/ml (>101 mg/ml triglicéridos criterio de quilotórax). Se pauta nutrición parenteral (NP) baja en triglicéridos de cadena larga (LCT) pero rica en triglicéridos de cadena media (MCT). Se realiza un seguimiento por parte del equipo de nutrición, cirugía cardiaca y un residente de farmacia hospitalaria en periodo de rotación.
RESULTADO: El quilotórax es el acumulo de quilo en la cavidad pleural. Las principales complicaciones son linfopenia y malnutrición. Una dieta exenta LCT reduce la formación de quilo, incrementándose la posibilidad del cierre espontáneo. El Servicio de Farmacia revisiones del manejo del quilotórax que proporcionaron evidencias sobre la conveniencia de mantener la motilidad intestinal combinando NP con nutrición enteral exenta de LCT y rica en MCT. Tras siete días con terapia combinada no disminuyó el volumen del drenaje. Se añadió al tratamiento nutricional octeotrida, consensuándose con el servicio de Cirugía Cardiaca una dosis ajustada al peso de 10 mcg/kg/h ,con la finalidad de cerrar la fistula linfática sin cirugía. Transcurridos 14 días tampoco hubo reducción en el drenaje linfático .El equipo de cirujanos cardiacos decidió programar la cirugía, aportándose desde la Unidad de Farmacotécnia una fórmula magistral con alto contenido en LCT permitió aumentar el flujo linfático y detectar con facilidad la fístula torácica en el intraoperatorio. Tras la satisfactoria resolución del quilotórax el paciente fue dado de alta.
DISCUSÓN Y
CONCLUSIONES: En nuestro paciente una dieta baja en LCT y rica en MCT junto con terapia farmacológica no fueron suficientes para el manejo del quilotórax, siendo necesaria cirugía. La cooperación entre distintos especialistas en el manejo de una patología poco frecuente como el quilotórax permitió optimizar la terapia farmacológica y otros procesos necesarios en la resolución de la enfermedad no relacionados con la farmacoterapia como la cirugía. El farmacéutico en una unidad de hospitalización aporta una visión distinta en el manejo de la enfermedad pudiendo resultar útil al equipo médico al introducir mejoras en la calidad, seguridad y eficacia de la atención prestada al paciente.

C-120

GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y TRANSFERENCIA DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS A ÁREAS HOSPITALARIAS

Ruiz Romero, MV; De Tovar Fernández, MM; Rodríguez Lara, MP; Jiménez Estrada, MC; Maestre Garrido, JJ y Fernández GARCÍA, A.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Transferencias Continuidad Urgencias Resumen
Objetivos: Garantizar la continuidad de de cuidados entre el SCCU y las distintas áreas hospitalarias. Definir y regular el intercambio de información clínica relevante entre los distintos equipos de enfermeras. Definir la política general de continuidad de cuidados intrahospitalaria. Definir el circuito intrahospitalaria continuidad de cuidados.
Material y método: En 2008 se crean grupos de trabajo constituidos por personal de enfermería de las distintas áreas del hospital que identifican los aspectos a tener en cuenta en las transferencias de pacientes y elaboran protocolos. Las coordinadoras de enfermería de cada área evalúan indicadores relacionados con las transferencias para realizar un análisis de situación, en 2008 y 2009. A las áreas de mejora que se iban identificando se les aplicaban acciones correctoras y preventivas.
Resultados: Evaluación del 15/10/09 al 15/12/09: Porcentaje de registro: 80% desde Observación, 34% desde Sala de Tratamientos Cortos; 97 % desde Puerta. La llamada telefónica anticipada al traslado se realizó al 100% de los pacientes que se trasladaron desde el SCCU y se recibe en el 77% de los pacientes recepcionados de otras áreas.

De los pacientes trasladados desde el SCCU se colocó la pulsera al 98 % y de otras áreas al SCCU al 83%. La comprobación de la permeabilidad/fijación de vías periféricas fue del 95 % en los que se trasladaron y del 86% en los que se recepcionaron. Se realizó una correcta recepción en el área destino al 73 % de los trasladados y el 64% fueron acompañados hasta la habitación de destino.
Discusión: Con toda la información obtenida se elaboraron los protocolos definitivos en mayo de 2010 y los indicadores para su evaluación. Los protocolos contienen: preparación de la historia clínica; preparación de los dispositivos de apoyo para el traslado; preparación física del paciente e información; aviso telefónico; preparación de la habitación (en hospitalización); traslado; devolución de material al área de procedencia; transferencia. Indicadores: Llamada telefónica anticipada al traslado, comprobación de la pulsera identificativa; comprobación de la permeabilidad/fijación de VVP; correcta recepción del paciente en el área destino y acompañamiento del personal de destino a su habitación.
CONCLUSIONES: En diciembre de 2010, tras 6 meses de la implantación de los nuevos protocolos, se volverá a realizar una evaluación de resultados con los nuevos indicadores comunes a las distintas áreas.

C-121

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS A TRAVÉS DE LA VALIDACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS.

PEÑA POU, R; MOLINA CUADRADO, E; MATEO CARRASCO, H; GIMÉNEZ RAMOS, M; NIETO GUINDO, P y TARÍN REMOHI, MJ.

Centro: HOSPITAL TORRECÁRDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Intervención, PRM, Validación

Resumen
Objetivos: Analizar las intervenciones farmacéuticas(IF) realizadas en los pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel,a través de la validación de las prescripciones médicas describiendo el tipo de IF y grupos terapéuticos(GT) en los que se detectaron un mayor número de problemas relacionados con los medicamentos(PRM).
Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de Julio 2009 a Julio 2010. Se recogieron las IF realizadas en la validación de la prescripción manual y electrónica en el área de unidosis clasificando los PRM detectados según la clasificación de Cipolle.
Resultados: Se realizaron 2.266 IF de las cuales 1.745(77%) correspondían a vía de administración alternativa(terapia secuencial(TS)) y 521(23%) a otros PRM. La distribución de las IF por TS fue de 1.439 casos(82,8%) para omeprazol y 299 casos(17,2%) para levofloxacino. Las IF realizadas para el resto de PRM se distribuyeron por categorías: a)172 PRM de indicación(33%) (27 por indicación no tratada y 145 por medicamento innecesario).Los PRM de indicación por medicamento innecesario(145) se dividen en:no indicado(29),alternativa más coste-efectiva(12),duración inadecuada(11),tratamiento para reacción adversa(RA) prevenible(1)y duplicidad terapéutica(92). b)121 PRM de efectividad(23,2%) (20 por medicamento inadecuado y 101 por infradosificación).Los PRM de efectividad por infradosificación a su vez se dividen en:dosis inadecuada(55),duración inadecuada(2), administración inadecuada(2),e interacciones (42).c)228 PRM de seguridad (43,8%)(72 por RA y 156 por sobredosificación).Los PRM de seguridad por RA se clasifican a su vez en:alergia(24),administración inadecuada(13),efecto adverso(5),interacción(5) y contraindicado por factores de riesgo(24).En cuanto a los 3 GT en los que se detectaron mayor número de PRM destacaron:grupo A(aparato digestivo) el 66,3%, grupo J(antiinfecciosos) el 19,3%, grupo C(aparato cardiovascular) el 6%.
CONCLUSIONES: La IF más frecuente fue de TS y dentro de ésta de omeprazol.

Del resto de PRM destacan en primer lugar las IF de seguridad, y dentro de éstas 1º la sobredosificación seguido de las de alergia y contraindicaciones por factores de riesgo.El 2º tipo de IF fueron las de indicación,destacando la elevada detección de duplicidades.Por último las IF de efectividad se debieron principalmente a infradosificación.Los GT en los que se detectaron más PRM fueron el grupo A,destacando la TS de omeprazol,seguido del grupo J,teniendo que tener especial atención a éstos en la validación de las prescripciones.

C-122

SEGURIDAD Y SATISFACCION EN LA PRACTICA DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA(CPRE) BAJO SEDACION PROFUNDA

Pérez Paredes, C; Barrero Almodóvar, A; Jorge Amigo, V; Maroto Monserrat, F; Gallego Lara, S y Villarrasa Clemente, F.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: seguridad CPRE sedoanalgesia

Resumen
OBJETIVO: Evaluar la seguridad del uso de sedación profunda en pacientes sometidos a CPRE a través de la aparición de complicaciones. Se valora a su vez la satisfacción del paciente al final de la técnica.
METODO: Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital comarcal a todos los pacientes sometidos a CPRE programada, desde Mayo 2005 a Junio 2009. A cada paciente se le aplicó un protocolo de sedación profunda (objetivo alcanzar RAMSAY nivel 4-5), monitorizando frecuencia cardiaca, pulsioximetría y tensión arterial. Se llevó a cabo un registro de los fármacos utilizados, el tiempo de duración de la técnica y la incidencia de complicaciones asociadas con la misma (agrupadas en respiratorias, digestivas, cardiovasculares y neurológicas). A todos los pacientes se les interrogó sobre la tolerancia de la exploración al final de la técnica.
Resultados: Se incluyeron 561 pacientes (50,12% varones, la edad media fue de 69,6±13,5), el IMC: 30,0 ±4,4. El tiempo de exploración fue de 33,6±16,9 min. Éxito de la técnica tuvo lugar en el 89,51%. Complicaciones: Desaturación leve 61 (10,8%), Bradipnea 33 (5,8%), Desaturación moderada 32 (5,7%), Bradicardia 21 (3,7%), Hipotesión arterial 19 (3,3%), Taquicardia sinusal 12 (2,1%), Agitación 4 (0,7%). Ningún paciente requirió intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. La colaboración del paciente (medida por el técnico) fue muy buena/buena en el 88,5% de los casos. Los pacientes valoraron la técnica "sin molestias" en el 83,3% de los casos.
DISCUSIÓN: La CPRE es una técnica de alta complejidad que requiere, para una adecuada eficacia, no sólo de una elevada cualificación técnica del operador sino también de un alto grado de colaboración por parte del paciente. Un buen nivel de sedoanalgesia con una monitorización estricta de la seguridad de los pacientes supone aumentar el porcentaje de éxito del procedimiento. Nuestro estudio demuestra que una sedación profunda durante la CPRE facilita un éxito de la técnica adecuado manteniendo un nivel de seguridad apropiado.
CONCLUSIONES: La sedación profunda se revela como un método eficaz y seguro en el control de las molestias y el dolor durante la CPRE. Los niveles de sedoanalgesia alcanzados influyen en un mayor nivel de satisfacción por parte del paciente y le facilita la técnica al explorador mejorando su eficacia.

C-123

ESTANDARIZACION DE PROCESOS MODULARES DE COCINADO DE PLATOS CON TRATAMIENTO TERMICOEN COCINA HOSPITALARIA.

CRUZ FENOY, MC; ANDRES CARRETERO, MA y IMBERNON GARCÍA, JR.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Palabras clave:
PROTOCOLO,ESTANDARIZACIÓN PROCESOS,SEGURIDAD ALIMENTARIA, COCINA HOSPITALARIA
Resumen
OBJETIVO: Estandarizar procesos modulares de elaboración de comidas con tratamiento térmico, para facilitar a los manipuladores de alimentos de cocina hospitalaria un protocolo de trabajo que minimice la variabilidad en la aplicación de los tratamientos de horneado, plancha ,fritura y cocción; con el fin de asegurar la inocuidad de las comidas elaboradas .
Material y método: En primer lugar se definieron los peligros a controlar(microbiológicos , físicos y químicos ,y alergenos).Se revisaron los diagramas de funcionamiento existentes y se aportaron ideas y sugerencias de los cocineros. Todo ello se sometió a las recomendaciones de la U.S.D.A (departamento de agricultura de Estados unidos. Servicio de inocuidad e Inspección de alimentos , Codex Alimentarius y recomendaciones de la AESAN (agencia española de seguridad alimentaria y nutrición).Con los procedimientos de trabajo habituales, y la información recopilada se diseñaron los protocolos ó instrucciones de trabajo. Se aplicó la terminología 6M que incluye :Medio de elaboración del plato, Materias primas usadas, Momento de aplicación del tratamiento térmico, Manipulador que lo realiza, Maquinaria y equipos necesarios y Método de realización. Resultados. Se editaron los protocolos para cada proceso modular (horneado, plancha, fritura ,cocción), según las 6My se difundieron al personal manipulador implicado. . Para validar estos protocolos se utilizaron las Directrices para la validación de medidas de control de la inocuidad de los alimentos CAC/GL 69-2008 .
CONCLUSIONES: La edición de protocolos de trabajo sobre los procesos de cocinado, de forma consensuada y validada , proporciona una herramienta muy útil que mejora la percepción de control y seguridad de los manipuladores , consigue integrar a las personas implicadas en un objetivo común cuya misión principal es proporcionar a los pacientes una alimentación adecuada y segura , facilitando el mismo método de trabajo a todos los manipuladores

C-124

RESULTADOS DE UN TALLER DE MEJORA EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Yang Lai, R; González-Outón Velázquez, J; Skodova , M; Fernández Zurbarán, M; Roca Fernández-Castanys, E y Ramos Solís, J.

Centro: Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD INFORMACIÓN MEJORA TALLER
Resumen
OBJETIVO: Mostrar los resultados presentados en un taller de diseño de proyectos de mejora en los sistemas de información de un hospital de segundo nivel
Material y métodos: En enero de 2010, realizamos un taller en el hospital dirigido al personal hospitalario, acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. El objetivo del taller era aprender a realizar proyectos de mejora en los sistemas de información del hospital. Una de las actividades realizadas fue identificar áreas de mejora en los sistemas de información del hospital.
Resultados: El principal tema fue la transferencia de los pacientes, no recogida en la historia clínica (60%). Después, la correcta identificación de los pacientes (20%). Otros resultados fueron: Existencia de un check-list incorporado a la historia clínica. Recogida de alergias y contraindicaciones en el encabezamiento de todas las hojas de tratamiento, y en diferente color. Diferenciación en farmacia con distintas envolturas de medicamentos de aspecto y forma parecidos.
DISCUSIÓN: Con una metodología adecuada, los profesionales fueron capaces de reconocer múltiples áreas de mejora en aspectos concretos de los sistemas de información de sus servicios. Con una

mejor formación, pensamos que pueden desarrollar un proyecto para su implementación.
CONCLUSIONES: Los profesionales implicados en las actividades diarias son los mejor indicados para aportar áreas de mejora en sus servicios. Actualmente hay un curso en trámites de acreditación de 60 horas para ampliar los conocimientos del taller, y poder implementar las propuestas.

C-125

FRACTURA DE CADERA EN CÓRDOBA: FACTORES SOCIO – SANITARIOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS REALIZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MACIAS CORREDERA, M; LECHUGA VARONA, MT; COSANO CAÑADAS, JE y LOPEZ SORROCHE, E.

Centro: UDMFYC CORDOBA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ANCIANOS FRACTURAS CADERA PREVENCION
Resumen
Objetivos: Mejorar el abordaje del paciente con fractura de cadera identificando los factores de riesgo y valorando la existencia de medidas preventivas en cuanto a la identificación en la historia clínica del riesgo de caídas.
Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo en 63 pacientes con fractura de cadera, mayores de 50 años, ingresados a cargo del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
A través de la historia de salud digital y desde los seis meses previos a la fractura, se recogió la siguiente información: factores de riesgo, medidas preventivas y escalas de valoración utilizadas en pacientes que se consideraron susceptibles de tener riesgo de caídas. Se valoró también el correcto registro en la historia clínica de todo lo anterior.
Resultados: El 80% de los fracturados comprenden edades entre 70 y 89 años con una edad media de 85 años. El 90'5% consumía medicación de riesgo. El 9'5% no tenía registrado ningún tipo de tratamiento. Un 85% presentaba patología de riesgo. El 15'8% tenía osteoporosis y de ellos, el 20% estaba correctamente tratado. No hubo constancia de realización de densitometría ósea en ninguna historia clínica. El 12'69% no tenía ninguna patología recogida en su historia. El 44'5% tenía realizado la valoración de dependencia previa a la fractura. El 85'7% no tomaba suplemento de calcio y vitamina D.
Discusión: El 90% de los pacientes eran candidatos a presentar fractura de cadera aunque sólo en un 4% se realizó la prevención adecuada. La excesiva prescripción de medicación de riesgo y la falta de diagnóstico de algunas patologías conllevan un registro inadecuado de los factores de riesgo y un mal abordaje del paciente antes de que aconteciera la fractura.

C-126

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LEGIBILIDAD EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

León Muñoz, V y López López, M.

Centro: HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: CONSENTIMIENTO INFORMADO LEGIBILIDAD
Resumen
En los sistemas sanitarios de las sociedades modernas los pacientes necesitan información suficiente y adecuada. Muchas veces ésta se les suministra por escrito, por lo que la legibilidad de los textos se convierte en un indicador clave de calidad. Se han estimado nueve parámetros útiles para evaluar la legibilidad gramatical de 523 DCI propuestos para 21 especialidades médicas por la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, a los que se ha accedido a través de su página web. Se ha analizado el texto de cada documento correspondiente a la información al paciente, obviando el análisis del encabezamiento y de los espacios destinados a la firma del consentimiento o a la revocación del mismo. Resultados globales expresados en media y desviación estándar: sílabas

2302,3 (± 637,06), palabras 1017,77 (± 282,8), frases 136,44 (± 34,8), promedio sílabas/palabras 2,26 (± 0,048), promedio palabras/frase 7,45 (± 0,47), índice Flesch-Szigriszt 58,85 (± 2,95), correlación Word 12,35 (± 3,83) e índice Fernández-Huerta 63,85 (± 2,87). El 89,5% de los DCI han presentado una gradación de legibilidad gramatical "normal", el 2,3% "bastante fácil" y el 8,2% "algo difícil". Dentro de los DCI con legibilidad "algo difícil" por especialidad, destaca porcentualmente los DCI de Urología, Oftalmología y Cirugía General. En un análisis paralelo de 57 DCI de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología solo presentaron una gradación de legibilidad gramatical "normal" un 42,1% de los DCI y el 57,9% presentaron una gradación de legibilidad "algo difícil". En cambio, los 32 DCI propuestos en Andalucía para dicha especialidad presentan una legibilidad "normal". Podemos afirmar que los DCI propuestos por la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía son, considerando la legibilidad gramatical, adecuados. La inadecuación de alguno de los documentos puede identificarse como oportunidad de mejora y cabría aplicar un ciclo de evaluación y mejora, fijando como criterio una legibilidad máxima de "normal" según la escala Inflesz.

C-127

PLAN DE CALIDAD EN INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE PONIENTE

ESTEVEZ GONZALEZ, F; MALDONADO VALVERDE, MC y LUCERNA MENDEZ, MA.

Centro: Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ferula, vendaje, calidad.

Resumen
OBJETIVOS. Mejorar la calidad de las férulas y vendajes colocados en urgencias.
Material y Método. En la unidad de urgencias del Hospital de Poniente se planificaron diferentes actividades para mitigar los efectos adversos derivados de la colocación de férulas y vendajes de forma incorrecta o con una elaboración deficiente. Se diseñaron acciones organizativas, formativas y de difusión del plan, orientadas a causar un impacto global en la asistencia a pacientes con traumatismos.
Resultados. Para que el personal de nueva incorporación conociese las técnicas de inmovilización que se realizan casi exclusivamente en urgencias se realizaron:
- Guía terapéutica en papel y disponible en intranet.
- Diseño y exposición de 6 posters en la sala de yesos de urgencias.
- Acciones formativas (5 ediciones hasta ahora con 80 profesionales formados).
- Difusión del plan de mejora de férulas y guía terapéutica.
Se ofertaron contratos más largos, disminuyendo el índice de rotación de los profesionales.
También se analizaron los diagramas de flujo de los pacientes con inmovilizaciones para mejorar el proceso, así como se estableció una comunicación bidireccional con la consulta de yesos de traumatología.
DISCUSIÓN. La difusión del plan de mejora obtuvo buena acogida por los profesionales de urgencias, e incluso de otros servicios en lo que respecta a las acciones formativas que se desarrollaron. Los posters expuestos en la sala de yesos sirvieron de orientación al personal de nueva incorporación, aún cuando no habían participado en la difusión del plan mejora ni participado en las acciones formativas. Se solicitaron los posters por parte de los responsables de otros centros para exponerlos en sus unidades de urgencias. La disponibilidad de un procedimiento escrito para los profesionales permitió indagar en la elaboración de las inmovilizaciones y mejorar los conocimientos del personal, pudiendo haber influido en el aumento de la destreza en la elaboración de inmovilizaciones.
CONCLUSIONES. El establecimiento de un plan de mejora ha supuesto un acercamiento entre los servicios de traumatología y urgencias, en donde la retroalimentación mutua ha conseguido

impulsar la mejora en la asistencia de los pacientes traumatológicos que acuden a nuestro centro sanitario.
Se ha puesto de manifiesto la utilidad de este tipo de estrategias de calidad para conseguir una mejora efectiva en la asistencia y el fomento de buenas prácticas.

C-128

DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS RECLAMACIONES ESCRITAS

MOYA MOYA, JL; TORRES NAVARRO, MM; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, R; RODRÍGUEZ PEDROSA, M; MOLINA TERUEL, AJ y CRUZ REDONDO, T.

Centro: EP Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: RECLAMACIONES EFECTOS ADVERSOS

Resumen
OBJETIVO Detectar y analizar las reclamaciones escritas con posibles eventos adversos (EA) relatados por los usuarios del Hospital de Poniente en el primer semestre de 2010. METODOLOGIA Estudio descriptivo de las reclamaciones escritas recibidas en el Hospital de Poniente entre el 1 de Enero y el 30 de junio (n:427). Se analizan 8 variables con el paquete estadístico SPSS 17.0.: Mes y Día de la reclamación, Persona que reclama, Sexo, Unidad implicada, Principal profesional implicado, Otros profesionales implicados, Reclamación múltiple. Se completa con un estudio cualitativo de estas reclamaciones, analizándose las categorías:
Motivo principal de la reclamación (subcategorías del Servicio de Atención al Ciudadano), Motivos secundarios, Posibles EA descritos.
RESULTADOS. Se detectan 46 reclamaciones referidas a posibles EA (10.7%).
Realizadas por el propio usuario: 69,6%.
Mujeres: 65,2%
Unidades afectadas: Urgencias (30%), Archivo (17,4%), y Toco-ginecología (10,9%), otras (41.7%).
En cuanto a los profesionales mencionados, destacan: médicos (50%), enfermeros (16,6%) y celadores (13,3%).
En el 10,8% de casos se ha tratado de una reclamación por múltiples motivos.
El motivo secundario más prevalente ha sido el trato incorrecto (4,3%).
Los posibles efectos adversos e incidentes detectados han sido:
• Pérdida documentación clínica (37,03%).
• Falta de material (18,5%).
• Error de paciente y de miembro a intervenir (3,7%).
• Alta hospitalaria con vía venosa no retirada (3,7%).
• Úlcera por presión por demora en cambio de pañal (3,7%).
• No realización de pruebas diagnósticas (14,8%).
• Mala praxis (11,1%).
• Falta atención sanitaria (3,7%).
• Muerte por infección nosocomial (3,7%).
Discusión. Las reclamaciones son una valiosa fuente de información para detectar posibles EA, por vías no establecidas (email, hoja de notificación, etc). Esta fuente de información puede ser de gran utilidad en la estrategia de seguridad del paciente de la EPHO, coordinada por la Comisión de Seguridad. En esta línea destaca la actual implantación de la Historia Clínica Digital, que incorpora utilidades en materia de seguridad del paciente (facilita el acceso a toda la documentación clínica, alerta sobre alergias, pérdida de documentación clínica.…)
CONCLUSIONES. A través del análisis de las reclamaciones se pueden identificar EA. Sería por tanto necesario sistematizar la notificación de EA identificados, no detectados por ninguna otra vía, a la Comisión de Seguridad del Paciente para el análisis y seguimiento de los mismos.

C-129

"PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EVALUADA MEDIANTE EL SCL-90-R, PREVIO AL ALTA PUERPERAL"

RECUERDA LÓPEZ, JA.

Centro: HOSPITAL INFANTA MARGARITA, (CABRA, CÓRDOBA)
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: síntomas puerperio psicopatología SCL-90-R.
Resumen
Objetivos: 1-Determinar la sintomatología psicopatológica en la muestra. 2-Implementar mecanismos de screening para la detección precoz de trastornos psicopatológicos en el puerperio. 3-Proporcionar información preliminar para un estudio de mayor alcance en el que se obtengan índices globales de perturbación y las dimensiones sintomáticas más prevalentes de entre las nueve que proporciona el inventario. Evaluar, además, si la sintomatología manifestada influye en variables como el malestar percibido antes del parto, dolor en las distintas fases del mismo, experiencia positiva del parto, satisfacción con la asistencia durante la dilatación y el expulsivo, y en los niveles de confianza en poder lactar y desenvolverse exitosamente con los cuidados neonatales (dicho estudio se encuentra en fase de ejecución).
Material y métodos: Muestra: 198 puérperas que cursaron con recién nacido vivo, independientemente del modo de iniciar y/o finalizar el parto, que voluntaria y anónimamente aceptaron responder el cuestionario. Instrumento: las madres autocumplimentaron, con anterioridad al alta, la versión española del SCL-90-R de Derogatis. Se trata de un inventario de 90 síntomas somáticos, cognitivos, emocionales y conductuales, que se responden en una escala tipo Likert de cinco niveles de intensidad. La prueba se ha empleado en numerosos estudios clínicos y cuenta con estudios que avalan su fiabilidad y capacidad para discriminar síntomas y posibles casos psiquiátricos. Análisis de datos: se registraron en una hoja de Excel y luego fueron procesados con el software SPSS versión 12.0
Resultados: Se obtienen tablas de porcentajes para las cinco opciones de respuesta en cada ítem. Entre los sujetos que declararon tener "bastante" o "mucho/extremadamente" se pueden destacar los siguientes ítemes: "pensamientos, palabras, o ideas no deseadas que no se van de la mente" (9,4%); "nerviosismo o agitación interior" (18,9%); "pérdida de deseo o placer sexual" (22,9%); "sentirse fácilmente irritado o enfadado" (11,8%); "dolores en parte baja de la espalda" (24,4%); "pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir" (8,9%).
DISCUSIÓN: Hay perturbaciones como la dorsalgia y los trastornos del sueño y del deseo sexual que podrían atribuirse al impacto orgánico del embarazo, aunque también podrían explicarse por las alteraciones cognitivas y emocionales declaradas.
CONCLUSIONES: Es necesario seguir analizando los datos y determinar los perfiles psicológicos que más influyen en las variables expuestas en el objetivo nº 3.

C-130

ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA Y TABAQUISMO FAMILIAR

SANGUINO FABRE, JC; PAREDES ARJONA, A; GARZON MURILLO, C; MARTIN CALVO, P; SÁNCHEZ BLANCO, J y SAGRERA PEREZ, MR.

Centro: UGC DOÑA MERCEDES - DOS HERMANAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: TABAQUISMO LACTANCIA MATERNA
Resumen
OBJETIVO: Analizar la posible asociación entre abandono precoz de la lactancia materna y tabaquismo familiar.
Material y método: Estudio de cohortes. Seguimiento durante 6 meses de recién nacidos, adscritos a nuestro centro, nacidos entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de marzo de 2010. Variables: sexo, tabaquismo familiar, miembro de la familia con el hábito tabáquico, lactancia materna, tiempo de lactancia materna.
Resultados: Seguimiento de 129 niños (53,5% hombres y 46,5% mujeres). Tabaquismo familiar presente en el 47,3%. Miembro de la familia con el hábito tabáquico: exclusivamente el padre en 47,5%, exclusivamente la madre en 16,4%, padre y madre conjuntamente en 31,2%, otros familiares en 4,9%. Tabaquismo del

padre (exclusivo o en conjunción con la madre) en 78,7%. Tabaquismo de la madre (exclusivo o en conjunción con el padre) en 47,6%. Lactancia materna: 77,5% al mes de vida, 65,9% a los 2 meses, 48,8% a los 4 meses, 34,1% a los 6 meses. Tiempo lactancia materna: media de 3,56 meses (SD 2,40) en familias no fumadoras , media de 2,57 meses (SD 2,38) en familias fumadoras, media de 2,24 meses (SD 2,42) si la madre es fumadora. Relación entre tabaquismo familiar y abandono de lactancia materna: un mes RR = 1,58 (IC 95% 0,82 – 3.04), 2º mes RR = 1,61 (IC 95% 0,99 – 2,63), 4º mes RR = 1,51 (IC 95% 1,07 - 2,14), 6º mes RR = 1,25 (IC 95% 0,76 - 1,87). Relación entre tabaquismo exclusivamente en la madre y abandono de lactancia materna: un mes RR = 2,83 (IC 95% 1,27 – 6,34), 2º mes RR = 2,64 (IC 95% 1,50 – 4,66), 4º mes RR = 1,70 (IC 95% 1,036 – 2,79), 6º mes RR = 1,19 (IC 95% 0.76 – 1,87). Relación entre tabaquismo en la madre (exclusiva o en conjunción con padre) y abandono de lactancia materna: un mes RR = 1,95 (IC 95% 0,95 – 4,01), 2º mes RR = 1,95 (IC 95% 1,15 – 3,32), 4º mes RR = 1,67 (IC 95% 1,15 - 2,44), 6º mes RR = 1,29 (IC 95% 0,97 – 1,72).

CONCLUSIONES: La prevalencia de tabaquismo familiar es preocupante (casi la mitad de los niños están expuestos al humo del tabaco en el ambiente familiar). Existe asociación entre la presencia de tabaquismo familiar y el abandono de la lactancia materna a los 4 meses de vida. Si el hábito tabáquico está presente en la madre, hay mayor riesgo de abandono precoz de la lactancia materna (1, 2 y 4 meses). El tiempo medio de lactancia materna es mayor en los niños sin tabaquismo familiar, siendo la diferencia estadísticamente significativa frente a los niños con tabaquismo familiar, sobretodo si la madre es fumadora (sola o conjuntamente con el padre).

C-131

¿HACEMOS ALGO PARA APRENDER DE NUESTROS ERRORES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?

VILAPLANA GARCÍA, AM; MELCÓN DE DIOS, A; DEL NOZAL NALDA, M; BAÑOS ROLDÁN, U; BARROSO GUTIÉRREZ, C y DEL ÁLAMO HERNANDO, I.

Centro: Hospital Virgen Macarena
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Notificación; Incidente; Evento Adverso

Resumen

Objetivos: Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores que se puedan cometer durante la asistencia y evitar así su recurrencia. Por ello, y siguiendo las directrices marcadas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud así como en la Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud, se establece para el Hospital Universitario Virgen Macarena y su Área un sistema de notificación a nivel local con objeto de incorporar a la actividad de los profesionales sanitarios sistemas de registro y de notificación de incidentes y eventos adversos para la mejora de la seguridad de los pacientes.

Material y método: Durante el primer semestre de este año se ha elaborado e implantado un procedimiento para la notificación de incidentes y eventos adversos. El procedimiento elaborado contempla:

- Un sistema de notificación de errores relacionados con la medicación a través de una aplicación on-line, adaptación realizada del sistema de notificación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Su análisis se llevará a cabo por el Grupo de trabajo de Errores de Medicación.
- Un formulario para la notificación de incidentes no relacionados con la medicación. Su análisis se llevará a cabo por un grupo de trabajo identificado al efecto. En los casos notificados, se valorará la posibilidad de realizar un Análisis de Causa Raíz así como la elaboración y difusión de una alerta/ boletín informativo interno.

Resultados: Desde su implantación se han notificado ocho casos de errores de medicación que han sido motivo de análisis por el grupo de trabajo y con la consiguiente elaboración y difusión del primer boletín informativo que contempla recomendaciones para evitar su repetición. También se han notificados dos sucesos centinelas y que a través

del Análisis de Causa Raíz (protocolo de Londres) se ha establecido un plan de mejora específico.
Discusión: El sistema de notificación implantado para el Hospital Universitario Virgen Macarena y su Área nos permite registrar y analizar los incidentes notificados, aprender de nuestra propia experiencia y mejorar, proporcionando atención y cuidados cada vez más seguros a nuestros pacientes.
CONCLUSIONES: El cambio de una cultura punitiva a una cultura de aprendizaje es un proceso de mejora continua que no está exento de limitaciones que exigen actividades de formación continuada y estrategias de retroalimentación que permitan implicar a los profesionales en la cultura de cambio.

C-132

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD A TRAVÉS DEL CUADRO DE MANDO DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD

DEL NOZAL NALDA, M; VILAPLANA GARCÍA, AM y COMISIÓN DE MORTALIDAD , .

Centro: Hospital Virgen Macarena
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Mortalidad; Criterios Rutstein; Cuadro de mando
Resumen
Objetivos:
La Comisión de Mortalidad y Autopsias Clínicas tiene como misión valorar la calidad de la asistencia realizando un análisis de la mortalidad producida en el hospital a través del cual se puedan detectar deficiencias que conduzcan a la implantación de medidas correctoras y a la evaluación de la eficacia de las mismas.
Material y método: El funcionamiento de esta Comisión está regulado por el Plan Funcional de las Comisiones Clínicas y por tanto está sujeta a la definición de objetivos de carácter anual. Como metodología de trabajo, durante al año 2007 se procedió a la elaboración y aprobación de un Cuadro de Mando a partir del cual se efectúan análisis semestrales y anuales. A través de esta herramienta de trabajo, entre otras actividades llevadas a cabo, se realizan análisis de la casuística hospitalaria, mortalidad global, mortalidad específica, y mortalidad evitable según los criterios de Rutstein. Los datos se obtienen a través del Centro Mínimo Básico de Datos (CMBD) del hospital. Para el análisis de la mortalidad específica en el Servicio de Urgencias los datos son recogidos a través de un formulario elaborado al efecto.
Resultados: Disponemos de análisis comparativos de los últimos cuatro años. De los resultados obtenidos destacamos el mantenimiento del porcentaje de mortalidad general y en urgencias; se ha identificado que el grupo de diagnóstico relacionado (GRD) con mayor mortalidad asociada es el 541; y el análisis pormenorizado de la mortalidad específica y evitable. Señalar que en función de las publicaciones relevantes en la materia, como son los indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), se ha ampliado los análisis a realizar como actividad de la Comisión.
Discusión: El seguimiento de un cuadro de mando específico durante los últimos 4 años nos permite identificar y analizar las MIPSE (mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable) como sucesos centinela e identificar las causas de mortalidad más frecuentes.
CONCLUSIONES: Establecer planes de mitigación, para reducir la mortalidad en los casos susceptibles, así como identificar, a través de los estudios de comorbilidad en patologías concretas, aquellos aspectos que puedan ser predictivos de un mayor riesgo de muerte.

C-133

METODOLOGIA PDCA EN EL ESTUDIO DEL TABAQUISMO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 1 MES DE VIDA

PAREDES ARJONA, A; SANGUINO FABRE, JC; MARTIN CALVO, P; GARZON MURILLO, C; SÁNCHEZ BLANCO, J y SAGRERA PEREZ, MR.

Centro: UGC DOÑA MERCEDES - DOS

HERMANAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: TABAQUISMO LACTANCIA MATERNA
Resumen
OBJETIVO: Aplicar la metodología PDCA en la mejora de la seguridad del paciente pediátrico implantando en la Historia de Salud Digital un icono de Exposición al Humo del Tabaco (EHT), que permita estimar la prevalencia del tabaquismo familiar en niños de 1 mes de vida de nuestro centro y su posible influencia en el abandono precoz de la lactancia materna.
Material y método: Metodología PDCA. Estudio transversal de niños de un mes de vida, adscritos a nuestro centro, nacidos entre el 1 de julio de 2009 y el 30 de junio de 2010. Variables: sexo, tabaquismo familiar, miembro de la familia con el hábito tabáquico, lactancia materna.
Resultados: Estudiados 170 niños. En todos los casos se ha investigado la EHT y se ha añadido el icono en los casos positivos. Tabaquismo familiar: presente en 76 niños (44,7%), ausente en 94 niños (55,3%). Miembro de la familia con el hábito tabáquico: Tabaquismo del padre (exclusivo o en conjunción con la madre) en 59 niños (77,6%). Tabaquismo de la madre (exclusivo o en conjunción con el padre) en 35 niños (46%). Lactancia materna al mes de vida: presente en 131 niños (77,06%). Relación entre tabaquismo familiar y lactancia materna al mes de vida: Chi-cuadrado Pearson 0,885 (p 0,347), OR = 1,41 (IC 95% 0,688 - 2,888). Relación entre tabaquismo exclusivamente en la madre y lactancia materna al mes de vida: Chi-cuadrado Pearson 2,796 (p 0,094), OR = 2,819 (IC 95% 0,805 – 9,873). Relación entre tabaquismo en la madre (exclusiva o en conjunción con padre) y lactancia materna al mes de vida: Chi-cuadrado Pearson 2,767 (p 0,096), OR = 2,059 (IC 95% 0,871 – 4,870).
CONCLUSIONES: La prevalencia de tabaquismo familiar es preocupante (casi la mitad de los niños están expuestos al humo del tabaco en el ambiente familiar). En la mayoría de las familias el fumador es el padre y en casi la mitad de las familias es la madre. Aunque hay más niños con presencia de tabaquismo familiar y ausencia de la lactancia materna al mes de vida, la diferencia no es estadísticamente significativa en relación a aquellos que no presentan el hábito tabáquico. Si el hábito tabáquico está presente en la madre, hay mayor probabilidad de que no esté dando el pecho al mes de vida, aunque no es estadísticamente significativo. El icono EHT permite identificar a los niños expuestos para aplicar estrategias activas de apoyo y promoción de la lactancia materna.

C-134

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

VERA CARMONA, MA; GARCÍA ORDOÑEZ, MA; SAAVEDRA SIERRAS, CO; CABELLO ROMERO, FJ y DEL POZO MORENO, C.

Centro: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: INFORMACIÓN-CONTINUIDAD ASISTENCIAL-GESTIÓN DE CUIDADOS
Resumen
Objetivos: Implementación de una consulta de enfermería para, mejorar la calidad asistencial de los cuidados en los pacientes oncológicos garantizando una atención humanizada y continuada , considerando de forma integral sus necesidades físicas, psicológicas y sociales.
MATERIAL Y MÉTODO : Realización de un análisis DAFO , desde la perspectiva que se puedan mostrar los aspectos positivos ,negativos, puntos fuertes y puntos débiles, tanto a nivel interno como a nivel externo al servicio. La priorización de las diferentes oportunidades , amenazas , fortalezas y debilidades para instaurar la consulta de enfermería oncológica, pasamos a enfrentarlas en una matriz DAFO con el fin de saber que tipo de estrategia es la más conveniente para la mejor consecución de los objetivos.
Resultados: Tras el análisis (DAFO) realizado con un grupo de 52 profesionales del equipo multidisciplinar del Área Sanitaria

Norte de Málaga (ASNM) la tasa de respuesta ha sido de un 86,53%.
Del total de estrategias obtenidas: 276 son estrategias defensivas, siendo la más relevante entre las F: Personalización de los cuidados , y las A: Aumento exponencial del paciente oncológico en el ASNM.
199 de reorientación , entre las D más destacables se encuentra: Necesidad de formación específica para los profesionales de enfermería y entre las O:La unidad esta inmersa en el PIOA 310 de supervivencia , de las cuales las D más votadas son:La falta de coordinación interniveles y las A : La crisis económica 518 estrategias ofensivas O:El aumento de satisfacción del usuario y F:Las enfermería del HDM forma un equipo cohesionado y apoyan la estrategia y están convencidos de la necesidad de la misma.
DISCUSIÓN La implementación de la consulta de enfermería constituirá una excelente oportunidad para ofrecer una verdadera asistencia integral y continuada y también es el marco idóneo dentro de la gestión de casos , entendido este como un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela porque el paciente / familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos. CONCLUSIÓN Según la metodología anterior esta unidad se encuentra con posibilidades de éxito en el establecimiento de una consulta de enfermería para la gestión de cuidados oncológicos. Debemos adoptar una estrategia ofensiva y de crecimiento , teniendo en cuenta la existencia de amenazas externas por lo que tendremos que fortalecer nuestros puntos fuertes antes de implementar el proyecto, contando y potenciando nuestras fortalezas.

C-135

MODELO PREDICTIVO DE REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO GRAN POLIMEDICADO.

GARCÍA Ordóñez, MA; Galán Retamal, C; Ruíz Serrato, A; Fernández Espinola, S; Garrido Fernández, R y Padilla Marín, V.

Centro: HOSPITAL DE ANTEQUERA. ÁREA SANITARIA NORTE DE MALAGA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Anciano. Polimedicación. Evento adverso medicamento.
Resumen
Objetivos. Identificar factores asociados a eventos adversos debidos a la medicación (EAM) en población anciana polimedicada.
Material y Método. Inclusión: pacientes grandes polimedicados (10 ó más fármacos, durante más de 1 mes) y de edad mayor de 65 años hospitalizados en Medicina Interna durante 2009.
Se recopiló datos de valoración funcional (ABVD:Barthel; AIVD:Lawton) y comorbilidad (índice de Charlson y CIRS - Cumullative Index Rating Scale-). La medicacion se obtuvó por entrevista al paciente-
cuidador y confrontada con DIRAYA. Se determinaron errores en la conciliación terapéutica al ingreso hospitalario. Se buscaron interacciones clínicamente relevantes (ICR) mediante un sistema de asistencia informatizado. La adecuación de prescripción se realizó mediante criterios definidos (Beers, STOPP-START, escala de riesgo anticolinergico). Por análisis multivariante se identificaron factores asociados a EAM, construyéndose un modelo predictivo y determinando su sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).
Resultados. Se incluyeron 240 pacientes, mujeres el 61,7%. Edad media de 78,5±7,1 años (48,3% >80 años). El 76,7% (184 pacientes) fueron clasificados como pluripatológicos. El 55% tenía dependencia funcional (Barthel < 60) y el 35,8% una alta comorbilidad. La media de fármacos prescritos fue 12,2±2,4 (rango: 10-21). Los fármacos con acción cardiovascular (93,3%) y con acción antiagregante o hipocoagulante (85%) fueron los más frecuentemente prescritos. Se detectaron 68 pacientes (28,3%) con ICR en sus esquemas terapéuticos (10 de ellos con más de una interacción). Se detectaron 44 (18,3%) EAM, de los que 24 (10%) fueron posibles y 20 (8,3%) fueron causa de la hospitalización.

Los factores asociados a EAM fueron: Barthel<60 (OR:6,9; IC95%:2,6-18,5) y pluripatología (OR:5,3; IC95%:1,2-23,3). El modelo predictivo que contenía estos dos factores rindió una S:89% y VPN:96%. Discusión. Frecuencia superior de EAM determinante de hospitalización detectada. No asociación entre EAM y número de fármacos. Mayor tasa de RAM que condiciona hospitalización en un subgrupo de pacientes ancianos más frágiles, con mayor comorbilidad y dependencia funcional.
CONCLUSIONES . Los ancianos polimedicados presentan con alta frecuencia EAM que condiciona hospitalización, sobre todo en aquellos más frágiles con gran carga de enfermedad y dependencia. Son necesarios programas de intervención, en cuanto a adecuación y conciliación terapéutica, que sean efectivos en resultados en salud.

C-136

EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: CREANDO CULTURA EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

de la Rubia de Gracia, M; Torres Moreno, S; Bayona Garcia, M; Ortega Tudela, G; Salcedo Gomez, A y Paez Valle, R.

Centro: Centro de Salud Los Boliches
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Cultura Notificación Atención Primaria
Resumen
OBJETIVO: Desde Julio 2010, en las UGC de Fuengirola se ha protocolizado un sistema de notificación de Eventos Adversos cuyo objetivo será crear una mayor conciencia y cultura en el equipo sobre la importancia de la seguridad del paciente, y estamos seguros que ello va a representar una experiencia pionera en seguridad en atención primaria.
Material y metodo: En nuestro Centro se a implicado activamente a todos los profesionales en el proceso que a continuación describimos:
Aprovechando el sistema de notificación de eventos adversos del Distrito (hoja de notificación de eventos adversos), a disposición de todos los profesionales, se a creado un circuito para el analisis y creación de mecanismos que impidan la producción de E. A. (evento adverso). Cualquier profesional que descubra un probable E.A. o sea participe directa o indiretamente del mismo, se pondra en contacto con la Dirección del Centro, Jefa de la UAC si es un Administrativo, con la Coordinadora de cuidados si es Enfermero o Auxiliar o el Director si es Médico, o cualquiera de ellos en ausencia de los demás. La función de la Dirección será poner medidas urgentes para evitar o minimizar daños y asegurarse la recogida de datos sobre el E.A. o "casi ocurre" en la hoja de notificación.
Estos datos se analizarán mensualmente en las reuniones con el equipo, analizanzo las causas y aportando medidas permanentes y cambio en los protocolos, creando una conciencia de seguridad y procesos seguros donde todos participan con su experiencia.
Las medidas tomadas quedarán por escrito y reflejadas en las actas. La Dirección se encargará del cumplimiento y seguimiento y evaluación de estas medidas.
Resultado y Discusión: Gracias a este proceso, no sólo se ha creado una cultura en Seguridad, sino que hemos creado multiples barreras que impiden la aparición de E.A. revisando antiguos protocolos, actualizandolos en función de la experiencia de los profesionales y las necesidades del Centro, incluso haciendo participes a los usuarios a traves de la comisión de participación ciudadana.
CONCLUSIONES: Como resultado tenemos la creación de procesos seguros donde los profesionales no son culpables, sino parte de un sistema susceptible de errores.
Además se comunicará a la comisión de Seguridad del Distrito los datos registrados y lo implementado en materia de Seguridad a traves de este proceso que es dinamico, sencillo y en continua mejora de las barreras de evitación de E.A, siendo lo más importante la participación activa de los profesionales.

C-137

"SITUACIÓN ACTUAL DE LOS HOSPITALES DE DÍA ONCOLÓGICOS DE CARÁCTER PÚBLICO EN ANDALUCIA"

RUBIO BARRANCO, AR; ALONSO REDONDO, EA; CANTIZANO GARCÍA, PC; JIMENEZ PEREZ, IJ y ENFERMEROS COMISION CUIDADOS PIOA, *.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar **Área:** SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: HOSPITAL DIA ONCOLOGIA SEGURIDAD GESTION RECURSOS
Resumen
Objetivos: Conocer la situación actual de los Hospitales de DIA Oncológicos (HDO) en Andalucía, dedicada al cuidado de los pacientes oncológicos, en cuanto a su organización y gestión de forma que sirva para identificar puntos de mejora proporcionando una información útil para la toma de decisiones y optimización de recursos.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal retrospectivo 2009 mediante elaboración y cumplimentación de un cuestionario entre los meses de abril a octubre por enfermeros que asisten a las reuniones de la "Comisión de Cuidados y Seguridad del PIOA" (21 hospitales).Se analizan los iguientes estándares:
-Evaluación Procedimientos:metodología y estructura
-Sala de Espera:Evaluación, áreas de mejora
-Seguridad: plan de seguridad, evaluación.
-Ejemplos de Buenas Prácticas Clínicas (Personalización de los cuidados, asignación enfermera paciente, continuidad de cuidados).
-Indicadores básicos de Calidad (Ratio, demoras, analíticas)
-Puntos críticos.
Resultados: Contestaron al cuestionario 15 HDO (71,42%).Evaluación de procedimientos (100%) tienen implantados (Plan de acogida). Para análisis de las salas de espera 9 (60%) según recomendaciones del PIOA y 6 (40%) no. Procedimientos de seguridad 7(46,66) tienen implantado, frente a 8 (53,33%). Ejemplos de buenas prácticas 3(14,28%) aplicaban recomendado por el PIOA. Retrasos en los tratamientos elevados, mayoritariamente entre 30-40% de los casos siendo las causas principales la falta de sillones o camas, retraso en la visita con el oncólogo y la no disponibilidad de los análisis a tiempo.
Discusión: Esta estructura ha demostrado sus beneficios clínicos yrentabilidad social, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo los costes económicos propios de la estancia hospitalaria tradicional. Se han ido desarrollando modalidades diferentes de cuidados de los pacientes oncológicos en los HD en función de la demanda asistencial y recursos existentes en cada hospital.
CONCLUSIONES: Las ratios de pacientes atendidos por sillón y por DUE son puntos de mejora dada la percepción del personal, de sobrecarga asistencial existente. Dotar de mayor número de sillones, optimizar el tiempo de visita con el oncólogo y agilizar la comunicación con el servicio de análisis repercutiría en una disminución de los retrasos en la administración y, por tanto, en el tiempo de espera del paciente. Si bien los espacios fueron considerados insuficientes, las condiciones generales de habitabilidad eran percibidas como confortables.

C-138

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN DE SOBREDOSIFICACIÓN DETECTADOS EN LA VALIDACIÓN DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS.

MOLINA CUADRADO, E.; PEÑA POU, R.; CIFUENTES CABELLO, S.; SÁNCHEZ ARCOS, A.; FERNANDEZ ÁVILA, J. y TARIN REMOHÍ, MJ.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: PRM, VALIDACION, SOBREDOSIFICACION
Resumen
Objetivos: Analizar los problemas relacionados con la medicación (PRM) de sobredosificación detectados en un hospital de 2º nivel, a través de validación de las prescripciones describiendo: grupos y principios activos

más implicados, tipo de intervención farmacéutica (IF), y relevancia de las intervenciones.
Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de Julio 2009 a Julio 2010. Se recogieron: los PRM de sobredosificación detectados mediante la validación, medicamentos, IF y relevancia de acuerdo a la tipificación de Climente Martí M.
Resultados: Se detectaron 156 PRM de los cuales 154 fueron por dosis excesiva, 1 duración inadecuada, 1 velocidad de administración inadecuada y 1 por errores en las conversiones de vía. En cuanto a los fármacos más implicados fueron: 1º los fármacos del sistema cardiovascular (C) 25% destacando la digoxina (11 intervenciones), 2º los antiinfecciosos (J) 24,3% sobresaliendo aminoglucósidos (12) y vancomicina (4), en 3º lugar los fármacos del sistema nervioso (N) 14,1% resaltando el metamizol (5) y el paracetamol (3). En cuanto a las IF realizadas en el 87,2% de los casos se recomendó bajar la dosis y en un 12,8% suspender el tratamiento. 40 de los PRM podrían haber causado un daño reversible con necesidad de tratamiento adicional y aumento de la estancia (25,6%). Dentro de estos el 25% fue debido a aminoglucosidos, 12,5% a digoxina , un 10% a terapia antineoplásica y un 7,5% a soluciones con potasio.
CONCLUSIONES: Los grupos de fármacos donde más PRM se han detectado son los del sistema cardiovascular, fundamentalmente debido a la digoxina, y los antiinfecciosos, por sobredosificaciones de aminoglucósidos y vancomicina. Del total de PRM detectados prácticamente una cuarta parte podrían haber requerido tratamiento adicional o un aumento de estancia hospitalaria debiéndose nuevamente esto a los aminoglucósidos y digoxina. Es por ello importante a la hora de realizar la validación farmacéutica, hacer un seguimiento más exhaustivo de las dosificaciones de estos grupos de fármacos con el fin de aumentar la seguridad del tratamiento de los pacientes.

C-139

METODOLOGIA PDCA EN EL ESTUDIO DEL TABAQUISMO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN ASMA INFANTIL

SANGUINO FABRE, JC; PAREDES ARJONA, A; MARTIN CALVO, P; GARZON MURILLO, C; SÁNCHEZ BLANCO, J y SAGRERA PEREZ, MR.

Centro: UGC DOÑA MERCEDES - DOS HERMANAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: EXPOSICION HUMO TABACO ASMA INFANTIL
Resumen
OBJETIVO: Aplicar la metodología PDCA en la mejora de la seguridad del paciente pediátrico implantando en la Historia de Salud Digital un icono de Exposición al Humo del Tabaco (EHT), que permita estimar la prevalencia del tabaquismo familiar en niños asmáticos de nuestro centro y su posible influencia en el tipo de asma.
Material y método: Metodología PDCA. Estudio transversal de todos los niños asmáticos, adscritos al programa de asma infantil con fecha 1 de julio de 2010. Variables: sexo, edad, tabaquismo familiar, miembro de la familia con el hábito tabáquico, tipo de asma.
Resultados: Estudiados 330 niños (63,6% hombre y 36,3% mujeres). Se ha investigado la EHT y se ha añadido el icono en los casos positivos. Tabaquismo familiar: presente en 118 niños (35,8%), ausente en 108 niños (32,7%), desconocido en 104 niños (31,5%). Miembro de la familia con el hábito tabáquico: Tabaquismo del padre (exclusivo o en conjunción con la madre) en 88 niños (74,6%). Tabaquismo de la madre (exclusivo o en conjunción con el padre) en 75 niños (63,6%). Asma episódico ocasional (AEO): 84 niños con EHT negativo (34,3%), 82 niños con EHT positivo (33,5%) y 79 niños con EHT desconocido (32,2%); Asma episódico frecuente (AEF): 8 niños con EHT negativo (47,1%), 7 niños con EHT positivo (41,2%) y 2 niños con EHT desconocido (11,8%); Asma persistente moderado (APM): 16 niños con EHT negativo (23,5%), 29 niños con EHT positivo (42,6%) y 23 niños con

EHT desconocido (33,8%). Relación entre tabaquismo familiar y tipo de asma: AEO Chi-cuadrado Pearson p0,16; AEF Chi-cuadrado Pearson p0,66; APM Chi-cuadrado Pearson p0,053, OR 1,94 (IC 95% 0,99 – 3,82).
CONCLUSIONES: La EHT en niños con AEF y APM es preocupante. El número de niños asmáticos en el que se desconoce la EHT es preocupante (un tercio de los niños). En la mayoría de los niños con EHT el fumador es el padre y en dos tercios de las familias es la madre. Aunque hay más niños con presencia de tabaquismo familiar y APM, la diferencia no es estadísticamente significativa en relación a aquellos que no presentan el hábito tabáquico. El icono EHT permite identificar a los niños expuestos para aplicar estrategias activas prevención y evitación de los efectos nocivos de la EHT.

C-140

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LAS INDICACIONES DE LA OMS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL HARE DE ALCAUDETE

BALLESTEROS GARCÍA, L; MUÑOZ SEGURA, C y SARMIENTO , T.

Centro: Hospital Alto guadalquivir
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ADHERENCIA, HIGIENE DE MANOS, EVALUACIÓN
Resumen
INTRODUCIÓN: La monitorización del cumplimiento de las recomendaciones sobre la higiene de manos basadas en las propuestas de la sistematización de los cinco momentos de la OMS en la atención al paciente ha supuesto el adiestramiento y la formación específica de profesionales sanitarios ubicados en las zonas de atención a evaluar y adiestrados en las indicaciones para poder observar oportunidades y evaluar la realización o no de la acción. Para ello se han utilizado las plantillas propuestas por la OMS para la recogida de los datos y una metodología conjuntan y bien definida de observación para poder comparar sus resultados en todos las áreas evaluadas.
Material y métodos: Hemos realizado un total de 227 observaciones.
El nº total de sesiones realizadas en la evaluación del grado de adherencia a la práctica de la higiene de manos ha sido de 25, de 20 minutos de duración media por sesión. En ellas se han evaluado 43 profesionales suponiendo una muestra del 53 % del total de la plantilla.
Resultados: Por categorías profesionales han participado 11 enfermeros, 11 A. enfermería, FEA 10 , celadores 6, Rx 3 y 2 TEL. Por Área de trabajo se realiza observación en el 100% de las áreas (CCEE/urgencias, Hospitalización/ quirófano,/endoscopias).
El indicador de cumplimiento general en el centro ha sido: 44,23%. Por categorías, destaca el cumplimiento de enfermería con un 56,1%, por encima de la media de cumplimiento. y aparecen áreas como laboratorio y radiodiagnóstico con cifras por debajo de la media de cumplimiento.
DISCUSIÓN: Se observa que áreas como CCEE, Radiodiagnóstico y Laboratorio tiene un grado de cumplimiento inferior a áreas relacionadas con pacientes más graves y con mayor probabilidad de encame.
CONCLUSIONES: El nivel de adherencia observado es alto con relación a lo descrito en la bibliografía, sin embargo coincide con el alcanzado por otros centros sanitarios cuando se aborda un plan de higiene de manos global. Sin embargo, al analizar por áreas y categorías si aparecen diferencias en el grado de adherencia según la t**area** corresponda a atención directa o no a pacientes y también con relación al perfil de paciente atendido.

C-141

DECLARA SIN MIEDO, MEJORA CON SATISFACCIÓN

HERRERIAS NAVARRO, MI; MOLES GONZALEZ, JJ; MARIN TRILLO, PJ; NAVARRO MONZON, MA y GÓMEZ DIAZ-CANO, P.

Centro: Área: DE GESTION SANITARIA NORTE DE ALMERIA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Palabras clave: Cultura de seguridad, anónima
Resumen 1.
Introducción: La Consejería de Salud, a través del proyecto "La Estrategia de Seguridad de Paciente" (ESP) implica dos elementos claves para reducir los Eventos Adversos (EA) que aparecen en nuestro Sistema Sanitario, la incorporación del paciente como parte activa de su propio proceso y la implicación real de todos los componentes que intervienen en la prestación de esa atención. La ESP se viene desarrollando en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (AGSNA) desde el año 2007, adaptando los objetivos y las líneas de acción a desarrollar utilizando como base dicho documento
2.- **OBJETIVOS.** Crear una cultura de seguridad
Dirigir y apoyar a los profesionales
Gestión adecuada de riesgos
Promover y facilitar la notificación
Conocer y analizar los incidentes
Implantar soluciones para prevenir daños
Implicar e informar al paciente
3.- **MATERIAL Y MÉTODOLOGÍA**
Existe un modelo de registro de comunicación de EA en la intranet del AGSNA.
La dirección recibe y valora las propuestas de mejora que se han descrito, aportando los medios necesarios
Perido Enero Agosto de 2010.
4.- **RESULTADOS.** Se han notificado 76 EA:
Un 50 % corresponden a la UGC M.I.
Un 16 % a la UGC de SCCUH
20 comunicaciones están relacionadas con los sitemas de identificación
10 con Úlceras por Presión producidas durante el ingreso
8 relacionadas con infección nosocomial
No se ha producido daño para el paciente en 29 casos, en 25 el daño ha sido leve, 21 moderado, en 2 casos grave, y ninguna muerte
Los factores contribuyentes están relacionados con el personal en el 60 % de los casos, en 24 % con factores organizativos delo Servicio y un 14 % factores relacionados con el paciente
En cuanto a las medidas de mejora, el 44 % hacen referencia al seguimiento del protocolo de actuación o seguimiento de prácticas de Guía Clínica
En el 17 % de los casos son consecuencia de una mala identificación del paciente
El 7% en adecuación del equipamiento
5.- **DISCUSIÓN:** La notificación de EA ha tenido una buena acogida por los profesionales del AGS, no es punitiva
Cada uno de los apartados que incluye la comunicación tiene un menú orientativo para la cumplimentación de la notificación
6.-**CONCLUSIONES:**
Notificación es anónima
Objetivo de las UGC
Herramienta de mejora en las actuaciones de la práctica asistencial
Analizar un EA por los profesionales donde se produce este, supone un avance en la cultura de seguridad de nuestra AGS
DECLARAR SIN MIEDO MEJORA LA SATISFACCIÓN de los profesionales de nuestra Área

C-142

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

RODRÍGUEZ RUIZ, HJ; SÁNCHEZ ALMAGRO, CP; PECULO CARRASCO, JA; RAVIRA LOMEÑA, S; GARCÍA CAZALILLA, MC y GÓMEZ CANO, JA.

Centro: EPES-061
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: RECOMENDACIONES-SEGURIDAD-EXTRAHOSPITALARIA-
Resumen
OBJETIVO GENERAL • Elaborar recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, para mejorar la efectividad de las intervenciones relacionadas con la seguridad clínica del paciente, en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, reduciendo los riesgos de eventos adversos, o mejorando la seguridad percibida.
Específicos
• Enunciar una serie de recomendaciones en las distintas fases

del proceso asistencial.
• Disminuir la variabilidad de la práctica clínica y la incertidumbre en la toma de decisiones mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y en la experiencia clínica.
METODOLOGÍA Estudio secundario de síntesis, de creación de guía de práctica clínica, basada en la revisión sistemática de la literatura científica y en consenso de juicio de expertos.
Criterios de inclusión basados en el Tipo de pacientes, Tipos de intervenciones, Tipos de resultados y Tipos de estudio. Estarán incluidos estudios en los siguientes idiomas: castellano, inglés, francés, alemán, italiano y portugués. Se definen fuentes primarias, secundarias y literatura gris. Para medir el nivel de la evidencia acerca de cada una de las cuestiones se realizará una clasificación en base a dos aspectos fundamentales: Tipo de estudio y Calidad Metodológica Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizará el sistema del GRADE Working Group. En los casos donde se encuentren diferencias al determinar el nivel de evidencia de la recomendación se utilizará el consenso formal.
RESULTADOS. En la búsqueda de literatura científica los resultados fueron los siguientes:
Fuentes primarias: 0 artículos
Fuentes secundarias: 247 artículos
Literatura gris: 12 artículos
Mediante un proceso de criba, descartándose el material no relevante, fueron seleccionados 117.
Realizamos una evaluación crítica, de forma independiente por dos miembros del grupo. Para disminuir la variabilidad se utilizaron plantillas en castellano desarrolladas por CASPe.
Por ultimo, se formularon 62 recomendaciones clasificadas utilizando el sistema GRADES Working Group en: 56 Fuertes 6 Débiles
CONCLUSIONES. Con este estudio hemos podido elaborar una Guía de Practica Clínica sobre la Seguridad del Paciente. Las recomendaciones formuladas están agrupadas en seis capítulos:
1. IDENTIFICACION DE PACIENTES
2. CONTROL DE INFECCIONES
3. ORDENES VERBALES
4. ADMINISTRACION DE MEDICACION 5. PREVENCION DE CAIDAS Y LESIONES
6. TRANSFERENCIA-COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES

C-144

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ACTIVIDAD DEL QUIRÓFANO DE BRAQUITERAPIA EN EL HUPM DE CÁDIZ.

POLANCO MUÑOZ, L; DE LAS PEÑAS CABRERA, MD; DÍAZ GÓMEZ, L; GONZÁLEZ CALVO, E; MUNIVE ÁLVAREZ, E y ALONSO REDONDO, E.

Centro: HOSPITAL PUERTA DEL MAR
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD CÁNCER BRAQUITERAPIA
Resumen
Objetivos: La braquiterapia es un proceso de administración de radiaciones ionizantes, para el tratamiento de tumores localizados. Estas radiaciones provienen de una fuente de radiación que se sitúa directamente dentro o en la proximidad de un tumor, braquiterapia intersticial a través de unos vectores (tubos huecos) o aprovechando una cavidad natural, intracavitaria (vagina, esófago, bronquio, etc). En ocasiones, es un proceso quirúrgico, que necesita de inserción de vectores plásticos o una sonda intracavitaria, con una sedación anestésica y/o anestesia local. La intención del tratamiento puede ser complementaria a la cirugía, radical o paliativa. OBJETIVO: Evaluar los indicadores básicos de seguridad del paciente en el Radioquirófano.
MATERIAL Y MÉTODO: Período de estudio: un año desde mayo de 2009. Tamaño muestral: 87 implantes. Sedación anestésica: 49.42% (43/87), (mama 38 y 5 útero-vaginales). Patologías: Ginecológicas: 49.42%, (vaginales 88.37% y úterovaginales: 11.6%). Mamarias: 38 (43.67%). Bronquios 3.44% (sedación con midazolam); nasofaringe 1 (1.14%); esófago 2 (2.28%). Los Indicadores de seguridad evaluados: Presencia de CQ1 modelo Hospitalización hasta octubre de 2009 y CQ2 propiamente de quirófano:

Alergias, profilaxis antibiótica, etiquetas. Presencia del check-list específico.
Resultados: Hoja de Hospitalización: Sólo en braquiterapia mamaria por la existencia de una vía clínica en 2 momentos: Circuito Quirúrgico en planta: sólo UCPM 25, el 28.73% (25/87). Circuito quirúrgico en Quirófano: 80 (91.95%). Ginecológicas: 80.85%, 47.5% del total; Útero-vaginales: 100% (5/5) 6.25% del total; Mama: 94.73%. Modelo CQ1: Alergias 46.8%, etiquetas 75.6%. Profilaxis antibiótica: en el 100% úterovaginal y BM en el 83.33% (30/36), total: 40.22%, (35/87). Presencia de check-list: 34 de 87, (39.08%). Ginecológicas: 19.54% (17/87) 50% (17/34). Mamas: 17.24% (15/87), 44.11% (15/34). Bronquios: 5.88% (2/34). Ningún CQ ni checklist en esófago.
CONCLUSIONES: Áreas de mejora propuestas: Vía clínica de braquiterapia por localizaciones; implantar el Check-list específico; cumplimentación adecuada del CQ2; incluir el listado de verificación quirúrgica para CMA en el radioquirófano en sedaciones y mantener estrategias de higiene de manos en todas las etapas clínicas del proceso de braquiterapia.

C-145

OPTIMIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL RADIOQUIRÓFANO EN EL PROCESO DE BRAQUITERAPIA MAMARIA.

DE LAS PEÑAS CABRERA, MD; POLANCO MUÑOZ, L; DÍAZ GÓMEZ, L; VILLANEGO BELTRÁN, I; DÍAZ DÍAZ, V y ALONSO REDONDO, E.

Centro: HOSPITAL PUERTA DEL MAR
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD CÁNCER DE MAMA BRAQUITERAPIA

Resumen
Objetivos: La braquiterapia mamaria (BM) con multicatéteres plásticos tras cirugía conservadora del cáncer de mama es un proceso quirúrgico, con sedación anestésica en asepsia. Se auditaron los indicadores básicos de seguridad de pacientes hasta mayo del 2009, dpv médico previo al implante, así como enfermero, mediante la cumplimentación del Circuito Quirúrgico vigente (Comunicación oral SECA&SADECA 2009). La mayoría de los indicadores no alcanzaban el 55% de media. Se diseñan como Áreas de Mejora: implementar una vía clínica y un check-list. El OBJETIVO de este estudio es auditar las áreas de mejora comparando con los resultados previos.
Material y método: Evaluamos indicadores de seguridad en 74 pacientes sometidas a BM, comparando resultados de los 36 implantes de 2009 vs los 38 en 2010. Previo al implante, se realiza dpv médico: el preimplante con confirmación de la mama afecta y dibujo del lecho a tratar, presencia del VºBº de anestesia y del CI de BM e identificación del paciente mediante pulsera identificativa. (Ítems similares en ambas auditorias). Dpv enfermero: tras el diseño de vía clínica, existen dos momentos diferenciados, CQ de Hospitalización y CQ de quirófano.
Resultados: Dpv médico: en el 100%, tanto en 2009 y 2010. Vía clínica: En 2009: presencia de al menos una hoja de Circuito quirúrgico: 91,7% (33/36). 2010: Hospitalización de UCPM, está presente en el 65, 78% de los implantes (25/38), inicio de la vía clínica. En RDT en total, 94.73 % (36/38) con mejoría significativa ($p= 0.04$). Alergias: 45.5% vs 88% ($p=0.001$); premedicación anestésica: 30,3% vs 92% ($p<0.0001$); etiquetas identificativas: 75,8% vs 100% ($p=0.007$); CI de anestesia: 63,6% vs 88% ($p= 0.036$) y profilaxis antibiótica: 42,9% vs 83.33% ($p<0.0001$) han mejorado de forma significativa. CI de BM: 66,7% vs 84% ($p=0.11$). Vía clínica completa: en el 63.2% (24/38). Presencia de check-list: En 15 implantes de 38 (39.47%).
Discusión: La vía clínica se ha implementado de forma correcta en el 63.2%. Se ha mejorado el registro en el Radioquirófano de un 91.7% al 94.73% con SE. Todos los indicadores de seguridad se han mejorado con significación estadística, menos presencia de CI de BM. El check-list sólo está presente en el 39.47%.
CONCLUSIONES: Tenemos que mejorar la implantación de la vía clínica y del check-list mediante cursos de formación para generalizar su uso y optimizar la seguridad del paciente.

C-146

PLAN DE FORMACIÓN ESPECÍFICO SOBRE HIGIENE DE LAS MANOS EN EPHAG-JAEN

Ballesteros GARCÍA, I; MOLINA SÁNCHEZ, I; MUÑOZ SEGURA, C; SÁNCHEZ FLORO, A y TORNERO LOPEZ, MC.

Centro: Hospital Alto guadalquivir
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: FORMACIÓN, HIGIENE DE MANOS, PLAN

Resumen
INTRODUCIÓN: El plan de formación para la higiene de las manos se compone de una serie de actividades formativas cuyos fines y propósitos específicos son la adquisición de conocimientos y habilidades del personal asistencial en una correcta técnica de higiene de manos, indicaciones de la técnica en la atención e impacto en disminución de la infección asociada a la atención sanitaria.
Material y métodos: Se identificar las siguientes etapas: 1. Determinación de las necesidades .
Formación Básica: Cubre las necesidades formativas esenciales mínimas de un trabajador sanitario con actividad asistencial que acaba de incorporarse a la organización. Formación Avanzada: Cubre las necesidades formativas mínimas de un trabajador sanitario de plantilla en el hospital con actividad asistencial.
Formación en profundidad para la evaluación de un programa sobre higiene de manos: Cubre las necesidades formativas mínimas de un evaluador (trabajador sanitario asignado a un área específica que evalua a sus propios compañeros). Formación continuada en el lugar de trabajo: taller fundamentalmente práctico de 30 minutos de duración.
Formación específica para acreditación de profesionales: forma parte de un plan de formación para este fin. 2. Diseño. 3. Implementación. 4. Evaluación de resultados. 5. Auditoría externa.
Resultados: Formación básica: Periodicidad Anual. No acreditado. Taller teórico
Formación avanzada: Acreditado. Anual. Duración de una hora. Taller teorico-práctico.
Formación en profundidad para la evaluación de un programa sobre higiene de manos Acreditado. Necesidad puntual. Duración 5 horas teóricas, 5 horas de práctica. taller fundamentalmente práctico de 30 minutos de duración. No acreditado. Anual.
Formación continuada en el lugar de trabajo taller fundamentalmente práctico de 30 minutos de duración. No acreditado. Anual.
Formación específica para acreditación de profesionales. Anual. Acreditado: 1 hora.
DISCUSIÓN: El diseño de un plan específico para la higiene de las manos permite conocer las necesidades de la formación, los profesionales a los que debe ir dirigido, la adecuación de contenidos según el momento profesional y el seguimiento de la transferencia de contenidos para garantizar la adherencia a la práctica habitual para la atención de los pacientes.
CONCLUSIONES: La coordinación y asesoría con la Unidad de formación ha permitido llevar a cabo este plan con el consiguiente grado de cumplimiento en cada una de sus etapas.

C-147

CONTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA AL USO RACIONAL DE PEGFILGASTRIM (CSFS) EN ONCOLOGIA

MORENO DIAZ, T.; ALFEREZ GARCÍA, I.; MILLÁN GRACÍA, R. y HORNO UREÑA, F..

Centro: C.H. CIUDAD DE JAEN
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: PEGFILGASTRIM, QUIMIOTERAPIA, SEGURIDAD DEL PACIENTE

Resumen
Objetivos: El pegfilgastrim es un derivado pegilado de filgastrim, lo que le confiere una mayor duración de acción, eficacia similar a filgastrim y mayor comodidad de empleo

pero con un coste significativamente mayor. Sus indicaciones autorizadas incluyen la reducción de la duración de la neutropenia y de la incidencia de neutropenia febril en pacientes tratados con quimioterapia citotóxica por tumores malignos excepto leucemia mieloide crónica y síndrome mielodisplásico.
Los objetivos del estdio son:1. Recoger las indicaciones del pegfilgastrim en los pacientes de Oncología: tipo de neoplasias, duración y dosis. 2. Verificar si la utilización de con pegfilgastrim sigue las recomendaciones de la ASCO en cuanto a indicaciones, duración y dosis. 3. Conocer el consumo en unidades y coste en el trimestre estudiado.
Material y método: Estudio observacional retrospectivo de tres meses de duración. Los datos de los pacientes tratados con pegfilgastrim se obtuvieron del programa informático de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia y, los ciclos de tratamientos antineoplásicos del registros informático del programa OncoWin.
Resultados: El número de pacientes estudiados fue de 73 (35 mujeres y 38 hombres). De los cuales un 22% de ellos, estaban diagnosticados de carcinoma de mama, le siguen en porcentaje el carcinoma de pulmón (21%), carcinoma colorrectal (15%), sarcoma (19%) y otros (carcinoma de cervix, de ovario, de endometrio……(23%). En un 95% de los esquemas de quimioterapia se siguen las recomendaciones de la Sociedad Americana de Oncología Clínica en lo que respecta a indicaciones, duración y dosis de pegfilfgastrim. En cuanto a los regímenes antineoplásicos, el 99,9% de los tratamientos incluyen los ciclos citostáticos considerados de alto riesgo para el desarrrollo de neutropenia febril. Los citostáticos más prescritos han sido de la familia de los Taxanos (45% de los regímenes QT). Durante los tres meses estudiados se han consumido 275 unidades de Neulasta 6mg jeringa 0,6 mL con un importe total de 169.362 euros.
CONCLUSIONES: En los pacientes donde se ha prescrito Pegfilgastrim el 99,9% de los regímenes quimioterapicos incluyen en sus esquemas terapéuticos citostáticos considerados de alto riesgo de desarrollo de neutropenia febril. El consumo de Pegfilgastrim en tres meses fue de 275 unidades con un importe total de 169.362 euros.

C-148

¿CÓMO EVALUAR LA ADHERENCIA DE LA HIGIENE DE MANOS MULTICENTRO?

Ballesteros GARCÍA, I; Castro Ortega, JM; Lopez Solier, J; oliveros , R y Casado , F.

Centro: Hospital Alto guadalquivir
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: evaluación, higiene de manos
Resumen
INTRODUCIÓN: Abordar la evaluación simultánea en varios centros de atención es una dificultad que requiere de la planificación cuidadosa y de la coordinación de diferentes áreas. En la EPHAG-Jaén se plantea abordar la evaluación inicial para conocer el grado de adherencia a la higiene de las manos de manera simultánea en los tres centros dependientes de la EPHAG en Jaen: HAG, HARE Sierra de Segura y HARE de Alcaudete. Se siguen las recomendaciones de la OMS para abordar esta acción.
Material y métodos:
1º Sensibilización e implicación de las direcciones asistenciales.
2º planificación de formación específica para evaluadores (enfermería de cada área que será evaluada) acreditada.
3º Creación de una base de datos específica basada en las variables necesarias para la evaluación con acceso restringido de todos los evaluadores de los tres centros hospitalarios.
4º diseño de una metodología para la evaluación.
Resultados: 1º Desde la dirección de enfermería se eligen los evaluadores que realizaran su tarea fuera de horario laboral pertenecientes a las áreas de hospitalización, CCEE, U. Especial/urgencias, quirófano. Se introducen en los objetivos de todo el personal de enfermería la realización de formación acreditada.

2ºSe realiza un curso teorico práctico de 10 horas para adquirí conocimientos y en la higiene de manos y habilidades en el manejo de la herramienta informática.
3º Base de datos en Acces con código restringido aevaluadores.
4º se han realizado un total de 200 oportunidades por cada observador (8 observadores para los tres centros) para evitar la variabilidad que puede surgir si se disminuye el nº de oportunidades observadas.
DISCUSIÓN: El trabajo en red con una base de datos única siguiendo estrictamente las recomendaciones de la OMS nos ha permitido realizar una evaluación simultánea pudiendo rentabilizar tiempo y recursos.
CONCLUSIONES: La planificación y coordinación de diferentes áreas, así como la implicación de las direcciones asistenciales en el abordaje de la evaluación de la adherencia a la higiene de las manos permite obtener resultados creíbles y aceptados por todos los implicados lo que permite abordar las áreas de mejoran que surjan de la evaluación con mayor grado de realidad.

C-149

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO DE LA O.M.S. EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR.

Utor Fernández , DA; Monroy Morcillo, A; Pernia Romero, A; Vela Panes, T; Rodríguez Sánchez, M y Jiménez Pérez, I.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Listado Verificación Quirúrgica Seguridad Checklist
Resumen
OBJETIVOS. Formar a los profesionales sanitarios del área quirúrgica en la utilización del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVQ); implantar la utilización del LVQ en los 17 los quirófanos del Hospital y establecer una evaluación periódica de la utilización de esta herramienta mediante la valoración de unos indicadores
MATERIAL Y MÉTODOS. Fases del Proyecto:
Creación de una comisión multidisciplinar para la implantación del listado en el Centro. Elaboración de un plan de implantación Formación e información
Se han nombrado referentes en cada especialidad quirúrgica y se ha realizado formación de profesionales mediante sesión conjunta y role playing.
Divulgación
Se ha realizado un plan de comunicación y difusión.
Implantación Se han establecido dos fases de implantación una antes del verano y otra a partir de octubre de 2010. La primera incluyó 6 especialidades quirúrgicas y la segunda 7 especialidades quirúrgicas. Evaluación.
En el tercer trimestre se realizará evaluación mensual de dos indicadores cuantitativos principales que se muestran a continuación:
Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica por cada Servicio y Cumplimentación correcta del listado de verificación quirúrgica hospitalario por cada Servicio.
RESULTADOS. La comisión interdisciplinar se ha constituido y hasta el día del envío de la comunicación ha tenido 6 reuniones, se ha realizado un plan de implantación del listado en la actividad quirúrgica facilitado por la inclusión del Checklist en la aplicación informática del circuito quirúrgico. Formación. Se han realizado 5 sesiones formativas a enfermeros y médicos del bloque quirúrgico y 4 sesiones a las juntas facultativa, junta de enfermería, comisión quirúrgica del centro y referentes por especialidad.
Divulgación
Se han enviado dos cartas a cada referente (una informativa y otra de convocatoria de formación) 3 cartas a cada jefe de Servicio (una informativa y dos convocatorias de formación). En Octubre se ha enviado una carta informativa a cada uno de los profesionales sanitarios del bloque quirúrgico. Se han realizado 6 carteles divulgativos en A 3; 20 carteles en A4 y 22 Listados de Verificación quirúrgica

en A4 plastificados. Se ha elaborado y publicado una noticia sobre la primera fase de implantación del listado de verificación quirúrgica que ha tenido un alcance provincial y andaluz.
Evaluación de indicadores
Pendientes. Los resultados podrán presentarse en el congreso.

C-150

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS USUARIOS DEL DISTRITO SANITARIO ALMERIA SOBRE "LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES"

TORRES ALEGRE, P; PEREZ NAVARRO, A; GARCÍA ARRABAL, JJ; LOPEZ CANO, M; MANZANO MOLINA, A y MARTÍNEZ MENGIBAR, E.

Centro: DISTRITO SANITARIO ALMERIA
Área: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave:
CONOCIMENTOS,USUARIOS, DERECHOS PACIENTES,ATENCION PRIMARIA
Resumen
1- Objetivo • Determinar y analizar el nivel de conocimientos de los usuarios del Distrito Sanitario Almería acerca de los derechos de los pacientes y su fuente de información
2-Material y métodos Estudio descriptivo observacional transversal. Emplazamiento: Distrito Sanitario Almería, constituido por 8 Z.B.S y 17 U.G.C comprende una población en BDU de 291.500 usuarios. Población de estudio: 224. 322 usuarios mayores de 18 años que no presentan proceso cognitivo y disponen de teléfono en BDU Muestra: Se seleccionan 264 usuarios de forma aleatoria simple a través de programa EDIPAT 3.1 (error del 6% al 95% bilateral , proporción esperada del 70%, y un 17% en estimación de perdidas) Variables: Independientes: . .Sociodemograficas: edad, sexo, estado civil, estudios, nacionalidad .Sociosanitarias: Frecuentación, intervención quirúrgica previa, patologías crónicas .Creencia de beneficio si conocen derechos Dependiente: .Conocimiento de los derechos Recogida información: Encuesta telefónica a través de cuestionario validado
3- Resultados Se entrevistan a 135 usuarios. El 74% conocen algun derecho presentado en el estudio. El mas conocido es la Libre elección medica (40%) y el que menos las Voluntades anticipadas (9%) El 58% accede a la información a través de varias fuentes y el 44,4% identifica a los profesionales como la única fuente de información. El 62% creen que conocer los derechos les beneficia o les puede beneficiar, el 59% por la mejora del acceso a los servicios En el análisis bivariante, el nivel de estudios y la frecuentación se relacionan con el conocimiento de los derechos p= 0.035 y p=0.09.
4- Discusión El estudio ha sufrido perdidas del 50%. La causa de la mayoría de estas fue la no recepción de la llamada telefónica. Hubo buena predisposición a participar por parte de los usuarios contactados. La muestra seleccionada presenta diferencias significativas en cuanto a edad y sexo respecto a una muestra sin teléfono.
5- CONCLUSIONES Tendremos que ampliar la muestra del estudio para obtener datos mas significativos Los profesionales sanitarios deben informar más de los derechos a los ciudadanos. Los usuarios entienden que poder cambiar de medico mejora su relacion con el sistema sanitario Este estudio nos ayudara a elaborar un proyecto de mejora de la calidad de información sobre los derechos a los usu

C-151

EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE CAMAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

ALGUACIL HERRERO, MD; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A; CANTIZANO GARCÍA, P; CASTRO TORRES, A; RUBIO BARRANCO, A y FUENTES CEBADA, L.

Centro: Hospital U. Puerta del Mar
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Gestión clínica Seguridad eficiencia hospitalización Personalización
Resumen
Objetivos
Adecuar la distribución de camas a las necesidades asistenciales de cada servicio.

Gestionar eficientemente el recurso "cama".
Conocer a tiempo real la ocupación de camas del hospital.
Agilizar la gestión de altas, traslados e ingresos.
Aumentar la seguridad de los pacientes.
•Ingresar a los pacientes en función de su unidad de hospitalización de referencia, complejidad, necesidades asistenciales y de cuidados.
•Evitar traslados intra-hospitalarios ajenos a las necesidades asistenciales y de cuidados.
•Potenciar el uso adecuado de las herramientas "útiles" en la gestión de camas. –Situación de las camas en tiempo real.
–Control de las camas desde admisión.
–Gestión conjunta entre admisión y los servicios/unidades de los ingresos, traslados y altas.
Metodología
Estudio con diseño descriptivo y longitudinal con las siguientes fases:
•Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar
•Análisis por servicio / Unidad del los año 2008 y primer semestre 2009 de las siguientes variables:
•Estancias (reales, medias, evitables)
•Índice utilización estancias
•Ocupación
•Pacientes ectópicos generados
•Complejidad
•Dependencia
•Presentación a cargos intermedios del centro y búsqueda del consenso.
•Presentación a sindicatos y búsqueda del consenso.
•Presentación a profesionales.
•Estudio de ratios de enfermeros y auxiliares en unidades en función de complejidad y dependencia de pacientes. Información a profesionales. Plan de adecuación.
•Ejecución del Plan de gestión de camas. Adecuación en la distribución del recurso cama a las unidades/servicios clínicos.
•Evaluación un año después
RESULTADOS. •Reducción de la estancia media del centro de 8.9 a 8.6
•Reducción importante en el número de estancias evitables en más de 7.000.
•Reducción del % de pacientes ectópicos al ingreso del 33.40 al 24.42.
CONCLUSIONES
El Plan de Gestión de camas del Hospital U. Puerta del Mar constituye una oportunidad de mejora sin precedentes en la institución, en el sentido de que con el trabajo en equipo de las direcciones asistenciales y la búsqueda del consenso con los profesionales el centro dispone de una herramienta que permite una mejor gestión clínica centrada en las necesidades asistenciales de sus pacientes y una atención a las mismas más eficiente por parte de sus profesionales.

P-103

TUTORIZACION EN CONTEXTO REAL: ENTRENAMIENTO DE COMPETENCIAS BASICAS EN PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

GARCÍA FERNANDEZ, C; BARRIENTOS MORAN, C; PENCO RAMIREZ, C; MEDINA SERNA, M y APARICIO RAMOS, R.

Centro: Hospital Juan Ramon Jimenez
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: COMPETENCIAS PROFESIONALES, TUTORIZACION ENTRENAMIENTO
Resumen
OBJETIVO GENERAL: Entrenar competencias básicas de los profesionales de Enfermeria de nueva incorporación para asegurar la calidad de cuidados de los pacientes hospitalizados.
OBJETIVOS ESPECIFICOS: Conocer la estructura fisica y funcional de la unidad, manejo de los materiales y aparataje de la unidad.Conocer las principales características de los pacientes de la unidad. Desarrollar habilidades en la entrevista de valoración inicial de paciente. Registro de valoración.Entrenar al nuevo profesional en competencias básicas para realizar las intervenciones mas habituales de la unidad.Fomentar la continuidad de cuidados y la coordinación de los procesos asistenciales.Conocer el procedimiento y circuito de continuidad de cuidados.
METODOLOGÍA: Acompañamiento y tuto-

rizacion del profesional en contexto real en la unidad en la cual desarrolla su labor y en el turno de trabajo correspondiente. Se seleccionan los profesionales con deteccion de necesidades formativas basadas en las competencias basicas del mapa de competencias y/o los manuales de acreditacion profesional y los tutores con experiencia en las competencias basicas y capacidad docente. Se elabora uha guia didactica donde ese especifican los itinerarios formativos y el plan de accion tutorial, asi como los niveles de evaluacion: satisfaccion, aprendizaje y trasferencia. La ejecucion se realiza segun calendario de turnos de trabajo de los profesionales. La tutorizacion se realizara en Julio, Agosto y Septiembre de 2010. Los resultados se expresaran en numero de profesionales tutorizados y la evaluacion de la accion formativa.
Discusion: Durante el periodo vacacional entran a realizar su actividad profesionales que vienen a sustituir a los profesionales de plantilla, y en muchos casos son profesionales que tienen escasa experiencia en el desarrollo de las competencias especificas del cuidado de los usuarios de nuestra área hospitalaria. Esta necesidad de formación y teniendo en cuenta la estrategia de seguridad del paciente, al cual tenemos que garantizarle los mejores cuidados y un nivel de riesgo cero, hacen imprescindible llevar a cabo esta actividad de tutorizacion de competencias profesionales básicas en contexto real.
CONCLUSIONES: la tutorizacion en contexto real de los profesionales de nueva incorporacion asegura la adquisicion de competencias basicas para el desempeño idoneo de los cuidados de los pacientes y cuidadores ingresados, asegurando la calidad de la asistencia, la satisfaccion y seguridad de los pacientes.

P-104

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS

MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE; ACOSTA ROBLES, P; CANTO MANGANA, J; URQUIZAR RODRÍGUEZ, O; VERDEJO RECHE, F y MORALES MOLINA, JA.

Centro: EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: INTRAVITREO RANIBIZUMAB BEVACIZUMAB DMAE OPTIMIZACION

Resumen
Objetivo. Nuestro Servicio de Farmacia cuenta desde hace años con una unidad centralizada de mezclas estériles (UCME) en la que se preparan muchos medicamentos para ser administrados vía parenteral. Dada la complejidad de administración y preparación de ranibizumab y bevacizumab, y la falta de adecuación de las presentaciones comerciales a la práctica diaria, se valoró la opción de preparar jeringas precargadas para administración directa en quirófano. De esta manera se ofrece un producto de máxima seguridad para el paciente
Material y método. La dosis a administrar de ranibizumab debe ser de 0,5mg y de bevacizumab de 1,25mg; decidimos dosificar de forma individualizada cada uno de estos medicamentos; conseguimos de cada vial de ranibizumab 3-
4 dosis y de cada vial de bevacizumab 24 dosis; cada dosis se prepara en cabina de flujo laminar horizontal, se envasa en jeringa de 0,3 ml con aguja de 30 gauges. Dada la especial vía de administración de ambos medicamentos se solicitan análisis microbiológicos de los lotes elaborados. Resultados. Desde junio de 2008 hasta abril de 2010 se han tratado un total de 177 enfermos, 84 con bevacizumab y 93 con ranibizumab.
El coste total de los medicamentos ha sido de 107.560€; en caso de no haber elaborado las dosis de forma centralizada el coste hubiera sido de 407.910€. En relación a la calidad del producto dispensado los oftalmólogos de nuestros hospitales están totalmente satisfechos, y desde el punto de vista microbiológico ninguna jeringa ha desarrollado crecimiento bacteriano tras 48 horas de incubación
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES . 1. El producto final elaborado cumple los requisitos de calidad exigidos,

es aceptado perfectamente por el oftalmólogo y permita una administración segura para el paciente 2. La elaboración de jeringas precargadas de bevacizumab y ranibizumab es una opción económicamente muy favorable. 3. Como grupo de investigación (CTS 929), nos planteamos realizar estudios de estabilidad de ambos fármacos en colaboracion con la Universidad de Almeria

P-105

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR E INTERHOSPITALARIO FIBRINOLISIS EN PACIENTES CON ICTUS

JIMENEZ ESTRADA, MC; TOVAR FERNÁNDEZ, MM; LARA RODRÍGUEZ, MP; QUINTERO SOLÍS, ML y TORRES MARÍN,

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: CUIDADOS ENFERMERÍA CALIDAD INTERDISCIPLINAR INTERHOSPITALARIO Resumen
Introducción: El ictus es primera-segunda causa de muerte en España, y la primera en producir incapacidad en los países de nuestro entorno. La fibrinolisis con rTPA en pacientes seleccionados con ictus isquémico dentro de las 3 primeras horas del inicio de los síntomas es una de las actuaciones más eficientes. Ésta ha demostrado que reduce de forma significativa la mortalidad y la incapacidad. Debido a que nuestro hospital es comarcal, y no existe Servicio de Neurología, se plantea la necesidad de crear un protocolo multidisciplinar e interhospitalario con el Hospital Virgen del Rocío, denominado "Código Ictus". para poder darle una respuesta de calidad estos pacientes OBJETIVO Asegurar una atención precoz en estos pacientes contribuyendo a disminuir la mortalidad e incapacidad de los mismos. **MATERIAL Y MÉTODO** Se detecta la necesidad de implantar la fibrinolisis precoz en ictus mediante telemedicina en nuestro centro, culminándose con la realización de un protocolo de actuación multidisciplinar en el que cabe resaltar la función esencial de enfermería en la detección precoz de estos pacientes. Desde el área de triaje, el enfermero responsable, detectará y activará el protocolo de "código ictus" con el fin de garantizar una actuación rápida y ágil, evitando los efectos adverso posteriores. A la hora del desarrollo de este protocolo, se trabajó en la protocolización de toda la actividad de enfermería para poder garantizar unos cuidados de calidad cumpliendo los tiempos establecidos. **CONCLUSIONES** En aquellos centros en los que no se disponen de profesionales necesarios para poder dar respuesta a estos pacientes, se hace imprescindible buscar alternativas que garanticen los mejores resultados en la atención. En estos casos, la coordinación interdisciplinar e interhospitalaria es fundamental para poder mejorar pronóstico del paciente con ictus agudo Puesto que la detección precoz es un eslabón fundamental para dar una respuesta adecuada en los tiempos establecidos, enfermería juega un papel fundamental en la puerta de un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, activando los protocolos establecidos.

P-106

CONTRIBUCION DEL LABORATORIO CLINICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

PEÑACOBA MASA, A; CARRETERO ANIBARRO, E; BASCON ORTEGA, I; RUIZ JIMENEZ, J; ALVAREZ MUÑOZ, G y LOPEZ DOMINGUEZ, R.

Centro: HOSPITAL DE PUENTE GENIL
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: CALIDAD SEGURIDAD
Resultados: ERRORES LABORATORIO Resumen
INTRODUCCION: El laboratorio clínico siempre orientado hacia la calidad, mira a la seguridad del paciente como parte integrante de este proceso, el de la Gestión de la Calidad en Salud. El error analítico y su cuantificación nos ha llevado a la necesidad de cuestionar al laboratorio sobre otros posibles errores y por consiguiente, riesgos de seguridad del paciente

Objetivos: 1. Detección y análisis de errores-riesgos que impactan sobre la seguridad del paciente. 2. Elaboración de un plan de acciones de mejora, donde se identifican las posibles causas del error y las soluciones propuestas por los profesionales para minimizar o eliminar los efectos adversos que en ella se producen. 3. Autocrítica y análisis de los fallos detectados en el proceso.
Material y métodos: 1. Formación de una comisión de seguridad del paciente para la sensibilización del profesional sanitario ante la seguridad del paciente a nivel hospitalario.2. Mediante lluvia de ideas, elaboración de un listado provisional de riesgos en la seguridad del paciente dentro del laboratorio.3. Análisis cualitativo mediante la formación de grupos de técnicos de laboratorio para la valoración del riesgo de estos factores.4. Elaboración de un plan de mejora ante los diferentes riesgos hallados.
Resultados: Se elaboró un mapa de riesgos agrupándolos según su origen: Paciente, Muestras, Profesionales, Equipos y materiales. Se puntuó la probabilidad de aparición, su índice de gravedad, la probabilidad de detección y el índice de priorización del riesgo. Se seleccionó los riesgos con el índice de priorización de riesgo más alto: La trascripción manual de resultados, el error de identificación del paciente, y la revisión de caducidades de fungibles y reactivos. En cada uno de estos se analizó las causas y efectos posibles, su índice de gravedad, de ocurrencia y de detección; de la puntuación obtenida se elaboraron los planes de mejora.
Discusión: Tal vez hubiera sido útil clasificar los errores en las diferentes fases del laboratorio de análisis clínicos: Preanalítica, analítica y posanalítica, para definir hasta donde llegan las competencias del laboratorio clínico, así hubiéramos visto que las mayoría de los errores ocurren en la fase preanalítica. CONCLUSION: A pesar de sus carencias, el mapa de riesgos elaborado, aunque no garantiza la minimización de eventos adversos, es un punto de partida para la mejora de la seguridad del paciente. El laboratorio clínico debe prevenir, detectar y reducir los errores en la seguridad del paciente.

P-107

PAPEL DEL FARMACEUTICO EN LA DETECCIÓN DE ERRORES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN PACIENTES ONCO-HEMATOLOGÍCOS

LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA, M; VÁZQUEZ VELA, V; OBEL GIL, L; CAMACHO RODRÍGUEZ, JM; GIL RODRÍGUEZ, A y MARTÍNEZ BAUTISTA, MJ.

Centro: H. U. PUERTA DEL MAR
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ERRORES DE LA MEDICACIÓN, PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS
Resumen
OBJETIVO: Analizar la naturaleza de los errores relacionados con la medicación en pacientes onco-hematológicos registrados por el farmaceútico, con objeto de garantizar la seguridad en el empleo de citostáticos.
MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo sobre los incidentes relacionados con los medicamentos en las unidades onco-hematológicas durante el 2009. Para el análisis se empleó la taxonomía del grupo de trabajo Ruiz-Jarabo clasificándolos en errores de prescripción, transcripción, elaboración, dispensación o administración y según su gravedad en 9 categorías (de error potencial, que no llega a alcanzar al paciente, a error mortal). Se diseñó una base de datos para el registro y análisis posterior de los mismos.
Resultados: Se registraron un total de 127 errores (109 en oncología y 18 en hematología), de los cuales el 87% fueron de prescripción, 8.6% elaboración, 2.3% administración y 0.8 % validación. Dosis erróneas y el incorrecto orden de administración de la medicación fueron los incidentes de prescripción más registrados. Distribución de los errores por categorías: B (error que no alcanzó al paciente): 90.54%,C y D (error que alcanza al paciente pero no produjo

daño): 6.28% y E (error que causó daño al paciente): 1.5%. Los medicamentos implicados con mayor frecuencia fueron: Cetuximab (n=19), Mesna (n=11), 5-Fluorouracilo (n=9), Carboplatino (n=9). La causa mayoritaria de error fue la falta de cumplimiento de los procedimientos normalizados de trabajo (PNTs).
Discusión: La implantación de la prescripción electrónica, previa actualización consensuada de los protocolos onco-hematológicos y la validación de la prescripción por el farmacéutico, es una medida adoptada e incorporada en los PNTs, para disminuir la incidencia de errores de medicación. Esto se traduce en la ausencia de errores de trascripción. Asimismo, la mayoría de los errores son detectados en la etapa de validación, por lo tanto, es el farmacéutico el profesional que notifica mayor nº de errores relacionados con la medicación.
CONCLUSIONES: La prevalencia de errores es mayoritaria en la fase de prescripción, y éstos son fundamentalmente de categoría B, se produce error pero no llega a alcanzar al paciente, por lo que el proceso de validación por el farmacéutico es clave para garantizar la seguridad de los tratamientos onco-hematológicos. Se confirma la importancia de incorporar la cultura de notificación de incidencias de errores de medicación y actualización de los conocimientos de los PNTs como práctica habitual.

P-108

NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ALÉRGICAS A CITOSTÁTICOS Y REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS

VÁZQUEZ VELA, V; GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA, T; CAMACHO RODRÍGUEZ, JM; OBEL GIL, L; MARTÍNEZ BAUTISTA, MJ y FERNÁNDEZ ANGUITA, MJ.

Centro: H. U. PUERTA DEL MAR
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: REACCIÓN ALÉRGICA. CITOSTÁTICO. PROCEDIMIENTO.
Resumen

OBJETIVO: Actualización de los procedimientos normalizados de trabajo en el manejo de citostáticos, a partir de la notificación de reacciones alérgicas producidas en el último año.
Material y método: Se diseñó una base de datos para el registro de las reacciones adversas a citostáticos en pacientes onco-hematológicos. Filtramos los datos correspondientes a las reacciones alérgicas producidas en un periodo de 12 meses (desde agosto de 2009 a agosto de 2010). Posteriormente se llevó a cabo la revisión del circuito prescripción-validación-elaboración-conservación-administración de los citostáticos implicados para comprobar que se estaba llevando a cabo de forma adecuada, y en su defecto, se propone una actualización de los procedimientos establecidos con las mejoras oportunas.
Resultados: Un total de 9 reacciones alérgicas fueron notificadas durante el periodo de estudio. 3 a paclitaxel (P), 2 irinotecan (IR), 2 doxorrubicina liposomal (DL), 1 oxaliplatino (OX) y 1 docetaxel (D). Ninguno de los pacientes precisó ingreso. En 7 casos se suspende el tratamiento y en 2 se enlentece el ritmo de infusión del citostático. Tras revisar los procedimientos se observó lo siguiente: La DL se recomienda administrarla a una velocidad de infusión de 1mg/min para evitar reacciones infusionales, alerta que se incluyó. El cambio de marca de paclitaxel, coincide con el aumento de reacciones alérgicas al mismo, lo que se notificó al SAFV (Servicio Andaluz de Farmacovigilancia) y anotamos los números de lote utilizados en un modelo de impreso estandarizado que elaboramos para tal efecto. Oxaliplatino contemplaba la posibilidad de una disminución del ritmo de infusión en caso de reacción adversa de tipo alérgico, por lo que se notificó al médico prescriptor y también incluimos esta recomendación. El resto de los citostáticos implicados en reacciones alérgicas no requirieron modificación alguna de las recomendaciones de uso en los procedimientos.
Discusión: Aunque las reacciones alérgicas a citostáticos es algo frecuente en

la práctica clínica, observamos un bajo índice de notificación de las mismas. Es importante fomentar la cultura de notificación entre el personal sanitario implicado, para así poder revisar los circuitos de trabajo.
CONCLUSIONES: La mejora continuada de procesos implantados como la actualización de procedimientos normalizados en el manejo de citostáticos, tras la notificación de las reacciones alérgicas detectadas, resulta esencial para aumentar la calidad y la seguridad de los tratamientos onco-hematológicos.

P-109

INFORMACIÓN AL USUARIO: ELABORACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA HEPATITIS B

CANTO MANGANA, J; GIMENO JORDÁ, MJ; URQUIZAR RODRÍGUEZ, O; FERNÁNDEZ MARTIN, JM; MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE y VERDEJO RECHE, F.

Centro: Empresa Pública Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: INFORMACIÓN, PREVENCIÓN
Resumen
Objetivos La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) representa un problema de salud pública mundial. Se estima que en el mundo hay más de 450 millones de portadores del VHB, de los cuáles un 15-40% pueden desarrollar cirrosis o carcinoma hepatocelular.
En la actualidad atendemos a casi 100 pacientes en tratamiento para la hepatitis B, en nuestra unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UAFPE). El objetivo del estudio fue la elaboración de un tríptico informativo sobre la hepatitis B para todos los usuarios de nuestra UAFPE.
Material y método El diseño del tríptico se realizó durante julio 2010. Inicialmente se elaboró un borrador dónde se incluyó los temas clave a informar sobre la hepatitis B: ¿Qué es la hepatitis B?, ¿Cuáles son los síntomas de la hepatitis B?, ¿Cómo se diagnostica la hepatitis B?, ¿Cómo se transmite la hepatitis B, ¿Qué personas tienen mayor riesgo de infectarse por el VHB?, ¿Existe tratamiento para la hepatitis B?, ¿Qué precauciones debo tomar si tengo la hepatitis B?. Posteriormente se hizo una búsqueda bibliográfica y se seleccionó el contenido de cada epígrafe adjuntándose figuras y gráficos pertinentes. El diseño del tríptico se llevó a cabo mediante el software informático apropiado. Resultados Se obtuvo un tríptico informativo sobre la hepatitis B que recogía los aspectos básicos de la patología, enfocado a los usuarios de nuestra UAFPE.
Discusión Uno de los pilares más importante en la prevención de la transmisión de la hepatitis B es la información. El empleo de trípticos informativos puede ayudar a prevenir en muchos casos la transmisión del VHB. Además también puede mejorar y reforzar la adherencia al tratamiento por parte del paciente, debido a una mayor concienciación y conocimiento de la enfermedad, evitando así las complicaciones derivadas de la enfermedad, ofreciendo un servicio más completo y de mayor calidad desde nuestra UAFPE.
CONCLUSIONES La educación sanitaria a la ciudadanía constituye un elemento fundamental en la prevención y control de muchas enfermedades infecciosas, como la hepatitis B, siendo un pilar clave en la adherencia al tratamiento.

P-110

CONSUMO ANTIBIÓTICO Y PERFIL DE SENSIBILIDAD DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER BAUMANII DURANTE 3 AÑOS

FERNÁNDEZ MARTIN, JM; CASTRO VIDA, MA; MORALES MOLINA, JA; CABEZAS FERNÁNDEZ, MT; CANTO MANGANA, J y ACOSTA ROBLES, P.

Centro: EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: CONSUMO ANTIBIOTICOS RESISTENCIA PATOGENOS

NOSOCOMIALES
Resumen
Objetivos: Evaluar relación entre consumo de antibióticos y perfil de sensibilidad de Pseudomonas aeruginosa (PA) y Acinetobacter baumanii (AB).
Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un hospital de 274 camas durante el periodo 2007-2009.Datos recogidos:DDD/100 estancias/día de carbapenems, aztreonam, ampicilina/sulbactam,ceftazidima,ciprofloxacino,levofloxacino, piperacilina/tazobactam y aminoglucósidos, así como % resistencias referidas al total de cepas de cada patógeno. Los datos de consumo se obtuvieron del programa Dominion versión 2.3 y los de identificación y determinación de la sensibilidad antibiótica se realizaron con el sistema automatizado VITEK 32.
Resultados: Se aislaron un total de 433 cepas de PA, 74 (17%) en 2007, 181 (41,8%) en 2008 y 178 (41,1%) en 2009. De AB se aislaron un total de 65 cepas, 10 (15,38%) en 2007, 29 (44,6%) en 2008 y 26 (40%) en 2009. Los consumos (DDD/100 estancias día) de los años 2007, 2008 y 2009 son respectivamente para PA: amikacina 0.89, 0.56 y 0.82. Ampicilina/sulbactam; 0.27, 0.08 y 0. Aztreonam; 0.42, 0.60 y 0.54. Ceftazidima; 1.33, 0.64 y 0.91. Ciprofloxacino; 18, 18.3 y 18.75. Levofloxacino; 30.95, 30.59 y 40.23. Meropenem; 0.19, 0.02 y 0.16. Las resistencias (expresadas en %) a PA son respectivamente: Amikacina; 15.5, 3.53 y 5.12. Ampicilina/sulbactam; 100, 99 y 99.5. Aztreonam; 41.3, 34.5 y 42.8. Ceftazidima; 33.78, 21 y 15. Ciprofloxacino; 25.68, 25.41 y 37.2. Levofloxacino; 24.3, 21.6 y 38.35. Para AB, los consumos fueron los mismos y las resistencias (%) fueron: Ceftazidima; 100, 62.07 y 66.6. Levofloxacino; 90, 50 y 93.75. Piperacilina/tazobactam; 60, 24.14 y 66. Tobramicina; 70, 39.3 y 47.61.
Discusión: No hubo cambios en el perfil de resistencias de PA frente a betalactámicos y aminoglucósidos, observandose un aumento de resistencias con levofloxacino y ciprofloxacino asociadas a un aumento del consumo de quinolonas y una disminución de la resistencia en ceftazidima, meropenem y amikacina. Respecto a AB, se observó un aumento de las resistencias con piperacilina/tazobactam y levofloxacino y una disminución más acusada con ceftazidima y tobramicina ligados a un menor consumo de ambos.
CONCLUSIONES: La monitorización del uso de antibióticos es una de las medidas para evitar aparición de resistencias en infecciones asociadas a patógenos nosocomiales, claves en la seguridad y efectividad del tratamiento. Con nuestros datos se recomienda limitar el uso de quinolonas, en concreto levofloxacino

P-111

LABORATORIO CLINICO. MAPA DE RIESGOS VINCULADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sanchez Navarro, MR; De Haro Muñoz, T; Poyatos Andujar, A; Bueno Ortiz, S; Mora Vallellano, J y GARCÍA Linares, S.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Mapa de Riesgos, Seguridad del Paciente
Resumen
OBJETIVO: La UGC de Laboratorio ha elaborado un mapa de riesgos vinculado a la seguridad del paciente para garantizar que se preserva la integridad de la muestra desde su obtención hasta el informe de resultados y que no se cometan errores accidentales que pueden ser previsibles
Material y métodos: Se realiza un análisis de la situación mediante investigación cualitativa, para lo cual se crea un GRUPO NOMINAL, con profesionales del Laboratorio: (facultativos, enfermería, técnicos de Laboratorio, administrativos y celadores), para identificar situaciones susceptibles de provocar un evento adverso. La misión de este grupo es: Identificación de los problemas, Estimación y Valoración del riesgo, Priorizar los puntos críticos en materia de seguridad del paciente e Implementar estrategias de intervención
Resultados: Se identifican: A) Errores con carácter general, 28 y B) Errores específicos en cada una de las fases del

Proceso: 19 en la fase Pre-analítica, 10 en fase Analítica y 5 en Post-analítica. Los errores se codifican G1-G28, P1-P19, A1-A10, PA1-PA5 para su registro y posterior valoración. Se estima el riesgo en términos de Probabilidad. Puede alcanzar un valor que oscila entre 1 y 3 (3 alta, 2 media, 1 baja). Se hace una valoración de la tolerabilidad del error. Puede alcanzar un valor que oscila entre 1 y 5 (1 tolerable, 2 moderado, 3 importante, 4 alto, 5 grave). Se establecen estrategias de intervención: medidas generales para la seguridad del paciente y medidas específicas. Se elabora un mapa de riesgos en forma de tabla en el que se describe: Tipo de riesgos (generales y específicos). Identificación de riesgos. Estimación, Valoración y Medidas correctoras. Se elabora una ficha-registro para la gestión de riesgos con los siguientes campos: Área del Laboratorio, Riesgo identificado, Código del riesgo y Valoración. En esta hoja se muestran todos los riesgos identificados y su codificación Cualquier profesional del Laboratorio que detecte un error debe rellenar la hoja-registro. Se comprueba que las medidas correctoras se han realizado y son eficaces y se realiza un seguimiento de los riesgos detectados

CONCLUSION: Los profesionales del Laboratorio hemos tomado conciencia de los problemas, identificando y eliminando los elementos que pueden ser fuente de errores y adoptado la actitud crítica necesaria para encarar el error con el objeto de que las medidas abarquen todos los factores y alcance a todos los profesionales, siendo objetivo primordial la Seguridad del Paciente

P-112

AUDITORIA INTERNA DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA Y NUEVAS ADAPTACIONES

Prada Peña, M; Espinosa Guzman, E; Pérez Jiménez, S; Ruano Garcia, A; Delgado GARCÍA, C y Penco Ramirez, C.

Centro: hjrj
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Palabras clave: Listado de Verificación Quirúrgica,Auditoría
Resumen

INTRODUCCION La lista de verificación del proyecto de prácticas quirúrgicas seguras de la OMS es una herramienta creada por líderes en los campos de la cirugía, la anestesiología, la enfermería en el mejoramiento de la calidad para reducir el número de errores y complicaciones resultantes de las intervenciones quirúrgicas. OBJETO Y ALCANCE Este proceso de auditoria interna actúa como herramienta de gestión para la evaluación del Listado de Verificación Quirúrgica , proporcionando evidencias objetivas de que se han cumplido los requisitos existentes, definidos en el protocolo de Implantación del Listado de verificación Quirúrgica (LVQ) aprobado por la comisión de Seguridad y responsables quirúrgicos del área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez el año 2009.

Resultados: Se inicia la cumplimentación del documento del LVQ , en el mes de Enero del 2010, con el servicio de Toco ginecología Hay un notorio aumento de la cumplimentación del LVQ que se inicio en el mes de enero con 17 y en el mes de Junio se alcanza a la cumplimentacion de 1933 documentos. Se encuentra una alta cumplimentación del LV en todos los servicios, (>90%) aunque llama la atención que los fallos más frecuentes están en los ítems correspondientes de los cirujanos y los Anestesiólogos. Se realiza adaptación del LVQ, se cambia los colores de forma vertical a la horizontal, de esta forma se identifican los ítems del Cirujano, anestesista, Enfermera. Se presenta la adaptación de nuevos listados para Oftalmología y de digestivo, debido a las características de sus procedimientos

CONCLUSIONES * El documento del listado de verificación quirúrgica se realiza en la mayoría de los servicios quirúrgicos, con un alto cumplimiento en el progreso del tiempo, y mejorando su cumplimentación con la nueva adaptación de colores, la cual realza visualmente la rápida cumplimentación de los diferentes ítems por los

diferentes implicados. * El interés de los profesionales en la práctica del LVQ como Oftalmología y Digestivo ha llevado a la adaptación de un nuevo listado debido a sus características propias. *Con la elaboración del protocolo del LVQ, la Implicación del equipo directivo y la comisión de programación quirúrgica ha permitido facilitar la comprensión por parte de todos los implicados. *La auditoria interna de evaluación es una estrategia de ayuda a la mejora continua, para conocer las diferentes realidades de nuestros servicios, apoyada de la retroalimentación de los profesionales .

P-113

¿QUÉ MEDIDAS SON EFECTIVAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS?

CARRASCOSA CORRAL, RR; CARRASCOSA GARCÍA, MI; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP; ZAFRA LÓPEZ, F; LAGUNA PARRAS, JM y LUQUE MARTÍNEZ, FM.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Efectividad, prevención, caídas

Resumen

JUSTIFICACIÓN Las caídas constituyen una alta proporción de muertes accidentales en ancianos. Un 30% de las personas mayores de 65 años que se encuentran en viviendas comunitarias sufren varias caídas al año. Las tasas de caídas varían en función del entorno, pero más del 84 % de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con estas.
Objetivos: Identificar que métodos son efectivos para prevenir las caídas accidentales. METODOLOGÍA Revisión sistemática en la que se incluyeron ensayos clínicos, estudios de casos/controles, estudios de cohortes y estudios observacionales, desde la indexación de cada base de datos hasta diciembre de 2009.
Resultados: Se encontraron 60 artículos sobre las caídas en hospitales, de los cuales 18 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión (guías prácticas y revisiones sistemáticas), y otros seis estudios fueron eliminados por no superar el criterio de calidad metodológica (menos de 5 puntos en la guía CASP).
CONCLUSIONES Los métodos más efectivos encontrados para prevenir las caídas son el uso correcto de las barandillas, identificar los factores de riesgo que puedan ocasionar una caída y evaluar su frecuencia, establecer una escala de atención de la dependencia y compararla con el modelo de factores de riesgo, analizar los factores de riesgo extrínsecos que las favorecen, identificación de pacientes con alto riesgo, establecer un programa de intervención de caídas y desarrollar estrategias para la prevención de estas.

P-114

CONSECUENCIA DE LAS CAÍDAS ACCIDENTALES EN UN HOSPITAL

LAGUNA PARRAS, JM; ZAFRA LÓPEZ, F; CARRASCOSA CORRAL, RR; CARRASCOSA GARCÍA, MI; LUQUE MARTÍNEZ, FM y GARCÍA FERNÁNDEZ, FP.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Efectos adversos, caídas, hospital

Resumen

Introducción: Los efectos o acontecimientos adversos de las caídas se definen como daños, lesiones o complicaciones que compromete la calidad de vida de los pacientes. Las fracturas de cadera suponen la lesión por caídas más frecuente y más seria en personas mayores, con un 15% de muertes en el hospital y un tercio que no sobrevive al año de la caída.
Objetivos: Identificar cuáles son las consecuencias tras una caída y cuáles son los cuidados más utilizados en el complejo hospitalario de Jaén. MÉTODOS Estudio descriptivo sobre consecuencias y cuidados de los pacientes ingresado en el complejo hospitalario de Jaén tras sufrir una caída. Variables dependientes: Caída Variables independientes: oConsecuencias (sin lesiones, pérdida de conciencia, hematoma, herida incisa, herida contusa, fracturas, otros). oCuida-

dos tras la caída (cura simple, vendaje, sutura, profilaxis antitetánica, se avisa al médico, otros).
Resultados: De los pacientes ingresados en el complejo hospitalario de Jaén, un 50% de las caídas resultaron sin lesiones, seguidas de un 13% que ocasionaron heridas contusas y hematomas. De los cuidados proporcionados, en el 40% se avisó al médico, seguido de otros cuidados como recetar analgésicos, quedarse en observación o bien la realización de una cura simple.
CONCLUSIÓN: Los resultados muestran que las caídas en nuestro hospital son más leves con respecto a las encontradas en la bibliografía. De todas las caídas registradas, solo una resulto en fractura y la mayoría de las restantes, sin lesiones.

P-115

REINGRESOS HOSPITALARIOS ¿INDICADOR DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE?

VILCHES FERRON, MA; PLA RUIZ, JM; MALDONADO CASTILLO, JM; VEGA SAENZ, JL; ROBLES AGUILERA, C y MARTÍNEZ HERNANDEZ, JM.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: REINGRESOS INFECCION NOSOCOMIAL PREVENCION
Resumen
Objetivos: Este trabajo pretende describir la frecuencia de reingresos en 30 días por infección nosocomial en el "Hospital Torrecárdenas" de Almería.
Materiales y métodos: La fuente de información ha sido el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria (CMBDh) del periodo de enero de 2007 a enero de 2008, analizándose un total de 26.153 episodios de hospitalización. El reingreso por infección nosocomial (IN) ha sido definido como la proporción de pacientes dados de alta de cada uno de los episodios hospitalarios durante el periodo de estudio que son reingresados de modo urgente en un plazo de 30 días con una infección nosocomial, ya conste ésta como diagnóstico principal del nuevo ingreso o como diagnóstico secundario. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables edad, sexo, servicio de alta, mes del alta, duración del episodio y diagnóstico principal, empleando las técnicas multivariantes.
Resultados y Discusión: La proporción de reingresos a los 30 días por IN ha sido de 2,6‰ (IC95% 2,0 – 3,3), que supone un total de 67 episodios de reingreso en menos de 30 días por infección nosocomial, que supone el 5,0% del total de reingresos en el periodo de estudio. La unidad con un porcentaje de reingreso por IN fue la UGC de urología con un valor del 9,7‰ (IC95% 1,9 – 17,4). Una mayor probabilidad de reingreso se asocia al sexo masculino, a una mayor edad, a determinados diagnósticos y al servicio de alta.
Las unidades de hospitalización con mayor proporción de reingresos fueron salud mental, obstetricia, oncología radioterápica, oncología médica y reumatología, sin embargo, las unidades con mayor proporción de reingresos por IN fueron urología, angiología y cirugía vascular, oncología médica, neumología y cardiología. Las enfermedades responsables de reingreso en 30 días por IN son numerosas (tabla 3), destacando por su frecuencia otras alteraciones de uretra y vías urinaria y la infección postoperatoria, no clasificada en otro lugar.
CONCLUSIONES: Los reingresos hospitalarios son un indicador útil de la calidad asistencial que es preciso continuar investigando en nuestro país. El presente trabajo ha pretendido caracterizar el patrón de reingresos por IN en el hospital de Torrecárdenas para que pueda ser utilizado al implementar las acciones preventivas necesarias de los mismos y como un indicador de calidad asistencial.

P-116

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

JOVER CASAS, JM; CARRASCOSA GARCÍA, MI; LAGUNA PARRAS, JM; LORITE GARZÓN, C; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP y NUEVO LARA, EA.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
La identificación incorrecta de pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba y procedimientos en la persona incorrecta. Afortunadamente, las intervenciones y estrategias disponibles pueden disminuir significativamente el riesgo de identificación incorrecta. Los horarios y turnos de trabajo de los equipos sanitarios conducen a que cada paciente sea tratado por un mayor número de profesionales, aumentando las probabilidades de problemas de traspaso y de comunicación.
METODOLOGÍA: se han planificado una serie de acciones: Implantar un sistema claro y efectivo para la correcta identificación de los pacientes. Promover una cultura preventiva que ponga énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta antes de administrar la atención, capacitándolos mediante campañas informativas sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria. Fomentar la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso, concienciándolos sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.
Resultados: Se ha elaborado el protocolo de identificación de pacientes del CHJ, que ha sido revisado por el "grupo de mejora para la identificación de pacientes". Así mismo también se han elaborado un tríptico informativo para los profesionales y cartelería dirigida a los usuarios. Se prevé comenzar con la implantación del sistema de identificación de pacientes en el segundo semestre de este año, en primer lugar en el Hospital Universitario Materno-Infantil, para, tras el pilotaje extenderlo a los otros tres centros que componen el Complejo Hospitalario de Jaén.
CONCLUSIONES: Con la elaboración e implantación de la línea de identificación de pacientes en el Plan de Seguridad del Paciente en el Complejo Hospitalario de Jaén, hemos iniciado un camino de mejora de la seguridad del paciente que nos ha permitido identificar situaciones de la asistencia sanitaria que pueden suponer un riesgo para el paciente, diseñar las estrategias que pueden hacer más segura la práctica clínica y suponen en definitiva, una mejora en la calidad de la asistencia

P-117

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

GONZÁLEZ DE LA FLOR, P; JOVER CASAS, JM; LAGUNA PARRAS, JM; CARRASCOSA GARCÍA, MI; MACHADO CASAS, J y NUEVO LARA, EA.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
Según la OMS, entre el 5-10% de pacientes ingresados en un hospital en el mundo desarrollado adquieren una o más infecciones. En nuestro medio, ´según el estudio ENEAS 21,2% de eventos adversos en pacientes ingresados están relacionados con la infección nosocomial, considerándose evitables 56,6%.
Objetivos: Reduciir las infecciones nosocomiales y conseguir una adecuada higiene de manos de los profesionales
METODOLOGÍA: Se ha elaborado una línea específica desarrollando las siguientes acciones: Mantenimiento de los sistemas de vigilancia y control de infecciones nosocomiales asegurando el cumplimiento de las medidas básicas contenidas en el Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales. La mejora de la higiene de manos, mediante: Formación a los profesionales en correcta higiene de manos y

promoción y exposición de recordatorios acerca de la higiene de manos en los lugares de trabajo, garantizandor la disponibilidad y el uso de soluciones de base hidroalcohólica. ResultadosLa prevalencia de las infecciones nosocomiales en el Complejo Hospitalario de Jaén ha disminuido con respecto al año 2008 año pasando de un 7,2% a un 5,9% en el año 2009. Se han realizado auditorias sobre el correcto lavado de manos y hemos participado en la campaña realizada por la OMS para la valoración del lavado de manos en el momento 1 de la atención al paciente y participado en la campaña de sensibilización sobre la higiene de manos, coincidiendo con la Jornada Mundial de la Higiene de Manos, organizada por la OMS. Estamos implicados en el proceso de reconocimiento por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para la obtención del "Distintivo Manos Seguras", que premia a los centros sanitarios comprometidos con la mejora de la higiene de manos, esperamos que para final de año los cuatro centros estén acreditados. La UCI del hospital está participando en el Proyecto Bacteriemia Zero. Este proyecto tiene como objetivo prevenir este tipo de infecciones, relacionadas con catéteres venosos centrales en las unidades de cuidados intensivos (UCI).
CONCLUSIONES: Con la elaboración e implantación de una línea estratégica de prevención de la infección nosocomial en el plan de seguridad del paciente en el Complejo Hospitalario de Jaén, hemos iniciado un camino de mejora de la seguridad del paciente.

P-118

LÍNEA ESTRATÉGICA DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN EL CHJ

LAGUNA PARRAS, JM; CARRASCOSA GARCÍA, MI; JOVER CASAS, JM; CRUZ LENDÍNEZ, AJ; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP y

NUEVO LARA, EA.
Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:

Resumen
Las complicaciones perioperatorias son una de las tres causas más comunes de eventos adversos según se pone de manifiesto en el estudio ENEAS. A pesar de que muchos eventos relacionados con estos procedimientos son difíciles de evitar, se han ensayado acciones capaces de reducir algunos de ellos (listas de verificación preoperatorio, identificación de pacientes de riesgo, etc.). Estas actuaciones se relacionan con el segundo Reto Mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: La Cirugía Segura salva vidas (Safe Surgery Saves Lives). En este marco se ha desarrollado una lista de verificación simple con un conjunto básico de recomendaciones y un listado de comprobación de seguridad a realizar antes de iniciar una operación.
Objetivos: aumentar la seguridad de los pacientes que van a ser intervenidos,
METODOLOGÍA: se ha implantado durante el año 2009 la utilización en todos los quirófanos del centro, del listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS y el Observatorio de Seguridad del Paciente.
Resultados: Se ha llevado a cabo la implantación del listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS en todos los quirófanos del CHJ, para lo que se ha adoptado el formato adaptado por el Observatorio de Seguridad del Paciente de Andalucía, así como el listado de verificación quirúrgica pediátrico. En diciembre del año 2009 se realizó una auditoría de la cumplimentación del listado de verificación quirúrgica, tanto cualitativa como cuantitativa, que nos ha permitido poner en marcha medidas correctoras. Está en fase de elaboración el protocolo de cuidados de la herida quirúrgica.
CONCLUSIONES: Se ha creado un grupo de mejora dependiente de la Comisión de Seguridad que se está encargando entre uno de sus objetivos primordiales, de la acreditación de "Prácticas Seguras en Cirugía" a través del Observatorio de Seguridad del Paciente de Andalucía.
CONCLUSIONES: El Complejo Hospitalario de Jaén ha iniciado una dinámica de

ciclos de mejora para cada una de las líneas estratégicas, como componente ineludible de la planificación de nuestra estrategia. Para ello se ha dispuesto de un sistema de control de calidad basado en la medición de diversos indicadores que monitorizan las diferentes líneas del plan estratégico de seguridad del paciente que permite implicar en el control y los resultados a todas las unidades del CHJ.

P-119

RESULTADOS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

CARRASCOSA GARCÍA, MI; LAGUNA PARRAS, JM; JOVER CASAS, JM; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP; LÓPEZ MUDARRA, LC y NUEVO LARA, EA.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:

Resumen
El conocimiento más importante en el campo de la seguridad del paciente radica en cómo prevenir el daño durante su asistencia. El propósito fundamental de un sistema de notificación es aprender de la experiencia. Aunque cada incidente de seguridad o evento adverso es único, existen similitudes y patrones de riesgo que pueden perderse si los incidentes no se registran y analizan. Un Sistema de Notificación hace referencia a los procesos y la tecnología implicada en la estandarización, formato, comunicación, retroalimentación, análisis, aprendizaje, respuesta y difusión del aprendizaje generado por el registro de eventos. Es la acción que se adopta tras el registro, la respuesta constructiva, y no el registro en sí lo que provoca los cambios y aporta valor.
Objetivos: detectar, conocer, estudiar, analizar y prevenir la aparición de aquellos, con perjuicios graves para la salud o la vida de los pacientes y usuarios.
METODOLOGÍA: Utilizamos el sistema de notificación de eventos adversos del Observatorio de Seguridad del Paciente de Andalucía, que es un sistema abierto al cual se puede acceder desde cualquier ordenador con conexión a Internet. Existe posibilidad de declaración anónima por parte de ciudadanos y profesionales. Hemos procedido a personalizar el sistema para que cada Unidad de Gestión Clínica (UGC) pueda conocer sus datos a través de una clave de coordinador de la misma, existiendo a su vez existe un coordinador global de todo el centro que tiene acceso a los datos y estadísticas de todo el hospital.
Resultados: Desde el 6 de abril que comenzó a pilotarse, se han declarado 20 incidentes de las 7 UGC (Medicina Interna, Oncología, Nefrología, UCI, Farmacia, Hematología y Pediatría) que actualmente están dadas de alta en la aplicación informática, siendo los incidentes relacionados con la medicación o fluidos intravenosos con un 80% los más declarados, seguidos por los problemas con dispositivos y equipamiento médico con un 15% y los incidentes con el proceso administrativo (ingresos, citas, traslados, etc.) con un 5%
CONCLUSIONES: Con la elaboración e implantación de un plan de seguridad del paciente en el Complejo Hospitalario de Jaén, hemos iniciado un camino de mejora de la seguridad del paciente que nos ha permitido identificar situaciones de la asistencia sanitaria que pueden suponer un riesgo para el paciente, diseñar las estrategias que pueden hacer más segura la práctica clínica y suponen en definitiva, una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria

P-120

PROFILAXIS POSTEXPOXICION DE RIESGO BIOLOGICO NO OCUPACIONAL AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

GALVEZ CONTRERAS, MC; ESTEBAN MORENO, MA; COLLADO ROMACHO, AR; MARTÍNEZ CORTES, MP; PARRA GARCÍA, GD y DIEZ GARCÍA, LF.

Centro: C.H.Torrecárdenas
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: VIH/SIDA, RIESGO

BIOLOGICO, PROFILAXIS
Resumen
OBJETIVO: Describir las características de los pacientes, situaciones de riesgo y profilaxis postexposición frente al VIH debido a un accidente de riesgo biológico no ocupacional en un Hospital de Especialidades en el último año.
Material y métodos: Estudio prospectivo, de los accidentes de riesgo biológico atendidos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de adultos de un Hospital de Especialidades desde septiembre de 2009 hasta agosto de 2010. Se analizan las principales variables epidemiológicas, tipo de exposición, características de la fuente, serología basal y evolutiva tras consentimiento informado frente a VIH, VHB, VHC y lúes, tratamiento empleado y evolución de los pacientes.
Resultados: Durante este periodo se han atendido a 10 pacientes por exposición potencial no ocupacional al VIH, 9 varones y una mujer, edad media 32±5 años. El tipo de exposición fue percutánea en 3 casos, vaginal insertiva no protegida en 3 casos y anal receptiva no protegida en 4 casos. Se desconocía el estado serológico del caso fuente en 8 casos, 1 caso era positivo con bajo riesgo de transmisión y 1 caso presentaba alto riesgo. Todos los pacientes tenían serología basal frente a VIH y VHC negativas, 4 casos inmunidad frente a VHB, 2 de ellos por vacunación y 2 casos presentaban serología de lúes positiva. Se instauró profilaxis en 9 de los 10 casos, 17±15 horas postexposición, el régimen empleado en 8 casos fue lopinavir+tenofovir +emtricitavina y en 1 caso lopinavir + zidovudina + lamivudina. En cuanto a efectos tóxicos del tratamiento solo se presentó diarrea leve controlada con medidas dietéticas o loperamida a bajas dosis en 4 pacientes. No se evidenció toxicidad renal, hepática ni hematológica. Un paciente precisó apoyo psicológico. Finalizaron el tratamiento los 9 pacientes y 7 han finalizado el seguimiento, los 3 restantes pendientes de la valoración al tercer mes postexposición, no ha existido ningún caso de infección. Se ha vacunado frente a VHB a todos los pacientes que no presentaban inmunidad y tratado de sífilis latente a uno de los pacientes.
CONCLUSIONES: De los 10 pacientes derivados a nuestra unidad por accidente biológico no ocupacional, en el 90% , de forma consensuada con el paciente, hemos instaurado profilaxis frente a VIH fundamentalmente con lopinavir + emtricitavina + tenofovir. Se ha completado tratamiento con escasa toxicidad y sin evidencia de infección por el VIH. La educación sanitaria es imprescindible dado que la mayor parte de las situaciones son evitables.

P-121

USO SEGURO DEL POTASIO INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL.

Belda Rustarazo, S; Vallejo Rodriguez, I; Salmerón GARCÍA, A; Ruíz Fuentes, S; Cabeza Barrera, J y Arquelladas Ruíz, C.

Centro: H.U. San Cecilio
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Cloruro potásico, Seguridad, Medicamento alto riesgo
Resumen
Objetivos: Describir el proceso de implantación de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad para el uso seguro del Cloruro potásico (KCl) en un hospital de especialidades, así como conocer el grado de satisfacción del personal de enfermería y el incremento del gasto como consecuencia de la aplicación de estas medidas.
MATERIAL Y MÉTODOS Antes de iniciar el proceso, cada unidad asistencial disponía en su botiquín de ampollas de KCl concentrado (10mEq/10mL). Se decidió en febrero de 2010 disponer de soluciones diluidas de suero fisiológico con 10 y 20 meq de KCl en frascos de vidrio y suero glucosalino con 10 y 20 mEq de KCl en bolsas de plástico para diferenciar los sueros. Tras comunicar a todos los supervisores del hospital la inminente retirada de las mismas, se estableció un sistema de almacenamiento que permitía diferenciarlas del resto de soluciones de fluidoterapia. El uso de ampollas de KCl

concentrado se restringió únicamente a aquellas unidades asistenciales donde se consideró estrictamente necesario, controlando muy especialmente su almacenamiento (UCI, Urgencias, Pediatría). Por otra parte se configuró el programa de prescripción electrónica, de forma que no permitiera la prescripción de KCl sin diluir. A los 6 meses se calculó el incremento del coste y se realizó una encuesta anónima al personal de enfermería para conocer el grado de satisfacción tras la implantación.
Resultados: El proceso de sustitución se realizó en 2 semanas de forma satisfactoria. Se recibieron un total de 28 encuestas. En el período 1/2/2010 – 30/7/2010 se dispensaron 19865 unidades de sueros prediluidos. Se calculó un incremento en el gasto de Farmacia de 2000 € en este período. El 96% estuvo de acuerdo con que la implantación de soluciones premezcladas de KCl listas para ser administradas ha sido beneficiosa tanto para la seguridad del paciente como para el personal de enfermería. El 100% de los encuestados se mostraron de acuerdo con que se había mejorado la preparación y manipulación del KCl. La valoración global del proceso obtuvo una puntuación de 9,2, en una escala del 1 al 10.
CONCLUSIONES El establecimiento de estas prácticas seguras para el uso del KCl intravenoso se ha realizado sin dificultad en nuestro hospital. A pesar del incremento en el gasto consideramos esta implantación necesaria para evitar los riesgos derivados de la administración errónea de estas soluciones y garantizar la seguridad clínica de los pacientes.

P-122

ORGANIZACION DE ENFERMERIA EN REANIMACION TRAS RECIBIR A UN PACIENTE SOMETIDO A BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA

MARTIN JUAREZ, M; GIMENEZ VERDEGAY*, EI; MANZANO RODENAS, I; GONGORA ABAD, MR y MARTIN JUAREZ,

Centro: C.H.TORRECARDENAS. UNIDAD DE REANIMACION
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: REANIMACION BSGC SEGURIDAD
Resumen
En los últimos años, la cirugía oncológica se ha complementado con la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSCG). El objetivo es, practicar la linfadenectomía selectiva en función de la afectación del citado ganglio, localizado mediante colorantes y radioisótopos (Tc 99). Esto ha supuesto un cambio en los cuidados que aplicamos en el postoperatorio de este tipo de intervenciones.
Objetivos: Los objetivos que nos ha motivado a realizar el siguiente estudio son varios: • por un lado, estandarizar los cuidados enfermeros proporcionados a un paciente sometido a biopsia selectiva de ganglio centinela. • Proporcionar seguridad al resto de pacientes durante su estancia en la unidad de reanimación, especialmente a niños y embarazadas. • Dar seguridad a todo el personal que trabaja en la unidad mediante el conocimiento del siguiente estudio, especialmente a compañeras que pudieran estar embarazadas.
MATERIAL Y METODOS: Hemos realizado un estudio retrospectivo mediante búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (Medline, Pubmed, Cuiden,..) y solicitado información al Servicio de Medicina Nuclear del C.H.Torrecárdenas. En este estudio explicamos en qué consiste la técnica de BSGC y los riesgos que conllevan tanto para el paciente sometido a la técnica, como para el resto de pacientes que se encuentren en la unidad, asi como para el personal que le proporcionan los cuidados en la unidad de Reanimación.
Resultados: : Ofrecer a los pacientes sometidos a BSGC unos cuidados de calidad, no limitados por el miedo a ser contaminados por la radiacion y respetando en todo momento su intimidad.
DISCUSIÓN: Tras el estudio de la bibliografia consultada, apreciamos que los riesgos de irradiación derivados del cuidado de pacientes sometidos a BSGC son mínimos y las precauciones a tener

en cuenta se han de aumentar sólo en el caso de mujeres embarazadas y niños menores de 4 años.
CONCLUSIONES: El conocimiento por parte del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Reanimación de los riesgos extremadamente bajos de irradiación tras la realización de BSGC, debe permitir: • Quitar el miedo a cuidar a los pacientes sometidos a esta técnica, • proporcionar unos cuidados al paciente más seguros respetando en todo momento el derecho a su intimidad. • una organización del trabajo que proporcione seguridad al resto de pacientes ingresados en la unidad, en especial mujeres embarazadas y niños.

P-123

BACTERIEMIA ZERO: IMPACTO EN LA UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

MARTÍNEZ GIMENEZ, JM; PEINADO RODRÍGUEZ, J; CONTRERAS RODRÍGUEZ, AM; ALONSO MARTÍNEZ, A; MOYA GARCÍA, A y URREA GILABERT, I.

Centro: EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: BACTERIEMIA ZERO, PREVENCIÓN, CATETER VENOSO CENTRAL
Resumen BACTERIEMIA ZERO:
Objetivo Valoración de la evolución de la tasa de bacteriemia por catéter en la UCI de un Hospital Comarcal tras la aplicación de un programa de prevención de bacteriemia. Material y Métodos Se trata de un estudio prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI, durante mas de 24 horas desde Febrero de 2009 hasta Junio de 2010, a los que se les canalizaba un catéter venoso central. Sobre estos pacientes se realizó el siguiente programa de Intervención: Instauración de los 5 procedimientos que han demostrado tener un mayor impacto en la reducción de las infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales: Higiene de manos, uso de barreras asépticas máximas durante la inserción, asepsia de la piel del punto de inserción con clorhexidina al 2%, evitar la vía de acceso femoral y retirar todos los CVC innecesarios. Se analizaron las tasas de bacteriemia relacionada con catéter. Resultados En nuestra UCI, las tasas de bacteriemia han oscilado los últimos 6 años entre una densidad de incidencia (DI) de 3,78 y 6,37 episodios por 1000 días de CVC. Tras la aplicación del programa de intervención descrito esta tasa fue de 3,45 por 1000 días de CVC . Discusión El Grupo de Trabajo de Enfermedades infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (GTEI-SEMICYUC) desarrolló la Encuesta Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en las UCI (ENVIN-UCI) como protocolo informatizado de incidencia de infección nosocomial. Las tasas de bacteriemia primaria (BP)+ bacteriemia relacionada con catéter (BRC) han oscilado en los 13 años controlados, entre una densidad de incidencia (DI) de 5 y 7,9 episodios por 1000 días de catéter venoso central. Ante estos resultados se desarrollo un programa que incluía intervenciones preventivas continuadas combinadas con la vigilancia, con resultados satisfactorios en nuestra Unidad.
CONCLUSIONES La aplicación continuada de las intervenciones preventivas , resulta de especial utilidad en el control de las tasas de bacteriemia relacionada con catéter.

P-124

CULTURA DE SEGURIDAD: UNA PRÁCTICA DE EFECTIVIDAD DEMOSTRADA EN UCI

PEINADO RODRÍGUEZ, J; MARTÍNEZ GIMENEZ, JM; ROBLES-MUSSO CASTILLO, EM; FIERRO ROSON, J; GARCÍA MORALES, J y GONZALEZ IBAÑEZ, D.

Centro: EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD, BACTERIEMIA, CATETER VENOSO CENTRAL
Resumen CULTURA DE SEGURIDAD:
Objetivo Valorar la repercusión que promover y reforzar la cultura de

seguridad en la UCI, tiene sobre la tasa media de bacteriemia por catéter
Material y Métodos Se trata de un estudio prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI, durante mas de 24 horas, desde Febrero de 2009 hasta Junio de 2010, a los que se les canalizaba un catéter venoso central (CVC) Sobre estos pacientes se aplicó un programa de intervención que constaba en la aplicación sistemática de un conjunto de recomendaciones dirigidas a minimizar el impacto de los factores de riesgo de infección relacionada con catéter: Implementación de una lista de objetivos diarios, identificación de un médico y una enfermera como líderes encargados de diseminar la información y obtener los datos necesarios para la evaluación, creación y uso de un "carro de vía central" y una lista de verificación (Checklist) para asegurar la adherencia a las medidas de control así como el seguimiento del cumplimiento de las prácticas de control de la infección. Se analizaron las tasas de bacteriemia relacionada con catéter.
Resultados En nuestra UCI, las tasas de bacteriemia han oscilado los últimos 6 años entre una densidad de incidencia (DI) de 3,78 y 6,37 episodios por 1000 días de CVC. Tras la aplicación del programa de intervención descrito esta tasa fue de 3,45 por 1000 días de CVC. Discusión El Grupo de Trabajo de Enfermedades infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias desarrolló la Encuesta Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en las UCI como protocolo informatizado de incidencia de infección nosocomial. Las tasas de bacteriemia primaria + bacteriemia relacionada con catéter han oscilado en los 13 años controlados, entre una DI de 5 y 7,9 episodios por 1000 días de catéter venoso central. Ante estos resultados se desarrollo un programa que incluía intervenciones preventivas y educacionales continuadas combinadas con la vigilancia, con resultados satisfactorios en nuestra Unidad.
CONCLUSIONES La aplicación continuada de intervenciones preventivas y educativas, asegura la máxima adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia, y resulta de especial utilidad en el control de las tasas de bacteriemia relacionada con caté

P-125

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA, REVASCULARIZADOS DE FORMA PERCUTÁNEA EN JAÉN

GUTIERREZ COBO, JM; SÁNCHEZ ORTIZ, E; BLANCA CASTILLO, J; BRACERO ALMAGRO, A; ROSALES ORTEGA, A y GARCÍA GÓMEZ, F.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Factores riesgo cardiovascular. Angioplastia. Área Jaen
Resumen
Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo. En España, se produjeron 17726 muertes por infarto agudo de miocardio en el año 2008. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son elementos medibles que pueden determinar de forma significativa la posibilidad de padecer una enfermedad coronaria (EC).
Objetivos: Realizar un mapa de prevalencia de FRCV clásicos de la provincia de Jaén de los pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP). Determinar características de los pacientes tratados: factores de riesgo, severidad de lesiones tratadas comparándolos en función del sexo, edad del paciente, población y el área sanitaria de procedencia y si existen relaciones entre ellas. Determinar si existe relación entre el número de factores de riesgo y el número de vasos tratados angiográficamente.
Material y metodo: Estudio observacional descriptivo. La población diana fueron todos los pacientes sometidos a ACTP en la provincia de Jaén entre el 1 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2010. Para la recogida de datos se confeccionó

una hoja de registro "ad hoc" donde se vertían las variables analizadas de los sistemas informáticos de la unidad, tras la realización de cada ACTP. RESULTADO: De los 1054 pacientes sometidos a ACTP, el 78.3% eran hombres. La edad media fue de 65 años con una edad mínima de 32 años y máxima de 88 años. El 66.9% de la población atendida, pertenecía al Distrito Sanitario de Jaén (DSJ) y Jaén-Norte (DSJN). El FRCV más prevalente fue la hipertensión arterial (HTA). El 88.6% de los pacientes, presentaban al menos 1 FRCV. En el análisis univariante, los factores que se asociaron a tener un mayor grado de EC (3 vasos y/o tronco) fueron: Ser hipertensos, padecer diabetes mellitus y al pertenecer al Distrito Sanitario de Jaén-Nordeste (DSJND). El 63.7% de los pacientes sometidos a ACTP, presentaban más de 1 vaso afectado y el 31% tenía mayor grado de EC.
Discusión: No hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en la distribución de FRCV por distritos sanitarios. Por tanto, el hecho de que los pacientes procedentes del DSJND presenten mayor severidad de EC puede atribuirse a diferentes motivos como pueden ser: menor accesibilidad a la Atención Médica, menor sensibilización del paciente acerca de hábitos de vida cardiosaludable o menor cumplimiento terapéutico.
CONCLUSIÓN: Los pacientes del DSJND precisan de un mayor control de los FRCV para disminuir la severidad de su EC y equipararla al rest

P-126

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POLIMEDICADO

GONZÁLEZ LÓPEZ, MC; LIROLA GARCÍA, E; MUÑOZ PARIS, A; CUETO SAAVEDRA, D y ACOSTA FERRER, M.

Centro: DISTRITO DE A.P. ALMERIA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, POLIMEDICADO
Resumen
Objetivos: -Identificación y revisión de pacientes polimedicados e implantación de una estrategia de mejora de seguridad en estos pacientes. -Aplicar medidas de intervención para minimizar los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados en estos pacientes.
Material y metodo: En el Distrito se ha puesto en marcha una estrategia de intervención en pacientes polimedicados(más de 10 medicamentos), mayores de 65 años. Para ello se aplica una metodología diseñada por un grupo de trabajo multidisciplinar donde participan médicos, enfermeras y farmacéuticas del Distrito. El procedimiento de trabajo consiste en: -Identificación de pacientes y factores de riesgo por el Servicio de Farmacia -Evaluación del paciente por enfermería: Se cita al paciente y se valora estado cognitivo y funcional, soporte familiar, grado de conocimiento y cumplimiento para cada fármaco. - Evaluación del paciente y de la medicación por el médico, detección de problemas e intervención.
Resultados: Se revisaron un total de 1191 pacientes polimedicados pertenecientes a 10 Centros de Salud. Se llevaron a cabo 1.111 medidas para reducir los PRM detectados en 502 pacientes. Destaca la retirada de medicamentos en el 14,4% de los pacientes revisados, la sustitución de medicación en el 5,1%, así como la modificación de dosis y/o pauta en el 9.5% de los pacientes. En un 62% de los casos se realiza una intervención educativa orientada a mejorar la adherencia al tratamiento, haciendo entrega de un Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) al 23% de los pacientes.
Discusión: El diseño de esta estrategia de mejora de seguridad realizada entre el Distrito y los Centros, y consesuada con todos los profesionales, ha permitido implicar y sensibilizar a médicos y enfermeras en la necesidad de realizar actuaciones para detectar y reducir los PRM, mejorando la seguridad de los pacientes polimedicados.
CONCLUSIONES: -La estrategia implantada ha permitido impulsar la revisión de pacientes polimedicados, sirviendo como herramienta de apoyo a

los profesionales sanitarios para potenciar el uso seguro de medicación en estos pacientes. -Se identifican los PRM, disminuyendo el riesgo de prescripción inadecuada y de reacciones adversas. -Los resultados obtenidos permitirán adoptar medidas de mejora para minimizar el riesgo ocasionado por el uso de medicamentos.

P-127

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN INDEPENDIENTE MAYOR DE 65 AÑOS INGRESADA EN UN CENTRO SANITARIO

GÓMEZ ARCAS, M; TEROL FERNÁNDEZ, E; NUÑEZ MONTTENEGRO, AJ; ALCANTARA CAMPOS, P y PARRADO TEROL, A.

Centro: CONSEJERIA DE SALUD
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: HOSPITALIZACION DEPENDENCIA ANCIANO
Resumen
Objetivo. Analizar el perfil sociosanitario de los pacientes mayores de 65 años independientes para las actividades básicas, en un ingreso hospitalario.
Material y Método Este trabajo se encuadrado en un estudio de cohortes más amplio. Se presente un análisis descriptivo del perfil de los pacientes mayores de 65 independientes para las actividades básicas y sin alteraciones mentales, ingresados en las unidades de hospitalización de dos Áreas Sanitaria.
Resultados. El 66.1% son hombres y el 33.9% mujeres, el 86.93% tiene entre 65 y 85 años. El 17,5% vive solo, del resto, el 66.23% vive con su cónyuge. El 70.82% de los cuidadores o convivientes tiene más de 60 años. El 45,45% es paciente pluripatológico y el 28,4% presenta algún nivel de dependencia para las AIVD, que se incrementa al alta hasta el 34,47%. Los pacientes analizados son independientes para las actividades básicas, tras el alta el 17,05% presenta algún grado de dependencia. Durante su ingreso el 9,5% de los mismos presento signos de confusión.
Discusión. Los cambios demográficos, culturales y sociales que se están experimentando en la actualidad, como el aumento de la expectativa de vida de la población, los cambios en las estructuras sociales y familiares, Están definiendo un perfil de paciente en nuestros hospitales, caracterizado por ser un paciente mayor de 70 años, pluripatológico, que mantienen un nivel aceptable de independencia, pero con un soporte familiar y social limitado o que viven solos. Para estos pacientes el mantener el nivel de independencia tras el ingreso hospitlario va a determinar en gran medida su calidad de vida al reintegrarse a su entorno habitual.
Para dar respuesta a estos cambios los sistemas sanitarios y los propios profesionales deben incorporar mecanismos que refuercen y orienten las competencias profesionales, para permitir dar respuesta a las necesidades en la atención a esta población. La valoración y asistencia sanitaria de estos pacientes es más compleja desde un sistema sanitario orientado, fundamentalmente, al abordaje de problemas agudos.
CONCLUSIONES .
Para prevenir la aparición de un incremento en el nivel de dependencia del paciente es necesario que se realice una valoración que integre no solo los aspectos relacionados con su situación clínica actual, sino todos aquellos aspectos sanitarios, sociales y de condiciones del paciente que pueden determinar el grado de recuperación y de reintegración a su vida habitual tras el ingreso

P-128

ERRORES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS O CON INSUFICIENCIA RENAL. PUNTOS DE VISTA DE PACIENTES Y PROFESIONALES.

Pérez Jover, V; * Mira Solves, JJ; Guilabert Mora, M; Royuela , C; Ochando , A y Hernández Meca, E.

Centro: Universidad Miguel Hernández
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: errores, diabetes, insuficiencia renal, pacientes, profesionales
Resumen

OBJETIVO: Describir puntos de vista de pacientes y profesionales sobre los olvidos, confusiones y errores de los pacientes que afectan resultado terapéutico.
Material y método: Estudio realizado en 3 centros de salud y 2 hospitales de Alicante y Madrid, a través de un cuestionario estructurado. El cuestionario evalúa: comunicación e interacción con los profesionales, percepción de seguridad, descripción de EA sufridos, errores en el seguimiento del tratamiento, conductas habituales para minimizar riesgos.
En total participaron 200 pacientes (99 diabéticos y 101 con insuficiencia renal)y 60 profesionales (9 tutores de especialidades MIR, 46 médicos especialistas y 5 enfermeros).
Resultados: Para el 29,5% de los pacientes entrevistados, y para el 70% de los profesionales, los propios pacientes cometen frecuentemente errores que afectan al éxito del tratamiento. Los errores que con más frecuencia identifican los propios pacientes son: equivocarse al tomar la medicación correcta (35%), no recordar lo que le han dicho médicos o enfermeros (26%), entender mal las explicaciones (16,6%) y confundir la medicación por su color (3,5%). Únicamente se encontraron diferencias respecto al error cometido al equivocarse de medicación siendo los pacientes diabéticos quienes lo señalaron con mayor frecuencia (46,9%) que los renales(23,8%) (p=0,01).
A juicio de los profesionales los errores más frecuentes son: tomar al mismo tiempo medicamentos que interactúan entre sí (media=6,63; dt=2,32), olvido de las recomendaciones e indicaciones de los profesionales sanitarios (media=6,50; dt=1,73), olvidos frecuentes a la hora de seguir el tratamiento (media=6,42; dt=2,07), seguimiento inadecuado del tratamiento (media=6,34; dt=2,27) y confusión con la medicación que debe tomar (media=6,14; dt=2,00).
No se encontraron diferencias entre los profesionales en función de las patologías atendidas.
CONCLUSIONES: Los pacientes y profesionales tienen diferente percepción de la frecuencia con que los pacientes cometen errores. Sin embargo hay mayores coincidencias en qué tipo de errores son los que cometen. Es importante transmitir información clara sobre el tratamiento (interacciones, dosis, frecuencia) para reducir los errores que involuntariamente cometen los pacientes.

P-129

SEGURIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS

LAO BARÓN, FJ; LAO MOYA, FJ; MURILLO DE LAS HERAS, MM; LÓPEZ CABRERA, D; MORA CABRERA, A y FERNÁNDEZ MUÑOZ, F.

Centro: HOSPITAL DE TORRECÁRDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD, CUIDADOS INTENSIVOS, EXPERIENCIAS
Resumen
Con el objeto de detectar, comprender, describir e interpretar las experiencias de los pacientes en seguridad percibida, se realizó desde un enfoque fenomenológico, un estudio cualitativo, basado en entrevistas semiestructuradas en profundidad, transcripción y análisis de contenido de las mismas. Los resultados encontrados contribuirán a una mejor comprensión de las necesidades de los pacientes en lo que atañe a su seguridad ingresados en las unidades de cuidados intensivos coronarias, a su toma de consideración y a la inclusión de objetivos e intervenciones enferneras en un Plan de Cuidados Individualizado que favorezca la atención integral del paciente.
OBJETIVOS. General: contribuir a una mejor comprensión por parte de la enfermera, de las necesidades de seguridad percibidas por los pacientes. Específicos: describir, interpretar y comprender las experiencias que desarrollan estos pacientes, en cuanto a seguridad, para posteriormente, formular propuestas de actuación suceptibles de formar parte del plan de cuidados.
Material y método: se realizó un estudio dinámico y flexible, mediante técnicas de aproximación cualitativa, un enfoque de

tipo fenomenológico mediante análisis de contenido de entrevistas en profundidad, transcripciones de las mismas, análisis, y estudio de los datos obtenidos.
Resultados: Los pacientes refieren la confianza puesta en el aparataje y en el personal de enfermeríaespecífico de estas unidades, así como en la expresión de sus emociones, necesidades, miedos y opiniones
DISCUSIÓN: La estrecha vigilancia ejercida por las tecnologías, como por los profesionales de la salud, crea un clima de seguridad en los pacientes ingresados en este tipo de unidades. Y es que los pacientes necesitan confiar y confían en la seguridad, en los conocimientos y en la profesionalidad del personal enfermera
CONCLUSIONES: todos los pacientes incluidos en el estudio, se sintierón seguros y bien atendidos, onjeto de un cuidados prioritario prestado por el personal enfermera, asi como por el control ejercido sobre ellos a traves del instrumental especifico de este tipo de unidades.

P-130

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DOS DE MAIG DEL CONSORCI SANITARI INTEGRAL(CSI) .

ROIGE CORTADELLES, MT; MORENO MARTÍNEZ, MJ; SABBAJH FAJARDO, CE; BARRERA PUIGDOLLERS, MT; RODRÍGUEZ LOPEZ, D y PAJARES DIAZ MECO, JF.

Centro: Hospital Dos de Maig
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: APRENDER DE LOS ERRORES
Resumen
Objetivo. Describir la experiencia de implantación de nuestro programa de Seguridad del Paciente.
Material y método. Dentro del proyecto global de Seguridad del Paciente de nuestra organización el hospital Dos de Mayo ha efectuado las siguientes acciones para la implantación del Programa:- Administración de una encuesta de cultura de seguridad del paciente a todos los profesionales del centro. - Creación el núcleo de seguridad en el que participan, médicos, enfermeras, farmacéutica y la responsable del Servicio de Admisiones. – Hemos participado en los proyectos colaborativos de la Fundación Abedis Donavedian y el Departament de Salut,: lavado de manos, prevención de caídas , identificación inequívoca de pacientes, cirugía segura y complicaciones en la anestesia .También participamos en la prueba piloto en CCAA del Sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes que afectan a la Seguridad de los Pacientes (Ministerio de Sanidad y Política Social)
Resultados: Se distribuyeron 406 cuestionarios de los que se recogieron 117, supone el 28,82% de participación. La participación fue: médicos en un 25%, auxiliares de enfermería un 24%, enfermeras un 23% y administrativos un 22%.
Mayoritariamente los profesionales consideran que se trabaja en equipo, que la dirección/supervisión del servicio lleva a cabo acciones para la mejora de la seguridad del paciente y que existe feed-back i comunicación en los errores, consideran que debemos mejorar en: dotación de personal, cambios de turno y transiciones entre unidades y en percepción de seguridad.
Desdel 16 de febrero hasta el 15 de septiembre se han presentado 29 declaraciones en el SINASP, relacionadas mayoritariamente con la prescripción/ administración de fármacos i la identificación del paciente
El resto de proyectos están en fase de análisis.
Discusión: No podemos presentar todavía resultados objetivos ya que los proyectos se encuentran en fase de consolidación, pero la opinión de nuestros trabajadores nos indica que vamos por el camino correcto, es necesario propiciar la cultura de Seguridad del Paciente para poder ofrecer una atención de calidad a nuestros usuarios/clientes.
CONCLUSIONES: La política de nuestra ,organización con la creación de la Unidad Funcional de Seguridad del

Paciente que aglutina los diferentes centros de CSI favorece trabajar bajo este enfoque. Nos queda un largo camino que recorrer, aunque los resultados preliminares obtenidos nos muestran que la dirección es la adecuada.

P-131

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS AL ALTA HOSPITALARIA

MARÍN CARRILLO, I; LÓPEZ* MONTOYA* , I*; NAVARRO TORRENTE, MD y IBAÑEZ GIL, E.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: SEGURIDAD, ALTA HOSPITALARIA, DATOS DEMOGRÁFICOS
Resumen
INTRODUCCIÓN Uno de los efectos previsibles del envejecimiento es el aumento de personas con problemas crónicos de salud, con frecuencia asociados a problemas de autonomía que, además de limitar al paciente para la realización de actividades diarias, dificultan su acceso a los servicios sanitarios de modo independiente y le hacen susceptible de seguimiento domiciliario. En caso de hospitalización suelen ser altas complejas, con necesidad de ayudar a paciente/ cuidadores a afrontar la situación, dotarles de conocimientos, habilidades y material necesario para manejar los cuidados y realizar una planificación anticipada del alta en coordinación con paciente/familia y profesionales de referencia de ambos niveles asistenciales. Detectamos que el aumento en el nivel de dependencia y complejidad de los cuidados conlleva, en ocasiones, la decisión de cambio de domicilio ó su institucionalización y, en consecuencia, cambio de Centro de Salud y profesionales de referencia al alta.
OBJETIVO. -Conocer el porcentaje de pacientes incluidos en gestión de casos en C.H. Torrecárdenas con cambio de domicilio al alta
MATERIAL Y MÉTODO. -Registro en aplicación informática de pacientes incluidos en gestión de casos
-Registro de casos en los que era necesario actualizar datos demográficos al alta
-Actualización de estos datos en sistema informático
Resultados: -Desde el 15/04/2010 al 15/9/2010 se han incluido 430 pacientes
-En 48 el domicilio al alta fue diferente al que constaba en la información recogida inicialmente, lo que supone un 11.16 % (de éstos un 8%, tenían ingresos previos sin haber sido actualizados estos datos)
-En 32 el cambio de domicilio suponía también cambio en el centro de salud de referencia (7.44%)
-El número de teléfono de contacto fue actualizado en 34 casos, lo que representa un 7.9% del total de pacientes incluidos
CONCLUSIONES. -Una intervención básica en la planificación del alta es el intercambio previo de información de cuidados en salud
-Es frecuente que en casos complejos la familia decida durante la hospitalización cambio de domicilio
-La no realización al alta hospitalaria de una actividad tan sencilla como la actualización de datos demográficos en el sistema informático interfiere en la continuidad asistencial y por tanto en la seguridad del paciente; dificulta además cualquier comunicación posterior
-En ocasiones no hay una persona identificada como responsable de estas actividades que, aunque fáciles de realizar, son básicas para la continuidad asistencial

P-132

LA OSTEONECROSIS MAXILAR POR BISFOSFONATOS. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN, EN PACIENTES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN.

PAZ ALVAREZ, MA; SÁNCHEZ COBO, PA; UREÑA UREÑA, DO; GARCÍA FERNÁNDEZ, FR; JIMENEZ VERDEJO, JU y SÁNCHEZ ROVIRA, PE.

Centro: DELEGACION DE SALUD DE JAEN

Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: BIFOSFONATOS OSTEONECROSIS METASTASIS PREVENCION
Resumen
Introducción: La inclusión en los últimos años se de los bisfosfonatos como el ácido zoledrónico como parte del tratamiento en metástasis óseas de cáncer de mama, pulmón y próstata y también en el mieloma múltiple, para prevenir las fracturas patológicas, disminuir el dolor y últimamente como efecto antitumoral y de esta manera estar en sinergia con la quimioterapia.
OBJETIVO: Determinar mediante revisión de la literatura de los efectos de los bifosfonatos en la osteonecrosis maxilar.
Busqueda bibliográfica en la base de datos de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía accediendo al Buscador Gerión y con ¨Perfil actual: todos los recursos[compartido] ¨ se usaron los Términos de búsqueda: "osteonecrosis ", " jaw ", " bisphosphonate ", " maxilary ", " osteonecrosis ", " maxilar ", " bisfosfonato ".
Resultados: Se encontraron 110 referencias recientes lo cual nos dan una idea de que la importancia de este problema. En el Complejo Hospitalario de Jaén, se encuentran 65 pacientes de los Servicios de Oncología, Urología y Hematología, con fecha de Octubre de 2009. Por ello proponemos las siguientes medidas como protocolo a seguir en un ámbito local como es el Complejo Hospitalario de Jaén:
1) Antes de iniciar el tratamiento con bisfosfonatos: -a) Bisfosfonatos intravenosos: Se propone la derivación mediante " interconsulta ", ", al Servicio de Estomatología de los pacientes que previstos de tratar con bisfosfonatos intravenosos. Serán las especialidades de Oncología Médica, Urología y Hematología las encargadas de derivar a la consulta de Estomatología de dicho Complejo Hospitalario a través de cita por Diraya.
-b) Bisfosfonatos por vía oral : Se debe recomendar tanto a los especialistas de Reumatología, Traumatología, como de otras especialidades hospitalarias que habitualmente los prescriba y por supuesto a los médicos de Atención Primaria 2) Después de iniciar el tratamiento con bisfosfonatos:
-a) Bisfosfonatos intravenosos:
Está contraindicado todo tipo de intervención quirúrgica (extracciones, cirugía, implantes dentales), . El tratamiento y la valoración debería realizarse en un centro hospitalario.
-b) Bisfosfonatos por vía oral :
En los bisfosfonatos orales el riesgo está relacionado con el tiempo acumulado sobre todo a partir de los dos años y asociado a corticoides b.1) En los pacientes con menos de tres años de tratamiento con bisfosfonatos orales : b.2) En los pacientes con más de tres años de tratamiento con bisfosfonatos orales:

P-133

LA ANESTESIA LOCAL VIGILADA PARA EXTRACCIONES DENTARIAS EN LA UNIDAD CMA DEL HOSPITAL NEUROTRAUMATOLOGICO DE JAEN

PONCELA GARCÍA, ME; SÁNCHEZ COBO, PA; UREÑA UREÑA, DO; RODRÍGUEZ MARQUEZ, YO; ILLESCAS MORALES, MA y SÁNCHEZ PALOMINO, PA.

Centro: DELEGACION DE SALUD DE JAEN
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ANESTESIA LOCAL MONITORIZADA EXTRACCION DENTARIA
Resumen Hay un porcentaje bajo de pacientes que necesitan extracciones dentales, en los que la experiencia de las mismas se acompañan de los mismos episodios de perdida de conciencia con relajación de esfínteresy en los pacientes con gran patología de base que necesita una vigilancia monitorizada. Estas extraciones dentarias son complicadas en el medio ambulatorio o clínicas privadas.
El objetivo de nuestro estudio es aprovechar los días en que se suelen intervenir de cirugía oral y empastes a las personas con discapacidad intelectual en el quirófano de CMA, para realizar las extraciones dentarias en estas personas

en los que la perdida de conciencia ante cirugía oral es lo habitual.
Presentamos nuestra experiencia del Servicio de Estomatología del Hospital Neurotraumatologico de Jaén desde el año 2005.
La ventaja de este protocolo es aprovechar la presencia del anestesista que ha intervenido en la cirugía oral de las personas con discapacidad.
Los pacientes tienen sedación intravenosa con midazolam en bolo y remifentanilo en perfusión continua, monitorizados en precaución de problemas que surjan.
Solamente ha existido una pérdida de conciencia en el quirófano en estos años de experiencia.
No se ha tenido nunca que programar un quirófano para esta actividad. Se aprovecha el de anestesia general, programando estas personas como pacientes extras.

P-134

LA PRECOCIDAD EN LOS AISLAMIENTOS PREVENTIVOS PUEDE SER UNA MEDIDA EFICAZ EN EL CONTROL DE IACS.

Reche Molina, I.; Maldonado , J. y Rodríguez Maresca, M..

Centro: hospital Torrecardenas
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
INTRODUCCIÓN. Las medidas de aislamiento tratan de evitar la transmisión de organismos multirresistentes (OMR) entre pacientes y personal sanitario (nivel de evidencia IB) y en menor medida a familiares de los pacientes y visitantes. Por tanto el tiempo desde que se detecta el OMR hasta el aislamiento del paciente es fundamental para evitar la diseminación de estos OMR.
OBJETIVOS. Los objetivos consisten en determinar el tiempo transcurrido en nuestro centro desde que se identifica un OMR hasta que se produce el aislamiento del paciente y si esto se traduce en menor tasa de infecciones nosocomiales.
MATERIAL Y MÉTODOS Se han recogido todos los aislamientos de OMR desde junio 2009 hasta junio 2010. Los criterios de aislamiento son los recogidos en las Guías de Aislamiento del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas (CHT).
El SIME (Sistema de Información Microbiológica Experto) transmite a tiempo real los aislamientos de OMR al S. de M. Preventiva que anota el tiempo desde que recibe la información hasta que se procede al aislamiento del paciente, notificándolo al médico responsable y al personal de enfermería.
Resultados: Se analizaron un total de 334 aislamientos de OMR durante un año (06/2009-06/2010): 302 (90,4%) motivaron el aislamiento preventivo de los pacientes afectados en 15 minutos desde la identificación del OMR en el laboratorio; 14 (4,19%) entre 15-30 minutos, 7 (2,09%) entre 30-45 minutos; 2 (0,59%) entre 45-60 minutos y en 9 casos (2,69%) se precisó > 1 hora.
DISCUSIÓN Desde que se dispone del SIME en nuestro hospital no se produce demora entre la identificación de los OMR en el laboratorio de Microbiología hasta que se notifica al S. de M. Preventiva, manteniéndose en todo momento la trazabilidad en los envíos de resultados. Dada la precocidad que se consigue en los aislamientos preventivos de los pacientes con OMR, según nuestro estudio, pensamos que está teniendo un efecto beneficioso (junto con otras medidas adicionales) sobre el control de las infecciones asociadas a los cuidados de la salud (IACS). Así, según los resultados del EPINE, la prevalencia de IACS en el CHT se ha reducido del 6,3% (2009) al 4,2% (2010).
CONCLUSIONES. 1. El 94,59% de los pacientes en los que se detectó microorganismos multirresistenes (OMR) fueron aislados en menos de media hora en nuestro hospital.
2. El SIME y la colaboración con el S. M. Preventiva ha permitido minimizar los tiempos para llevar a cabo una de las medidas más eficaces en el control de las IACS.

P-135

LA INFECCION EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Presa Pereda, F.; Romero Bermejo, JF; Tirado Delgado, JA; Suplet Gonzalez, E.; Huertos Ranchel, MJ y Muñoz Rodriguez, JV.

Centro: HUPR
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: La Infeccion en Cuidado Intensivos.
Resumen
INTRODUCCION. La infeccion es uno de los principales Indicadores de Calidad Asistencial.Su estudio, seguimiento y evolucion. Entran de lleno en la practica Hospitalaria, y el fin ultimo es restringir al maximo los niveles de infeccion hospitalaria.
OBJETIVOS. Describir el nivel de infeccion en una Unidad de Cuidados Intensivos.
MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo y retrospectivo de todas las historias clinicas de todos los pacientes ingresados a lo largo del año 2009. Ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.Revisando y contabilizando los datos de todos los cultivos, tanto positivos como negativos, de la Unidad de Cuidados Intensivos. Indicando el tipo de cultivo y el tipo de germen que coloniza la muestra. Historias contabilizadas, 496. Cultivos positivos 202, cultivos negativos 234.
RESULTADOS. CONCLUSION.
Se contabilizan los siguientes tipos de cultivos: Aspirado bronquial 41,50 %. Hemocultivos 23,20 %
Urocultivos 5,44%. Cultivos de cateteres (Centrales, arteriales etc.) 10,39 %. Coprocultivos 0,99%. Cultivos de liquido Pleural 0,99%. Exudados de Heridas 5,99%. Otros 11,38% (Esputo, Abceso hepatico, lavado duodenal, LCR. etc.). Se describen los siguientes Agentes patogenos por porcentajes. Candida Albicans 14,35 %. Scherichia Colli 8,9%. Pseudomonas Aerruginosas 8,41 %. Sthaphilococo Epidermis 8,91%. SthaphilococonAureus 5,44%. Serratia Marcens 4,95 %. Sthaphilococo Viridans 5,44%. Sthaphilococo Hemolitico 5,44 %. Enterococo Faecalis 3,46%. Proteus Mirabilis 3,46 %. Actinobacter Baumi 1,98%.Enterobacter Cloaecae 3,46%.Haemophilus Influenciae 4,95%.Otros 20%. Entre ellos, Enterobacter Aerogenos,Kleibsella Neumonae,Sthaphilocos Nominis, Moxarrella Catarralis, Proteus, Enterococo Faecalis, etc.

P-136

EVALUACION DEL GRADO DE CONTROL DE ANTICOAGULANTES ORALES Y CAUSAS DE LA FLUCTUACION

Ruiz Manresa, L y Mures Pintor, MC.

Centro: Torrevieja-salud
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ADOS (ANTICOAGULANTES ORALES)
Resumen
Objetivos: ANALISIS DE LOS
Resultados: DEL GRADO DE CONTROL DE ADOS EN UN AÑO (2009) Y CAUSAS DE LAS FLUCTUACIONES PRODUCIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ROJALES.
METODOLOGIA: ANALISIS DESCRIPTIVO TRANSVERSAL DE LOS CONTROLES REALIZADOS DURANTE UN AÑO EN EL C.S.ROJALES RECOGIENDO LAS SIGUIENTES VARIABLES:
-EN RANGO: CONSIDERAMOS DENTRO DE RANGO UNA DESVIACION +/-0.2 DEL INR OBTENIDO, SEGUN EL RANGO ÓPTIMO PARA EL PACIENTE TENIENDO EN CUENTA SU PATOLOGIA. ESTOS SON LOS SIGUIENTES INTERVALOS; [2-3], [2.5-3.5] Y [3-4].
-FUERA DE RANGO: POR ELEVACION O DESCENSO DE INR. ELEVACION DE RANGO [4-5] Y DESCENSO DE RANGO [1-3], YA QUE ESTOS SUPONEN LOS RIESGOS DE LA ANTICOAGULACION ORAL Y ANALIZAMOS SUS CAUSAS.
Resultados: SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE 5.279 CONTROLES, DE LOS CUALES SE ENCUENTRAN " EN RANGO" UN 67% Y FUERA DE RANGO UN 33%. FUERA DE RANGO POR ELEVACION DE INR UN 17% Y POR DESCENSO UN 16%. ENCONTRAMOS ELEVACIONES DE INR DE [4-5] EN EL 3.4% Y DESCENSOS DEL INR DE [1-3] EN EL 3% DE LOS CONTROLES REALIZADOS.
CONCLUSIONES: EXISTE UN PORCENTAJE BASTANTE ACEPTABLE DEL CONTROL

IDONEO DE ANTICOAGULACION ORAL DE NUESTROS PACIENTES. SE OBSERVA UN PORCENTAJE IGUALADO ENTRE CONTROLES FUERA DE RANGO POR DESCENSO Y POR ELEVACION DE INR, ADEMAS EXISTE UN
RESULTADO: SIMILAR ENTRE CONTROLES MAYORES DE [4-5] Y MENORES DE [1-3] ESTOS SON LOS DATOS DE RIESGO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS YA QUE PUEDEN PRODUCIR HEMORRAGIAS Y TROMBOSIS (ENTRE OTROS) RESPECTIVAMENTE. HEMOS OBSERVADO LAS CAUSAS DE LOS CONTROLES ALTERADOS; POR AUMENTO DE INR [4-5]: -NUEVOS TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS -TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS -INGRESOS HOSPITALARIOS CON MEDICACION INTRAVENOSA -TRATAMIENTO CON CORTICOIDES -BEBEDOR HABITUAL. POR DESCENSO DE INR [1-3]:
-PACIENTES NUEVOS QUE COMIENZAN LA ANTICOAGULACION,
-TRATAMIENTO CON HBPM TRAS INTERVENCION QUIRURGICA O EXTRACCIONES DENTARIAS
-TRAS ADMINISTRACION DE VITAMINA K VIA ORAL POR ELEVACION EXCESIVA
-INTERRUPCION TEMPORAL DEL ANTICOAGULANTE ORAL
-DESPUES DE REALIZAR SANGRIAS
-PACIENTES DIALIZADOS.

P-137

PRÁCTICAS SEGURAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA

UTRERA MILLAN, MA; PEGALAJAR MORAL, MJ y VELA FERNÁNDEZ, JU.

Centro: Hospital Médico Quirúrgico de Jaén
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Prácticas seguras en pacientes con coronariografía
Resumen
OBJETIVOS. • Establecer un plan de cuidados adecuado.
• Identificar y vigilar posibles problemas de colaboración, y diagnosticos de enfermería en pacientes sometidos a coronariografia.
• Proporcionar seguridad al paciente sometido a coronariografia.
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo cuantitativo en el Hospital Médico Quirúrgico de Jaén. La muestra la componen los pacientes, sometidos a la técnica de coronariografía por cateterismo cardíaco, ingresados en la planta de cardiología desde el 1 de Enero hasta el 8 de Marzo de 2010.
RESULTADOS. Se incluiran 133 pacientes de los cuales presentaron las siguientes complicaciones a la coronariografia: IAM (Angina): 11 pacientes (14,6%). REACCIONES ALERGICAS: 2 pacientes (0,5%). HIPERTENSION: 2%. HEMATOMAS: 4%. REACCION VAGAL: 4%. DISMINUCION DE PULSO PEDIO Y TIBIAL: 2 pacientes.
- Principales causas de cateterismo: IAM HIPERTENSION CARDIOPATIA VALVULAR
- Los principales diagnósticos que se presentan en estos pacientes son: ANSIEDAD De 133 pacientes lo presentan el 100%. CONOCIMIENTOS DEFICINETES De 133 pacientes lo presentan el 90%.
- Las intervenciones (NIC) realizadas por enfermería relacionadas con los diagnósticos enfermeros son: 5820: Disminución de la ansiedad 5602: Enseñanza: proceso de la enfermedad 5610: Enseñanza: prequirúrgica 5618: Enseñanza: procedimiento / tratamientos 2304: Administración de la medicacion oral 2314: Administración de medicacion intravenosa 6650: Vigilancia 7820: Manejo de muestras
Discusión. La seguridad del paciente, así como la identificación de los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración son aspectos de importancia en el ámbito sanitario en general. Coincidimos con otros estudios similares en que es de relevancia la estandarización de intervenciones para una correcta actuación enfermera, y unos cuidados de calidad para mejorar el estado y la seguridad del paciente.
CONCLUSIONES. 1º Se ha establecido un plan de cuidados basados fundamentalmente en dos diagnósticos: ANSIEDAD CONOCIMENTOS DEFICIENTES 2º Los principales problemas de colaboración han sido: IAM-14% HEMATOMA – 4% REACCION VAGAL – 4% 3º Las principales intervenciones

realizadas son: DISMINUCION DE LA ANSIEDAD ENSEÑANZA Y VIGILANCIA PROPORCIONAR SEGURIDAD AL PACIENTE SOMETIDO A CORONARIOGRAFIA

P-138

TRANSFERENCIA EMBRIONARIA ELECTIVA: SEGURIDAD Y CALIDAD EN RAH

VILCHES FERRON, MA; VELAZQUEZ DE CASTRO DEL PINO, MC; MONTILLA GÓMEZ, A; KHOURI CHOUFANI, JJ; ARQUEROS GUTIERREZ, C y NICOLAS MARTÍNEZ, MM.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: TRANSFERENCIA EMBRIONARIA, EMBARAZO MULTIPLE, CRIOCONSERVACION
Resumen
Objetivos: Analizar los resultados de la transferencia de menos de 3 emb y su impacto en la tasa de embarazo y la tasa de multigestación, para adoptar nuevas políticas en cuanto al nº de embriones transferidos y contribuir a la solución de una importante complicación en Reproducción Asistida: el embarazo múltiple.
Metodo: Los datos analizados en este trabajo se han obtenido de los ciclos de FIV/ICSI realizados en nuestro centro desde mz 2009. Los tratamientos de estimulación ovárica se realizaron con gonadotropinas en pauta larga o corta, punción folicular 35 horas después de administrar HCG y apoyo de fase lútea con progesterona. La inseminación de los ovocitos se realizó mediante FIV/ICSI, y las Te se realizaron en D+2 o D+3 según el nº de embriones, la calidad embrionaria en D+2 y el nº de embriones que se pretendía transferir. En este periodo de tiempo hemos realizado 220 Te(transferencias) a mujeres con edad < 36 años en 1er o 2º ciclo, de las que 180 tenían al menos un embrión óptimo el día de la Te, y 47 Te a mujeres de 36 a 38 años en su primer ciclo de FIV/ICSI, de las que 41 tenían al menos un embrión óptimo. En el grupo de mujeres < 36 años en 1er o 2º ciclo, 61 Te fueron de 1 emb y 128 fueron de 2 emb. En el grupo de 36 a 38 años en 1 ciclo, 16 Te fueron de 1 emb y 8 fueron de 2 emb. Se analizaron en cada tipo de Te, la tasa de embarazo (TE), la tasa de implantación de los embriones (TI), la tasa de embarazos gemelares (T Gem), la tasa de aborto (TA), y la TE conseguida en FIV más la conseguida con los embriones congelados del mismo ciclo. Las comparaciones estadísticas se hicieron aplicando los test de X2 y la prueba t para medias de dos muestras.
Resultados: En el grupo de mujeres 36 a 38 años los factores de esterilidad se distribuyen de manera semejante entre las pacientes que optan por eSET (Te 1 solo embrión) o DET (Te de 2 embriones), sin diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias de los mismos. En el grupo de mujeres de <= 36 años, sólo en el caso del f.masculino se puede asegurar que no hay diferencias significativas entre las pacientes que hacen eSET o DET. En los demás factores si existe diferencias significativas ($p < 0.05$).
Discusión/conclusiones: Se pueden mantener buenas tasas de embarazo transfiriendo un único embrión cuando en el grupo de embriones hay al menos uno de calidad óptima en mujeres de edad menor o igual a 36 años en el 1er y 2º ciclo de FIV, y en mujeres de edad comprendida entre los 36-38 años en su 1º de FIV/ICSI si se cuenta con un buen programa de criopreservación.

P-139

RIESGO VASCULAR EN PACIENTES QUE TOMAN ANTIPSICOTICOS, EN UNA ZONA RURAL. ZONA BASICA DE SALUD SORBAS. ALMERIA

MARTÍNEZ ROMERO, F; GUERRERO ARANDA, S; GALLARDO RECHE, P; PINO EGEA, MJ y PEREZ FERNÁNDEZ, I.

Centro: UGC SORBAS (ALMERIA)
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: RIESGO VASCULAR , ANTIPSICOTICOS
Resumen
Objetivos: CONOCER EL RIESGO(RV)Y FACTORES DE RIESGO VACULAR (FRV) DE LOS PACIENTES QUE TOMAN ANTIPSICOTI-

COS, PARA PODER INFLUIR EN LA MEJORA DE LOS MISMOS O EVITAR SU EMPEORAMIENTO.
Material y métodos: RECOGIDA DE LOS NUMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL DE ANDALUCIA (NUSSA) MEDIANTE PROCESO INFORMATICO DE PACIENTES QUE TOMAN ANTIPSICOTICOS . ESTUDIO DE PREVALENCIA, DE FR Y RIESGO VASCULAR EN LOS PACIENTES ANTES SEÑALADOS. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL A PARTIR DEL ANALISIS DE FRV MEDIANTE ANAMNESIS, ANALITICAS, ECG Y EXPLORACION, ASI COMO EL RV POR TABLAS SCORE, EN UN MOMENTO DADO, ENTRE EL 1 MARZO Y EL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2010.
Resultados: LOS PACIENTES QUE TOMAN ANTIPSICOTICOS EN NUESTRA ZONA, PRESENTAN FACTORES DE RIESGO EN EL 79.45%, PRESENTANDO AUMENTO DE PESO EN EL 56.16%, HTA 34.23%, TABAQUISMO EN EL 38.35, DISLIPEMIAS 26.02 Y DIABETES EN EL 23.28% DE ESTOS PACIENTES. SE OBSERVA CIERTA ASOCIACION ENTRE RISPERIDONA Y HTA, OLANZAPINA Y DIABETES 2 , SULPIRIDE CON HTA Y DISLIPEMIAS , LLAMADO LA ATENCION EL AUMENTO DE PESO CON LA MAYORIA DE ANTIPSICOTICOS , SOBRE TODO EN LOS TIPICOS.
DISCUSIÓN: LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEBERAN ESTUDIAR, EN PARTICULAR, EL RIESGO VASCULAR DE LOS PACIENTES QUE TOMAN ANTIPSICOTICOS , PARA DE ESTA FORMA INFLUIR EN SU MEJORA.
CONCLUSIONES:LA PREVALENCIA DE RV Y FRV EN PACIENTES QUE TOMAN ANTIPSICOTICOSEN NUESTRA ZONA ES SUPERIOR A LA DE LA POBLACION GENERAL, SIENDO EBN NUESTRO ESTUDIO EL AUMENTO DE PESO EL MAS FRECUENTE, SEGUIDO DE TABAQUISMO, HTA , DISLIPEMIAS Y EN ULTIMO LUGAR DAIBETES.
TAMBIEN EL RIESGO RELATIVO ES SUPERIOR AL DE LA POBLACION GENERAL. EXISTE ASOCIACION ENTRE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO Y ALGUNOS TIPOS DE ANTIPSICOTICOS EN PARTICULAR.

P-140

IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BACTERIEMIA ZERO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

FERNÁNDEZ MUÑOZ, F; LAO BARÓN, FJ; LAO MOYA, FJ; MURILLO DE LAS HERAS, MM; LOPEZ CABERA, D y MORA CABRERA, A.

Centro: HOSPITAL DE TORRECÁRDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: BACTERIEMIA ZERO, SEGURIDAD INTEGRAL
Resumen
Las infecciones asociadas con catéteres vasculares incrementan la mortalidad, las complicaciones, la estancia en el Hospital y los costes. En nuestro medio, la Bacteriemia relacionada con catéter es una de las infecciones asociadas a dispositivos más frecuente.
Siendo la seguridad del paciente una dimensión fundamental de la calidad asistencial, con la implementación del proyecto BARTERIEMIA ZERO, se pretende reducir la incidencia de estos EVENTOS ADVERSOS
Palabras clave: Bacetiemia Zero, seguridad integral.
OBJETIVOS. General
Reducir la tasa de BRC (bacteriemias relacionadas con catéter) a menos de 4 episodios de bacteriemia por 1000 días de CVC Específicos. Conocer los datos sobre las infecciones nosocomiales
Aplicar la cultura de seguridad en nuestra UCI.
Que se apliquen practicas seguras de efectividad demostrada en otras unidades.
Documentar todos los episodios de bacteriemia.
Material y método: los resultados desde la óptica de un estudio cuasi experimental, este proyecto, se llevó a cabo desde el mes de Junio de año 2009 hasta el mes de junio del año 2010. Al inicio y final de la implementación del proyecto, a los participantes, se les entregó un cuestionario de la seguridad integral del paciente. Para que el proyecto comenzara a desarrollarse, previamente, se formó al personal

inmerso en:
La estandarización de prevención de la bacteriemia relacionada con la inserción y manejo de catéteres venosos centrales (STOP-BRC)
Plan de Seguridad Integral (PSI)
Recomendaciones de la OMS, sobre la higiene de las manos.
RESULTADOS. Del total de vías (170), los lugares de inserción fueron, en la vena Subclavia 60 (35,29%), en la Femoral 4 (2,35%), en la Basílica 83 (48,82%), en la Axilar 0 (0,00%), en la yugular 15 (8,82%), otras venas 8 (4,71%). El nivel de urgencia de inserción fue de 52 casos urgentes, lo que supone un 30,59%, 118 casos electivos (69,41%). Al final del proyecto, de los 396 pacientes ingresados portadores de vías de administración de fluidoterapias, con 1720 días de estancia en la UCI, 1258 días de CVC, la tasa bajó a 3,97, cumpliendo el objetivo.
DISCUSIÓN: Se ha mejorado la comunicación entre el personal sanitario.
Tiene un mayor impacto en la reducción de las infecciones relacionadas con catéteres:
Se ha creado un "carro de vía central.
Ha favorecido la medición mensual de las tasas de BRC
CONCLUSIONES: La aplicación del proyecto BACTERIEMIA ZERO, ha favorecido la disminución de la tasa de incidencia de loas B por catéter.

P-141

ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN LOCAL DE INCIDENTES EN RADIOTERAPIA

QUIÑONES RODRÍGUEZ L.A., CASTRO RAMÍREZ I. ANGULO PAÍN, E; GUTIERREZ BAYARD, L; IBORRA OQUENDO, MA; CASTRO RAMÍREZ, I; QUIÑONES RODRÍGUEZ, L y SALAS BUZÓN, C.

Centro: Hospital U. Puerta del Mar
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
Objetivo. En Julio de 2009 se inició un sistema electrónico de notificación local de incidentes en Radioterapia basado en el Manual Técnico de la OMS "Perfil de riesgos en Radioterapia" (2008), con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto a todos los profesionales implicados en el proceso Radioterápico, diseñado y gestionado por el Servicio de Radiofísica del Hospital U. Puerta del Mar. El objetivo es describir la implementación de dicho sistema, analizar su efectividad y evaluar los incidentes detectados durante el primer año de funcionamiento.
Método. En el formulario electrónico se reflejan los incidentes más importantes según el perfil de riesgos de la OMS, clasificado según la etapa del proceso en que ocurre. La base de datos del sistema de notificación permite un análisis de tallado de: cómo, cuándo y quien detecta el evento, la percepción del riesgo que se tiene y la colaboración de los profesionales en el proceso de mejora a través de sugerencias.
El icono para acceder al formulario se instaló en varios ordenadores del Servicio de Radioterapia en Julio de 2009. Se realizaron dos sesiones formativas dirigidas a todo el personal, comenzando el registro de incidentes. Se han clasificado los eventos por causas, frecuencia temporal y comunicador.
RESULTADOS. De 661 pacientes tratados desde agosto de 2009 hasta mayo de 2010, se registraron 34 incidentes, de los cuales 29 (85%) se notificaron a partir de febrero de 2010, fecha en la que se redactó el Plan de Seguridad del Paciente en Radioterapia, dentro de un Plan global de Calidad conjunto entre la Unidad de Radiofísica y Radioterapia. Tras clasificar los eventos observamos que el personal que comunica es tanto facultativo y como técnico. El momento crítico del proceso dónde se detectan los incidentes es la Preparación del paciente para el tratamiento. La mayoría de éstos corresponden a las fases de Simulación y determinación de volúmenes, planificación, transferencia de información y preparación del paciente para tratamiento.
Conclusión. Como evidencian los resultados, es importante mantener la concienciación del personal implicado ya que condiciona una mayor notificación de eventos o riesgos. Es

necesario el apoyo de la Dirección para implementar las barreras que eviten recurrencias, creando una estructura para evaluar su efectividad y poder hacer un seguimiento de los pacientes afectados.

P-142

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTES-SERVICIO DE REHABILIRACIÓN DEL HOSPITAL INFANTA ELENA

Pérez Moreira, R; Cuevas González, C y Bernal Márquez, M.

Centro: HOSPITAL INFANTA ELENA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Riesgos-Indicadores-Resultados.

Resumen

El Servicio de RHB del HIE tiene como característica diferenciadora de otros servicios su ubicación, dista 300 metros del hospital.

La unidad está correctamente señalizada cuidando la eliminación de barreras arquitectónicas. La sala de fisioterapia cuenta con nueve boxes, un gran salón y una habitación usada para terapia respiratoria. Los boxes contienen camillas y aparatos de electroterapia, y son utilizados para terapias que requieran preservar la intimidad y confidencialidad. El salón central está rodeado de ventanas, tiene 8 camillas eléctricas, un plano inclinado, material de mecanoterapia, paralelas, rampa, escaleras y espalderas, tanques de parafina y baños de contraste para pies y manos. A un lado queda la salida de emergencia.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Medicación: errores y efectos adversos.
Yatrogenias vinculadas a la hospitalización y a los cuidados. Caídas, lesiones y quemaduras en el acceso o tratamiento en sala.
Elementos de seguridad clínica.
Vigilancia de caducidades de material de farmacia, fungibles y revisión de carro de paradas. Demora en la recepción de pruebas diagnósticas e historias clínicas.
Identificación inequívoca de pacientes.
Infraestructura.
a)Fija. No existen barreras arquitectónicas. La desventaja para los usuarios es la de tener que desplazarse al Hospital para cualquier otra gestión
b)Móviles. Existen camillas de tratamiento y planos inclinados regulables en altura, instrumentos de mecanoterapia, aparataje auxiliar con soporte para desplazamientos.

BATERÍA DE INDICADORES

Centinelas.
a)Paradas cardiorespiratorias.
b)Nivel de radiaciones elevado.
De resultado.
Caídas de los pacientes ocurridas durante su estancia en el Servicio de Rehabilitación.
Nivel de satisfacción del paciente.
Organización en la indicación al paciente del servicio que requiere.
Quemaduras.
Alergias y reacciones de hipersensibilidad.
Información adecuada al paciente.
Adecuada confidencialidad y privacidad en el trato al paciente.
De proceso.
Adherencia del personal al lavado de manos.
Adherencia del personal al uso de guantes.
Nº de lavados de manos.
Adherencia del personal a la cumplimentación y consulta de historias clínicas
De estructura.
Numero/lugares donde hay dispensadores de jabón.
Número/ lugares donde hay dispensadores de papel.

SELECCIÓN DE INDICADORES 1.- "Caídas de pacientes durante su permanencia en el Servicio de Rehabilitación".
2.- "Información al paciente"

P-143

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IMPLANTACION DEL PAI "ATENCION AL TRAUMA GRAVE": UTILIZACION DE LA METODOLOGIA AMFE

RAYA ORTEGA, L; MORENO SANJUAN, D; IBAÑEZ BOTELLA, G; ARANDA NARVAEZ, JM; QUESADA GARCÍA, G y DOÑA DIAZ, JL.

Centro: HRU CARLOS HAYA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: AMFE SEGURIDAD CALIDAD TRAUMA PROCESOS
Resumen
OBJETIVO. Prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria en la implantación del Proceso Asistencial Integrado (PAI) del Trauma Grave.
MATERIAL Y MÉTODO. El PAI Trauma Grave consta de varios subprocesos. En su abordaje inicial se ha trabajado los subprocesos de Traumatismo Craneoencefálico y Traumatismo abdominal cerrado. Para la implantación del PAI contamos con la implicación de un equipo multidisciplinar formado por profesionales de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) Neurociencias, UGC Cirugía General y UGC Críticos y Urgencias, determinante en la vía común de entrada del paciente a todos los subprocesos (fase1). Se realizaron reuniones de trabajo en las que la guía de PAI Trauma Grave editada por la Consejería de Salud, se revisó y adaptó a las características, necesidades, y recursos del centro, definiendo la Hoja de Ruta del Paciente (fase 2). Se incorporó a este trabajo la identificación de puntos críticos en la seguridad del paciente, con objeto de actuar sobre las causas que provocan los efectos más importantes. Para ello se desarrollaron sesiones de formación y manejo en la metodología AMFE (fase 3). Se realizaron tablas de análisis de riesgos con cada subproceso identificando el índice de prioridad de riesgo según las variables gravedad, detección y aparición (IPR). Así, se establecieron planes de acción de mejora por prioridades (fase 4). Los puntos de riesgo y acciones a desarrollar se incluyeron entre los indicadores de calidad del proceso para su revisión y seguimiento (fase 5).
RESULTADOS. Se identificaron 46 pasos del proceso con punto de riesgo para la seguridad del paciente. En un primer abordaje se planificaron acciones preventivas sobre los 14 modos de fallo con IPR mayor a 100. Los principales fallos valorados con mayor IPR estaban relacionados con retraso en la realización de pruebas complementarias, malfuncionamiento de aparataje, demora en procedimientos, retraso en el tratamiento quirúrgico urgente indicado, incorrecta profilaxis tromboembólica y/o antibiótica, incorrecta cumplimentación de informes. También se implantaron acciones de mejora en otros IPR de menor puntuación pero que eran de fácil solución.
CONCLUSIONES. La metodología AMFE logra identificar posibles fallos con criterios objetivables que permiten trabajar en el rediseño de los procesos para evitar su aparición. Además, esta herramienta fomenta la creación de una cultura de seguridad en equipos multidisciplinares implicados en una gestión de calidad en sus Unidades.

P-144

"SITUACIÓN ACTUAL DE LOS HOSPITALES DE DÍA ONCOLÓGICOS DE CARÁCTER PÚBLICO EN ANDALUCIA"

RUBIO BARRANCO, AR; ALONSO REDONDO, EA; CANTIZANO GARCÍA, PC; JIMENEZ PEREZ, IJ y ENFERMEROS COMISION CUIDADOS Y SEGURIDAD, *.

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar **Área:** SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: HOSPITAL DIA ONCOLOGICO SEGURIDAD GESTION RECURSOS
Resumen
Objetivos: Conocer la situación actual de los Hospitales de DIA Oncológicos (HDO) en Andalucía, actualmente dedicados al cuidado de los pacientes oncológicos, en cuanto a su organización y gestión de forma que sirva para identificar puntos de mejora proporcionando una información útil para la toma de decisiones en la optimización de los recursos - Material y Método
Se realizó un estudio transversal retrospectivo 2009 mediante elaboración y cumplimentación de un cuestionario entre los meses de abril a octubre por enfermeros que asisten a las reuniones de la "Comisión de Cuidados y Seguridad del PIOA". (21 hospitales). Se analizan los siguientes estándares:

Evaluación Procedimientos: Sí existen, metodología y estructura
Sala de Espera: Evaluación y áreas de mejora
Seguridad: Existe plan de seguridad, medidas parciales, evaluación.
Ejemplos de Buenas Prácticas Clínicas (Personalización de los cuidados, asignación enfermera paciente, continuidad de cuidados).
Indicadores básicos de Calidad (Ratio, demoras, analíticas)
-Puntos críticos
-**Resultados:**Contestaron al cuestionario 15 HDO (71,42%). Respecto a evaluación procedimientos (100%) tienen implantados al menos un procedimiento (Plan de acogida). Para análisis de las salas de espera 9 (60%) cuentan con una según recomendaciones del PIOA y 6 (40%) no. En procedimientos de seguridad 7(46,66) tienen implantado, frente a 8 (53,33%). En implementación de ejemplos de buenas prácticas 3(14,28%) aplicaban el manual de buenas practicas recomendado por el PIOA. Los retrasos en los tratamientos no eran elevados, ocurrían mayoritariamente entre 0-10% de los casos siendo las causas principales la falta de sillones o camas para la administración, retraso en la visita con el oncólogo y la no disponibilidad de los análisis a tiempo.
Discusión: Esta estructura ha mejorando la calidad de vida del paciente disminuyendo los costes económicos propios de la estancia hospitalari. los cuidados de los pacientes oncológicos se han modificado en función de la demanda asistencial y los recursos existentes. Se consideró de interés llevar a cabo un estudio para conocer y caracterizar los elementos claves de gestión y eficiencia de los HD oncológicos
-**CONCLUSIONES:** Las ratios de pacientes atendidos son puntos de mejora, Dotar de mas sillones, optimizar el tiempo de visita con oncólogo, agilizar tiempo análisis, repercutiría en una disminución de los retrasos en la administración, en el tiempo de espera del paciente.

P-145

SHORT

ARRRIETA LASCANA, R; PATIÑO SAUCEDO, J; PINO ORTEGA, D; ARJONA SIMON, P y GUTIERREZ GONZALEZ, C.

Centro: Distrito de Atención Primaria Almería
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen METODO S.H.O.R.T
Palabras clave:s: Triaje, Atención de emergencia prehospitalaria, Desastre, Catástrofe, Trabajo de rescate.
Introducción: Hemos revisado en nuestras sesiones clínicas del equipo UGC Urgencias de D. Sanitario Almería el Método SHORT como triaje inicial prehospitalario ante incidentes con múltiples víctimas (IMV) para ser aplicado por personal no sanitario (bomberos, policía, etc.).
OBJETIVO: Validación del Método SHORT y estudio comparativo con las escalas de gravedad más utilizadas en cuanto a discriminación de las víctimas más graves para simplificar y protocolizar la labor inicial del rescate.
Texto libre: El método SHORT ha presentado una sensibilidad del 91,8% y una especificidad del 97% en cuanto a la discriminación de víctimas graves frente al resto de víctimas. El tiempo medio de triaje por víctima ha sido de 18 segundos (rango: 19; desviación estándar: 0,25). En el estudio comparativo, el método SHORT resulta tan eficaz como el resto de escalas analizadas.
CONCLUSIONES: El método SHORT resulta eficaz y rápido para discriminar a las víctimas más graves. Es posible reflejar la gravedad de la víctima con los parámetros expresados en este método, hecho que se constata con los índices de eficacia como sensibilidad y especificidad. Debido a su sencillez de realización, resulta más adecuado que el resto de escalas estudiadas para practicarlo por personal de rescate no sanitario.
Bibliografía: o Emergencias 2005;17:169-175

P-146

ENCUESTA DE REVISION DE FARMACOS EN DOMICILIOS

RODRÍGUEZ ALCAZAR, MA; CARNERO RUIZ, MC; MARTÍN PEÑUELA, EM; JIMENEZ GRANDE, M; ARJONA GÓMEZ, MN y MARTIN GONZALEZ, AR.

Centro: C. S. San Miguel- Torremolinos
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: polmedicados farmacos errores

Resumen
Objetivos: Conocer las condiciones de almacenamiento de fármacos en nuestros pacientes polimedicados. Descubrir posibles confusiones, duplicidades, caducidades y otros errores en el uso de fármacos. Analizar acciones a llevar a cabo para subsanar esos errores en el futuro.
Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Muestra al azar entre nuestros polimedicados que a la vez tuvieran seguimiento domiciliario por enfermería. Se obtuvo muestra de 34 pacientes a los que se aplicó una encuesta que incluía Ítems de: 1- Condiciones de almacenamiento. 2- Contenido del botiquín .3- Uso y conocimiento de los fármacos almacenados.
Resultados: 1-Lugar de Almacenamiento: En general adecuado en cuanto a Humedad y Ubicación (mas del 90 %), algo menos en cuanto a temperatura adecuada (79.5%).
2-Contenido: Duplicidad de Fármacos (23.5%), Acúmulo de Medicamentos (32.3%), Medicamentos sin Identificar (14.7%), Automedicación (17.6%), Fármacos Caducados (44.1%)
3-Uso y Conocimiento: Buen conocimiento en todos los Enfermos y/o Cuidadores aunque no existe Coincidencia con los fármacos de la Historia Clínica del 14.7%. el 100% utilizaba y conocía el uso de la Receta XXI.
DISCUSIÓN: Se destaca un conocimiento adecuado del uso de fármacos a pesar del número de prescripciones que usaban. Los errores mas frecuentes fueron el mantenimiento de medicamentos caducados en el botiquín y el acúmulo de fármacos, aunque también problemas de duplicidad (uso de varios genéricos o marcas), almacenamiento en zonas de exposición a altas temperaturas (cocinas), automedicación y existencia de fármacos sin identificar (fuera de envases, recortados) o no coincidentes con los reseñados en Historia Clínica. Medidas correctoras planteadas: informar a los pacientes sobre Uso Correcto de Fármacos, lugares de almacenamiento, eliminación de fármacos caducados en contenedores SIGRE, peligros de la automedicación y anulación temporal de Receta XXI en caso de acúmulo.
CONCLUSIONES: 1-Condiciones de Almacenamiento de Fármacos en domicilio son aceptables, hay que desaconsejarlo en lugares de altas temperaturas.
2-Excesivo número de errores de Uso y Conocimiento de fármacos (caducados, duplicados, acumulados, sin identificar) que no deberían existir en pacientes polimedicados.

P-147

PREVENIR LAS CAÍDAS: MONITORIZACIÓN Y ANÁLISIS

SERRANO CALVACHE, JA; GALLARDO FRÍAS, JS; FERNÁNDEZ BONO, R; ROBLES AGUILERA, C y ANTÓN MOLINA, F.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: caídas,seguridad,monitorización

Resumen
Objetivo general: Instaurar una Estrategia de Seguridad para disminuir la incidencia de caídas Objetivos específicos:
Conocer la prevalencia de los factores de riesgo asociados a caídas.
Mejorar la seguridad de los pacientes con riesgo de caídas
Material y método: Diseño: estudio descriptivo de un año de duración
Población: todos los pacientes del CHT.
Muestra: pacientes que han sufrido una caída.
Entorno: C. H. Torrecárdenas
Intervención:Recogida de información:

Hoja de notificación de caídas implantada en el CHT, almacenamiento y procesamiento de los datos: programa informático Microsoft Excel. variables: datos demográficos y factores contribuyentes
Resultados: Nº de caídas: 40; V:26(65%) M:14 (35%) Edad media: 67años. Personas con caídas previas:10%;nivel de autonomía (Indice Bárthel): suplencia total: 22%, suplencia parcial:55%, autónomo:18%; nivel de conciencia: orientado: 57,5%; precisan medidas de seguridad: 40%; acompañados: 58%; lugar:75% en la habitación; actividad: al levantarse 42,5%, fármacos de riesgo: 28%, fact. ambientales: 10%, causan lesión:40%
Discusión: Las 40 caídas incluidas en el estudio, corrobora el hecho de que los pacientes se caen, pero no debemos obviar que estas son caídas notificadas y por tanto conocidas, pero desconocemos cuantas caídas reales se producen y no se notifican. Destacar de los resultados obtenidos que los pacientes con mayor riesgo de sufrir una caída, son aquellos que presentan un nivel de dependencia parcial ya que presentan una movilidad reducida frente a los autónomos con movilidad completa y a los de dependencia total con escasa o nula movilidad y por tanto menor riesgo de caerse. Los pacientes se caen más en la habitación que es donde pasan el mayor tiempo y al levantarse ya que supone una actividad de esfuerzo para pacientes débiles por su situación clínica. Sorprende que la mayoría de las caídas no están provocadas por factores ambientales, son de pacientes acompañados y que no toman fármacos de riesgo.
CONCLUSIONES: Garantizar la seguridad en la atención, mediante un programa de prevención de caídas, es un buen indicador de calidad sanitaria. Una de las claves en la prevención es la detección de los pacientes con mayor riesgo de sufrir una caída. Disponer de un instrumento de monitorización para su posterior análisis de los factores contribuyentes, permite determinar el perfil del paciente con riesgo e implementar medidas multifactoriales individualizadas de prevención que garanticen la calidad y seguridad en la asistencia

P-148

PROTOCOLO DE AUTORREHABILITACION ASISTIDA Y SUPERVISADA EN EL SINDROME SUBACROMIA

FERNÁNDEZ BISBAL, P; YEBRA PAREJA, PJ; RUIZ MOLINA, JA y JUMILLA CARRASCO, JL.

Centro: H. Torrecardenas
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: AUTORREHABILITACION SINDROME SUBACROMIAL
Resumen
Introducción: Este protocolo pretende realizar de forma precoz un programa de autorreabilitación, en el que la participación del propio paciente, con la supervisión del cirujano, permite dar celeridad al proceso en el que se ve incluido el paciente con síndrome subacromial.
Material y Metodos: Se realiza estadificación alrededor de la intervención quirúrgica. Para ello, se inicia con una evaluación pormenorizada de la movilidad preoperatoria. Una vez intervenido, se supervisa al paciente con el programa de autorrehabilitacion domiciliaria, asistida por un familiar o persona proxima a su entorno. Dicho programa, le guiará en las distintas etapas de rehabilitación a las que un paciente con sindrome subacromial debe ser sometido.
CONCLUSIONES: La aplicación de este protocolo de continuidad inmediata al proceso asistencial, disminuyendo el tiempo de rehabilitación, con mayor información por parte del paciente, y por ende, disminuyendo el tiempo de baja laboral.

P-149

PLAN DE ACCIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL DISTINTIVO MANOS SEGURAS.

GALLARDO FRÍAS, JS; SERRANO CALVACHE, JA; FERNÁNDEZ BONO, R; ROBLES AGUILERA, C y ANTÓN MOLINA, F.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: higiene de manos, seguridad, paciente.
Resumen
Objetivo general: Conseguir que todos los profesionales del CHT realicen correctamente la higiene de manos y el uso de guantes en la atención a pacientes.
Objetivos específicos: Proporcionar conocimientos y habilidades para la realización correcta de la higiene de manos Facilitar los medios necesarios para llevar a la práctica las recomendaciones de la OMS. Implicar a las direcciones y responsables de unidades en la implementación de las acciones dictadas en el acuerdo de objetivos. Seguimiento de los indicadores marcados por la ACSA.
Material y Método Desde la Unidad de Calidad, se establecieron las acciones a desarrollar para cada uno de los criterios definidos por la ACSA:
1.Comprometer a los responsables de unidad la asignación de al menos un profesional que se implique directamente en las iniciativas marcadas para este objetivo. 2.Formación de formadores mediante talleres.
3.Gestionar las necesidades de recursos materiales y cartelería.
4.Elaborar y difundir el procedimiento y folletos informativos. 5.Monitorizar el seguimiento de las estrategias puestas en marcha.
Resultados: 1)Se han nombrado 111 responsables. 2) Se forma a 90 profesionales que a su vez han formado a 639 profesionales (62% del personal). 3) Se han colocado 772 dispensadores fijos con solución hidroalcohólica en los puntos de atención a pacientes y 3 modelos de Carteles informativos en las unidades. 4) Se ha elaborado y difundido el Procedimiento de higiene de manos y un díptico informativo para profesionales en formación o de nueva incorporación. El día mundial del lavado de manos se realizaron diversas actividades. 5) Cada responsable está realizando observación directa a sus profesionales.
Discusión: El trabajo en equipo, la implicación de direcciones y la participación de los profesionales son imprescindibles para el desarrollo y la puesta en marcha de acciones de mejora. En este caso, cambiar rutinas y actitudes es dificultoso; no podemos afirmar que todos los profesionales del CHT hacen correctamente la higiene de manos, pero sí podemos decir que se ha avanzado mucho en este sentido.
CONCLUSIONES: Aunque la finalidad a corto plazo pudiera ser la obtención del distintivo, que no deja de ser un reconocimiento a un trabajo bien hecho;lo esencial y que debe perdurar a largo plazo es la concienciación y la importancia que deben darle los profesionales al hecho de lavarse las manos correctamente en unos casos, usar en los momentos debidos la solución alcohólica y cuándo deben ponerse guantes.

P-150

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN EL SEXO

SIERRA GARCÍA, FR; MONTERO BALOSA, MC; PASTOR HURTADO, JA; MOLEON RUIZ, MA; ROMAN MARQUEZ, EV y DELGADO VILCHEZ, PA.

Centro: AGS NORTE DE ALMERÍA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: genero "sindorme coronario agudo" "tratamiento farmacologico"
Resumen
OBJETIVO: Evaluar la prescripción farmacológica en los pacientes con enfermedad coronaria para determinar si existe diferencia de género en la instauración de tratamientos ya que la enfermedad coronaria presenta una diferencia de género en su manifestación clínica, los procedimientos diagnósticos, la evolución y la indicación de tratamiento.
Métodos: estudio observacional longitudinal multicéntrico de todos los pacientes ingresados (n=741) en 2007 por síndrome coronario agudo en 4 hospitales andaluces

Se analizó la siguiente medicación prescrita al alta, a los 6 meses y al año Antiagregantes, Inhibiodres de la enzima de la convertasa (IECAS) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), Betabloqueantes, Hipolipemiantes y Antagonistas del Calcio.
Resultados: ESTATINAS: prescritas al alta: 77% en hombres y 70% en mujeres (signinifactivo)
ANTIAGREGACIÓN: El 87% de hombres y el 83% de mujeres (no significativo) reciben indicación al alta hospitalaria de tratamiento antiagregante, pero a los 6 meses baja a 66% y 69%, y a los 12 meses, a 61% y 58%, respectivamente, sin diferencias entre sexos.
TRIPLE TERAPIA (ácido acetil salicílico o clopidogrel, beta-bloqueante y estatina) : El 47% de hombres y el 40% de mujeres (no significativo) reciben indicación al alta hospitalaria de la triple terapia pero en AP, a los 6 y 12 meses, baja al 30% en ambos sexos.
CUÁDRUPLE TERAPIA (antiagregante, beta-bloqueante, estatina e IECA/ARA-II) : Un 43% de pacientes reciben indicación al alta hospitalaria de la cuádruple terapia pero en Atención Primaria, a los 6 y 12 meses, baja al 21% y 18%, respectivamente, sin diferencias entre sexos.
CONCLUSIONES: En la prescripción de estatinas hay diferencias significativas de una mayor indicación farmacológica en hombres que en mujeres, exisitendo tendencias en el resto de los grupos considerados. Se debería acentuar las recomendacioens de las distintas guías de práctica clíncia de tratamientos crónicos en pacientes con prevención secundaria.
Proyecto financiado por la Consejería de Salud de Andalulcía, expediente:PI-0123/2007

P-151

ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA DE LOS PACIENTES QUE CONSUMEN MÁS DE UN ANTIDIABÉTICO

PASTOR HURTADO, JA; GARCÍA PARRA, MF; SIERRA GARCÍA, FR; ROMAN MARQUEZ, EV; MOLEON RUIZ, MA y DELGADO VILCHEZ, FR.

Centro: AGS NORTE DE ALMERÍA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ANTIDIABÉTICOS HEMOGLOBINA GLICOSILADA DIABETES
Resumen
Objetivos: Analizar si los pacientes de nuestra área se encuentran infratratados al mantener una terapia con antidiabéticos orales (ADOs) en lugar de comenzar una terapia con insulina, ya que el consumo de insulinas por cada mil habitantes es inferior al de la media andaluza
Material y método: Estudio observacional de los pacientes que habían consumido más de 1 Antidiabético Oral durante el periodo enero-septimebre 2009, (n=2590, de los cuales 400 consumían también insulina).
Para estimar el tamaño de la muestra que era necesario auditar se contactó con Fibao, siendo su respuesta: "Considerando un error máximo admisible del 10% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50% (caso más desfavorable) y que el tamaño total de la población es de 2590, será necesario un tamaño de muestra de 93 sujetos."
Por tanto, se auditaron 241 historias clínicas hasta conseguir 95 resultados de hemoglobina glicosilada.
Resultados: De los resultados de hemoglobina glicosilada obtenidos (95), un 67.3% de los pacientes tenían una Hemoglobina glicosilada inferior a 8 (64) y un 35.8% inferior a 7 (34).
CONCLUSIONES: Los datos muestras un control óptimo en un bajo % de pacientes, si bien, al no disponer de datos similares de otras áreas, no se pueden hacer comparaciones con otras poblaciones que consumen más insulinas. Parece necesario realizar una estrategia de promoción de la insulinización de estos pacientes, tal y como recomiendan distintas Guías de Práctica Clínica

P-152

IMPACTO DE LA RETIRADA DEL VISADO DE INSPECCIÓN EN EL CONSUMO DE CELECOXIB

PASTOR HURTADO, JA; GARCÍA PARRA, MF; SIERRA GARCÍA, FR; MOLEON RUIZ, MA; ROMAN MARQUEZ, EV y DELGADO VILCHEZ, FR.

Centro: AGS NORTE DE ALMERÍA
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: CELECOXIB VISADO
Resumen
Introducción: El 29 de octubre de 2008, mediante Resolución s/c 0557/08, y a consecuencia de una resolución judicial, el SAS decidió retirar el visado de inspección al ppio activo celecoxib con fecha 1 de enero de 2009.
Objetivos: Determinar si la retirada del requisito previo de visado a una molécula ha aumento el consumo de esta en el AGS Norte de Almería.
Material y método: Mediante el programa de gestión de datos de recetas Mycrostrategic se ha obtenido el consumo mensual de celecoxib desde enero de 2008 hasta febrero de 2010. Este consumo se ha definido en función del número de DDD que los pacientes han retirado de las OF.
Resultados: En el periodo enero-diciembre 2008 (previo a la retirada del visado) el consumo de celecoxib se mantuvo estable (Intervalo 840-1260). A partir del 1 de enero de 2009 el consumo ha ido aumentando progresivamente hasta pasar de las 1800 DDD de enero 2009 a las 8130 DDD de febrero de 2010. Observándose además una tendencia cada vez más alcista en el consumo. Será necesario realizar una auditoría de hisotiras clíncias para analizar si dicho consumo se debe al uso del fármaco en indicaciones no aprobadas

P-153

PERFIL DE LA SOLICITANTE DE PÍLDORA POSTCOITAL EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

JURADO ORELLANA, JA; DE IRIGOYEN DÍAZ, A; CABEZA LÓPEZ, J; MORENO TINOCO, M; DEL CASTILLO GÓMEZ, L y BENITEZ JARO, E.

Centro: UGC Ubrique
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ANTICONCEPCION POSTCOITAL ATENCION PRIMARIA
Resumen
OBJETIVO: Conocer el perfil de la mujer demandante de la píldora postcoital en la Unidad de Gestión clínica de Ubrique
Material y método: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. Ámbito del estudio: UGC de Ubrique (Centro de Salud de Ubrique, Consultorios de Grazalema, Benaocaz y Villaluenga). Periodo del estudio: Años 2008 y 2009- Material: Encuesta de prescripción de anticoncepción postcoital del SAS
Resultados: Durante el período del estudio acudieron 252 mujeres; un 17% son de otra localidad. La edad media fue de 24,6 años. El 64,3% son menores e iguales de 25 años. La media de tiempo transcurrido post coito de riesgo se sitúa en 10 horas. Un 45% la habían solicitado en otra ocasión. El método de anticoncepción habitual es el preservativo en un 83% .El motivo de la solicitud fue por rotura de preservativo en un 83%.El facultativo que la dispensa es DCCU en un 53,5% y un 44,6% EBAP. La encuesta se cumplimentó correctamente en un 78,5%. El 100% de la PPC se dispensó de forma gratuita
Discusión: Promover la administración de la píldora Postcoital en las consultas de Planificación familiar facilitaría el seguimiento y garantizaría la Educación Sanitaria de las mujeres.
CONCLUSIONES: El perfil de la mujer que solicita la píldora postcoital en la UGC de Ubrique es una joven de unos 24 años, que utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual, que refiere uso anterior de la anticoncepción postcoital y acude a Urgencias unas 10 horas después del coito por rotura de preservativo.

P-154

MONITORIZACIÓN DE LA INFECCION NOSOCOMIAL POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Martínez Lirola, M; Robles Aguilera, MC; Rodriguez maresca, MA; Gálvez Contreras, MC; Sureda Santiso, MD y Comisión Infecciones, HT.

Centro: Complejo Hospitalario

Torrecárdenas
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Infección Nosocomial, Gérmenes Multirresistentes, Monitorización
Resumen
Objetivos: Conocer la situación de los casos de microorganismos multirresistentes aislados en el CH Torrecárdenas de 2008 a 2010 y el grado de cumplimiento respecto al Objetivo Contrato Programa "reducción del 15% respecto al año anterior"
Material y método: Estudio observacional descriptivo. Fuente: base de datos Microbiología OMEGA. Población de estudio: pacientes hospitalizados con aislamiento de alguno de los siguientes microorganismos: S. aureus (meticilin sensible y/o resistentes), Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae productores de betalactamasas de espectro extendido y Acinetobacter baumannii. Periodo: Enero 2008 a Julio 2010
Resultados:- Nº total de pacientes con aislamientos de estas características: 2008=440, 2009=395, 1º semestre 2010=202.
S. aureus total: 2008=291, 2009=223, 1º semestre 2010=117. MRSA: 2008=160, 2009=120, 1º semestre 2010=53. A. Baumannii: 2008=63, 2009=35, 1º semestre 2010=27. Enterob BLEE: 2008=86, 2009=131, 1º semestre 2010=58
-Grado cumplimentación. Objetivo**:** 2009=reducción global del 10,2%, 1º semestre 2010=reducción del 1,5% respecto al objetivo
DISCUSIÓN: En 2009 no se ha conseguido el objetivo global de reducción de un 15% respecto al año anterior debido fundamentalmente a un brote de IN por Klebsiella pneumoniae productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), aunque sí se ha conseguido para el resto de multirresistentes
En el primer semestre de 2010 sólo se ha logrado el objetivo para S. aureus (total y MRSA). En todo caso observamos una reducción progresiva en el aislamiento de estos gérmenes en el CHT, lo que pone de manifiesto el esfuerzo continuado en la reducción de la Infección Nosocomial (IN)
CONCLUSIONES: Desde la Comisión de Infecciones, encargada de monitorizar los indicadores de IN y velar por prevenirla y controlarla, consideramos un gran logro la significativa reducción de los patógenos relacionados con IN en nuestro centro (11,7 % a lo largo de los últimos 18 meses), cambiando la tendencia alcista de los últimos cinco años, gracias al esfuerzo conjunto de todos los profesionales.

P-155

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Carrasco Navarro, A.; Perez Rodriguez, L; Navarro Romero, J. y LLergo Gomez, R.

Centro: Hospital La inmaculada. **Área:** Gestion Sanitaria Norte Al
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Seguridad, Listado de Verificacion, Quirofano
Resumen
Objetivos: Conocer el nivel de implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en el bloque Quirúrgico del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.
Conocer la calidad de los registros del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
Método: Población: pacientes operados entre 1 de junio de 2010 y 15 junio de 2010. Quedan excluidos los pacientes intervenidos de cirugía menor ambulatoria.
Método: Estudio retrospectivo mediante auditoria de las historias clínicas de los pacientes intervenidos en el periodo de estudio. El periodo de estudio se establece transcurrido un año desde la implantación del Listado de Verificación en nuestro quirófano.
Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 165 intervenciones. Se auditaron un total de 153 historias.
El listado de verificación quirúrgica se encontraba en 139
Con todos los campos cumplimentados: 108
Discusión: Durante el periodo de

estudio, en un número elevado de intervenciones, en el 91%, se realizó el listado de verificación de seguridad quirúrgica.
En el 78% de las hojas se habían cumplimentado todos los campos.
CONCLUSIONES: El nivel de implementación del listado de verificación ha sido satisfactorio, así como la cumplimentación de los campos de dicho listado.
Ampliaremos el estudio para detectar si existe relación entre la urgencia de la intervención y la realización del listado.
Sería conveniente establecer medidas para que el listado de verificación se realizara en mayor número de pacientes. También creemos que sería conveniente realizar sucesivos cortes de estudio para ver como evoluciona la cumplimentación del documento.
La preocupación de los profesionales en las practicas seguras, creemos ha sido determinante en la buena implantación del Listado de Verificación en nuestros quirófanos.

P-156

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGUIDAD QUIRURGICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL LA INMACULADA

Pérez Rodríguez, L; Carrasco Navarro, A; Llergo Gómez, R y Navarro Romero, J.

Centro: Hospital La inmaculada. Área Gestion Sanitaria Norte Al
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Seguridad, bloque quirurgico.
Resumen
Objetivos:
Implantación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
METODOLOGÍA: Elaboración del procedimiento de realización del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica. Sesiones clínicas sobre la utilización del listado.
Implantación de la lista de la OMS en todos los quirófanos.
Resultados: Se elabora un procedimiento en el que la enfermera circulante es la encargada de realizar el listado de verificación ayudada por el resto del equipo quirúrgico (personal auxiliar, facultativos, enfermeros.)
Se realizan 2 sesiones clínicas a las que asisten 42 profesionales
Se implantan los diferentes listados de la OMS en todos los quirófanos.
Discusión: Actualmente la realización del listado en nuestros quirófanos forma parte de nuestra rutina de trabajo.
CONCLUSIONES: Sería conveniente realizar auditorías de historias para comprobar la calidad de los registros, el índice de marcado de los diferentes ítems, así como detectar posibles desviaciones según especialidad o tipo de intervención.

P-157

ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Alvarez Jurado, J; Alonso Benzal , M.; Gómez Fuentes, M; GARCÍA Alonso, M; Pérez Lozano, D y Cordoba Escámez, J.

Centro: Hospital La Inmaculada. Área Gestion Sanitaria Norte Al
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: UCI, cultura de seguridad
Resumen
Objetivos: - Conocer las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Comarcal de Huercal-Overa. -Conocer las posibles diferencias entre nuestra unidad, la situación Andaluza y Nacional.
METODOLOGÍA: Estudio descriptivo mediante cuestionario autoadministrado sobre seguridad de los pacientes (Agency for Healthcare Research and Quality). Analizamos 10 dimensiones, que tienen marcado carácter interno. La realizan los profesionales de la UCI del Hospital de La Inmaculada. Se considera como fortalezas si en una dimensión el nº de respuestas positivas es mayor o igual de 75% y oportunidades de mejora si el nº de respuestas positivas es igual o menor de 50%.

Lo resultados se compararan con las encuestas realizadas a nivel Andaluz por el proyecto Bacteriemia Zero y a nivel Nacional con el estudio "Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español" (2009)
Resultados: Se realizan 19 encuestas, 80% de los profesionales.
Los resultados son expuesto en porcentaje de respuestas positivas, el primer resultado es el la UCI de Hospital La inmaculada, en segundo lugar el correspondiente a las UCIs andaluzas y por último el correspondiente al ámbito hospitalario nacional.
Resultados de la cultura de seguridad
Frecuencia de eventos adversos Notificados: 80, 41,47
Percepción de seguridad: 69, 48, 48
Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel unidad
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión dela unidad que favorecen la seguridad:83.5, 61.1, 62
Aprendizaje organización/mejora continua: 86, 64, 54
Trabajo en equipo unidad: 94, 76, 72
Franqueza en la comunicación: 56, 44, 48
Feed-back y comunicación sobre errores: 67, 40, 44.
Respuesta no punitiva a los errores: 76, 54, 52.
Cultura seguridad a nivel hospital
Trabajo en equipo entre las unidades: 60, 43, 42
Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios: 68, 62, 53
Calificación clima seguridad: 8.47, 7,24, 7
Discusión: Nuestra situación global es mejor, frente a la encuesta andaluza, y nacional.
CONCLUSIONES: Esta encuesta ha resultado una herramienta sencilla y eficaz para obtener una visión global de nuestra situación en cultura de seguridad.
Es conveniente realizar un análisis mas pormenorizado de encuesta para planificar y valorar el impacto de intervenciones posteriores.

P-158

PACIENTE IDENTIFICADO, PACIENTE MÁS SEGURO

Morillo Cadierno, RM; Palomo Lara, JC; Castilla Alvarez, MC; del Nozal Nalda, M y Pavón Real, MI.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: identificación, brazaletes, seguridad
Resumen
Objetivos: Dar a conocer el "protocolo de identificación inequívoca de pacientes" a los profesionales implicados y usuarios e iniciar su implantación en el Área Hospitalaria.
Material y método: -Creación de un grupo de implantación con el Centro Coordinador de Procesos Estratégicos (CCPE), unidad que se encarga de la puesta en marcha de las líneas estratégicas de la Dirección de Enfermería, la Subdirección de Calidad, el Servicio de Admisión y el Servicio de Informática.
-Elaboración del protocolo de implantación mediante la adaptación local de las directrices de la Consejería de Salud.
-Elaboración por el CCPE del material didáctico y la presentación electrónica.
-Reunión formativa con mandos intermedios de enfermería. Se realiza la formación en cascada desde los mandos intermedios a los profesionales de enfermería correspondientes de las unidades implicadas.
-Reunión informativa con los miembros de la Comisión Central e Calidad.
-Difusión del protocolo a las direcciones asistenciales y administrativas
-Reunión informativa con usuarios a través de la Comisión de Participación Ciudadana del Área.
Resultados: Elaboración y puesta en marcha del protocolo.
Dos sesiones formativas dirigidas a los mandos intermedios de enfermería.
Treinta y cinco sesiones al personal de enfermería de las unidades afectadas y una sesión informativa a la Comisión

Central de Calidad.
Una reunión informativa a los miembros de la Comisión de Participación Ciudadana del área.
Discusión: Se ha puesto en marcha el protocolo y es fundamental realizar el seguimiento para conocer el grado de implantación real e implementar las acciones de mejora necesarias que se detecten.

CONCLUSIONES: La identificación inequívoca de pacientes es un aspecto fundamental en la estrategia de seguridad del paciente desarrollada por la Consejería de Salud e impulsada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. La puesta en marcha en nuestra Área supone otro elemento para una atención sanitaria más segura.

P-159

CONTROL DE RIESGOS DEL PACIENTE SOMETIDO A TRATAMIENTO DE ELECTROTERAPIA

INSUA BRETONES, ES; PACHON MARTÍNEZ, MC; SÁNCHEZ VELAZQUEZ, IN; FERNÁNDEZ MIRANDA, EU; FERRER GARCÍA, MD y MIRALLES BERENGUEL, FR.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ELECTROTERAPIA SEGURIDAD PACIENTE RIESGO
Resumen
OBJETIVOS. Analizar los riesgos del tratamiento de electroterapia.
Potenciar el uso seguro en esta práctica de la fisioterapia.
Mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a tratamiento de electroterapia. Adecuar la gestión de riesgos al nuevo marco jurídico y a las líneas estratégicas del SAS.
MATERIAL Y MÉTODO. Elaboramos un mapa de procesos de seguridad del paciente sometido al tratamiento de fisioterapia con técnicas de electroterapia. Se proponen las acciones y la aplicación de las medidas encaminadas a reducir riesgos tanto para nuestros pacientes como para los profesionales implicados en el manejo de los aparatos de electroterapia.
RESULTADOS. Se ha elaborado y difundido un protocolo de revisión de material de electroterapia delimitando el ámbito de aplicación, los profesionales responsables implicados, las instrucciones de uso y los avisos de seguridad.
Se ha elaborado un documento de información donde al paciente se le da a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren.
Se ha diseñado una hoja de consentimiento informado adecuándonos a las órdenes dictadas por la Consejería de Salud en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.
La hoja de consentimiento informado se ha integrado en la documentación del paciente de forma normalizada.
Se ha trazado y desarrollado un Plan de Seguridad en nuestra Unidad.
Discusión. La necesidad de garantizar la seguridad de nuestros pacientes que son sometidos a tratamientos de electroterapia y una visión crítica sobre los posibles resultados adversos personales y de organización nos impulsó a un análisis de la gestión de riesgos en esta materia de la fisioterapia.
El nuevo modelo de relación clínica desarrollado por el SAS derivó en un análisis de problemas y puntos críticos en relación a la seguridad de nuestros pacientes.
CONCLUSIONES. Se ha mejorado la calidad de los tratamientos de electroterapia garantizando la seguridad de nuestros pacientes sometidos a esta práctica.
Se han implantado en nuestra Unidad los objetivos propuestos en la reducción de riesgos. Hemos adecuado la documentación y la gestión de los riesgos al nuevo marco jurídico.
Velamos por la garantía de los derechos de los ciudadanos en el aspecto relacionado con la aplicación de electroterapia.
Se ha implantado una cultura de seguridad entre los profesionales implicados en estos tratamientos

P-160

INICIATIVAS PARA REDUCIR LA INFECCIÓN ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD POR MICROORGANISMOS DE ESPECIAL RELEVANCIA

MALDONADO CASTILLO, JR; RODRÍGUEZ MARESCA, M; SUREDA SANTISO, MD; ROBLES AGUILERA, MC; ESPÍN GÁLVEZ, J y MARTÍNEZ CORONEL, JF.

Centro: Hospital Torrecárdenas de Almería
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: IACS MRE INICIATIVAS
Resumen
Antecedentes/Objetivos: Las infecciones por MER son causa cada vez más frecuente de IACS. Entre las principales características de estos patógenos está la capacidad de producir resistencias a múltiples antibióticos y de transmitirse fácilmente en el medio hospitalario. En los últimos años, los MER más frecuentes en nuestro entorno han sido: Staphylococcus aureus (SA), Staphylococcus aureus resistentes a oxacilina (MRSA), Acinetobacter baumannii (AB) y Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae productoras de ß-lactamasas de espectro extendido (E. BLEE y K. BLEE). Dentro de la estrategia para la seguridad de los pacientes del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (CHT), uno de los objetivos para el año 2009 fue la reducción ≥ 15% de la incidencia de IACS por MER.
Material y método: Durante 2009, desde la Comisión de Infecciones, se impulsaron varias iniciativas para intensificar el control de las IACS:
• Refuerzo de las actividades de la campaña de higiene de manos y uso correcto de guantes; mediante formación y divulgación.
• Refuerzo de política de antibióticos; mediante revisión y auditoria de consumo de antibióticos de uso restringido y de protocolos de profilaxis quirúrgica.
• Implantación de un sistema experto para la vigilancia de IACS; mediante la detección precoz de MER con validación y comunicación a tiempo real de resultados. • Pilotaje de un protocolo para detección de colonización por MMR; mediante screening microbiológico a pacientes susceptibles de Unidades de riesgo (UCI adultos y pediátrica y Reanimación).
Resultados: Incidencia de IACS por MRE en 2008: 470, en 2010: 416. Reducción global: 11.5%. Reducción de SA un 22. 2%, de MRSA un 28.3%, de AB un 35%, de E. BLEE un 20,3%. Aumento de K. BLEE un 38.3%.
Discusión: La presencia de 2 brotes de IACS por K. BLEE ocurridos en Unidades de Riesgo durante 2009, previo a la implantación de alguna de estas iniciativas, ha podido ser la causa de no alcanzar el objetivo propuesto. No obstante creemos que el abordaje multidisciplinar de las IACS junto con las medidas específicas desarrolladas en nuestro centro supone una mejora sustancial en la seguridad y calidad asistencial de nuestros pacientes
CONCLUSIONES: Estas actividades han podido contribuir a la disminución de IACS por MER, aunque no se ha cumplido el objetivo marcado.
Quizás estas iniciativas se podrían extrapolar a otros Hospitales.

P-161

PROGRAMA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE USUARIOS DEL SERVICIO DE CAPTACION DE IMAGENES HAR SIERRA NORTE

NAVAS RIVAS, M; MORILLO PALMA, I; HIDALGO CORDERO, V; GARCÍA VERA, D; PAVON OLMEDO, Y y LORA MEDINA, A.

Centro: hospital de alta resolucion sierra norte
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Riesgos, exposicion radiologica, preparacion correcta pruebas.
Resumen
Objetivos: 1. Mejorar la protección de la salud de la población frente al riesgo derivado de radiaciones ionizantes
2. Ampliar conocimientos de profesionales en cuanto a riesgos y preparación correcta de pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS 1.Elaboración encuesta dirigida a la población sobre el conocimiento que tienen relacionado con los riesgos de exposición
2.Elaboración encuesta dirigida a los profesionales sobre el conocimiento que tienen relacionado con riesgos y la correcta preparación de pacientes
3.Reparto de encuestas
4.Análisis de resultados para detectar necesidades y establecer áreas de mejora
RESULTADOS. 1. 100 encuestas de pacientes: 46% de pacientes no conocen riesgo de prácticas de radiaciones en edad fértil, 58% no conocen riesgo de prácticas radiológicas repetitivas 2. Se está diseñando un taller de Educación sanitaria con la población de riesgo
3. Se ha diseñado un tríptico informativo sobre las principales dudas manifestadas por los pacientes.
4. 88 encuestas de profesionales sanitarios. 85% conocen la preparación previa a las pruebas y un 81% los riesgos que estas conllevan, pero un 57% no conocen las indicaciones que hay que transmitir al paciente antes y después de cada prueba.
5. Se ha diseñado un taller de formación para profesionales (pendiente de acreditación).
Discusión. Cualquier actuación encaminada a mejorar la seguridad de usuarios de un servicio de captación de imágenes, precisa intervenir al menos en 2 sentidos: protección de radiaciones y preparación correcta. Para ello ha sido preciso conocer los déficits de conocimientos y condicionar las actuaciones posteriores a este análisis, interviniendo posteriormente tanto en profesionales (formación/información) como en ciudadanos (información).
CONCLUSIONES •Se hace necesario intervenir en educación sanitaria para dar a conocer a ciudadanos, riesgos de exposición en edad fértil y por prácticas repetitivas. •La formación en taller a profesionales deberá incidir en la correcta preparación de pacientes para cada prueba. •La encuesta ha ocasionado en los profesionales un movimiento de mejora hacia la preparación correcta de pacientes por el simple hecho de ser encuestados.

P-162

DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA COLÓNICA PREVIA A LA COLONOSCOPIA SEGÚN PROCEDENCIA DEL INDIVIDUO

Gálvez Miras, A; Rodríguez Manrique, M; Anguita Montes, MF y Vega Sáenz, JL.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: Colonoscopia
Resumen
Objetivos:
Determinar la calidad de la preparación colónica en los individuos hospitalizados en el Hospital Torrecárdenas (HT) a los que se les realiza una colonoscopia.
Comparar la calidad de la preparación colónica de los individuos procedentes del área de hospitalización de Aparato Digestivo (AD) respecto al resto de áreas del HT.
Material y métodos: Se está realizando un estudio observacional descriptivo transversal que incluye a pacientes hospitalizados en el HT a los que se les haya hecho una colonoscopia de forma programada. Se ha realizado un análisis estadístico preliminar antes de completar el tamaño muestral calculado. Para cada uno de los pacientes se ha rellenado una hoja de recogida de datos que incluye datos demográficos, área hospitalaria de procedencia y servicio al cargo del paciente, indicación de la exploración, patología de base, actividad física basal (AFB), cumplimiento de la preparación, tolerancia del paciente a la preparación y calidad de la preparación.
Resultados: Se han analizado un total de 110 pacientes. La indicación del estudio fue por sospecha de neoplasia (27.8%); por rectorragia (24,1%); por anemia (16,7%) y por otros motivos (31,6%). El cumplimiento de la preparación fue completo en el 57,1%. La calidad de la preparación colónica fue buena o muy buena en el 61,8%. Se comparó

la calidad de la preparación colónica entre los pacientes procedentes del área de AD y el resto de áreas de hospitalización. Se comprobó inicialmente la homogeneidad de grupos. Se encontraron, diferencias estadísticamente significativas (p 0,028), teniendo un riesgo 3 veces mayor de tener una mala calidad en la preparación colónica los pacientes ingresados en otras áreas respecto a los ingresados en el área AD. En el modelo de regresión logística esta diferencia no era estadísticamente significativa si se tenía en cuenta el grado de AFB y el cumplimiento.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. A la vista de los primeros resultados podemos ver que casi el 40% de los pacientes tienen una preparación colónica no adecuada para la realización de la endoscopia con garantías. Es probable que existan diferencias en la calidad de la preparación colónica atendiendo al área de procedencia de los pacientes y que en ello tenga que ver el grado de actividad física basal del paciente y el cumplimiento de la preparación, aunque esto no podrá ser confirmado hasta completar el tamaño muestral.

P-163

IMPLICACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS DE PACIENTES INGRESADOS.

VERDEJO RECHE, F; CASTRO VIDA, MA; URQUIZAR RODRÍGUEZ, O; CANTO MANGANA, J; MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE y MORALES MOLINA, JA.

Centro: Empresa Pública Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
Resumen
Objetivos: Analizar las actividades de un Servicio de Farmacia (SF) en el registro de alergias de pacientes ingresados y las intervenciones farmacéuticas realizadas.
Material y métodos: Período de estudio: 3 meses. Hospital comarcal de 274 camas. El farmacéutico valida todas las órdenes médicas comprobando las alergias y registrándolas en el programa informático (Dominion®2.3). Este programa permite actualizarlas y recuperarlas para posteriores ingresos. Las actividades del SF se tipificaron en 4 categorías: 1. Registro inicial en el programa informático de nuevas alergias. 2. Confirmación en el programa informático de alergia previa. Se tuvieron en cuenta las alergias detectadas en el sistema informático que no fueron notificadas en la orden médica. 3. Desarrollo de la alergia a medicamentos durante el ingreso. 4. Intervenciones farmacéuticas cuando se prescribía a un paciente un medicamento con alergia.
Resultados: El total pacientes: 205. 126 mujeres (61,5%). Edad media: 62,9 años. El total de actividades del SF fueron 244: 1. Registro inicial: 46,7%; 2. Confirmación en el programa informático: 49,2%; Las confirmaciones de alergias no indicadas en orden médica de ingreso fueron: 39 (32,5%). 3. Desarrollo de la alergia durante el ingreso: 1,6%; 4. Intervenciones farmacéuticas: 2,5%. De las intervenciones realizadas 5 fueron aceptadas y una se valoró y se continuó con el medicamento. Medicamentos con indicación de alergia fueron 285: Antibióticos 121 (42,4%) (Beta-lactámicos 80, Quinolonas 11, Macrólidos 10, Sulfamidas 9, Otros 11); Analgésicos y AINES 80 (28,1%), siendo Metamizol 29 y otros medicamentos 84 (29,5%). La distribución por Servicios fue: Medicina Interna 40,41%, Traumatología 15,92%, Cirugía 12,24%, Digestivo 7,76%, Ginecología 7,76%, Cardiología 6,12%, y Otros 9,79%.
DISCUSIÓN: Las actividades más frecuentes del SF son la confirmación de alergias previas y el registro inicial de alergias. Se encuentra una proporción alta de alergias registradas de ingresos previos que no se notifican en orden médica. El servicio mayoritario de pacientes con alergias es Medicina Interna y el grupo medicamentos más frecuente el de Antibióticos como en estudios publicados.
CONCLUSIONES: La implicación del Servicio de Farmacia es importante para el control de las alergias a

medicamentos. El uso de sistemas de alerta informatizados es una medida de seguridad para prevenir los acontecimientos potencialmente graves como las alergias.

P-164

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES EN UNIDOSIS

VERDEJO RECHE, F; CANTO MANGANA, J; MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE; URQUIZAR RODRÍGUEZ, O; FERNÁNDEZ MARTÍN, JM y ACOSTA ROBLES, P.

Centro: Empresa Pública Hospital de Poniente
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave: MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO
Resumen
Objetivos: Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Los objetivos de este estudio son determinar la prevalencia de los medicamentos de alto riesgo e identificar estos medicamentos y los servicios que los prescriben.
Material y métodos: Estudio observacional transversal de todos los pacientes en dosis unitaria en un hospital de 274 camas. Se seleccionaron todos los medicamentos de alto riesgo incluidos en la Guía Farmacoterapéutica y se valoraron los pacientes que los presentaban. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, servicio, diagnóstico, número de medicamentos totales por servicio y medicamentos de alto riesgo prescritos. En las heparinas se han considerado las de profilaxis y las de tratamiento. En las insulinas se han considerado todas las pautas de insulina fijas.
Resultados: El total de pacientes en unidosis: 262. Mujeres 126 (48,1%). De ellos 166 pacientes (63,4%) tenían medicamentos de alto riesgo. El número total de dosis de medicamentos prescritos fue de 3.249 y el número de medicamentos de alto riesgo fue 290 (8,9%). Por grupos terapéuticos los medicamentos de alto riesgo más prescritos fueron: las heparinas y otros antitrombóticos 146 (50,3%) y los opiaceos iv, transdérmicos y orales 47 (16,2%). Entre los medicamentos específicos los más frecuentes fueron las insulinas 43 (14,8%) y el potasio 13 (4,5%). Las heparinas de profilaxis fueron 116 (79,5%) y las de tratamiento 30 (20,5%). Los pacientes con un solo medicamento de alto riesgo fueron 91 (54,8%), con dos 39 (23,5%), con tres 26 (15,7%), con cuatro 8 (4,8%), con cinco 1 (0,6%) y con seis 1 paciente (0,6%). Los servicios con mayor número de paciente con medicamentos de alto riesgo respecto al nº de pacientes de ese servicio fueron Cardiología 3/3 (100%), Urología 3/3 (100%), UCI 7/8 (87,5%), Medicina Interna 76/92 (82,6%), Cirugía 19/24 (79,2%) Digestivo 13/17 (76,5%) y Traumatología 34/45 (75,56%). Los servicios con mayor nº de medicamentos de alto riesgo fueron Cardiología 6/17 (53,3%), Digestivo 28/179 (15,6%), UCI 24/172 (13,9%), Ginecología 6/43 (13,9%) y Urología 5/36 (13,8%). Los servicios que no tenían medicamentos de alto riesgo en el momento del estudio fueron Salud Mental, ORL y Pediatría.
CONCLUSIONES: Se deben establecer procedimientos explícitos para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos da alto riesgo

P-165

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS.

Cifuentes Cabello, S; Molina Cuadrado, E; Peña Pou, R; Sanchez Arcos, A; Tarin Remohi, MJ y Rodriguez Gomez, P.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
OBJETIVO: Evaluar los problemas relacionados con la medicación (PRM) de infradosificación y las intervenciones

farmacéuticas realizadas desde el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU), así como los grupos y principios activos más implicados.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo desde julio de 2009 a julio de 2010. Se recogieron los PRM de infradosificación y las intervenciones realizadas registrándose en una aplicación informática del programa de SDMDU, de acuerdo a la tipificación de Climente Martí M.
Resultados: Se detectaron 101 PRM de efectividad por infradosificación de los cuales 55 fueron por dosis inadecuadas, 42 por interacciones, 2 por duración inadecuadas y 2 por administración inadecuada. Los 3 principales grupos de fármacos implicados fueron: 1º antiulcerosos: 33 intervenciones, y como principal fármaco implicado el omeprazol (78,8%), 2º antiinfecciosos: 28 intervenciones, destacando el ciprofloxacino (27,58%) y 3º fármacos del sistema nervioso: 8 intervenciones. De la totalidad de las intervenciones el 58,4% fueron de ajuste posológico y el 41,6% fueron de propuestas de cambio de tratamiento por interacciones.
CONCLUSIONES: Los grupos de fármacos donde más PRM se han detectado son los del aparato digestivo, principalmente el omeprazol, por causar problemas de infradosificación por interacción al administrase con otros fármacos, y como segundo grupo implicado el de los antiinfecciosos con el ciprofloxacino a la cabeza. El elevado número de intervenciones llevadas a cabo sobre la prescripción, convierten en importantes sus registros, ya que aumentan la seguridad en el uso de los medicamentos además de facilitar a los facultativos la toma de decisiones mediante el aporte de información relevante.

P-166

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN DEL TESTIGO DE LA ASISTENCIA.

Péculo Carrasco, JA; Casal Sánchez, MM; Rodríguez Aguado, O; Puerta Córdoba, A; Sánchez Almagro, CP y Jiménez Cordero, JP.

Centro: EPES
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
Proyecto aprobado por la Consejería de Salud, de la Junta de Andalucía (nº exp. PI070842).
En el ámbito de la seguridad, la percepción de los usuarios en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias ha sido poco explorada. Pero, ¿cómo conocer la seguridad percibida cuando el paciente presenta alguna alteración de la consciencia? ¿cómo conocer esta seguridad percibida en pacientes con alteraciones neurológicas, edad avanzada, demencias…? Pretendemos contar con la participación de los propios ciudadanos, familiares testigos de la asistencia, para que la seguridad percibida por estos durante la labor asistencial se convierta en un indicador de calidad útil para ayudar a establecer la calidad percibida del servicio.
Objetivos: Validar una nueva herramienta para medir la seguridad percibida por los familiares de pacientes trasladados a hospital, tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061". Evaluar la "seguridad percibida del familiar" como indicador de calidad asistencial en urgencias y emergencias extrahospitalarias.
METODOLOGÍA: Estudio multicéntrico, observacional descriptivo, de corte transversal, de validación de una escala administrada mediante entrevista telefónica. Son sujetos de estudio los familiares, testigos de la asistencia, de pacientes que son asistidos y/o trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061". Participan los ocho servicios provinciales en Andalucía de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. La recogida de datos se realiza desde Marzo hasta Junio de 2010. Se estima un tamaño muestral de 385 sujetos (se amplía a 615 por pérdidas esperadas). Además de los criterios básicos de validación del cuestionario (frecuencia de endose y capacidad de discriminación entre

grupos) se realiza una evaluación de validez y fiabilidad. Se evalua la validez de la herramienta atendiendo a dos de sus dimensiones: validez de contenido y validez de constructo o concepto. La evaluación de la fiabilidad del cuestionario se basa en la estabilidad y la homogeneidad. Para evaluar la estabilidad utilizamos la técnica de Test-Retest, La homogeneidad se examina a través de dos propiedades: consistencia interna de sus ítems (se determina el coeficiente de correlación ítem-escala corregido) y consistencia interna de la escala (se determina el coeficiente Alpha de Cronbach).
Resultados: Se obtienen 847 encuestas. Sólo el 0,7% de las veces el testigo se niega a responder al cuestionario. Un 15,7% no tiene estudios, el 36,1% tiene estudios primarios, y un 17,9% son universitarios. El 62,5% eras mujeres, y la edad media fue de 45 años (DE 14,6 años). El estadístico de fiabilidad Alpha de Cronbach alcanza hasta el 0,927.
DISCUSIÓN: La cuantificación de eventos adversos no debería constituirse como único indicador de la Seguridad del Paciente durante el proceso asistencial. Esta herramienta cuantifica la Seguridad Percibida por el testigo de la asistencia, permitiendo la comparación con la que percibe el propio paciente.

P-167

VALIDACIÓN PRELIMINAR DE UNA ESCALA DE SEGURIDAD PERCIBIDA PARA PACIENTES TRASLADADOS A HOSPITAL POR URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Péculo Carrasco, JA; Rodríguez Ruiz, HJ; Casal Sánchez, MM; Gómez Escorza, J; GARCÍA Pelayo, JA y Mendoza Corro, MA.

Centro: EPES
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
Proyecto aprobado por el Fondo de Investigación Sanitaria, del Instituto de Salud Carlos III (nº exp. PI070842).
La "Estrategia para la Seguridad del Paciente" persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad, facilitando la participación y decisión de los ciudadanos, y su transición como elemento pasivo a elemento activo que contribuye a minimizar sus propios riesgos. La percepción de calidad ha sido ampliamente estudiada y se considera que viene condicionada por múltiples factores, y sobre todo por las expectativas que sobre el servicio tenga cada usuario. Pero, en el ámbito de la seguridad, la percepción de los usuarios ha sido poco explorada. OBJETIVOS. Diseñar y validar una herramienta para medir la seguridad percibida por los pacientes que son trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061". Evaluar la validez de "seguridad percibida" como indicador de la calidad asistencial relacionado con la seguridad del paciente, para posibilitar su inclusión en benchmarking de servicios sanitarios.
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio multicéntrico, observacional descriptivo, de corte transversal, de validación de una escala administrada mediante entrevista telefónica. El proceso de creación de la nueva herramienta se ha basado en tres pilares fundamentales: 1.- el conocimiento sobre percepción de seguridad, mediante la revisión de la bibliografía, 2.- la experiencia de los familiares de pacientes asistido y/o trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente, mediante la participación en grupos focales, y 3.- la aportación de los profesionales expertos en urgencias y emergencias extrahospitalarias, mediante la participación en grupos focales. Son sujetos de estudio los pacientes que son trasladados al hospital de referencia tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica "061". Participan los ocho servicios provinciales en Andalucía de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Se estima un tamaño muestral de 615 sujetos, incluyendo pérdidas.. Además de los criterios básicos de validación del cuestionario (frecuencia de endose

y capacidad de discriminación entre grupos) se realiza una evaluación de validez y fiabilidad. Se evalua la validez de la herramienta atendiendo a dos de sus dimensiones: validez de contenido y validez de constructo o concepto. La evaluación de la fiabilidad del cuestionario se basa en la estabilidad y la homogeneidad.
RESULTADOS. Se obtienen 580 encuestas de 3197 llamadas (18,1%). Los motivos principales de pérdidas son Teléfono erróneo (37,1%) y Teléfono No Responde (19,7%). Sólo el 0,9% de las veces el paciente se niega a responder al cuestionario. Un 31,5% no tiene estudios, el 39,0% tiene estudios primarios, y un 7,9% son universitarios. El 51,8% eras mujeres, y la edad media fue de 56 años (DE 16,5 años). El estadístico de fiabilidad Alpha de Cronbach alcanza hasta el 0,938.
DISCUSIÓN. La cuantificación de eventos adversos no debería constituirse como único indicador de la Seguridad del Paciente durante el proceso asistencial. Esta herramienta cuantifica la Seguridad Percibida, por el propio paciente de la asistencia, posibilitando la investigación de factores que modifican esta percepción, fomentando aquéllos que la aumentan y eliminando los que

P-192

VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA DEMORA EN EL TRIAJE ENFERMERO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

LERMA PEREZ, D; RODRÍGUEZ NIETO, A y ARCOS GENEROSO, J.

Centro: Hospital Regional Universitario Carlos Haya
Área: SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Palabras clave:
Resumen
Introducción: La utilización de los servicios de urgencias pediátricas por parte de la población produce un incremento de la demanda asistencial en estos servicios. Así, aproximadamente el 75% de los niños que demandan nuestra asistencia podrían ser atendidos en atención primaria.
OBJETIVOS. La utilización de los servicios de urgencias pediátricas por parte de la población produce un incremento de la demanda asistencial en estos servicios. Así, aproximadamente el 75% de los niños que demandan nuestra asistencia podrían ser atendidos en atención primaria. La percepción en la demora por parte de la familia no siempre va unida a la asignación de la prioridad que se da al paciente pediátrico en el triaje, por lo que las quejas y reclamaciones en relación con la demora no siempre responden a un determinado nivel de urgencia
MATERIAL Y MÉTODO. Las fuentes de información han sido DIRAYA ,CMBD y standares de Hospitales, junto a las bases de datos del Servicio de Gestión de Riesgos Clínicos, Atención Ciudadana y Prevención de Riesgos Laborales.
Se ha revisado el 100% de reclamaciones y quejas presentadas en el área de urgencias pediátricas, así como en el Servicio de Gestión de Riesgos Clínicos del Complejo Hospitalario.
Durante el año 2009 se prestó asistencia urgente a 108.815 niños, que generaron 164 reclamaciones (0.15%). El total de asistencia urgente prestada ocasionó 3.222 ingresos (2.96%) entre observación y hospitalización. No se detectó ninguna reclamación por problemas derivados del triaje enfermera.
CONCLUSIÓN Formación a los profesionales, haciendo especial énfasis en los de nueva incorporación.
Edición de carteles y trípticos informativos dirigidos a los familiares con el objetivo de mejorar su grado de conocimiento del Servicio de Urgencias y los criterios empleados en el triaje.
Creación de una comisión de calidad INTERNIVELES (Atención Especializada y Atención Primaria) que realice un adecuado seguimiento de todo el proceso.
Incidir en que el volumen de ingresos es ínfimo ante el nº de asistencias, viendo a ver si se mantiene la constantes de los años anteriores.

ÁREA TEMÁTICA

BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES

C-152

REACCIONES EMOCIONALES Y NECESIDADES DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN ONCOLOGÍA, PALIATIVOS E INTENSIVOS ANTE LA MUERTE.

MOLERO PARDO, MJ; ROGERO ANAYA, P; AVILA RODRÍGUEZ, IM; PEREZ DORMIDO, R; GIL PEREZ, R y FERNÁNDEZ PLAZA, P.

Centro: H. Clínico Universitario Virgen de la Victoria Málaga
Área: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Reacciones emocionales Necesidades Muerte Enfermería
Resumen
Objetivos: Conocer las reacciones del profesional enfermero.Identificar sus necesidades.Describir características demográficas de la población de estudio.
Material y métodos: Estudio cualitativo. Diseño descriptivo fenomenológico. Criterios de inclusión: Enfermeros y auxiliares de Oncología,Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) y Cuidados Paliativos(CP). Variables demográficas:Sexo,edad, profesión,estado civil,tiempo trabajado,puesto habitual de trabajo, antigüedad en el puesto,situación laboral.Variables cualitativas:Reacciones emocionales y necesidades de afrontamiento.
Resultados: 82 profesionales media de edad 41,002,media de 16,46 años de profesión, 81% mujeres, 70,7 enfermeros,pertenecientes 43,9%UCI, 19%CP y 36,6 Oncología. Reacciones emocionales: 75,6% malestar respecto al encarnizamiento terapéutico, 68% malestar debido a que los objetivos interdisciplinares del paciente no estén consensuados, 87,8% le preocupa el mal control de síntomas al provocar sufrimiento al enfermo, 72% les irrita un manejo inadecuado de la comunicación durante el proceso de la terminalidad. Necesidades:72% de los profesionales necesitaría formación en CP, habilidades de comunicación y autocontrol emocional,el 11% precisaría realizar sesiones conjuntas para exponer y discutir los casos.
CONCLUSIONES: Profesionales mayoritariamente mujeres,7,26 años de antigüedad en el puesto. Mayoritariamente enfermeros. Reacciones emocionales: Encarnizamiento terapéutico, objetivos interdisciplinares no consensuados,manejo inadecuado de la comunicación y ante un mal control de síntomas en el paciente. Formación en CP, habilidades de comunicación y autocontrol emocional. Realización de sesiones conjuntas para exponer y discutir los casos. Accesibilidad a psicólogos y otros especialistas para consultar las dudas que les puedieran surgir.
Discusión: En otros estudios Santisteban y Zárraga (2005) destacan como en Enfermeros disminuye el nivel de ansiedad ante la muerte tras la realización de cursos formativos. En la misma línea Martínez GARCÍA et al(2009),exponen que las profesionales perciben falta de formación específica adecuada y falta de entrenamiento en habilidades de comunicación. En un estudio reciente llevado a cabo en Brasil, con auxiliares y técnicos de enfermería, se destaca como el 65% de los estudiados afirman sentirse diferentes al atender a un paciente en fase terminal, afirmando aún la presencia de sentimientos como sufrimiento y tristeza, angustia, impotencia, miedo, aprehensión y preocupación (Antunes,D. y Chaves, E.

C-153

PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Alvarez Martínez, F; Quero GARCÍA, M ; Delgado Arcas, S; Moreno Granados, MC y Bustos , A.

Centro: hospital virgen de la victoria Málaga
Área: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Humanización, Calidad asistencial, Cuidados de Enfermería
Resumen
Introducción/Contexto: - Desde la Comisión de Humanización del Hospital Virgen de la Victoria se les pide a sus miembros el diseño de un Plan de Humanización que responda a las exigencias y necesidades de los Usuarios

y de los Profesionales –de Enfermería- que vayan a llevarlo a cabo. Partiendo de nuestra realidad asistencial: la salud como valor a salvaguardar y potenciar, el usuario como eje del sistema, la presión de los adelantos tecnológicos-científicos, la visión biomédica de la asistencia, el alejamiento de la comprensión del paciente como un todo, Integral y la deshumanización del sistema, se comienza la elaboración del Plan.
OBJETIVOS/METODOLOGÍA: - Para poder acercarnos a la confección del Plan, analizamos la realidad asistencial antes descrita y el contexto hospitalario donde se iba a desarrollar desde el papel definitorio que tiene en nosotros la Humanización como parte intrínseca del Cuidar, concretizando los objetivos: 1) necesidad de conseguir adecuadas actitudes de los profesionales sanitarios 2) Potenciar unas estructuras y una organización que favorezca o al menos no dificulte la actuación humanizadora. - A través de la fundamentación metodológica Investigación/Acción/ participación (ver, pensar y actuar), las distintas unidades asistenciales realizarán: un análisis situacional (diagnóstico) de su unidad; determinarán las causas de las prácticas deshumanizantes y finalmente plantearán soluciones a los problemas detectados.
Resultados: - Elaborar un marco teórico y conceptual que respondiera a la validez y evidencia científica exigidas se convirtió en nuestra prioridad principal. De ahí que el Plan está vertebrado, al margen de otras bases teóricas, por seis indicadores o variables de Humanización que consideramos referenciales para su abordaje y desarrollo: Humanizar, Cuidar, Relación de ayuda, Formación del Profesional e implicación de la Institución, La calidad y el usuario, la Bioética y Creencias y Valores.
CONCLUSIONES: - Por consiguiente, El Plan de Humanización de los Cuidados del Hospital Virgen de la Victoria estaría conformado por todos los planes desarrollados por las distintas unidades asistenciales y agrupados alrededor de los objetivos comunes, dando así respuesta a las exigencias asistenciales en materia de Humanización antes descritas.

P-169

LA IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES Y EL SEGUIMIENTO COORDINADO INTERNIVELES, ES POSIBLE EN LA INMUNOTERAPIA

FERNÁNDEZ DOMINGUEZ, MR; SEPULVEDA SOLIS, ME; LOPEZ CABRERA, D; PEÑA ESCAGEDO, MJ y GARCÍA LOPEZ, A.

Centro: C.H. Torrecardenas
Área: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: INMUNOTERAPIA, CARTILLA SEGUIMIENTO
Resumen
OBJETIVO: Coordinación interniveles en inmunoterapia Implicación de los usuarios en la inmunoterapia
Material y métodos: Análisis de situación de la inmunoterapia en la Provincia de Almería Identificación de Puntos Críticos Síntesis y personalización de la Cartilla General de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica. Diseño de Cartillas de Seguimiento y Normas de Administración de Inmunoterapia específicas por alergenos:
o Coestacional o Preestacional o Perenne
o Pautas especiales Hoja informativa para pacientes que precisan inmunoterapia
Resultados: Las carillas personalizadas permiten un seguimiento de cada paciente con información actualizada tanto en Atención Primaria (AP) como en la propia consulta de Alergia. La información personalizada mejora la relación profesionales sanitarios/ pacientes minimizando el absentismo en la continuidad de las terapias. Actualización de conocimientos en inmunoterapia para profesionales de AP a través de talleres
DISCUSIÓN: El seguimiento de la respuesta inmunológica de estos pacientes resulta especialmente complicado para los profesionales de Atención Primaria. Los efectos

segundarios de la administración pueden ser graves, por lo que la implicación de los pacientes es imprescindible para evitar consecuencias indeseables. Por tratarse de una patología atendida por una especialidad no accesible a AP el seguimiento de estos pacientes por los profesionales del primer nivel era dificultoso.
CONCLUSIONES: La alta prevaléncia de estas patologías exige estandarizar la información que deben tener los pacientes, pero con un alto grado de personalización ya que las respuestas inmunológicas son muy variables.
La puesta en funcionamiento de las cartillas personalizadas son el instrumento adecuado para mantener perfectamente informados a los profesionales, de ambos niveles asistenciales, de la evolución de estos pacientes. La continuidad de los talleres con AP permite mantener los conocimientos actualizados y es un espacio de encuentro entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.

P-170

CONSUMO Y ACTITUD SOBRE TABAQUISMO DEL PERSONAL SANITARIO DE UN ÁREA DE GESTION SANITARIA

TEJADA RUIZ, TR; FORNET TORRES, FT; SEPULVEDA SÁNCHEZ, SS; GÓMEZ BERMUDEZ, GB; SÁNCHEZ LOPERA, SL y SEDEÑO LARA, SL.

Centro: A.G.S. Serranía
Área: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: HABITO TABAQUICO, PERSONAL SANITARIO, CONSUMO, ACTITUD.
Resumen
OBJETIVOS. Conocer el patrón de consumo y actitud sobre tabaquismo en los profesionales del Área de Gestión Sanitaria de Málaga (A.G.S. Serranía).
MATERIAL Y METODO. Estudio observacional transversal descriptivo, mediante encuesta autoaplicada y anónima a todo el personal sanitario del A.G.S.Serranía. Los cuestionarios fueron entregados personalmente a cada profesional junto con una hoja informativa y se recogieron en urnas depositadas en distintas zonas del Área. Al ser una encuesta anónima no fue necesario firmar hoja de consentimiento informada. Este estudio se realizó a todos los profesionales sanitarios del Área durante los meses de Julio-Septiembre de 2009
RESULTADOS. Se incluyeron 565 trabajadores, 418 mujeres (74,5%) y 143 varones (25,5%), de los cuales facultativos 127 (22,7%), enfermería 250 (44,6%), fisioterapeutas 8 (1,4%), auxiliares de enfermería 145 (25,9%), técnicos sanitarios 29 (5,2%)
Edad media trabajadores: 41,83 +- 9.34 años
Habito tabáquico: fumadores 30.8%, no fumadores 43.2%, ex-fumadores 25.3%
Estado salud: excelente 19.1%, bueno 72,2%, regular 7.8%, malo 0.2%
Considera que tiene alguna enfermedad: No 77,4%, Si 22,2%
Informados sobre su riesgo cardiovascular: No 52%, Si 46.6%
Sabe cual es su riesgo cardiovascular: Bajo 40,2%, medio 28,3%, alto 9.9 %, muy alto 1.3%, no sabe 19.5%
Años fumando: <4 años 5.6%, entre 5 y 10 años 15.7%, + 11 años 78.7%
Han intentado dejar de fumar sin conseguirlo: No 50.9%, Si 49.1%
No lo han intentado pero se lo han planteado: No 40.7%, Si 59,3%
Edad de inicio en el hábito: 17,89 +-3.69 años
Intentos necesarios para dejar de fumar: 3.08
Algun sanitario le ha recomendado dejar de fumar: No 31.8%, Si 65.4%
Como ha dejado de fumar: por voluntad propia 80,3%, por enfermedad 5,3%, por recomendación sanitaira 2,7%. otras 4,8%
Tipo de ayuda usada para dejar de fumar: ninguna 73,2%, comprimidos 5,3%, parches 3,1%, chicles 3,5%, cursos de terapia 3.9%
Realizado curso de deshabituación tabáquica: No 39,1%, Si 12,9%, no constesta 47,3%
Padece alguna enfermedad cardio-vascular: No 80,4%, HTA 9,8%, Diabetes 2,3%, Dislipemias 3,7%, otras 2,2%.

Discusión. El objetivo general de este estudio era conocer los habitos de consumo de tabaco de los profesinales de la salud del AGS Serranía
CONCLUSIONES. El porcentaje de participación global se situó en el 66.86%. Encontramos una alta prevalencia de fumadores entre los trabajadores del **Área:** (30.8%). Son necesarias campañas específicas de información e intervención sobre tabaquismo a dichos profesionales

P-171

COMISION DE ETICA E INVESTIGACION EN UN DISTRITO DE ATENCION PRIMARIA

SÁNCHEZ BASALLOTE, JE; GÓMEZ PARRA, F; TRUJILLO GARCÍA, PM; FERNÁNDEZ GARCÍA, PJ; MORENO PEREZ, AM y VAZQUEZ FERNÁNDEZ, MR.

Centro: DISTRITO APS SIERRA DE CADIZ
Área: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: ETICA INVESTIGACION COMISION ATENCION PRIMARIA
Resumen
Objetivos: Constituir la Comisión de Ética e Investigación en el Distrito de Atención Primaria (AP) de Salud Sierra de Cádiz.
Material y método: Atendiendo a uno de los objetivos generales del Plan de Investigación del Distrito de APS Sierra de Cádiz del año 2009, se constituye la Comisión de Ética e Investigación (CEI) en el Distrito, siguiendo la estructura del Decreto 197/2007 de estructura, organización y funcionamiento de los servicios de AP en el ámbito del SAS. Los componentes de la Comisión en su constitución fueron 12 miembros: El Director de Salud (Presidente), el Responsable del Servicio de Atención a la Ciudadanía (Secretario) y el resto como vocales (2 del equipo de gestión del Distrito y 8 profesionales de las 6 UGC del Distrito). Se crea una Comisión Permanente para cuestiones urgentes.. El criterio de designación incluye la motivación e interés en la investigación y la formación en áreas de la ética o la investigación. La CEI se reúne con carácter ordinario cada 2 meses. Actualmente está formada por 15 miembros.
Resultados: La CEI se ha reunido en 8 ocasiones: 5 en 2009 y 3 en 2010. Ha aprobado el Reglamento de Régimen Interior de la CEI, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 232/2002 por el que se regulan los órganos de Ética e Investigación Sanitaria y los de Ensayo Clínico de Andalucía. Se realiza un seguimiento a los proyectos de investigación que se desarrollan en el Distrito. Se ha difundido información sobre Consentimiento Informado (CI) a raíz de la entrada en vigor de la Orden 8 de julio de 2009 por la que se dictaban instrucciones a los Centros del SSPA en relación al procedimiento de CI. Se ha elaborado y difundido el procedimiento de consulta a la CEI del Distrito (consultas relacionadas con la Ética Asistencial y con la Investigación). Se ha realizado una encuesta sobre prioridades de investigación a todos los profesionales cuyo análisis ha permitido conocer nuevos proyectos de investigación que se pueden desarrollar. Se ha evaluado el Plan de Investigación del Distrito del año 2009 y se ha actualizado el de 2010. Se facilita información y difusión de las convocatorias de ayudas a la Investigación
CONCLUSIONES: La constitución de la CEI ha fomentado una cultura de investigación en los profesionales de Atención Primaria. Ha dado respuesta a los problemas de índole ética planteados por los profesionales del Distrito en relación a su labor asistencial e investigadora. Ha servido de apoyo al desarrollo del Plan de Investigación del Distrito.

P-191

PERFIL DEL CIUDADANO INSCRITO EN ASOCIACIONES DE MUERTE DIGNA EN RELACION A LOS REGISTROS DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

RAYA ORTEGA, L; GARCÍA GALDEANO, GG; VIEITEZ FERNÁNDEZ, VF; MORENO SANJUAN, D; GÓMEZ MARQUEZ, MJ y GARCÍA-AGUA SOLER, GS.

Centro: HRU CARLOS HAYA
Área: BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Registro voluntades anticipadas, derecho morir dignamente.
Resumen
Introducción El Registro de Voluntades Anticipadas, también conocido como "testamento vital" o "instrucciones previas", es un documento cuya regulación data del 16 de mayo de 2003 mediante la entrada en vigor de la Ley 41/2002. Posteriormente, cada Comunidad Autónoma ha ido elaborando su propio modelo de testamento vital. Pero, ¿realmente conoce la población su derecho a inscribirse en este Registro? ¿Se está haciendo la suficiente pedagogía para ello? ¿Qué perfil tiene el ciudadano que solicita información sobre el RVA?.
Objetivo. Conocer de forma fehaciente la implantación del RVA en la comunidad autónoma andaluza, así como el perfil del ciudadano que solicita la inscripción en dicho registro y su relación con las asociaciones de pacientes vinculadas a la calidad de vida en relación con una calidad en la muerte. Material y Método
Se trata de un estudio descriptivo que pretende definir el grado de implantación en la población andaluza sobre el RVA, así como describir el perfil de dicha población en su relación con las asociaciones de pacientes de muerte digna.
Resultados/ Discusión. Según los registros de las Asociaciones por el derecho a una muerte digna en Andalucía, generalmente, los ciudadanos que solicitan su inscripción en el RVA han tenido una experiencia traumática en relación a la muerte, ya sea en propia persona o por familiares/seres queridos. Sin embargo, parece que este documento no está muy extendido en el segmento de población que no ha tenido dichas experiencias, ya que, en caso de conocer su existencia, no lo perciben como algo necesario. Por otro lado, es significativa su implantación en la población federada a asociaciones por el derecho a una muerte digna donde, sin embargo, sólo un 5 % de sus asociados son enfermos en situación terminal, lo cual quiere decir que existe una sensibilización tras las experiencias personales y familiares para querer controlar todo lo posible su proceso de muerte.
CONCLUSIONES
El RVA es un documento desconocido para la gran mayoría de la población andaluza. El número de Registros realizados hasta la fecha (septiembre 2010) son 20449 para toda Andalucía lo que pone de manifiesto el desconocimiento de este derecho, por lo que es necesario hacer una mayor pedagogía para que los ciudadanos puedan hacerse beneficiarios de él inscribiéndose.

ÁREA TEMÁTICA

LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

C-155

ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

de Cristino Espinar, MS; Camacho Buenosvinos, A; Matas Jimenez, A; Caballero Arroyo, M; Muñoz Alonso, A y Ojeda Gutierrez, R.

Centro: Distrito Sanitario Córdoba
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Participación Ciudadana DCCU
Resumen
Objetivos La participación ciudadana es tomar parte activa en los aspectos que influirán directa o indirectamente en nuestros niveles de Salud.El DCCU marca dos Objetivos: implementación como elemento inherente a la gestión /planificación anual y el logro de la corresponsabilidad profesionales-usuarios en la buena gestión y uso de los servicios de atención urgente y emergente extrahospitalarios Metodología Se inicia la confección del Plan de Participación Ciudadana (PPC) definiendo concepto implicación el por qué funciones alcance perfil de los participantes y metodología de evaluación Se actualiza listado de asociaciones e identifica los grupos de interés y líderes análisis de resultados de encuestas de satisfacción (ES) y mejora de los aspectos que más se citan en reclamaciones Entre Mayo 2008 a Noviembre 2009 se recolecta con entrevistas de los principales actores involucrados en PPC opiniones percepciones y valoraciones Se designa responsable en DCCU de PPC y calendariza reuniones con asociaciones: Concejala de Participación Ciudadana Coordinador Municipal de Deportes Presidente de la Asociación de Vecinos Huertos Familiares la Federación de Asociaciones de vecinos "Al-Zahara" (FAA) Asociación de Autoayuda San Rafael y Direcciones de los Colegios María Inmaculada Británico, Salesianos y Colegio Almanzor Se definen funciones de los grupos de interésSe realiza trabajo conjunto de Información y educación. **Resultados** 1080 ciudadanas y ciudadanos formados en Soporte Vital Básico y 30 de representantes de asociaciones integradas en FAA Se plantea reunión entre la Asociación Huertos Familiares y Concejala de Participación que provoca convocatoria con colectivos vecinales y DCCU cuenta su cartera de Servicios. Dos propuestas planteadas: visita guiada a la Unidades Móviles y ponderación de grupo de interés 30 monitores de los Centros de día del Ayuntamiento formados en capacitación en manejo de Desfibrilador Semiautomático La intervención en reclamaciones provoca una reducción de 79 en 2008 a 37 en 2009. Se desarrollan medidas de mejora en ítems menos valorados en ES 2008 mejorando en 2009 **CONCLUSIONES** Se evidencia lo que en otros modelos de PPC en marcha que favorece la incorporación de expectativas y opiniones a los servicios prestados sin ser sinónimo de debilidad y promueve la actuación de la ciudadanía en emergencias. Se consolida como herramienta que asesora a profesionales, gestores y ciudadanos y satisface los intereses de todos en el ámbito donde se integra el DCCU

C-156

CUIDANDO.ES: NUESTRA EXPERIENCIA EN SALUD 2.0

FERNÁNDEZ SALAZAR, S; RAMOS MORCILLO, AJ; HERRADÓN SORIA, C; BELLIDO VALLEJO, JC; ARBOLEDAS BELLÓN, J y RODRÍGUEZ CASTILLA, F.

Centro: Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura.
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: SALUD 2.0 ENFERMERÍA RECURSOS WEB
Resumen
Objetivos: Diseñar una plataforma de comunicación y difusión de conocimiento y recursos Web para la práctica clínica e investigación dirigido a profesionales de la salud.
Material y método: Cuidando.es se crea en febrero de 2010. En primer lugar, y a través de un Programa del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio

(Jóvenes en red) se adquirió el dominio y el alojamiento Web. Con la finalidad de aprovechar las ventajas que nos ofrecen las Web 2.0, al ser dinámicas y bidireccionales, se diseña la plataforma integrando está Web 2.0 con algunos aspectos del formato tradicional. Está diseñada, administrada y mantenida por dos enfermeros. El acceso a la totalidad de los contenidos es gratuito. Para poder ofrecer unos contenidos de la mayor calidad posible, la web se diseña de tal manera que ésta respaldada por los estándares de la fundación HON. La Web se estructura por categorías, las cuales se diseñaron acorde a los objetivos establecidos: -Comunicación: por su diseño, los usuarios pueden comentar todas las entradas. Además, la sección de Videoforum permite generar. -Difusión del conocimiento: artículos recomendados, Webs recomendadas, y documentos de interés. -Práctica clínica: con hipervínculos a las principales fuentes de evidencia y a las distintas áreas de práctica clínica. -Investigación: se crea la categoría Investigadores Noveles que incluye documentos básicos de ayuda a la investigación.
Resultados: Desde su puesta en funcionamiento en febrero de 2010, Cuidando ha recibido más de 35000 visitas con 2790 Usuarios únicos (Sites) en el mes de julio y una media diaria de 320 visitas. Las secciones más visitadas son: investigadores noveles, opinión y recursos que cuentan con más 2000 Hits (Accesos) al mes. La distribución de los países desde se nos visita: España, en primer lugar, seguido de America Latina. Además, Cuidando.es ha obtenido la certificación HON CODE.
Discusión: Cuidando.es actúa como un punto de encuentro que nos permite conseguir los objetivos establecidos y en la que debemos resaltar la interacción entre los usuarios, el acceso a la información científica de calidad y la divulgación de conocimiento enfermero, así como la reflexión a través de aportaciones propias y de colaboradores.
CONCLUSIONES: Cuidando.es se configura como una plataforma web de utilidad para la práctica clínica y/o investigación, ya que contiene recursos y enlaces a documentos de interés para los profesionales sanitarios, además de que permite la interacción entre los mismos

C-157

ANÁLISIS DE LAS DENUNCIAS SOBRE SERVICIOS SANITARIOS FORMULADAS ANTE LA AUTORIDAD SANITARIA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

LUQUE LOZANO, S; GARCÍA SÁNCHEZ, J; FUERTES DEL TESO, P; PASCUAL FAÑARÁS, A; RODRÍGUEZ VEDIA, N y MONTERO CANTERO, JL.

Centro: DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SALUD
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: DENUNCIAS POTESTAD SANCIONADORA AUTORIDAD SANITARIA
Resumen
Objetivos: Analizar las características de las denuncias sobre servicios sanitarios recibidas en la Delegación Provincial de Salud de Córdoba (D.P.S.C.), las actuaciones realizadas por la Inspección de Servicios Sanitarios (I.S.S.) para investigarlas y sus consecuencias.
Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de la documentación de denuncias presentadas en la D.P.S.C. entre 1 de enero de 2005 y 30 de junio de 2010, relativas a servicios sanitarios y remitidas a la I.S.S. para su informe. Se han registrado y procesado las siguientes variables: fecha y motivos de la denuncia, denunciante, presuntos afectados, actuaciones practicadas, conclusiones y propuestas.
Resultados:Más de la mitad de denuncias procedían de Colegios Profesionales o profesionales sanitarios, referidas a posibles actividades sanitarias no autorizadas e intrusismo, afectando sus intereses y los de los usuarios. Le siguen en frecuencia las denuncias de pacientes o sus familiares sobre posibles deficiencias en la asistencia recibida, mayoritariamente en centros sanitarios privados. Las actuaciones más frecuentemente practicadas por

la I.S.S. han sido la visita a los centros y establecimientos denunciados, la revisión de antecedentes documentales, la toma de declaración de profesionales y el examen de historias clínicas. En casi la mitad de las denuncias investigadas se han apreciado hechos constitutivos de infracción legalmente tipificada, el más frecuente la realización de actividades sanitarias no autorizadas. En estos casos, las propuestas formuladas por la I.S.S. han sido, en orden de frecuencia, incoación de expediente sancionador, expediente disciplinario al personal, penalizaciones económicas y remisión a otros órganos de la Administración competentes.
DISCUSIÓN:Las denuncias por presuntas infracciones de la normativa aplicable a los servicios y prestaciones sanitarias o por deficiencias en la calidad de la asistencia prestada en los centros y establecimientos sanitarios, son una vía de colaboración de la ciudadanía, individual o colectivamente, con la autoridad sanitaria para la corrección de posibles irregularidades y la mejora de la calidad asistencial.
CONCLUSIONES:Las denuncias directas ante la autoridad sanitaria provincial son utilizadas mayoritariamente por los profesionales del sector y los ciudadanos, en relación con las actividades y servicios sanitarios privados, mientras que los usuarios y profesionales del sistema sanitario público utilizan preferentemente otras vías para expresar sus quejas y reclamaciones

C-158

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE FARMACIA

GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA, T; HUERTAS FERNÁNDEZ, MJ; LADRON DE GUEVARA GARCÍA, M; FERNÁNDEZ ANGUITA, MJ; RODRÍGUEZ CAMACHO, JM y MANZANO MARTIN, MV.

Centro: HU PUERTA DEL MAR
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: evaluación calidad, encuesta satisfacción, atención farmaceutica.

Resumen
OBJETIVO: Evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos la Unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UAPE). Método: Se elaboró una encuesta de satisfacción para los pacientes que recogen medicación en la UAPE. Datos recogidos: datos demográficos, patología, fecha de inicio del tratamiento y valoración de su satisfacción mediante 10 ítems: accesibilidad e instalaciones (4), confidencialidad e intimidad (1) y atención personal e información recibida del farmacéutico (5).Se permitieron cuatro grados de valoración calificados como adecuados (muy cierto, bastante cierto) o no adecuados (poco cierto y nada cierto). Además los pacientes valoraban a cuáles de los puntos anteriores daban mayor importancia. También se valoró la atención farmacéutica recibida durante su visita, "lo mejor del servicio de farmacia" y "aspectos a mejorar". Por último se pidió una valoración global del servicio de farmacia de 0 a 10. Los datos se trataron con el programa estadístico SPSS vs 12.0.
Resultados: Se cumplimentaron 52 encuestas, 56% mujeres y 44% hombres. El 42% entre 30-49 años y un 29% 50-65 años. La patología más prevalente fue hepatitis C (57%),seguida de VIH (29%). La mayoría de los pacientes valoraron como adecuadas: accesibilidad e instalaciones, confidencialidad e intimidad y atención personal e información recibida del farmacéutico. Como punto más importante destacaron la atención e información del farmacéutico. Los pacientes pudieron hablar con el farmacéutico cuando lo necesitaron en un 96% de las veces, siendo útil la información recibida en todos los casos. El 93% de los pacientes coincidieron en valorar como aspecto a destacar la amabilidad e información recibida del farmacéutico. Puntuación global: media: 9,35 (SD±0,89) mediana 10 (rango 3).
Discusión: Sólo tenemos datos de un número reducido de pacientes, probablemente por la dificultad que

tenían para cumplimentar la encuesta por falta de tiempo. La mayoría de los pacientes no sugirieron ningún aspecto a mejorar, si bien un 27% indicaron la zona de espera y confidencialidad del lugar. La valoración continua de la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención recibida puede ser útil para establecer estrategias dirigidas a cubrir sus expectativas, redundando en calidad asistencial.
CONCLUSIONES: La accesibilidad del farmacéutico, la atención e información proporcionada, son los aspectos más valorados por los pacientes. La zona de espera y el lugar destinado a la atención farmacéutica personalizada fue lo peor valorado.

C-159

PROPUESTAS DE MEJORA DE LAS MUJERES MAYORES GITANAS SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

RAMOS MORCILLO, AJ; FERNÁNDEZ SALAZAR, S; ARBOLEDAS BELLÓN, J; PUENTES PALOMARES, I; RODRÍGUEZ CASTILLA, F y CERDÁN ZORRILLA, J.

Centro: Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura. **Área:** LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: MUJERES GITANAS PROPUESTAS ATENCIÓN PRIMARIA
Resumen
Objetivos: Conocer las propuestas de las mujeres gitanas mayores de Linares ante los servicios sanitarios de AP.
Material y Método. Diseño: estudio exploratorio cualitativo. Participantes: mujeres de etnia gitana mayores de 50 años de Linares. Para la captación se tuvo una reunión con líderes comunitarios. Muestreo intencional a mujeres mayores con una adecuada capacidad para transmitir lo que desean expresar, con una permanencia en la ciudad de Linares de al menos un año y que hubieran utilizados los servicios de AP en el último año. Obtención de datos: se realizaron 3 grupos focales. Criterios de heterogeneidad, la zona de residencia y la edad, encontrándose así mujeres de tres zonas de Linares y mujeres con edad cercana y lo más lejana posible a los 50 años. Se alcanzó el criterio de saturación. El desarrollo de los grupos focales fue en lugares cercanos y conocidos por las mujeres, no estando vinculados al ámbito de la salud. La información obtenida fue grabada previo consentimiento de las participantes y transcrita. Análisis de los datos: se partía de la categoría "propuestas" definida como "referencias de las mujeres participantes en los grupos de discusión acerca de lo que para ellas debe ser una óptima atención, en relación a los Servicios de AP ". Análisis de contenido utilizando como apoyo el software Nvivo. Posteriormente se trianguló la codificación: 3 miembros del equipo codificaron la información buscando el consenso.
Resultados: Las mujeres consideran que deberían mejorarse aspectos organizativos: - citas fuera del mismo día, citas para un profesional distinto al suyo de referencia. - mayor tiempo de dedicación por parte de los profesionales en la consulta. - receta de medicamentos en servicio de urgencias de AP. - mayor número de profesionales (especialmente pediatría y urgencias extrahospitalarias). Además, consideran que deberían mejorarse también aspectos relacionales: - con los profesionales: un trato simpático, agradable, humano, amable, cercano y cariñoso. Elementos visibles muy valorados: p. ej. echar la mano. - con otros usuarios: se sienten discriminadas. En menor medida con algunos profesionales.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES La información obtenida nos sitúa dentro de una área poco estudiada y definida geográficamente a la localidad de Linares. Desde nuestro punto de vista, las áreas de mejora identificadas por el grupo no se alejarían de las del resto de usuarios. Creen que con más profesionales con unas competencias determinadas la AP estaría mejor adaptada

C-160

EXPERIENCIA DESDE EL DISTRITO SANITARIO ALMERÍA EN LA ATENCIÓN A LA MUJER EN RIESGO SOCIAL

COBOS FERNÁNDEZ, P; TOBIAS MANZANO, A; RIOS MARIN, A; MORATA CASTILLO, M; MARTEL SUAREZ, A y FARANNA , A.

Centro: DISTRITO SANITARIO ALMERIA
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: PROSTITUCIÓN, SALUD, PREVENCIÓN, COORDINACIÓN, PROTOCOLO
Resumen
Objetivo General: Realizar actuaciones desde Distrito Sanitario Almería para la mejora en materia de salud pública del colectivo de personas en situación de prostitución. Objetivos Específicos: Promover la captación activa de mujeres en riesgo. Facilitar el acceso al sistema sanitario. Iniciar estudio de salud. Favorecer el seguimiento de atención sanitaria. Determinar grupo de riesgo. Ofrecer Asesoramiento y Formación en el ámbito SocioSanitario y Jurídico. Optimizar recursos.
Material y método: Análisis descriptivo transversal retrospectivo de las actuaciones realizadas. Periodo:Enero a Agosto de 2010 Población de estudio:176 mujeres captadas en zona de riesgo Ámbito de actuación: Almería Capital,Tabernas,Nijar, Almería Periferia. Elaboración Protocolo consensuado de actuación. Coordinación con Laboratorios de referencia para flexibilidad horaria en la recogida de muestras. Coordinación entre las partes firmantes del convenio. Actuaciones en zonas de riesgo.
Resultados: Mujeres captadas: 176 Perfil: 52% Mujer comunitaria edad media 27años,el 86% de Rumania. 48% Mujer extracomunitaria media de edad 34 años. Analíticas: 74 I.V.E: 35 Vacunaciones: 34 Derivaciones Especialista:26 Test VIH:109 Citología:17 Tarjeta Sanitaria:142
Discusión: La incorporación del colectivo al programa, es una labor de coordinación entre el Distrito Sanitario Almería,ONGs y Congregaciones Religiosas. Se favorece la accesibilidad al sistema sanitario y se ofrece asesoramiento en los ámbitos socio-sanitario y jurídico, por lo cual sigue vigente la necesidad de la colaboración institucional con estas organizaciones para la mejora en materia de salud pública, ya que estas mujeres no son demandantes de servicios sanitarios públicos. Al solicitar los datos para el estudio se detecta que no ha habido un único criterio en su registro, lo que nos da la oportunidad de mejora.
CONCLUSIONES: La inclusión en el programa garantiza que se están abordando situaciones de prevalencia en riesgo tanto de exclusión social y salud publica. El número de personas que entran en el programa lo determina los nuevos contactos realizados. En el seguimiento de salud interfiere la movilidad de este colectivo. Al tener conocimiento la mujer, de su estado de salud, se le capacita para la toma de decisiones respecto a las medidas a seguir. Son efectivas las intervenciones realizadas en la mejora de salud de este colectivo, por la participación de las actuaciones ofrecidas.

C-161

CITA FACIL: MAS ALLÁ DE LA VENTANILLA ÚNICA.

SARDINERO CÓRDOBA, M; RUIZ ARRÉS, J; PÉREZ MARTÍNEZ, A; LÓPEZ CÓMPAN, MC; HARO YAÑEZ , A y PEDRAJA SAURA, P.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: CALL CENTER; CITA TELEFÓNICA
Resumen
OBJETIVO: Eliminar las ventanillas para la obtención de citas. Optimizar el trabajo de los aux-adm de cita previa. Mejorar los indicadores de cita previa en las encuestas de satisfacción
Material y métodos: Análisis de los circuitos para obtención de citas

de CCEE y PPDD Propuesta de reordenación de los servicios de información y citación Pilotaje del modelo en el Hospital Provincial Identificación de Puntos Críticos Centralización en un número único de cita previa, los números de teléfono, de los cuatro centros del CHT. Realización de aplicaciones informáticas propias y mixtas. Formación a los aux-adm que trabajan como operadores. Difusión. RRHH: oCall Center oAplicaciones informáticas oManuales, guías y hojas resumen de actividad oMensajes de voz oCartelería y tarjetas con el número único de cita previa
Resultados: Han desaparecido las colas de los cuatro centros del complejo. Únicamente el 3% de las llamadas que nuestros operadores realizan para dar citas no son atendidas De las llamadas perdidas únicamente el 5% deja sus datos en el buzón de voz Prácticamente el 70% de las llamadas perdidas se deben a que el usuario cuelga el teléfono antes de terminar de escuchar el mensaje. Mas del 82% de las llamadas entrantes se atienden en menos de un minuto y no llega al 1% las que pasan de 3 minutos El 86% de las llamadas entrantes lo son en turno de mañana, de ellas el 88% se concentran de 10:00 a 14:00h.
Discusión: El número de llamadas entrante es desproporcionado, en concreto 44.645 entrantes, es decir más del doble de las realizadas. La gran difusión realizada del nº 950717171, ha llevado a un uso inadecuado del mismo, los usuarios creen que es el teléfono de información del CHT, por lo que lo utilizan para todo tipo de demandas. Los Call Center comerciales, consideran llamadas perdidas las que desconectan pasados 3 minutos, si utilizáramos ese criterio, el 70% de nuestras llamadas perdidas no se contabilizarían.
CONCLUSIONES: Aunque el periodo es muy corto y se trata de época estival, los dos primeros objetivos ya se han cumplido. La masiva difusión del teléfono único ha llevado a un uso excesivo del mismo. Mientras no se controlen las llamadas entrantes es preciso mantener un volumen importante de operadoras. El análisis de cargas por tramos horarios y por profesiona

C-162

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS QUE AL ALTA HOSPITALARIA DEL CHT INGRESAN EN UNA RESIDENCIA DE LA PROVINCIA

SARDINERO CÓRDOBA, M; SEGURA RECHE, F; RAMOS MARTÍNEZ, E; GUZMÁN VICO, M; MARTÍNEZ CARRERA, E y SARDINERO CÓRDOBA, M.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: RESIDENCIAS, GÉNERO, TRABAJO SOCIAL
Resumen RESUMEN: Los ingresos en residencias desde el hospital han aumentado últimamente, siendo un recurso muy demandado y de difícil acceso. En este estudio se analizan las causas y se revisa la memoria de Trabajo Social del 2008 introduciendo la perspectiva de género.
Objetivos: - Identificar, las posibles causas y dificultades de la creciente demanda de traslados ágiles a residencias. - Estudiar el perfil de las personas trasladadas en el 2008 desde el CHT a residencias
MATERIAL Y MÉTODOS - Análisis bibliográfico, legislativo y estudio de la variable ingreso en residencia relacionada con las demás variables que recoge la memoria de la unidad de trabajo social desagregada por sexos. Se utiliza la hoja de cálculo Excel y los paquetes informáticos Microsoft Excel y Epidat 3.1.
Resultados: Fueron trasladadas a residencia 181 personas: 52% mujeres (M) y 48% hombres (H) aumentando el porcentaje de M en camas de media estancia. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ambos en las variables: edad, estado civil, tipo de plaza, media de diagnósticos e intervenciones sociales.
DISCUSIÓN Los H que ingresan son más jóvenes que las M, el estar sin pareja es determinante en ambos, aunque

más en H.El número de diagnósticos e intervenciones sociales es superior en H. Las M ocupan más plazas públicas y los H benéficas. Entre los problemas sociales destacan en ambos la dependencia y la soledad, siendo los problemas del cuidador superiores en H. Parte de los H presentan dificultades en: aceptación de la enfermedad, adiciones, salud mental, conflictividad familiar y problemas económicos, laborales y de vivienda. Las plazas de convalecencia son más demandadas por H pero su posibilidad de acceso es menor al no reunir el perfil exigido. La inmigración masculina comienza a demandar plazas en residencia.

CONCLUSIONES El cambio de modelo de hospitales y residencias, el derecho que otorga la Ley de Dependencia y los cambios socio-familiares fomentan el ingreso residencial. Los ingresos en residencia desde el hospital son demandados pero difíciles por el escaso desarrollo de la atención Sociosanitaria; a pesar de ello van en aumento. En el estudio se aprecian diferencias significativas entre el comportamiento que experimentan H y M en el acceso a este recurso algunas de ellas podrían convertirse en inequidades (innecesarias, evitables e injustas) pero es necesario profundizar en ellas y confrontarlas con nuevos estudios.

C-163

LA MODELACIÓN DE SISTEMAS EN LA PRODUCCIÓN DE ACCIONES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

DIAZ EXPÓSITO, FJ; LÓPEZ MALDONADO, J; CORPAS MOYANO, MD; FERNÁNDEZ ESPONA, MI; MARTÍN AFÁN DE RIVERA, JC y GÓMEZ ESPEJO, R.

Centro: Hospital Infanta Margarita de Cabra

Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

Palabras clave: participación ciudadana modelación de sistemas gestión

Resumen

Objetivos: Dinamizar la participación ciudadana y poner en marcha acciones para su desarrollo. Ayudar en el diseño de actuaciones dirigidas a la ciudadanía. Detectar la problemática que surja en el desarrollo de las acciones y elaborar propuestas de mejora.

Material y método: La intervención activa y consciente de los ciudadanos en procesos organizados para la toma de decisiones, es la participación ciudadana, y en esta línea, el Hospital Infanta Margarita establece mecanismos para favorecerla. Se ha reelaborado una herramienta como es la Modelación de Sistemas (MS) para estudiar cómo se combinan distintos componentes para producir un resultado. Estos componentes conforman un sistema que aúna recursos procesados de distintas formas (diagnóstico, tratamiento) para generar resultados directos (productos, servicios), que a su vez pueden producir efectos (información, asesoramiento) en las personas que los usan y, a largo plazo, impactos más indirectos (satisfacción, participación) en la ciudadanía.

Resultados: La implementación de la MS, nos ha permitido diagramar las relaciones que hay entre las actividades, comprender las relaciones entre ellas y el impacto que tienen entre sí. Muestra los procesos como parte de un gran sistema que responde a una necesidad del ciudadano, siendo muy útil cuando necesitamos contar con un panorama general, ubicar las áreas problemáticas y analizar el problema viendo sus distintas partes y las relaciones que existen entre ellas.

Discusión: El incorporar herramientas clásicas de gestión de nivel macro a nivel micro, adaptándolas a las necesidades propias de un servicio o unidad, en este caso a las acciones de participación ciudadana, representa un paso en innovar y así crear modelos de trabajo más efectivos que incrementen la calidad y la productividad.

CONCLUSIONES: Se han desarrollado diversas formas de participación que permiten a la ciudadanía involucrarse activamente en las líneas de Participación Ciudadana en Salud. En este marco la calidad es un atributo que está presen-

te y acompaña a todas las actuaciones realizadas representando un valor cultural, considerado como exigencia ética, variable estratégica y seña de identidad, objetivándose con hechos, resultados alcanzados, y actuaciones que puedan definirse, identificarse y evaluarse. El uso e implementación de herramientas de gestión como la MS ayudan a desarrollar de forma más eficiente y eficaz este trabajo.

C-164

CONTROL TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE GRUPOS DE DESHABITUACIÓN DE TÁBACO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

MORENO RUIZ, P; ROMERA MARTÍNEZ, I; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MA; ARANDA HARO, M; ROMERA RAMOS, C y CABRERA GARCÍA, M.

Centro: Centro de Salud de Huéscar
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: deshabituación tabaquica, educación sanitaria
Resumen
Objetivos: Valoración tras la puesta en marca de grupos de deshabituación tabáquica. Evaluar el porcentaje de pacientes que finalizan las sesiones y consiguen deshabituarse. Valorar la medición de monóxido de carbono (CO) (medido en partes por millón (p.p.m.) espirado al inicio de las sesiones y al final de éstas. Evaluar el grado de deshabituación si se usa terapia farmacológica asociada a las sesiones.
Material y métodos: Estudio transversal descriptivo. Recogida de datos demográficos de los integrantes en la actividad, tipo de tabaco, número de cigarrillos. Realización de 7 sesiones presenciales de educación con el objetivo de abandono tabáquico entre la cuarta o quinta. Se mide de forma sistemática el CO espirado en todas ellas. Se realiza control del número de sesiones que siguen los integrantes, el porcentaje de quienes se deshabitúan al final de las sesiones. Criterios de exclusión, las personas convocadas que no acudieron.
Resultados: Se convocan a 57 personas (21 hombres y 36 mujeres) en 4 grupos, de ellos inician las sesiones 40 (40% hombres, 60 % mujeres), con edad media 42 ± 8. Acuden al menos a la mitad de las sesiones 23 personas (57,5%). Finalizan las actividades del grupo 24 personas (60%) (9 hombres, 15 mujeres). Fumaban una media de 18,3 ± 8 cigarrillos. Media de la medida del CO espirado 9,37± 8,1 p.p.m. 23 personas no fuman al finalizar las sesiones (57,5%). Media de la medida del CO espirado al finalizar las sesiones: 1,75± 3,1 p.p.m. Usaron terapia farmacológica en la deshabituación 7 personas (17,5%) (3 bupropion, 1 parches de nicotina, 3 vareniciclina) , entre los que usaron terapia farmacológica se alcanzo el 100 % de deshabituación.
Discusión: El tamaño muestral es limitado para obtener resultados extrapolables a poblaciones, pero el objetivo es controlar el grado en que la medida es efectiva en los grupos en los que lo aplicamos con el fin de generarnos estímulo a los profesionales que realizamos estas actividades de educación en horario fuera del laboral habitual. En experiencias previas conocidas la deshabituación es más efectiva cuando se realiza en grupos de iguales que cuando se realiza de forma individual.
CONCLUSIONES: Se deshabitúan más de la mitad de las personas que participan en la actividad Entre los que finalizan las sesiones el éxito es del 96 %. La medida del CO espirado disminuye al deshabituarse. Aquellos participantes que se ayudan de terapia farmacológica alcanzan un éxito del 100 %.

C-165

ANÁLISIS Y Resultados DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

MARTÍNEZ DEL ÁGUILA, MC; ESQUINAS MELLADO, B; FERNÁNDEZ ESPINAR, EM y VINUESA MONTOYA, S.

Centro: Empresa Pública Hospital de Poniente
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS

ORGANIZACIONES
Palabras clave: ENCUESTA SATISFACCIÓN FISIOTERAPIA
Resumen
- **Objetivos.** 1.- Elaboración e implementación de una encuesta de satisfacción en Fisioterapia
2.- Análisis de los resultados obtenidos
3.- Establecer propuestas de mejora
- Material y Método
El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia del Hospital de Poniente.
La muestra consta de 330 encuestas que fueron recogidas entre los meses de Junio y Diciembre de 2009.
La población a la que ha sido entregada la Encuesta tenía las siguientes características:
- Estar en tratamiento de fisioterapia durante el período arriba mencionado.
- En aquellos usuarios que son tratados en las Salas de Fisioterapia General y Neurofisioterapia se les entrega la Encuesta al mes de tratamiento; en aquellos usuarios que son tratados en la Sala de Electrotermoterapia se les entrega la Encuesta el penúltimo día de tratamiento.
- **RESULTADOS.** Los usuarios de fisioterapia valoran como lo mejor de la Unidad la competencia profesional del fisioterapeuta, siendo ésta la respuesta en el 91,7% de las encuestas contestadas. En cuanto a lo peor de la Unidad, los usuarios destacan como negativos dos aspectos: con un 37,5% los recursos materiales y humanos (los consideran insuficientes) y con un 29,4% la organización. En tercer lugar con un 20,6% puntúan como negativa la accesibilidad.
Respecto a las propuestas de mejora que aportan los usuarios éstos señalan que mejorarían en el 62,7% de los casos los recursos materiales y humanos, con un 18% la organización y con un 9,7% la accesibilidad.
- **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**
La encuesta nos resulta un instrumento de medida válido y fiable para medir la satisfacción de los usuarios y para establecer propuestas de mejora en los puntos débiles detectados, que son: limpieza, intimidad del paciente, recursos humanos y materiales y aspectos organizativos.

C-166

EFECTO COMUNICACIÓN

TERRADELLAS ANTOÑANZAS, LA; GROSS ZAPATA, AR; JOVER MORENO, AN y PUJOL COLOMER, JO.

Centro: Hospital Plató
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: PERSONAS IMPLICACIÓN INTERACCIÓN
Resumen
OBJECTIVO. El principal objetivo de Hospital Plató son las PERSONAS. Queremos dialogar, escuchar, orientar, motivar y analizar los efectos que la comunicación tiene en nuestros grupos de interés, favoreciendo la implicación y participación de estos en los principales proyectos del Hospital.
MATERIAL Y MÉTODO. Los canales de comunicación utilizados para lograr nuestro objetivo son: intranet propia Minerva Gestión (con el espacio Minerva Comunicación Infórmate, dedicado a la comunicación formal de carácter descendente o transversal; Minerva Comunicación Exprésate, dedicado a la comunicación informal entre profesionales; Minerva Comunicación Innova, dedicado a la propuesta de ideas y gestión del conocimiento; y el espacio Portal del Empleado), memorias de sostenibilidad y responsabilidad social, mailings, cartas, trípticos, pósteres, presentaciones, buzoneo, Jornadas Estratégicas, etc. En cuanto a los métodos: estudios de imagen y posicionamiento, estudios de alianzas, focus groups, encuestas, entrevistas en profundidad, creación de comisiones, grupos de participación ciudadana, etc.
RESULTADOS. Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo durante estos últimos años mostraron la necesidad de cambiar la imagen corporativa del hospital, mejorar el posicionamiento en cuanto a políticas medioambientales,

de responsabilidad social y gestión de la calidad y la percepción muy positiva entre profesionales y grupos de interés en cuanto a liderazgo e implicación.
CONCLUSIONES. Las conclusiones a las que se llegó con sendas investigaciones fueron: cambio de imagen (de Clínica Plató Fundació Privada a Hospital Plató), mejora de las instalaciones y accesibilidad al centro, creación de una intranet, nueva página web, newsletter, refuerzo del mensaje a través del story telling (vídeos cortos), creación del Foro-Grupo de Participación Ciudadana con representación de las principales asociaciones de vecinos, administración del distrito, proveedores de servicios sanitarios públicos, asociaciones de enfermos, centros de enseñanza, casales de abuelos, etc. de nuestra zona de influencia: el distrito de Sarriá-Sant Gervasi de Barcelona.

C-167

OPINIONES Y Área:S DE MEJORA PLANTEADAS POR PACIENTES DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE

UREÑA CABALLERO, AJ; JIMENEZ LIRIA, MJ; REYES MUELAS, P; JIMENEZ MARTINREZ, R; SAEZ ALONSO, M y SAEZ ALONSO, JP.

Centro: EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: SALUD MENTAL, GRUPO FOCAL, SATISFACCION
Resumen Introducción Simplemente, contar en tres o cuatro frases qué se pretendía hacer y qué se ha hecho. Veo muy interesante enfocarlo a la novedad que supone este tipo de iniciativa en la población de Salud Mental.
La bibliografía está expresamente excluida en las normas de SADECA para resúmenes. Cuando hagais la comunicación, hablamos para hacerla completa.
Objetivos Conocer la opinión a cerca de la satisfacción de los pacientes Plantear las áreas de mejora necesarias para aumentar la satisfacción.
Material y métodos. El desarrollo del estudio se ha llevado a cabo desde Junio de 2010 hasta agosto, que finalizó con la interpretación de los datos y elaboración del presente informe. El diseño de este trabajo se ha estudiado bajo el paradigma interpretativo, para comprender e interpretar el punto de vista y opinión de pacientes que están ingresados, siguiendo una metodología cualitativa de tipo fenomenológico. Se ha llevado a cabo mediante un grupo focal formado por 7 pacientes que al menos llevan ingresados un mes en el Hospital de Día de salud Mental de la EPHPO.
RESULTADOS. Para llevar a cabo el análisis de los datos se ha realizado el análisis descriptivo cualitativo de los datos recogidos en el grupo focal, se realizó la trascripción de las mismas, siguiendo los pasos recomendados por Burns et al y Burnard6.
El análisis cualitativo ha resultado de la interpretación tras la trascripción y segmentación del grupo focal. De los que analizamos las siguientes categorías: asistencia sanitaria en general, instalaciones, limpieza, comida, trato de los profesionales.
DISCUSIÓN/CONCLUSIONES Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que en cuanto la asistencia sanitaria en general que están algo menos contentos con el servicio de urgencia, ya que el tiempo de espera es muy largo, instalaciones es donde presentan mas descontento debido a la temperatura del agua, la limpieza si manifiestan su satisfacción, la comida verbalizan que no están bien elaboradas y son escasas y el trato los pacientes están muy contentos con el trato recibido.

C-168

ARIADNA: UNA GESTIÓN DISTINTA DE LAS RECLAMACIONES, MÁS RÁPIDA Y EFICIENTE

EN HOSPITAL DE PONIENTE. MOLINA TERUEL, AJ; RODRÍGUEZ PEDROSA, M; CRUZ REDONDO, T; RODRÍGUEZ GUTIERREZ, MR; MOYA MOYA, JL y CRUZ BUENO, AB.

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: ARIADNA
Resumen
Objetivos:
1. Unificar en un solo soporte informático la información administrativa sobre reclamaciones
2. Facilitar el registro, seguimiento y gestión de estas.
3. Agilización y eliminación de trámites administrativos innecesarios (notas internas, contestaciones de las reclamaciones, envío a Consejería)
4. Cumplir la normativa sobre protección de datos de carácter personal
5. Mejorar coordinación con los profesionales implicados
6. Rapidez en la toma de medidas correctoras
Material y método. 1. Análisis del procedimiento existente.
• Ingente documentación administrativa, mecanización innecesaria de información existente ya en otras bases de datos del Hospital.
• Tiempos de respuesta elevados en las contestaciones.
• Alto porcentaje de reclamaciones sin responder (13 %)
2. Desarrollo e implantación de la aplicación,
Equipo de trabajo: profesionales Servicio Atención Ciudadana y Unidad de Informática.
3. Difusión a través de reuniones con los distintos profesionales implicados.
4. Seguimiento y mejora 5. Se comparan 2 períodos correspondientes al primer semestre de 2009 (n:974) y de 2010 (n:437)
Resultados del proyecto:
1. Eliminación de circuitos y tareas innecesarios.
2. Mayor agilización en la gestión de las reclamaciones.
3. Disminución de errores.
4. Disminución de los tiempos de respuesta: 10 % (incluyendo solo las reclamaciones no respondidas)
5. Reducción de reclamaciones no contestadas (del 13 % en el primer semestre de 2009 al 0,6 % en primer semestre de 2010).
6. Reducción del 55 % en el número total de reclamaciones (por otras intervenciones añadidas).
Discusión. La implantación del nuevo sistema de gestión integral de reclamaciones ha permitido reducir considerablemente el número de reclamaciones que se quedaban sin responder. Se ha logrado reducir los tiempos medios de repuesta, teniendo en cuenta que en el anterior sistema se quedaban muchas de ellas sin contestar, las cuales no se han incluido en el cálculo del tiempo de respuesta, sesgando por tanto dicho valor. Se ha conseguido una mayor implicación de los responsables clínicos o de gestión en la resolución de las reclamaciones.
CONCLUSIONES
Considerando el alto volumen de reclamaciones gestionado, el reanalisis del circuito interno de tramitación y el desarrollo de aplicación informática específica, permite un seguimiento en tiempo real y mejor gestión de las mismas. Disminuyendo los tiempos de respuesta, la tasa de no respuesta y eliminando el formato papel en la gestión interna.

C-170

SOY MUJER Y ARABE, HE DADO A LUZ EN EL PONIENTE: YO TAMBIÉN OPINO

MEZOIRE MEZOIRE, L ; GARCÍA ACOSTA, N ; MONTOYA MUÑOZ, R; RAMOS RAMOS, C; CARRION GARCÍA, SM y LÓPEZ BARRANCO, MD.

Centro: Hospital de Poniente
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: árabe ,satisfacción, parto.
Resumen
OBJETIVO: Conocer y analizar la opinión de mujeres de origen árabe que han dado a luz en el Hospital de Poniente (HP).
Material y métodos: Se ha utilizado como instrumento para conocer la

opinión de mujeres árabes el modelo de Encuesta Autocumplimentada al Alta de la Consejería de Salud, traducida al árabe. Entrega y recogida activa por mediadora sociosanitaria en la Unidad de Hospitalización de Obstetricia. Primer semestre 2010. Registro, análisis de datos y Grupo Focal con mujeres de origen árabe (agosto de 2010).
Resultados: Mujeres ingresadas en Obstetricia:1637. (721 inmigrantes; 70% origen árabe).
Encuesta de satisfacción: Tasa respuesta: 51,2 % (N:258). Variables mejor valoradas (>95%): Atención, Recomendaría el Hospital y limpieza. Peor valoradas (<90 %): comida, atención de auxiliares y personal no sanitario. Respuestas textuales: Comentarios positivos (256):tangibilidad (32), empatía (78), fiabilidad (56) y otros (90); Comentarios negativos (52): tangibilidad (24), empatia (20), capacidad de respuesta (5), fiabilidad (1), seguridad (1), otros (1). Grupo Focal: Aspectos más valorados: trato de profesionales, mediadora sociosanitaria, higiene, confort. Aspectos menos valorados: información, televisión de pago y trámites administrativos.
Discusión: Para el HP es un objetivo de primer orden conocer la opinión de los usuarios sobre el servicio que reciben. Por las características demográficas de la zona, gran parte de la asistencia se presta a personas de origen no español y no hispano hablante. En el área de obstetricia llega a alcanzar el 50 %. La barrera idiomática supone una limitación para que dichas personas puedan participar en las encuestas de satisfacción de la consejería. Con este trabajo se pretende conocer la opinión de este colectivo que supone sobre el 33 % del área de obstetricia; y comparar con la satisfacción de mujeres de origen español.
CONCLUSIONES: Para que la medida de la satisfacción sea útil para la gestión y evaluación de la atención sanitaria, se ha de incorporar la opinión de todos los colectivos atendidos. Existen diferencias en la satisfacción entre las mujeres de origen español y de origen árabe que han dado a luz en el HP. Las segundas muestran un mayor grado de satisfacción con aspectos tangibles (limpieza, comida, confort,..), en cambio la satisfacción es menor en aspectos profesionales (Atención), atribuible a la barrera idiomática que dificulta la información y comunicación entre profesional y paciente. Palabras clave: árabe, satisfacción, parto.

C-171

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, EJE DE LA CALIDAD EN SALUD: ANÁLISIS DE CONTENIDO DE RECLAMACIONES EN EL HAR EL TOYO

CAMACHO SÁNCHEZ, MN; CHACON MONSERRAT, I; RAMOS RAMOS, F; BONILLO NIETO, S; VENTAJA ALAMO, D y SÁNCHEZ CONTRERAS, FJ.

Centro: HOSPITAL DE ALTA RESOLUCION EL TOYO
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: PARTICIPACION, RECLAMACIONES, CALIDAD
Resumen
Objetivos:1 Conocer la percepción de nuestros usuarios (expectativas no satisfechas o informes adversos).2 Identificar áreas de mejora con el fin de encaminar nuestros servicios a una atención de calidad.
Material y método: Planteamos un estudio de investigación cuanti-cualitativo, retrospectivo mediante la técnica de análisis de documentos (reclamaciones), que son "relatos" o "narraciones" de las experiencias vividas por usuarios en el HAR El Toyo. Analizamos las reclamaciones presentadas desde 2006 a 2008 (primer periodo de actividad de nuestro hospital). Tras los resultados obtenidos, identificamos áreas de mejora y se implantaron estrategias. Posteriormente analizamos las reclamaciones de 2009 y evaluamos la pertinencia de las actuaciones realizadas.
Resultados: Durante el primer trienio de estudio de 2006 a 2008 se presentaron en el HAR El Toyo 378 reclamaciones, el 25.4% en 2006 (96), el 35,7% en

2007(135) y el 39,1% en 2008(148), la tasa media fue de 3,7/1000 pacientes atendidos. Centrándonos en el análisis de los motivos de las reclamaciones planteadas, se detectaron las siguientes áreas de mejora:-La identificación de los profesionales -El trato adecuado y humano -Tiempos de espera -Necesidad de respuestas/ Información., sobre las que se plantearon y se instauraron estrategias de mejora.
Del análisis posterior de 2009, resaltamos los siguientes
Resultados: disminución de las reclamaciones presentadas (77) 48% menos que en 2008, con una tasa media de 1,03/1000. En cuanto a los motivos relacionados con las áreas de mejora detectadas el porcentaje de reclamaciones también se ha visto disminuido: un 43% en trato, 61% en tiempos de espera y un 74% en organización y normas donde se incluye, la identificación de personal y la información. También se vio modificado el tiempo de respuesta que el primer trimestre fue de 15 días y en 2009 de 7,8.
CONCLUSIONES:Nuestro estudio evidencia la eficacia de una gestión adecuada de las reclamaciones, destacando su utilidad potencial que radica en su valor como fuente de identificación de oportunidades de mejora
DISCUSIÓN:Consideramos que con este tipo de investigaciones se está dando un paso más en la calidad de nuestros cuidados, Reforzar por tanto los medios al alcance del ciudadano para formular su derecho a sugerir, quejarse o reclamar, no sólo parece pertinente, sino necesario para transmitir una mayor transparencia y el compromiso corporativo con la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios a través, de las opiniones ciudadanas.

C-172

COMUNICACIÓN 2.0: PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN EN RED DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ESPOSITO GONFIA, TH; VÁZQUEZ VÁZQUEZ, MA; PERIAÑEZ VEGA, MT; SANTANA LÓPEZ, VI y TORRES OLIVERA,

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: comunicación participación colaboración redes sociales web2.0
Resumen
1. **Objetivos:** Analizar en qué medida la utilización de herramientas de comunicación 2.0 influye en la participación de los usuarios de los Observatorios de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Formación en Salud y Seguridad del Paciente)
2. **Material y método:** Análisis de datos estadísticos sobre acceso e interacción de usuarios en los espacios web y redes sociales de los Observatorios para la Calidad de la Formación en Salud y para la Seguridad del Paciente.
3. **Resultados:** El número de descargas y diseminación de contenidos puestos a disposición desde los Observatorios para la Calidad de la Formación en Salud (enero 2010) y para la Seguridad del Paciente (noviembre 2008) ha experimentado un significativo incremento con la presencia de los mismos en redes sociales. Facebook: 1.149 interacciones y 5.702 visitas para Formación en Salud (enero-septiembre 2010); 1.096 interacciones y 18.284 visitas para Seguridad del Paciente (septiembre 2009-septiembre 2010). Slideshare: 5.137 visualizaciones de documentos en el canal de Formación en Salud (junio-septiembre 2010) y 10.489 visualizaciones en el de Seguridad del Paciente. Portal de Formación en Salud: 4.369 descargas de contenidos (enero-septiembre 2010). Canal Youtube de Seguridad del Paciente: 25.425 reproducciones de vídeos. Twitter de Formación en Salud: 72 seguidores y más de un centenar de tweets (junio-septiembre 2010).
4. **Discusión:** Los datos muestran, en un corto periodo de tiempo, un crecimiento significativo del número de usuarios que interactúan e intercambian información en los espacios web de los Observatorios. Esta estrategia de comunicación participativa ha favorecido el desarrollo

de comunidades y redes de interés alrededor del aprendizaje en salud y seguridad del paciente.
5. **CONCLUSIONES:** La utilización de estrategias de comunicación 2.0 permite un alto nivel de participación activa por parte de los profesionales en la medida en que propicia: - establecer canales de comunicación eficaces que favorezcan la implicación de los profesionales en el debate acerca de las líneas estratégicas de formación y seguridad del paciente;
- fomentar la concienciación y participación de los profesionales en el desarrollo de esas estrategias;
- favorecer el diálogo entre profesionales, ciudadanos e instituciones para compartir y generar conocimiento; - multiplicar las oportunidades de comunicación entre profesionales de la salud para crear sinergias y fortalecer las relaciones profesionales, permitiendo el incremento del capital relacional de la institución y de todo el sistema.

C-173

EVALUACIÓN DE TALLERES DE SALUD SEXUAL EN PREADOLESCENTES ADOLESCENTES JÓVENES Y ADULTOS EN ALMERÍA

Medina Rodríguez, AF; Zapata Boluda, RM; González Peña, MG; Montoya Vergel, MJ; Del Pozo Sánchez, MC y Rodríguez Medina, M.

Centro: Hospital Torrecárdenas
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Sexualidad, talleres, evaluación

Resumen
OBJETIVO Evaluar la realización de talleres de educación de salud sexual en distintos colectivos de preadolescentes, adolescentes, jóvenes y adultos en Almería, desarrollados por alumnos del Máster de Sexología como parte de su prácticum, para comprobar si la estrategia de enseñanza aprendizaje ha sido adecuada según el contexto al que se dirige
Material y método: Estudio Descriptivo. Evaluación del taller con un cuestionario con respuestas en escala de Likert, que rellenan los evaluadores (coordinadores de la Fundación del Secretariado Gitano, y profesores de los alumnos) tras la realización de los talleres. Análisis con SPSS 12.0. Resultados totales, parciales y en porcentaje de cada ítem, gráficos de barras y tablas
RESULTADOS. Enfermeras para el Mundo Almería y el Máster en Sexología de la UAL abordan un Proyecto de Colaboración en Educación Sanitaria en materia de Salud Sexual. Alumnos del Máster han impartido talleres a 296 alumnos de distintas edades y 4 Centros Educativos, entre ellos madres de una Escuela Infantil OPINIONES DE LOS EVALUADORES A LOS ÍTEMS: Un 75 % de los evaluadores no creen que el nº de alumnos presentes en el taller sea excesivo. Ha habido una participación adecuada de los alumnos en el taller, 66% totalmente de acuerdo y 25 %, de acuerdo. Los evaluadores opinan que no hay que modificar la teoría según el interés de los alumnos, en un 66,6 % están totalmente de acuerdo frente a un 33,35 que no están de acuerdo ni en desacuerdo. El 66,6% está totalmente en que no hay que modificar las prácticas según el interés de los alumnos, y un 25% no están de acuerdo ni en desacuerdo; Los evaluadores en un 58,33% están totalmente de acuerdo y un 33,3% de acuerdo en que los alumnos entienden el contenido teórico. El 58,33% está totalmente de acuerdo en que los alumnos han entendido el contenido teórico, y el 33,33% está de acuerdo. Los evaluadores opinan en un 100% que los alumnos entienden el contenido práctico,
CONCLUSIONES El número de alumnos es adecuado. La actitud de los alumnos hacia el contenido teórico fue interesante. La participación de los alumnos en el grupo ha sido adecuada. Los evaluadores creen que las horas programadas para los talleres han sido suficientes tanto para la teoría como para la práctica. Según el interés que han suscitado los temas teóricos y prácticos, no hay que variar ninguno. El alumnado ha entendido perfectamente tanto el contenido teórico como el

contenido práctico. No es preciso realizar cambios en la metodología ni en los contenidos.

C-174

"PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO EN EL HOSPITAL: UTOPÍA HECHA REALIDAD".

GUEDES ARBELO, CH; GALINDO ASENSIO, A y ESTÉVEZ GONZÁLEZ, F.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Plan de parto-nacimiento; embarazo; autonomía.
Resumen
Objetivos: -Dar a conocer el nuevo proyecto llevado a cabo por el Sistema Andaluz de Salud,el Plan de Partos,con la finalidad de satisfacer la demanda de las usuarias y ofertar una atención de calidad dentro de los procesos fisiológicos de la vida.
-Cumplir el principio de autonomía y dejar que la mujer exprese por escrito sus preferencias,para la atención de su parto y a su recién nacido.
-Que las familias reciban, de forma veraz y anticipada,información sobre su futuro proceso para que las parejas adquieran mayor protagonismo en el trascurso del nacimiento de su hijo.
-Brindar a los profesionales sanitarios,que atienden el parto,la posibilidad de conocer los deseos y filosofía de los padres frente al nacimiento.
Material y método: Revisión bibliográfica editada en el territorio español durante los últimos años.Así como de identidades significativas(Organización Mundial de la Salud-OMS,Federación de Asociaciones de Matronas Españolas-FAME).
Resultados: Son muchas las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales que abogan por un Plan de Parto y Nacimiento.El Servicio Andaluz de Salud ha puesto al servicio de la ciudadanía un modelo de Plan de Parto y Nacimiento, con la finalidad de que se hagan partícipes de su proceso,dando importancia a la vigilancia y menor actuación en un proceso fisiológico.
Por doquier, las experiencias de mujeres que han tenido un parto con baja intervención o que han sido informadas de forma respetuosa y reglada durante las complicaciones sufridas,no pueden ser menos que gratificantes para los profesionales y por ende para el sistema.
DISCUSIÓN:Aunque ha sido preciso que las instituciones políticas y sanitarias aborden este tema, la semilla la pusieron unas voces anónimas allá por los años 70 (en España).Es ahora cuando las familias se sienten escuchadas, se hacen protagonistas del desarrollo del nacimiento de su hijo/a y si surgen problemas que lleven a actuaciones en principio no deseadas,son habitualmente mejor aceptadas,debido a la información previa,para la elaboración del plan de nacimiento.
CONCLUSIONES: -Toda mujer embarazada y que vaya a dar a luz en Andalucía tiene derecho a presentar un plan de parto.
-La información debe ser dada por los profesionales que la atienden durante el embarazo.
-Lo ideal es que se lleve a cabo entre las 28 y 32 semanas de gestación.
-El plan solo puede ser aplicado en el desarrollo de un PARTO NORMAL(de"bajo riesgo"y en alguna cesárea).

C-175

ANÁLISIS DE NECESIDADES REALES Y PERCIBIDAS DE LOS CUIDADORES/AS FAMILIARES DE PACIENTES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS.

Morillo Cadierno, RM; Ramírez López, EB; Castañeda Palma, MA; Asensio Pérez, MR; Reina Perelló, V y Blanco Piñero, N.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: cuidadores, necesidades, emociones
Resumen
Objetivos: 1. Valorar las necesidades reales/percibidas de los cuidadores.

2. Determinar las características socio-demográficas y emocionales de los cuidadores de pacientes dependientes hospitalizados
3. Analizar las manifestaciones afectivas del sufrimiento emocional
4. Evaluar los efectos físicos y psicológicos de la hospitalización en los cuidadores
Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de evaluación de los cuidadores Material: 1. Evaluación enfermera:dependencia, salud del cuidador, conocimientos sobre la enfermedad y expectativas ante la vuelta a casa.2. Evaluación psicológica: ansiedad/depresión y percepción de capacitación para afrontar el cuidado.
Método. Muestra:60 cuidadores.Muestreo consecutivo. Captada a través de la Unidad de Atención al Cuidador en plantas de Medicina Interna yPaliativos Criterios de inclusión:Cuidadoras familiares de pacientes dependientes (Barthel =ó< de 60) hospitalizados. Acompañamiento continuo o > 10h al día en ingreso prolongado (>48 h) Análisis de datos: test de estadística descriptiva e inferencial.
Resultados: -Sociodemográficos: edad media cuidador: 56 años.81'4% mujer.76'7% casados.>2 años cuidando del familiar: 37'2%.
-cuidador:46'5% esposa, 37'2% hija.93% cree que necesita supervisión permanente.
-Responsabilidades atribuidas: 79'1% Cuidados físicos.88'4% Asegurar bienestar.65'1% Dedicar esfuerzos sin atender a propias necesidades.
-Preparación del cuidador familiar:34'9% Descripción del proceso de enfermedad ligeramente adecuado.30% Descripción del régimen terapéutico moderadamente adecuado.41'9% Conoce adecuadamente el papel del cuidador principal
-Estado anímico:52'4% Se encuentra regular.13'2% Animado.53'5% Ansioso.65'8% Deprimido 36'8%Desesperanza.7'9% Temor/miedo. Valoración clínica:No ansiedad: 67'4%. No depresión: 66'7%.
-Afrontamiento de problemas: Identifica estrategias para superarlos Raramente demostrado: 44'2%Refiere controlar las dificultades habituales:Raramente demostrado: 37'2% Estrategias utilizadas: Uso medio:51'2% Expresión emocional. 44'2% Resolución de problemas.44'2% Pensamiento desiderativo.44'2% Apoyo social. Poco uso:83'7% Evitación de problemas79'1% Reestructuración cognitiva65'1% Autocrítica
CONCLUSIONES: La situación de cuidado durante la hospitalización, implica cambios en el estilo de vida del/la cuidador/a y en su salud física y emocional. Estos efectos incidirán negativamente en la percepción de bienestar personal del/la cuidador/a y en la calidad de los cuidados que aportará.

C-176

GUÍA VIRTUAL DEL PARITORIO DEL HUPM DE CÁDIZ

FERNÁNDEZ PÉREZ, FJ; SÁNCHEZ MERINO, I y GIL GIL, C.

Centro: HUPM (Cádiz)
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: parto comunicación guía multimedia
Resumen
Elaboración de programa multimedia en el que se muestra el paritorio y las salas de Maternidad del HUPM de Cádiz a las futuras madres que van a parir en nuestro hospital.
Objetivos: Complementar la información recibida durante la educación maternal. Informar y orientar sobre su parto y puerperio, mejorando la comunicación. Mostrar el área hospitalaria relacionada con el parto y los derechos derivados del Plan de Partos, disminuyendo el estrés que supone el ingreso en el hospital.
Material y método: La guía virtual se ha elaborado mediante el software Multimedia Builder, que permite la creación de programas multimedia. Pertenece al grupo de "Herramientas de autor"
CONCLUSIONES: La elaboración de la guía virtual y su difusión desde Atención

primaria, permitirá conocer virtualmente como es el paritorio y las salas de Maternidad del HUPM, facilitando la adaptación del Plan de Partos a nuestras posibilidades y a las necesidades de los usuarios. Se pretende mejorar la comunicación entre AH y AP y entre las futuras madres y los profesionales sanitarios, al tiempo que se intenta disminuir el miedo y el estrés ante lo desconocido, mostrando en imágenes nuestras instalaciones.

P-172

AUTOCONTROL DE LOS NIVELES DE ANTICOAGULACION

LOPEZ RAMIREZ, E; CANDELA FUSTER, MC; DE LA FUENTE PALMA, D; PEÑA CASADO, A y DE LA FUENTE PALMA,

Centro: HOSPITAL VIRGEN MACARENA
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: ANTICOAGULACION AUTOCONTROL CALIDAD DE VIDA
Resumen
Objetivos: Los pacientes con trastornos de coagulación son cada vez más, y los últimos en haber sido considerados pacientes crónicos. Es necesario plantearnos de que manera se les puede facilitar y mejorar la calidad de vida de estos disminuyendo su dependencia con el sistema sanitario. Queremos mejorar la atención de los pacientes anticoagulados que por motivos laborales, de desplazamiento o personales tienen dificultades para la atención a la asistencia en consulta.
MATERIAL Y MÉTODO Se planifica un programa para facilitar el autocontrol de la coagulación a pacientes con patología de trastornos de la misma. Se disponen de 20 dispositivos para autocontrol de la coagulación. Los criterios de inclusión son los siguientes: • Pacientes entre 30 y 60 años • Paciente con trastorno de coagulación durante al menos 2 años. • Pacientes con INR (Internacional Normalizated Ratio) • Paciente o familiar con disponibilidad de soporte informático y correo electrónico y conocimiento para el manejo del mismo. • Paciente con INR en rango según su patología en un periodo mínimo de tres meses. • Acceso voluntario al estudio Tras la formación se les entrega la el dispositivo de control y al mes debe realizarse el control. La primera en la consulta bajo la supervisión de la enfermera para comprobar que los hace correctamente. Si es así los controles sucesivos los realizara en domicilio.
DISCUSIÓN Y RESULTADOS: 100% de los pacientes realizan los controles correctamente. Cumplimentan la encuesta el 100% de los pacientes que han entrado en el programa. Los resultados obtenidos son los siguientes. • Facilidad del manejo de la maquina: 4.6 de media • Consideración de que el método le facilita el tratamiento: 4.8 de media • Creen que mejorar sus complicación y evitara reingresos: 4.4 de media • Creen en que facilitara su relación laboral: 5 de media • Evaluar la satisfacción de la atención recibida: 5 de media
CONCLUSIONES: Se abre un nuevo campo importante de trabajo y que puede reportar grandes mejoras en la calidad, y seguridad del paciente con trastorno de coagulación

P-173

CUIDANDO A LAS CUIDADORAS TAMBIÉN EN URGENCIAS

SARDINERO CÓRDOBA, M; MARTÍNEZ HENÁNDEZ, JM; WONG CERVANTES, P; MORA CABRERA, A; PEDRAJAS SAURA, P y NAVARRO VÁZQUEZ, F.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: TARJETA +CUIDADO; CUIDADORAS
Resumen
OBJETIVO: Establecer y pilotar, medidas de discriminación positiva en el Servicio de Urgencias del CHT las cuidadoras identificadas con la tarjeta +CUIDADO.
Material y métodos: Análisis del circuito

de acceso para atención urgente. Circuito de asignación de prioridades en Consulta de Clasificación. Identificación de Puntos Críticos Difusión. RRMM: oCartelería oGuía para identificación de los pacientes sus cuidadoras en Admisión de Urgencias (AU) y Consulta de Clasificación (CC). oHojas resumen de pacientes y/o cuidadores identificados. **Resultados:** Registro de las portadoras de la tarjeta + CUIDADO en AU. Circuito de Discriminación positiva a los pacientes y/o cuidadores implantados. Carteles informativos, en salas de espera, de la preferencia en la atención a estas personas. Registro en hoja diseñada al efecto de los datos de la cuidadora y un número de teléfono para poder realizarle una encuesta de satisfacción. **Discusión:** La atención en el área de urgencias puede darse como acompañante o como paciente. En el 1º caso, paciente cuidadora (PC), se comunica al responsable asistencial para que permita acompañar al paciente durante todo el proceso. En 2º, paciente con cuidadora (PCC), se informa al equipo asistencial de esta circunstancia para que tenga, durante todo el episodio, una atención preferencial, tendente a disminuir los tiempos de atención y de práctica de pruebas diagnósticas o terapéuticas. En ambos casos, las personas beneficiarias de estas medidas, serán aquellas que acrediten su condición de cuidadoras con la tarjeta +CUIDADO: En el 1º caso (PC), desde clasificación se remite a la consulta 1 (Banales) con prioridad 2, con la finalidad de ser atendida rápidamente, si su patología no es banal, el FEA informará a enfermería para que inicie las actuaciones y asignará a un FEA de consulta para que se haga cargo de la paciente. En el 2º caso (PCC, Ej: paciente con alzheimer) desde clasificación se le asignará como mínimo prioridad 2 y la cuidadora lo podrá acompañar a cualquier zona de urgencias (sillones, observación,…) **CONCLUSIONES:** •Se garantiza que tanto pacientes como cuidadores tienen un trato preferencial en el área de urgencias, para reducir en la medida de lo posible los tiempos de espera. •Se garantiza el acompañamiento de la cuidadora a su familiar en todas las áreas de urgencias. •Se establece un mecanismo de seguimiento de la satisfacción de los usuarios del servicio

P-174

SEGUIMIENTO ESPECIAL DE PACIENTES CON DETERIORO MENTAL INCAPACITANTE (DMI)

SARDINERO CÓRDOBA, M; MUÑOZ FERNÁNDEZ, C; PEREZ NAVARRO, A; ALBERO SERRANO, P; CARVAJAL MARTÍNEZ, R y COBOS FERNÁNDEZ, P.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: DETERIORO MENTAL INCAPACITANTE
Resumen
OBJETIVO: Establecer y pilotar un circuito de información entre los dos niveles asistenciales de Almería capital, que garantice el seguimiento por el Servicio de Neurología de los pacientes ambulatorios con deterioro mental incapacitante (DMI).
Material y métodos: Análisis del circuito para obtención de citas sucesivas en las Consultas que atienden a pacientes con DMI del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (CHT) Identificación de Puntos Críticos Reordenación del circuito de información y citación en consultas de DMI, en coordinación con el personal de enfermería del Distrito de Atención Primaria Almería Difusión. RRMM: oCall Center oIncluir en informe de enfermería de consultas a la UGIC un identificador de los pacientes diana oElaboración de Hojas resumen de pacientes diana
Resultados: Se identifican en las consultas los pacientes con DMI y apoyo familiar insuficiente y se entrega la fecha de citación de seguimiento en la propia consulta. Se identifican dichos pacientes en la (UGIC) En la UGIC se genera un informe específico por cada paciente para recordar la cita una semana

antes de la fecha, tanto al teléfono de contacto, como al centro de salud (CS) al que pertenece el paciente. Desde el CS la Enfermera de Enlace de Atención Primaria (EEAP), contacta con la familia para garantizar la asistencia a la cita de seguimiento del paciente identificado.
Discusión: Casi el 20% de las citas de seguimiento de los pacientes con DMI se pierden, ya que con frecuencia se trata de pacientes ancianos cuyos cuidadores principales, son también mayores que presentan limitaciones psíquicas por la edad. El recordatorio de las citas con una semana de antelación a la fecha, por parte de la UGIC, con un lenguaje asequible a este grupo de población, puede mitigar el problema. La intervención activa de la EEAP, parece ser la solución mas adecuada, ya que las primeras consultas si tienen un alto índice de asistencia, y en ellas se implica muy directamente la enfermería domiciliaria.
CONCLUSIONES: Dado que las citas de seguimiento de la consulta de DMI son a seis meses o un año, es imprescindible establecer un mecanismo de recuerdo para garantizar la asistencia a la consulta. La coordinación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales de Almería, garantiza el recordatorio de la cita, a estos pacientes y familiares.

P-175

CITA FÁCIL: ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS (CHT)

LOPEZ CABRERA, D.; SARDINERO CORDOBA, M; RUIZ ARRÉS, E; CARVAJAL MARTÍNEZ, R; TEODORO SEGURA, D y ALBARRACÍN JIMENEZ, P.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: DIFUSIÓN, PARTICIPACIÓN
Resumen
OBJETIVO: Difundir entre todo el personal asistencial el nuevo modelo de eliminación de ventanillas para citación de CE y PD Difundir el nuevo servicio, entre todo el personal administrativo de apoyo a los Servicios Asistenciales. Incorporar a la organización de gestión de citas aportaciones surgidas en el proceso de difusión entre ambos colectivos.
Material y métodos: Grupo de mejora para diseñar la difusión del nuevo modelo de citación Identificación de Puntos Críticos Elaboración de material divulgativo adaptado a los diferentes colectivos profesionales. Realización de documentos guía para el personal de enfermería de consulta y aux-adm de plantas de hospitalización y cita previa. Presentaciones en ppt personalizadas para difusión participativa entre los profesionales.
Resultados: Con un mes de antelación, se han realizado reuniones informativas específicas para cargos intermedios, personal administrativo de planta y CE, profesionales de cada uno de los servicios asistenciales y abiertas para otros colectivos profesionales que pudieran estar interesados. Reunión informativa con directivos del Distrito de Atención Primaria de Almería y los Responsables de Atención al Ciudadano de cada una de sus Zonas Básicas Establecimiento de un circuito especifico de seguimiento par los pacientes con deterioro mental grave incapacitante y apoyo familiar insuficiente. Circuito de recordatorio de citas de revisión prolongadas en el tiempo para evitar absentismo.
Discusión: La gran difusión realizada, ha permitido identificar áreas de mejora entre las propuestas aportadas por los profesionales. La alta implicación del colectivo de enfermería de consultas ha permitido implantar el nuevo modelo de forma homogénea con escasas incidencias. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de una campaña especifica de difusión entre la población, ya que el teléfono único que debería ser de uso exclusivo para información sobre cita previa de CE y PD, se está utilizando masivamente por nuestros usuarios para demandar todo tipo de servicios del

CHT. La difusión ha sido tan eficiente que tenemos demandas de los usuarios de las otras áreas sanitarias de la provincia de Almería.
CONCLUSIONES: Aunque el periodo es muy corto y se ha implantado en época estival, los objetivos se han cumplido. La masiva difusión del teléfono único ha llevado a un uso excesivo del mismo. Se hace necesario la coordinación con el resto de Dispositivos Asistenciales de la provincia.

P-176

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE FARMACIA

GIMENO JORDA, MJ; CANTO MANGANA, J; MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE; ACOSTA ROBLES, P; PINTO NIETO, C y MORALES MOLINA, JA.

Centro: HOSPITAL DE PONIENTE
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: encuesta satisfacción; pacientes; consulta externa farmacia
Resumen
Objetivos: Las medidas de satisfacción pretenden determinar la posición de los pacientes respecto a la atención sanitaria. El objetivo del presente trabajo es conocer el nivel de satisfacción percibida por los pacientes atendidos en la Consulta Externa de Farmacia (CEF)de un hospital.
Material y método: El estudio abarca a todos los pacientes atendidos durante al menos 4 meses en la CEF, estableciendo como período de entrega y recogida de encuestas mayo-diciembre 2010. Las encuestas son entregadas a los pacientes cuando vienen a recoger medicación. Se les ofrece cumplimentarlas en la CEF o en su domicilio, siempre de forma anónima y confidencial; en ningún caso en presencia del farmacéutico responsable. La encuesta consta de 19 cuestiones agrupadas en 4 áreas: A. Espacio físico y organización de la unidad (7 cuestiones); B. Dispensación (5 cuestiones); C. Consulta farmacéutica (6 cuestiones); D. Satisfacción global con una única cuestión. El diseño de la encuesta responde a una escala ordinal donde los pacientes indican su desacuerdo o acuerdo valorando entre 1 y 5, respectivamente. La encuesta se tradujo a varios idiomas (inglés, francés, ruso, rumano, árabe). Para las pruebas estadísticas se empleó el programa SPSS.
Resultados: Se han recogido 165 encuestas desde mayo hasta agosto 2010, lo que representa un 32,9% de población atendida (502 pacientes) en la CEF. Según los datos demográficos: el 61,7% son hombres; 67% españoles; 57,7 % pertenecen al grupo de edad de 41-65 años seguidos por el de 19-40 años (38,7%). Con respecto a la 4 áreas evaluadas: A. Espacio físico y organización, la valoración media de satisfacción es de 4,0 (IC95% 3,9-4,1); B. Dispensación 4,2 (IC95% 4,1-4,3); C. Consulta farmacéutica 4,7 (IC95% 4,6-4,8); D. Satisfacción global 4,5 (IC95% 4,4-4,6).
Discusión: Las respuestas muestran un alto grado de satisfacción de los pacientes con las cuestiones planteadas. Las medias más altas correspondieron con la valoración del farmacéutico y las más bajas con las de organización.
CONCLUSIONES: 1. Las altas puntuaciones de los pacientes sugieren el beneficio que obtienen de la atención farmacéutica; 2. Un 18% de los pacientes no tienen conocimiento de ser atendidos por el farmacéutico, ello nos permite detectar un área de mejora; 3. La encuesta de satisfacción es un instrumento asequible, fácil y rápido de cumplimentar, que puede ser aplicado a pacientes externos para obtener una medida de satisfacción con la CEF.

P-177

LAS MUJERES: MEDIADORAS DE LA SALUD FAMILIAR

MONTOYA * VERGEL, MJ; MARTÍNEZ HERNANDEZ, JM; PEREZ MARTÍNEZ, A; SARDINERO CORDOBA, M; FERRER GARCÍA, MD y GONZALEZ PEÑA, MG.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS

Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: MUJERES FAMILIA SALUD
Resumen
Objetivos: Conocer que necesidades demandan más las mujeres, en un Servicio de Atención a la Ciudadanía y que son atendidas por profesionales de la enfermería, así como conocer el rol que las mujeres tienen entre familia y Servicios de salud.
Material y método: Registro de actividad enfermera en el Servicio de Atención Ciudadana. Estudio descriptivo.
Resultados: Durante el año 2009 los profesionales de enfermería atendieron de forma personalizada un total de 1649 intervenciones a ciudadanos y ciudadanas, las intervenciones mas frecuentes fueron las Guías del Sistema Sanitario, de las cuales 950 fueron realizadas a mujeres, correspondiendo al 77,99 % de demandas. Las necesidades más demandadas por las mujeres son las relacionadas con la necesidad de comunicación y relación.
Discusión: Las mujeres son las que demandan mayores necesidades en cuanto a comunicación y relación, siendo ellas las mediadoras de la salud familiar, por lo que su voz es imprescindible en todos los foros dónde estén presentes.
CONCLUSIONES: La mujer cumple un papel de mediadora entre la familia y los servicios de salud, mediante la intervención enfermera podemos ampliar los conocimientos en recursos sanitarios que demandan las mujeres que acuden a nuestro servicio, y así de manera indirecta intervenir en la salud de las familias.

P-178

ENCUSTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS. UGC ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR.

GARCÍA Navarro, S; Bacas Perez , M; Garcia Rodriguez, D; Madrid Lopez, N; Llorente Ruiz, G y Pardo Gonzalez, C.

Centro: HOSPITAL TORRECARDENAS
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Encuesta,usuarios
Resumen Introducción :
Es importante establecer algun tipo de sistema que nos de a conocer las expectativas de los usuarios y/o cuidadores que han pasado por nuestra Unidad con el propósito de ver sus necesidades y si fuese necesario adoptar mecanismo de mejora.
Material y Metodo : Se trató de una Encuesta telefónica, que se realiza a 100 pacientes durante el año2009 y que ingresaron en nuestra Unidad.
La encuesta se realizó sobre ítems propuestos por Los Servicios Centrales del Sistema Andaluz de Salud. La encuesta es anónima y constaba de 25 preguntas, las cuales englobaban cuatro bloques, según el indicador a evaluar : Bloque 1 : Hay 14 preguntas que hacían relación a la satisfacción global de los servicios recibidos por el personal, al trato percibido por parte de los profesionales Bloque 2 : Hay 7 preguntas y Evaluaba la información recibida. Bloque 3 : Se compone de una pregunta y se pretende evaluar el Respecto a la intimidad. Bloque 4 : Se compone de una pregunta, y aquí se quiere evaluar la satisfacción global.
CONCLUSIONES y Resultados : Mas del 80% ha destacado la "respuesta de "Siempre", en los ítems establecidos. Cabe destacar que un alto porcentaje (93%) de Pacientes recomendaria nuestra Unidad a otras personas.

P-179

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y LEGIBILIDAD DE PÁGINAS WEB DE LOS HOSPITALES DE LA RED SANITARIA PÚBLICA DE ANDALUCÍA

DE LA TORRE BARBERO, MJ; RUIZ GARCÍA, A*; LEON MARQUEZ, M; TOLEDANO REDONDO, S; ESTEPA LUNA, MJ y MANZANARES GAVILAN, M.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

Palabras clave: Web, accesibilidad, legibilidad
Resumen
Objetivos: Evaluar la accesibilidad y legibilidad del contenido de las páginas web de los hospitales del la SAS.
Material y método: Estudio descriptivo del cumplimiento de criterios de accesibilidad y legibilidad de las páginas web de los hospitales andaluces seleccionados del directorio de hospitales del SAS.
La accesibilidad.se evaluará mediante la herramienta informática TAW (test de accesibilidad Web). TAW es la herramienta de evaluación automática de accesibilidad de habla hispana más importante. El TAW se basa en las Pautas de accesibilidad al Contenido Web 1.0 WCAG del W3C. El nivel de accesibilidad se clasifica como: A, AA o AAA. El criterio para considerar que una página es TAW-válida es cumplir todos los puntos de verificación automáticos de prioridad 1. El TAW funciona introduciendo la URL del sitio Web generándose un informe HTML con el resultado.
El grado de comprensión de la información se medirá mediante la legibilidad, a partir del índice de Huertas. La legibilidad es el conjunto de características tipográficas y lingüísticas del texto escrito que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad. Para la medición del índice de Huertas se utilizará la herramienta Tx Readability.. Las calificaciones del Índice de Huertas varían entre 0 y 100, con 0 como lo más difícil de leer y 100 como lo menos difícil. Una calificación menor de 30 se considera muy difícil y de 70 se considera apropiada para lectores adultos.
RESULTADOS. Se han evaluado 45 hospitales. Presentan un nivel A de accesibilidad el 30,4% (14), un nivel de AA el 15,2% (7) y el 26,1% (12) no cumplen criterios de accesibilidad. La legibilidad presenta una media de 66,5+, 13,7, con un mínimo de 37,1 y un máximo de 92,8.
El 28,3% (13) de los hospitales no tienen página web.
Discusión La Comisión Europea aprobó en 2001 una resolución sobre medidas para que los sitios Web públicos sean accesibles. En España, la ley 34/2002 de 11 de julio, establece que la Administración Pública asegurará que la información disponible en sus sitios Web sea accesible a personas con discapacidad y mayores de 65 años, a partir de 2005. La información que obtienen los usuarios a través de internet, tiene impacto tanto en la forma de cuidarse, como en la atención y cuidados proporcionados a otras personas por tanto, es de vital importancia evaluar la calidad. accesibilidad y legibilidad de la información destinada a los pacientes.
CONCLUSIONES Los resultados del proyecto podrán influir en la mejora del diseño de las páginas web de los hospitales**.**

P-180

CRITERIOS DE CALIDAD DE LAS PÁGINAS WEB DE LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DE ANDALUCÍA

DE LA TORRE BARBERO, MJ; SÁNCHEZ LAGUNA, F; RUIZ GARCÍA, A*; ESTEPA LUNA, MJ; MANZANARES GAVILÁN, M y MUÑOZ GOMÁRIZ, E.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: calidad web, sellos de calidad, Resumen
Objetivos: Evaluar la adecuación a diferentes medidas de calidad: popularidad por enlaces, indexación por popularidad de Google y presencia de sellos de calidad de las páginas web de los hospitales del la SAS.
Material y método: Estudio descriptivo del cumplimiento de criterios de calidad de las páginas web de los hospitales andaluces seleccionados del directorio de hospitales del SAS.
Se evaluará la recomendación por pares según popularidad por enlaces, reportado por el buscador Google, utilizando como estrategia de búsqueda: "link: URL" y el page rank de

Google utilizando su funcionalidad. La popularidad Web o Link Popularity se define como la cantidad de enlaces externos de calidad que apuntan a nuestra Web de forma eficiente. Google no sólo prioriza el Pagerank de aquellos que nos linkean, sino la relevancia temática del enlace, y este factor es cada vez más importante..Se analizará la presencia de sellos de calidad (Hon Code, WMA, W3C , WMC, otros).
Resultados. Se han evaluado 45 hospitales. La media de puntuación del page Rank de los hospitales andaluces es de 2,6 + 1,7, con un mínimo de 0 y un máximo de 5. La media de puntuación de la popularidad por enlaces de los hospitales andaluces es de 7,5+ 9,4, con un mínimo de 0 y un máximo de 37.
En cuanto a la presencia de sellos de calidad 1 (2,2) presentaba el sello de HONcode, 4, (6,1%), 28 (60,9%) no disponían de ningún sello de calidad y 14 (30,4%) no disponen de páginas web.
Discusión La medida de la calidad de las páginas web en los últimos años ha estado basada, en parte, por la elaboración de códigos de ética y de conducta, que en muchas ocasiones se acompañan de la incorporación de sellos o de marcas de confianza en las webs, que certifican la validez de la información y la de sus responsables. Los sellos de confianza son una de las propuestas de mejora de la calidad de las páginas web y su presencia se muestra útil como indicador de calidad. La información que obtienen los usuarios a través de internet, tiene impacto tanto en la forma de cuidarse, como en la atención y cuidados proporcionados a otras personas por tanto, conocer la popularidad de un sitio web puede ser una información relevante para el usuario y ayudará a seleccionar sitios a los que realmente se desea acceder y la información que se buscar.
CONCLUSIONES
Internet es actualmente una de las fuentes de Información más importante sobre temas de salud. La calidad de las páginas web de los hospitales andaluces es altamente variable.

P-181

DIMENSIONES A ANALIZAR SOBRE LA REPUTACIÓN SOCIAL DE UN HOSPITAL

Mira Solves, JJ; Navarro Soler, IM; Guilabert Mora, M; Aranaz Andrés, JM; Pérez Jover, MV y Peralta Ortega, A.

Centro: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: calidad corporativa reputación imagen social hospitales
Resumen
Objetivo. Delimitar dimensiones sobre las que existe mayor consenso y que permiten definir indicadores relevantes para generar un índice de reputación corporativa de los hospitales españoles.
Material y Método. Estudio cualitativo en 2 fases:
1. Análisis sistemático de la documentación científica específicamente de artículos sobre calidad corporativa, reputación e imagen social de los Hospitales. Esta fase ha permitido delimitar el alcance teórico del índice de reputación, sus dimensiones y elementos relevantes, y ha sido la fuente de información para establecer el guión de trabajo para conducir las técnicas cualitativas.
2. Se han conducido 3 sesiones de consenso de trabajo con grupos de profesionales (directivos hospitalarios y clínicos) y de no profesionales, que han delimitado e identificado dimensiones (y sus elementos) que permiten definir indicadores relevantes para generar un índice de reputación corporativa en el contexto hospitalario.
RESULTADOS. En los grupos de trabajo han participado 33 directivos de instituciones sanitarias, 14 profesionales clínicos y 32 no profesionales. A partir del análisis sistemático de la documentación científica se propuso analizar las siguientes dimensiones sobre Reputación Social en un Hospital: calidad de la asistencia que presta, gestión y liderazgo, credibilidad, confianza, comportamiento ético, estilo de conducta, responsabilidad social, innovación e

investigación biomédica. En las sesiones grupales, los participantes consensuaron los contenidos relevantes del índice en cuanto a sus dimensiones y priorizaron los elementos de cada dimensión: calidad de la asistencia (grado de acuerdo de 4,27 (D.T=1,26); 4,71 (D.T=0,47); 4,38 (D.T=0,94) en directivos, profesionales clínicos y no profesionales respectivamente), comportamiento ético (4,03 (D.T=0,92); 4,43 (D.T=0,65) y 3,22 (D.T=1,48)), credibilidad/confianza en el hospital (4,00 (D.T=1,20); 4,14 (D.T=0,66); 3,63 (D.T=1,43)) e innovación/ investigación biomédica (3,91 (D.T=1,28); 3,93 (D.T=1,14) y 4,06 (D.T=1,11)).
CONCLUSIONES La calidad asistencial, comportamiento ético, el estilo de conducta junto con la innovación e investigación médica constituyen las dimensiones sobre las que existe mayor consenso entre los participantes para conformar un índice de reputación corporativa en el contexto hospitalario.

P-182

CLUB DE LECTURA PARA PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

GARCÍA CARDENAS, AI; TERUEL AMOROS, ML y DELPINO YPINO, MD.

Centro: hospital torrecrdenas
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: INNOVACION RELACION CIUDADANIA
Resumen
La UGC de Necrología del Torrecárdenas ha puesto en marcha un Club de Lectura para pacientes en programa de Hemodiálisis. Esta formado por unos 15 pacientes y 3 coordinadoras, nos reunimos mensualmente en un aula cedida por la Biblioteca Villaespesa para comentar un mismo libro, leido en casa o en la sala de diálisis durante su tratamiento. En las reuniones, compartiremos opiniones y debatiremos los distintos aspectos del texto: los personajes, su significado, el estilo literario. El papel de las coordinadoras que moderará las reuniones (una enfermera, una auxiliar de enfermería y yo nefróloga), será recoger y transmitir el contenido del libro, apoyar y estimular la intervención de los participantes y organizar actividades complementarias como encuentros con otros clubes, con el autor del libro Reúne tres alicientes: la lectura personal e íntima, la posibilidad de compartir esa lectura con otras personas como ellos con las que conviven muchas horas en el hospital y la opción de que esos encuentros sean fuera del ambiente hospitalario. Problema a resolver: LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LA HEMODIALISIS SON UNA PESADA CARGA FÍSICA Y PSICOLÓGICA. Leer como escribir, es una experiencia curativa. Si la salud es ese estado de completo bienestar físico, mental y social que pregona la OMS, creemos que la lectura es sin duda una de las posibles vías para recobrarlo y fomentarlo. Los libros nos pueden ayudar a sentirnos mejor con nosotros mismos y con el mundo. Si los placebos tienen efectos terapéuticos, ¿cómo no lo van a tener las palabras bellas y bien organizadas, que se dirigen como láser curativo al cerebro del lector?. Creemos que mientras nuestros pacientes leen, se olvidan de que están o tienen que ir a la sala de diálisis, su sistema inmune sale fortalecido. Dentro de las paredes de una sala de diálisis un minuto no dura 60 segundos. Los libros hacen que el tiempo pase más rápido y, además le ayudan a evadirse durante unas horas de este lugar. Para qué? Para relacionarse fuera del ambiente hospitalario, para tener la oportunidad de hablar de algún tema que les interesa y que alguien les escuche con interés, para que abramos la mente a esos otros puntos de vista que tienen el resto de las personas que participan en el club y que nos ayudan a comprender, a aprender y a apreciar la riqueza de opiniones y de vivencias que nos pueden aporta las vidas de los demás.

P-183

COLABORACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS EN LA TOMA DE DECISIONES DE FUTUROS PROFESIONALES SANITARIOS.

GARCÍA FUENTES, MJ; CAÑADAS NÚÑEZ, F; SÁNCHEZ MIRALLES, MD; ROBLES AGUILERA, MC; ORTUÑO MORENO, MR y ANTON MOLINA, F.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Accesibilidad, Visitas-Hospitalarias, Estudiantes
Resumen Más del 35% de los adolescentes que cursan estudios de bachillerato en la rama de ciencias de la salud afirman que no tienen claro lo que van a estudiar. El 50% de los que sí lo saben reconocen que desconocen que actividades realizarán al finalizar sus estudios
OBJETIVO GENERAL: Analizar si las visitas hospitalarias regladas facilitan la toma de decisiones a los alumnos de bachillerato de la rama sanitaria
ESPECÍFICOS:
*Mostrar el número de visitas realizadas
*Mostrar los resultados obtenidos en cuanto a clarificación de ideas de los alumnos
*Mostrar los resultados obtenidos en cuanto a satisfacción de los alumnos y profesores
MATERIAL Y MÉTODO. Diseño:E. observacional descriptivo transversal
P.Diana:Estudiantes de institutos de Bachillerato rama sanitaria del área de influencia del Complejo Hospitalario Torrecárdenas
C.de Inclusión:Todos los institutos que soliciten de forma reglada visitas hospitalarias organizadas por el CHT
C.de Exclusión:Visitas hospitalarias regladas en las que sólo se visiten áreas muy específicas (a petición del instituto). Institutos que no pertenezcan al área de influencia del CHT
Técnica de Muestreo:la muestra coincide con la población diana
Periplo de estudio:Enero 2009- Junio 2010
RESULTADOS. 1.En enero de 2009 se establece un procedimiento reglado para las visitas hospitalarias
2.En 2009, 10 IES han realizado visitas hospitalarias en el CHT (280 alumnos), 12 visitas fueron rechazadas por no cumplir los criterios
3.En 2010 (hasta Junio) se han realizado 8 visitas (160 alumnos)
4.El 90% de los alumnos y el 100% de los profesores encuestados han señalado que su nivel de satisfacción ha sido muy alto con la visita hospitalaria
5.El 80% de los alumnos han calificado como de muy clarificadora la visita hospitalaria
6.El 30% ha respondido que tras la visita hospitalaria tienen claro la carrera o ciclo que intentarán realizar
7.El 60% manifestó que la visita ha reforzado su decisión en alta o muy alta medida
CONCLUSIÓN. Las visitas hospitalarias son cada vez más demandadas por los institutos como elemento clarificador a la hora de que los alumnos decidan su futuro. Los resultados demuestran que la satisfacción con las visitas es muy alta
Las visitas son un elemento más de refuerzo que de elección en la toma de decisiones de los alumnos.
Discusión. La Unidad Integral de Formación, haciéndose eco de la necesidad demandada por los institutos lleva a cabo una política de accesibilidad que mejora y/o aclara la toma de decisiones de los futuros profesionales sanitarios

P-184

PLANES DE MEJORA TRAS EL ANÁLISIS DE RECLAMACIONES Y SATISFACCIÓN DE LA CIUDADANÍA.

GÓMEZ MARQUEZ, MJ; MORENO SANJUAN, D; VIEITEZ FERNÁNDEZ, V; BUJALANCE HOYOS, J; TRIGO JIMENEZ, A y MEDINA JIMENEZ, J.

Centro: H. R. U. Carlos Haya de Málaga
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: reclamaciones, satisfacción y participación
Resumen
OBJETIVOS. • Analizar los resultados de las encuestas de satisfacción al alta hospitalaria y reclamaciones del 2009.
• Implementar planes de mejora concretos para los indicadores más bajos de la encuesta de satisfacción y para los tres motivos más frecuentes de las reclamaciones.
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo

en el Hospital Carlos Haya de Málaga. Para conocer el grado de satisfacción se utilizó la encuesta autocumplimentada tras el alta hospitalaria (13 preguntas cerradas / 2009, Encuesta SAS). Se seleccionaron los indicadores más bajos, así como los que estaban por debajo de la media al compararlos con los hospitales del grupo I de Andalucía. Para conocer los motivos más frecuentes de las reclamaciones se utilizó una aplicación propia.
Se establecieron planes de mejora, consensuados con las subdirecciones del hospital, y con la comisión de partición ciudadana. Estos planes se estan desarrollando en 2010 y se evaluarán en 2011 con los mismos indicadores.
Resultados: Encuestas de satisfacción: Encuestas contestadas por pabellones / Tasa de respuesta en relación al número de altas: • H. General: (3437; 20,2%), H. Civil: (1775 / 41,1%); H. Materno-Infantil: (2691/15,1%).
Resultados de indicadores más bajos de la encuesta: comida (64,8%), comodidad de las habitaciones (64,7%), régimen de visitas (80,5%), identificación de los profesionales (79,7%) y trato incorrecto (86,8%). Se establecen planes de mejora para cada uno de los indicadores.
Reclamaciones: Total 2017. Motivos más frecuentes: demora en la atención urgente (220), demora cita especialista (164) y trato incorrecto (148). Se establecen planes de mejora para cada uno de los motivos.
DISCUSIÓN: La mayor insatisfacción de la ciudadanía está relacionada con servicios generales o infraestructuras (comida, confort, visitas) y no propiamente con la atención sanitaria. Los motivos más frecuentes de reclamaciones tienen que ver con medidas organizativas del hospital: demora en la urgencia y en la cita del especialista.
Todos los planes de mejora se han implantado salvo el del régimen de visitas que está en desarrollo.
CONCLUSIONES: Es muy importante escuchar directamente a los ciudadanos acerca de lo que opinan sobre la asistencia sanitaria que reciben. En Andalucía, se ha incorporado los resultados de las encuestas como herramientas para conocer las demandas, así como para introducir planes de mejoras concretos y monitorizar los resultados, año tras año.

P-185

DETECCION DEL MAALTRATO INFANTIL EN EL C.H. TORRECARDENAS.EVOLUCION DE RESULTADOS.

SEGURA RECHE, SR; COMPAN GONZALEZ, CG; MARTIN GONZALEZ, MG; SARDINERO CORDOBA, SC; BONILLO PERALES, BP y MARTÍNEZ HERNADEZ, MH.

Centro: Hospital Torrecardenas
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: MALTRATO INFANTIL DETECCION PROTOCOLO
Resumen
INTRODUCCION: La Comisión de Atención al Niño Hospitalizado del C.H. Torrecardenas diseñó en 2007 el Protocolo de actuación ante el Maltrato Infantil. Tras tres años de funcionamiento evaluamos su incidencia en el nivel de detección y tipología.
Objetivos:
• Medir la evolución de la detección de casos de maltrato desde la puesta en marcha del Protocolo.
• Análisis del origen y tipología del maltrato durante el año 2009.
MATERIAL Y MÉTODO: Hoja de Detección y Notificación del maltrato (Decreto 3/2004 de 7 de Enero)
Informe social de derivación
Informe médico
Protocolo de actuación.
METODO
Análisis de las hojas de notificación e informes y registro y tabulación de las tipologías por grado, causa y origen del maltrato.
Resultados: Desde la aplicación del procedimiento de actuación en el CHT aumenta la detección casos de maltrato en el Hospital en un 87 %. Durante el último año aumentan significativamente los casos de maltrato grave y leve. Se

identifica el tipo de maltrato con mayor incidencia: Maltrato físico 31% seguido del negligencia u omisión de cuidados 26%, Maltrato prenatal 20% , Abuso sexual 20% y Maltrato psicológico 3%. .El Maltrato es originado por los padres en un 77% de los casos, por la familia extensa en un 8.5%, por conocidos en un 5.7% y por desconocidos en 8.5%. DISCURSION: La sospecha de malos tratos a menores provoca gran estrés en los profesionales al no ser fácil de identificar con seguridad estas situaciones .Con la hoja de notificación se puede trabajar de forma preventiva en situaciones de riesgo sin que el profesional se sienta comprometido y con la implicación de los servicios sociales.
CONCLUSIONES: Se comprueba que la realización del protocolo y su puesta en funcionamiento han supuesto una mejora importante en la atención a menores con esta patología socio-sanitaria. La detección ha aumentado significativamente, los profesionales trabajan con más seguridad y se obtiene información que permite trabajar de forma preventiva. Palabras claves: MALTRATO INFATIL, DETECCION, PROTOCOLO.
PRESENTACIÓN: Póster

P-186

SATISFACCION CON LAS URGENCIAS A DOMICILIO

SÁNCHEZ BASALLOTE, JE; SENISE BARRIO, FJ; RODRÍGUEZ SOLANO, MR; FERNÁNDEZ GARCÍA, PJ; GÓMEZ PARRA, F y RAMOS LEIVA, JB.

Centro: DISTRITO APS SIERRA DE CADIZ
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: SATISFACCION URGENCIAS DOMICILIO ENCUESTA
Resumen
Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios que fueron atendidos en urgencias a domicilio.
Material y método: Estudio descriptivo transversal. La población objeto de estudio han sido los usuarios que solicitaron una asistencia sanitaria urgente a domicilio y que fueron atendidos por el Dispositivo de Cuidados Críticos y de Urgencias (DCCU) de Villamartín. Se realizó una encuesta telefónica (al paciente o testigo directo de la asistencia) de aquellos pacientes mayores de edad atendidos a domicilio entre el 01 de marzo al 30 de abril de 2010 (50 encuestas de 66 pacientes atendidos). El estudio se realizó entre el 17 y 21 de mayo de 2010.
Resultados: De 66 asistencias responden a la encuesta 50 personas (75,8%). Los motivos de no respuesta fueron: no contestaba el teléfono tras tres intentos (12), teléfono erróneo (3) y paciente fallecido (1). El 78% de los encuestados fueron testigos directos y el resto los propios pacientes. El 90% considera que pasó poco tiempo esperando la llegada del médico. La media de estimación del tiempo de espera fue de 8,44 minutos (Rango: 3-20). Al 76% la calidad de la asistencia le pareció buena y al 22% muy buena. Al 82% la duración de la consulta le pareció adecuada y al 16% muy adecuada. El trato recibido por el personal sanitario le pareció bien al 74% y muy bien al 24%. Las explicaciones dadas sobre su problema de salud las consideraron suficientes el 90% y muy completas el 4%. Los motivos mas frecuentes por los que se solicitaron asistencia a domicilio fueron: disnea (16%), ACVA (12%), vértigos (12%), dolor torácico (10%) y caída (10%). El 78% estaban satisfechos con el servicio recibido y el 20% muy satisfechos. El 90% de las asistencias fueron a usuarios pensionistas y la edad media de los asistidos fue de 74,5 años (Rango:32-101). El 16% de los encuestados señalaron como observaciones el estar muy agradecidos por la asistencia recibida.
CONCLUSIONES: Todos los encuestados están satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido. El tiempo de espera, la calidad de la asistencia recibida, la duración de la consulta, el trato del personal y las explicaciones ofrecidas han sido muy bien valoradas. Es necesario ampliar este estudio a otros DCCU del Distrito.

P-187

IMPLANTACIÓN DE LA COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA (CPC) EN EL HOSPITAL CARLOS HAYA. (HRU)

RODRÍGUEZ NIETO, RN; VIEITEZ FERNÁNDEZ, VF; MORENO SANJUAN, MS; BUJALANCE HOYOS, BH; CORRALES GUERREO, CG y GÓMEZ MARQUEZ, GM.

Centro: carlos haya
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: Participación ciudadana,
Resumen OBJETIVO
Implantación de una comisión en la que los ciudadanos, representados mediante sus asociaciones de pacientes y de consumidores, colaboren en la organización y gestión del HRUy que vehiculice y garantice las acciones participativas de la ciudadanía
METODOLOGÍA. Abril de 2009 se creó la estructura primaria de la CPC
Noviembre 2009 se realiza una jornada en la que se invitan a las 17 asociaciones de pacientes más representativas de Málaga, junto con las 3 asociaciones-federaciones de consumidores y 17 profesionales del HRU
Se decidió para la funcionalidad de la comisión, crear 5 subcomisiones operativas que agilizasen el trabajo y facilitaran la participación según grupos relacionados con cada proyecto. Se configuró una subcomisión permanente junto con 4 subcomisiones operativas: Calidad percibida, Actos lúdicos, Acción solidaria y Evaluación continua
Junio 2010: Último encuentro donde se constataron resultados satisfactorios y se hizo patente que la Comisión tiene un impacto positivo, tal así que se han sumado 2 asociaciones más.
RESULTADOS. Con prácticamente un año de rodaje completo, la comisión se ha reunido 3 veces al completo y 9 veces en subcomisiones
Se han finalizado los siguientes proyectos:
•Aprobación de la nueva Guía de usuarios
•Planes de mejora en base a las reclamaciones y encuestas de satisfacción
•Manual de formación del voluntariado en pediatría
•Identificación de los voluntarios
•Buzón de voz en la página web
•Visitas del hrupor centros educativos
•Excursiones de pediatría al zoo, partidos de baloncesto y demás eventos lúdicos
•Reparto solidario de material ortoprotésico
•Elaboración de un plan de acogida en distintos servicios
•Homenaje a los donantes de órganos
En la actualidad se están abordando:
•Adecuación de un nuevo régimen de visitas
•La Humanización cultural durante el Ramadán
•Actualización del censo de voluntarios
CONCLUSIONES. La participación permite descubrir lo que debemos hacer a través del conocimiento científico-técnico, del diálogo, la comunicación efectiva, la voluntad, el análisis de las expectativas, la mejora continua y la proposición de medidas de cooperación y resolución
Esta comisión ha identificado las líneas estratégicas, planes de acción, cronogramas de implementación, así como los indicadores de evaluación de los mismos mediante la participación activa de los ciudadanos, manteniendo así una estructura real, en la que el ciudadano es el eje del sistema, y el hospital una institución a su servicio

P-188

MEJORAS EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

rodriguez nieto, rn; vieitez fernandez, vf; moreno sanjuan, ms; bujalance hoyos, bj; ruano guerrero, rg y gomez marquez, gm.

Centro: carlos haya
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: gestión, consultas, actividad, pacientes
Resumen
OBJETIVOS. Establecer un marco normativo, que garantice una gestión homogénea de la actividad de consultas

externas y pruebas complementarias en Atención Especializada en el H RU Carlos Haya de Málaga.
MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo. En 2009 se realizaron grupos focales con profesionales para identificar problemas, analizar las causas, proponer líneas de actuación y desarrollar planes de acción y un conjunto de actividades para mejorar la organización del área de consultas externas.
Resultados: • 10 Problemas identificados. Destacamos: alto número de desprogramaciones y de sucesivos errores en el suministro de HªCª e incumplimientos de la hora de cita asignada.
• Planes de acción: 1) coordinación y cooperación con Atención Primaria 2) potenciar atención sanitaria de alta resolución 3) Plan de reordenación de gestión del archivo 4) desarrollo de la historia clínica electrónica 5) reorientación de la gestión de pacientes.
• Desarrollo del plan de acción 5: a) se realiza un protocolo de planificación de agendas firmado por la dirección, comunicado y pactado con los servicios clínicos; b) se realiza un análisis de las diferentes agendas por servicios buscando situaciones de inadecuación: accesibilidad, desequilibrio entre primeras y sucesivas, criterios de citación no horaria y horarios de funcionamiento no realistas; c) se implanta cita-web en las consultas: más autonomía, mejora en la captura de la actividad y facilita la accesibilidad.
DISCUSIÓN: Todos estos planes de acción se están implementando durante este año y 2011. Se han elaborado indicadores de medición de los mismos, y muchos están identificados en el cuadro de mandos integral del hospital.
La implantación ha mejorado sustancialmente la recogida de actividad, la disminución del número de desprogramaciones, la mayor implicación de los servicios y mejoras en la accesibilidad de los ciudadanos.
CONCLUSIONES: La gestión de citas de consulta está alcanzando un mayor protagonismo, dada la necesidad e idoneidad de atender determinados procesos clínicos de forma ambulatoria. Esencial contar con unas normas específicas para la gestión de esta importante actividad asistencial, por lo que se ha desarrollado un manual para la gestión del área de consultas que se ha firmado por la dirección médica, de enfermería y de innovación del centro sanitario como resumen de todo el plan de reorientación de pacientes.

P-189

RED SOCIAL PARA PROFESIONALES:LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2.0

OLVERA CALDERÓN, J; MACHUCA TORTAJADA, J; VISUERTE SÁNCHEZ, JM; PEREIRO HERNANDEZ, R; LOPEZ SÁNCHEZ, A y VELA CERERO, CJ.

Centro: UGC EL LUGAR DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CADIZ-LA JANDA
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave: SALUD2.0 WEB2.0 RED SOCIAL
Resumen La Salud 2.0 es un nuevo concepto que define una visión integral e innovadora del modelo de sanidad. Requiere la creación de nuevos Sistemas de Información diseñados para interactuar de forma ágil, sencilla y pensada para ser usados por profesionales y ciudadanos/as.
OBJETIVO: Formación, sensibilización, dinamización y acompañamiento en la inmersión a la web 2.0 de los profesionales de Atención Primaria (AP), con el objeto de contribuir a una transformación del sistema. Propuesta de creación de una red social para profesionales de AP.
Material y método: Diseño de una Red Social destinada a profesionales de AP mediante el uso de herramientas de la Web 2.0. La Red abordaría los diferentes campos o áreas de AP, donde l@s profesionales tendrían la oportunidad de compartir sus experiencias, conocimientos, dudas, puntos de vista... con el resto de profesionales de la red. La red contaría con un campo destinado a la participación de la ciudadanía.
Resultados: Sensibilización, formación,

implicación de los/as profesionales en el uso de herramientas Web 2.0. Impacto en la mejora de la asistencia sanitaria y calidad asistencial. Herramienta de impulso al desarrollo profesional y mejora continua.Los resultados e impacto del proyecto se evaluaría y daría a conocer al año de su puesta en marcha.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: No se puede olvidar la gran importancia que ha adquirido la web 2.0 en los últimos años , y como ésta se ha reflejado en el entorno sociosanitario. Además, un buen uso de las redes sociales permite a los/as profesionales de la salud y a los/as pacientes mantenerse en contacto, mejorando el flujo de información (ya sea de paciente a paciente, de profesional a profesional o entre ellos). El desconocimiento de los beneficios del 2.0 y de sus utilidades son dos puntos importantes a trabajar. Así pues, adaptarse al concepto de salud 2.0 y exprimir al máximo todas las posibilidades que proporcionan las nuevas herramientas de las que disponemos supone para los profesionales de la salud un reto en la actualidad. La situación urgente de insostenibilidad está generando grupos de profesionales, gestores, usuari@s del sistema sanitario, pacientes, personas cuidadoras...con actitud 2.0, que están proponiendo cambios en el sistema, cambios viables, adoptando posturas participativas como parte componente del sistema, donde el feed-back está presente en todas direcciones, enriqueciéndose el diálogo y la creación de propuestas de mejora para nuestro

P-190

COMUNICACIÓN, SALUD Y REDES SOCIALES

León Vergara, MR; Delgado Ramos, RM y Vázquez Vázquez, M.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Área: LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES
Palabras clave:

Resumen
Objetivos: Ofrecer a la ciudadanía información sobre salud fiable y rigurosa y obtener un canal de comunicación entre profesionales y ciudadanos sobre cuestiones sanitarias es un objetivo de la comunicación sobre salud.
Material y método: Internet supuso, desde su aparición, un importante espacio de difusión de contenidos sobre cuestiones de salud, algo que hasta ese momento quedaba restringido a publicaciones y medios de comunicación dirigidos a profesionales sanitarios. Según unos datos publicados por el Observatorio de Comunicación y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona, 8 de cada 10 internautas españoles acuden a la red para buscar información sobre salud, si bien el 43% desconfía de esta información, en gran parte por la desconfianza de la propia fuente informativa.
Este riesgo también se corre con la aparición de las redes sociales, pero su potencial para llegar a un gran número de usuarios y la posibilidad del feed-back son importantes elementos para consolidar a las redes como herramientas valiosas en la información sobre salud, convirtiéndose en potentes canales de comunicación.
Resultados: De la información básica sobre salud que aparece en numerosas páginas web de instituciones, asociaciones profesionales y de pacientes, sociedades científicas o centros sanitarios, estamos pasando a la creación de perfiles y páginas en las redes sociales de organizaciones y colectivos profesionales y científicos que ofrecen información sobre salud de una manera constante y actualizada, dando un servicio que responde a las demandas del usuario actual.
Discusión: Las páginas personales de profesionales sanitarios en redes como twiter o facebook permiten interactuar con los ciudadanos en un canal de comunicación que, superadas las reticencias iniciales, empieza a convertirse en una importante herramienta de información
CONCLUSIONES: Un ejemplo es la página que recientemente ha publicado

en facebook el Observatorio para la Seguridad del Paciente, dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. A través de ella se pretende que los usuarios de la red social conozcan los contenidos sobre seguridad y calidad sanitaria que difunde, pero, además, que ellos sean los principales transmisores de la información a través de sus propios contactos, traspasando las fronteras de su ámbito de actuación administrativo. Sus casi 700 seguidores de diferentes países en sus pocos meses de vida demuestran que la web 2.0 es en la actualidad un instrumento fundamental en la información sobre salud.

ÍNDICE DE AUTORES

ACEITUNO VELASCO, L	P-101	P-97				
ACOSTA FERRER, M	P-126					
ACOSTA ROBLES, P	C-10	C-30	C-100	P-104	P-110	P-164
	P-176					
AGUADO JODAR, AA	P-9					
AGUILAR PEREZ, MM	P-27					
AGUILAR PLAZA, MD	P-68	P-72	P-94	P-98		
AGUILERA AGUILERA, A	C-81					
AGUILERA MANRIQUE, F	P-101					
AGUILERA MANRIQUE, G	P-101					
AGUILERA ORTIZ, A	C-28					
ALBA RESINA, A	P-61					
ALBARRACÍN JIMENEZ, P	P-175					
ALBERO SERRANO, P	C-13	P-6	P-174			
ALBERT CANDEL, L	C-102					
ALCALA AGUILERA, B	C-75					
ALCANTARA CAMPOS, P	C-43	C-49	P-50	P-127		
ALCARAZ BLANES, M	P-63					
ALFEREZ GARCIA, I.	C-69	C-147				
ALGUACIL HERRERO, MD	C-73	C-151				
ALMUEDO PAZ, A	C-84	C-85	C-87	P-85	P-89	
ALMUEDO PAZ, AM	C-83					
ALONSO BENZAL , M.	P-157					
ALONSO HUMADA, MS	P-5					
ALONSO MARTINEZ, A	P-123					
ALONSO REDONDO, E	C-144	C-145				
ALONSO REDONDO, EA	C-137	P-144				
ALPAÑEZ PARDO, M	P-64					
ÁLVAREZ GONZÁLEZ, FJ	C-17					
ALVAREZ JURADO, J	P-157					
ALVAREZ MARTÍNEZ, F	C-153					
ALVAREZ MUÑOZ, G	P-106					
ÁLVAREZ RUEDA, JM	C-15					
ALVAREZ-OSSORIO PIÑERO, JA		C-72				
ANDRES CARRETERO, MA	C-38	C-123				
ANGUITA MONTES, MF	P-71	P-162				
ANGULO PAÍN, E	P-141					
ANTON MOLINA, F	C-41	C-169	P-59	P-73	P-88	P-147
	P-149	P-183				
APARICIO RAMOS, R	P-103					

ARANAZ ANDRÉS, JM	P-181	
ARANDA HARO, M	C-28	C-164
ARANDA NARVAEZ, JM	P-143	
ARBOLEDAS BELLÓN, J	C-156	C-159
ARCOS GENEROSO, J	P-192	
ARJONA GOMEZ, MN	P-146	
ARJONA SIMON, P	P-56	P-145
ARNEDILLO MUÑOZ, A	C-70	
ARQUELLADAS RUÍZ, C	P-121	
ARQUEROS AMAT, TE	P-57	
ARQUEROS GUTIERREZ, C	P-138	
ARRABAL MARTÍN, M	C-19	
ARRABAL POLO, MA	C-19	
ARRIETA LASCANO, R	P-56	P-145
ARTEAGOITIA GONZALEZ, ML		C-71
ARTERO LOPEZ, C	C-3	C-98
ASENSIO PÉREZ, MR	C-175	
ASENSIO TORRES, MT	C-47	
AVILA RODRIGUEZ, IM	C-152	
AVIVAR OYONARTE, AO	P-13	
AVIVAR OYONARTE, C	C-37	P-20
AYALA , A	C-52	
AZOR MARTINEZ, E	C-59	
BACA RODRIGUEZ, J	P-80	
BACAS PEREZ , M	P-178	
BAEZ CABEZA, AM	C-52	
BALLESTEROS GARCIA, L	C-140	
BALLESTEROS GARCÍA, L	C-146	C-148
BAÑOS ROLDÁN, U	C-131	
BARAZAS SEVILLA, F	C-34	
BARBERA GARCIA, CA	C-79	C-86
BARRAGAN RUBIA, JL	P-99	
BARRENECHEA SALMERON, ML		C-96
BARRERA PUIGDOLLERS, MT	P-130	
BARRERO ALMODOVAR, A	C-108	C-122
BARRIENTOS MORAN, C	P-103	
BARROSO GUTIÉRREZ, C	C-131	
BARTHA DE LAS PEÑAS, I	C-70	
BASCON ORTEGA, I	P-106	
BATLLES GARRIDO, J	C-60	
BAYO LOZANO, E	P-4	P-17
BAYONA GARCIA, M	C-136	
BEARDO VILLAR, P	C-77	

BEETAR CASTRO, P	P-81			
BELDA RUSTARAZO, S	C-104	P-18	P-121	
BELLIDO TORÉ, MA	P-47			
BELLIDO VALLEJO, JC	C-99	C-156	P-2	
BENDEZÚ GARCÍA, RA	P-62	P-71		
BENDICHO LÓPEZ, MJ	C-109			
BENITEZ EGEA, I	P-77			
BENITEZ JARO, E	P-153			
BENITEZ MARTINEZ, R	C-18			
BENITEZ RUIZ, L	C-109			
BERNAL MÁRQUEZ, M	P-45	P-142		
BIEDMA ÁLVAREZ, D	C-70			
BLANCA CASTILLO, J	P-125			
BLANCO PIÑERO, N	C-175			
BOLET GALINDO, PE	C-7			
BONILLO NIETO, S	C-171			
BONILLO PERALES, A	C-59	C-60	C-67	
BONILLO PERALES, BP	P-185			
BRACERO ALMAGRO, A	P-125			
BREA RIVERO, P	C-87	P-85	P-87	P-89
BUENO ORTIZ, S	P-3	P-111		
BUITRAGO LÓPEZ, G	C-105			
BUIZA CAMACHO, B	C-44	C-45	C-56	
BUJALANCE HOYOS, BH	P-187			
BUJALANCE HOYOS, J	P-51	P-184	P-188	
BULO CONCELLÓ, R	C-4	P-78		
BÚRDALO TREVEJO, F	P-83			
BUSTOS, A	C-153			
CABALLERO ARROYO, M	C-1	C-155		
CABELLO ALCALA, P	C-66	C-68	C-65	
CABELLO FERNÁNDEZ, Y	P-58			
CABELLO ROMERO, FJ	C-134			
CABEZA BARRERA, J	C-104	C-107	P-121	
CABEZA LÓPEZ, J	P-153			
CABEZAS FERNANDEZ, MT	P-110			
CABRERA GARCIA, M	C-164			
CABRERA LEON, A	C-35			
CABRERA LOPEZ, MD	C-79	C-86		
CABRERA VALIDO, H	C-93	P-102		
CÁCERES VALVERDE, AM	C-87	P-89		
CALATRAVA FERNANDEZ, F	P-69			
CALAVIA GARSABALL, L	C-111	P-82		
CALCERRADA LABRADOR, A		C-18		

CALVO MARCOS, V C-105 C-106
CAMACHO BUENOSVINOS, A C-1 C-155
CAMACHO PIZARRO, A P-4 P-92
CAMACHO RODRÍGUEZ, JM P-107 P-108
CAMACHO SANCHEZ, MN C-171
CANDELA FUSTER, MC C-96 P-172
CANTERO SÁNCHEZ, MJ C-105
CANTIZANO GARCIA, P C-73 C-151
CANTIZANO GARCIA, PC C-137 P-144
CANTO MANGANA, J C-6 C-10 C-100 P-104 P-109 P-110
P-163 P-164 P-176
CANTON PONCE, MD C-53
CAÑABATE RECHE, F C-18
CAÑADAS NÚÑEZ, F P-59 P-68 P-72 P-73 P-88 P-94
P-97 P-98 P-183
CAPARRÓS CRESPO, SC C-12
CAPARRÓS LÓPEZ, MC C-32
CAPEL BONACHERA, Y C-9
CARA MARTÍN, J C-103
CARDENAS RODRIGUEZ, JA C-31 C-46 C-47
CARDENAS RODRIGUEZ, JO C-89
CARMONA ACOSTA, J P-35 P-36
CARMONA HORMIGO, M P-87
CARMONA SAMPER, E P-53 P-54 P-59 P-65 P-97 P-101
CARNERO RUIZ, MC P-146
CARO ROMERO, JU P-74
CARRASCO GARCIA, O C-14
CARRASCO NAVARRO, A. P-155 P-156
CARRASCO PERÉZ, MA C-12
CARRASCOSA CORRAL, RR C-101 P-113 P-114
CARRASCOSA GARCÍA, MI C-101 P-21 P-22 P-113 P-114 P-116
P-117 P-118 P-119
CARRASCOSA SALMORAL, MP C-83 P-85 C-87 P-89
CARREÑO, R P-71
CARRERAS ALVAREZ, A C-52
CARRETERO ANIBARRO, E P-106
CARRION GARCÍA, SM C-170
CARVAJAL MARTINEZ, R P-174 P-175
CASADO MARTÍN, MM P-62
CASADO MUÑIZ, MA C-80
CASADO MUÑIZ, MC C-114
CASADO NÁJERA, C P-95
CASADO, F C-148

CASAL SÁNCHEZ, MM P-166 P-167
CASAS PAREDES, SC C-72
CASTAÑEDA PALMA, MA C-175
CASTILLA ALVAREZ, MC P-158
CASTILLA MORO, L C-96
CASTILLO BONILLA, JD C-55
CASTILLO CASTILLO, R C-53
CASTILLO GALDEANO, EL C-7
CASTILLO LORENTE, JI C-3 C-98
CASTILLO MARTINEZ, MD C-21 C-115
CASTRO DORANTES, MJ C-77
CASTRO ORTEGA, JM C-148
CASTRO RAMÍREZ, I P-141
CASTRO RUIZ, MJ C-50
CASTRO TORRES, A C-73 C-151
CASTRO VIDA, MA P-163
CASTRO VIDA, MA P-110
CEBALLOS POZO, M C-83 C-87
CERDÁN ZORRILLA, J C-159
CERVANTES DOMINGUEZ, J P-32
CHACON MONSERRAT, I C-171
CHAPAPRIA MUÑOZ, MI P-57
CHECA RUIZ, MA C-115
CID RUIZ, MI C-9
CIFUENTES CABELLO, S. C-138 P-165
COBOS CARRASCOSA, E C-59
COBOS FERNANDEZ, P C-13 C-160 P-174
COBOS ORTEGA, A. C-48
COLLADO MARTIN, AL P-57
COLLADO ROMACHO, AR P-120
COLÓN PALLARÉS, C C-108
COMPAN GONZALEZ, CG P-185
COMPANY MORALES, I C-103
COMPANY MORALES, M P-60
CONTRERAS CASTELLANO, FF C-53
CONTRERAS GONZÁLEZ, M P-94
CONTRERAS RODRÍGUEZ, AM C-5 C-103 P-123
CONTRERAS SANCHEZ, AJ C-35
CORDOBA ESCÁMEZ, J P-157
CORDOBA GARRIDO, L C-29 C-61 C-66
CORPAS MOYANO , MD C-24 C-25 C-78 C-112 C-163
CORRALES GUERREO, CG P-187
CORRERO ROMÁN, M C-90

CORRIPIO MANCERA, AM P-84
CORRIPIO MANCERA, C P-84
CORTACERO ALMENDROS, M C-46 C-47
CORTAZAR GALARZA, A C-71
CORTÉS FERNÁNDEZ, E P-95
CORTÉS MARTÍNEZ, E C-110
CORTES MOLINA, ME P-31
COSANO CAÑADAS, JE C-125
COSANO SANTIAGO, JM C-74 C-75
CRAVIOTTO MANRIQUE, I C-51 C-64
CRESPO ARROYO, D C-112
CRUZ BUENO, AB C-168
CRUZ CAPARROS, AC C-40
CRUZ CAPARRÓS, AM P-52 P-70
CRUZ FENOY, MC C-123
CRUZ LENDÍNEZ, AJ P-21 P-22 P-118
CRUZ REDONDO, T C-168
CRUZ REDONDO, T C-128
CRUZ SALGADO, O P-48
CRUZADO RODRIGUEZ, I P-92
CUETO SAAVEDRA, D C-13 C-11 P-6 P-126
CUEVAS GONZÁLEZ, C P-45 P-142
DAMAS FERNÁNDEZ-FÍGARES, M C-17
DANET DANET, A P-67
DÁVILA FAJARDO, CL C-17 C-104 C-107
DE BURGOS POL, R P-49
DE CASTRO GARCIA, S C-15
DE CRISTINO ESPINAR, MS C-1 C-155
DE HARO MUÑOZ, T P-111
DE IRIGOYEN DÍAZ, A P-153
DE LA FUENTE PALMA, D C-96 P-172
DE LA FUENTE PALMA, JA P-172
DE LA RUBIA DE GRACIA, M C-136
DE LA TORRE BARBERO, MJ C-8 P-179 P-180
DE LAS PEÑAS CABRERA, MD C-70 C-144 C-145
DE LOS SANTOS MORENO, A C-70
DE TOVAR FERNÁNDEZ, MM C-2 C-97 C-120
DEL AGUILA GIMENEZ, MD P-66
DEL ÁLAMO HERNANDO, I C-131
DEL CASTILLO GÓMEZ, L P-153
DEL NOZAL NALDA, M C-57 C-131 C-132 P-158
DEL PINO PINO, MD C-62 P-182
DEL POZO MORENO, C C-134

DEL POZO SÁNCHEZ, MC	C-173			
DEL RIO REYES, S	C-43			
DELGADO ARCAS, S	C-153			
DELGADO GARCÍA, C	P-112			
DELGADO RAMOS, RM	P-190			
DELGADO VIERA, R	C-65	C-66	C-68	
DELGADO VILCHEZ, FR	P-151	P-152		
DELGADO VILCHEZ, PA	P-150			
DÍAZ DEL PERAL, D	P-44	P-46		
DÍAZ DÍAZ, J	C-1			
DÍAZ DÍAZ, V	C-145			
DÍAZ EXPÓSITO, F	C-25	C-163		
DÍAZ EXPÓSITO, FJ	C-24			
DIAZ GALVAN, FJ	C-21	C-20	C-115	
DÍAZ GÓMEZ, L	C-144	C-145		
DÍAZ RICOMÁ, N	C-5	C-76		
DÍAZ SALAZAR, I	C-112			
DÍEZ GARCÍA, F.	P-90	P-91		
DÍEZ GARCÍA, LF	P-24	P-34	P-120	
DIEZ RODRIGUEZ, M	C-143			
DIONISIO FERNÁNDEZ, C	C-82			
DOMINGO ROA, S	P-34	P-91		
DOMINGUEZ CANTERO, M	C-4	C-118	C-119	P-1
DOMINGUEZ CRUZ, B	P-11			
DOMINGUEZ RAMIREZ, R	C-26	P-15		
DOÑA DIAZ, JL	P-143			
DORMIDO SÁNCHEZ, M	P-58			
DUEÑAS MARTÍN, SD	P-9			
ECHEVARRIA HIDALGO, E	C-58			
ELORRIETA JOVE, T	C-31			
ESCOBAR UBREVA, A	C-44	C-45	C-56	
ESCRIBANO SÁNCHEZ, G	C-105			
ESCUDERO CASTILLO, A	C-19			
ESPAÑA APARICIO, S	C-13	P-6		
ESPAÑA VALIÑO, L	C-88			
ESPEJO GUERRERO, P	P-66			
ESPERILLA DÍAZ, P.	P-42	P-43	P-46	
ESPIN GALVEZ, F	P-12	P-14		
ESPÍN GÁLVEZ, J	P-160			
ESPÍNOLA GARCÍA, E	C-107			
ESPINOSA GUZMAN, E	P-4	P-112		
ESPLA GARCIA, L	C-27			
ESPOSITO GONFIA, TH	C-172			

ESQUINAS MELLADO, B C-165
ESTEBAN ALONSO, MJ C-64
ESTEBAN MORENO, M. P-90 P-91
ESTEBAN MORENO, MA P-24 P-120
ESTEPA LUNA, MJ P-179 P-180
ESTEVEZ GONZALEZ, F C-110 C-116 C-117 C-127 C-174 P-53
P-54 P-65 P-96
ESTÉVEZ GONZÁLEZ, J P-93
EXTREMERA ESCABIAS, JD C-53
EXTREMERA GARCÍA, MJ C-93 P-102
FAJARDO MONTAÑA, MA P-57
FARANNA, A C-160
FAUS FELIPE, V C-95 C-143
FELICES SEGURA, J P-23
FERNÁDEZ DURÁN, E C-42
FERNANDEZ ALONSO, AM P-33
FERNÁNDEZ ANGUITA, MJ P-108 C-158
FERNÁNDEZ ARIAS, EM C-109
FERNANDEZ ÁVILA, J. C-138
FERNANDEZ AYALA, JC C-9
FERNÁNDEZ BERMEJO, MC C-44 C-45 C-56
FERNANDEZ BISBAL, P P-148
FERNÁNDEZ BONO, R P-147 P-149
FERNÁNDEZ DEL BARRIO, MM C-90
FERNANDEZ DOMINGUEZ, MR P-169
FERNÁNDEZ ESPINAR, EM C-165
FERNÁNDEZ ESPINOLA, S C-135
FERNANDEZ ESPONA, MI C-24 C-25 C-78 C-112 C-163
FERNÁNDEZ GARCÍA, A C-120
FERNÁNDEZ GARCIA, E C-14
FERNANDEZ GARCIA, PJ P-171 P-186
FERNÁNDEZ IBAÑEZ, MA C-103
FERNANDEZ LOPEZ, CF P-18
FERNÁNDEZ MARTÍN, JM C-6 C-30 P-109 P-110 P-164
FERNANDEZ MARTINEZ, MC P-27
FERNANDEZ MIRANDA, EU P-57 P-159
FERNANDEZ MUÑOZ, F P-64 P-140
FERNÁNDEZ MUÑOZ, F P-129
FERNÁNDEZ PÉREZ, FJ C-176
FERNANDEZ PLAZA, P C-152
FERNANDEZ RAMOS, J C-22
FERNANDEZ ROVIRA, JA C-21
FERNÁNDEZ ROVIRA, JA C-20

FERNÁNDEZ SALAZAR, S	C-159					
FERNÁNDEZ SALAZAR, S	C-156					
FERNANDEZ SOLA, C	P-65					
FERNANDEZ SORIANO, MA	P-33					
FERNANDEZ TUBIO, CR	P-37	P-38	P-39			
FERNÁNDEZ ZURBARÁN, M	C-124					
FERNÁNEZ FERRÓN, B	P-2					
FERRANDO MARCO, P	P-33					
FERRER ÁLVAREZ, MC	P-2					
FERRER GARCIA, MD	P-57	P-159	P-177			
FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J	C-44	C-45	C-56			
FERRIT MARTIN, M	C-107					
FIERRO ROSÓN, J	C-103	P-124				
FIOL RUIZ, G	P-33	P-55				
FLORES GARCÍA, MG	P-31					
FLOREZ ALMONACID, FA	C-150					
FONTALBA DÍAS, F	C-113					
FONTALBA NAVAS, A	C-29	C-61				
FORNET TORRES, FT	P-170					
FORNOVI VIVES, JJ	C-11					
FUENTES CEBADA, L	C-151					
FUENTES CURTIDO, M	C-14					
FUENTES GARCIA, MI	C-86					
FUENTES GÓMEZ, V	C-113					
FUENTES IBÁÑEZ, MB	C-95					
FUENTES OLIVARES, C	C-36					
FUERTES DEL TESO, P	C-157					
GALÁN RETAMAL, C	C-135					
GALAN SANCHEZ, B	C-74					
GALBEZ MOLINA, A	P-28					
GALIANI RAMOS, MD	C-75					
GALINDO ASENSIO, A	C-92	C-174	P-53	P-54	P-65	P-93
	P-96					
GALIOT TORRES, A	P-85					
GALISTEO ROSA, A	C-78					
GALLARDO FRÍAS, JS	P-147	P-149				
GALLARDO RECHE, P	P-139					
GALLEGO LARA, S	C-108	C-122				
GALVAN LEDESMA, GL	C-150					
GALVEZ CONTRERAS, MC	P-120					
GÁLVEZ CONTRERAS, MC	P-154					
GÁLVEZ MIRAS, A	P-62	P-71	P-162			
GÁMEZ GÓMEZ, GG	P-13					

GARCÍA ACOSTA, N	C-170					
GARCÍA ALONSO, M	P-157					
GARCIA ARRABAL, JJ	P-168					
GARCÍA BAUTISTA, JA	P-20					
GARCÍA CAÑADAS, MA	P-26					
GARCIA CARDENAS, AI	P-182					
GARCIA CAZALILLA, MC	C-142					
GARCÍA DEL ÁGUILA, JJ	P-60	P-61	P-75			
GARCIA ESCOBAR, I	C-67					
GARCIA FERNÁNDEZ, C	P-4	P-103				
GARCÍA FERNÁNDEZ, FP	C-101	P-21	P-22	P-113	P-114	P-116
	P-118	P-119				
GARCIA FERNANDEZ, FR	P-132					
GARCÍA FERNÁNDEZ, J	C-94					
GARCIA FUENTES, MJ	P-68	P-72	P-98	P-183		
GARCIA GALDEANO, GG	P-191					
GARCÍA GOMEZ, C	P-30					
GARCIA GOMEZ, F	P-125					
GARCIA GONZALEZ, MA	C-68					
GARCÍA HITA, MA	C-58					
GARCIA LEON, C	C-79	C-86				
GARCÍA LINARES, S	P-111					
GARCÍA LIROLA, MA	C-107					
GARCIA LOPEZ, A	P-169					
GARCIA MALDONADO, B	C-62					
GARCIA MORALES, J	P-124					
GARCÍA MORENO, E	C-93	P-102				
GARCÍA NAVARRO, S	P-178					
GARCÍA NIETO, M	P-28					
GARCIA ORDOÑEZ, MA	C-134					
GARCÍA ORDÓÑEZ, MA	C-135					
GARCÍA ORDOÑEZ, S	C-103					
GARCIA PALMA, AL	P-7					
GARCÍA PANIAGUA, JO	C-7					
GARCÍA PARRA, M	C-20	C-21	P-151	P-152		
GARCÍA PELAYO, JA	P-167					
GARCIA RODRIGUEZ, C	C-34					
GARCIA RODRIGUEZ, D	P-178					
GARCIA RUIZ, E	P-79					
GARCIA RUIZ, R	C-52					
GARCIA SANCHEZ, J	C-157					
GARCIA VELLOSO, E	C-38					
GARCIA VERA, D	P-161					

GARCIA-AGUA SOLER, GS	P-191				
GAROFANO LOPEZ, R	C-62				
GARRIDO FERNÁNDEZ, R	C-135				
GARRIDO LÓPEZ, MR	C-80				
GARZON MIRALLES, A	C-31				
GARZON MURILLO, C	C-130	C-133	C-139		
GÁVEZ CONTRERAS, MC	P-86				
GAVIRA ALBIACH, P	C-113				
GIL AGUILAR, V	C-29	C-61			
GIL ARRABAL, I	P-29				
GIL CAMPOY, JA	P-80				
GIL GIL, C	C-176				
GIL PEREZ, R	C-152				
GIL RODRÍGUEZ, A	P-107				
GIMÉNEZ LÓPEZ, MJ	P-20				
GIMENEZ PERALTA, I	P-33				
GIMENEZ RAMOS, M.	C-69	P-25	C-121		
GIMENEZ VERDEGAY, EI	P-122				
GIMENO JORDA, MJ	C-30	P-109	P-176		
GODOY LORITE, I	C-42				
GÓMEZ ARCAS, M	P-76	P-127			
GOMEZ BERMUDEZ, GB	P-170				
GOMEZ CANO, JA	C-142				
GOMEZ DIAZ-CANO, P	C-141				
GÓMEZ ESCORZA, J	P-167				
GOMEZ ESPEJO, R	C-24	C-163			
GÓMEZ FUENTES, M	P-157				
GOMEZ GARCIA, M	P-77				
GOMEZ GÓMEZ, A	P-17				
GÓMEZ IBAÑEZ, YG	C-32				
GOMEZ LLORENTE, JL	C-67				
GOMEZ MARQUEZ, MJ	C-154	P-51	P-184	P-187	P-188
GOMEZ ORTEGA, GJ	C-21	C-20			
GOMEZ PARRA, F	P-171	P-186			
GOMEZ RECIO, GR	P-40				
GÓMEZ RIOS, IN	P-76				
GÓMEZ ROSADO, JC	C-57				
GONGORA ABAD, MR	P-122				
GÓNZALEZ AMADOR, F	P-92				
GONZÁLEZ CALVO, E	C-144				
GONZÁLEZ DE LA FLOR, P	P-117				
GONZALEZ DE RUEDA RUIZ, AM		C-109			
GONZALEZ GARCÍA, L	C-107				

GONZALEZ IBAÑEZ, D P-124
GONZALEZ JIMENEZ, Y C-60
GONZÁLEZ LÓPEZ, JR C-94
GONZÁLEZ LÓPEZ, MC P-126
GONZALEZ MARIN, M P-63
GONZALEZ MARMOL, MM P-27
GONZALEZ MESA, FJ C-43 C-49 P-29
GONZALEZ MORENO, S C-78
GONZALEZ OLIVEROS, J P-11
GONZÁLEZ OLLER, C P-20
GONZÁLEZ OLLER, C C-37
GONZALEZ OLLER, GO P-13
GONZALEZ PEÑA, MG P-177
GONZÁLEZ PEÑA, MG C-173
GONZÁLEZ RAYA, A C-37
GONZALEZ REVUELTA, E C-41 P-70
GONZALEZ REVUELTA, GR C-39
GONZÁLEZ REVUELTA, ME P-47 P-52
GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M P-62
GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA, T C-4 C-119 C-158 P-1 P-108
C-118
GONZÁLEZ-OUTÓN VELÁZQUEZ, J C-124
GORDILLO MONTOYA, JM P-41
GOSALVEZ PRADOS, D C-35
GRACIA ESCUDERO, M P-11 P-23
GRANADOS MEDINA, GM C-39
GRANERO MOLINA, J P-65
GRANJA BERNÁ, V C-95
GRAU GÁLVEZ, M C-93 P-102
GROSS ZAPATA, A C-54 C-166
GUARDADO GONZÁLEZ, MJ C-94
GUEDES ARBELO, CH C-92 C-174 P-53 P-54 P-65 P-93
P-96
GUERRERO ARANDA, S P-139
GUERRERO RUÍZ, C C-82
GUIJARRO VILLATORO, A C-25
GUILABERT MORA, M P-128 P-181
GUTIERREZ BAYARD, L P-141
GUTIERREZ COBO, JM P-125
GUTIERREZ DIAZ, FJ P-47
GUTIERREZ DIAZ, J P-28
GUTIERREZ DIAZ, JG C-40
GUTIERREZ GONZALEZ, C P-56 P-60 P-80 P-145

GUTIERREZ SEQUERA, JL	C-74	C-75		
GUZMAN BUENO, MV	P-28			
GUZMÁN VICO, M	C-162			
HARO YAÑEZ, A	C-161	P-30		
HERCE MUÑOZ, A	P-49			
HERNÁNDEZ FORURIA, JF	P-75			
HERNÁNDEZ GARRIDO, M	C-14			
HERNÁNDEZ MECA, E	P-128			
HERNANDO USIETO, EH	P-16			
HERRADÓN SORIA, C	C-156			
HERRERA MORIÓN, MJ	P-87			
HERRERA PICAZO BENÍTEZ, AN		P-19		
HERRERIAS NAVARRO, MI	C-141			
HERRERO BASILIO, Y	P-12	P-14		
HERRERO SÁEZ, P	C-99			
HIDALGO CORDERO, V	P-161			
HIDALGO FAJARDO, MJ	P-41			
HIDALGO LLONIS, FR	P-74			
HINESTROSA CABALLERO, E	P-23			
HORNO UREÑA, F.	C-147			
HORTAL PEREZ, JM	P-37	P-38	P-39	
HUERTAS FERNANDEZ, MJ	C-158	P-78		
HUERTOS RANCHEL, MJ	P-135			
IBAÑEZ BOTELLA, G	P-143			
IBAÑEZ GIL, E	P-131			
IBAÑEZ ROJO, V	P-42	P-43	P-44	P-46
IBORRA OQUENDO, MA	P-141			
ILLARRAMENDI LERTXUNDI, A		C-71		
ILLESCAS MORALES, MA	P-133			
IMBERNON GARCIA, JR	C-123			
INSUA BRETONES, ES	P-159			
ISAC MARTINEZ, B	C-35			
JADAD BECHARA, A	C-35			
JAÉN NAVARRO, MJ	C-80			
JIMBER DEL RIO, MJ	C-23			
JIMÉNEZ CORDERO, JP	P-166			
JIMENEZ ESTRADA, MC	C-2	C-97	C-120	P-105
JIMÉNEZ GILA, JG	P-13			
JIMENEZ GRANDE, M	P-146			
JIMENEZ LIRIA, MJ	C-98			
JIMENEZ LIRIA, MJ	C-167			
JIMENEZ MARTINREZ, R	C-167			
JIMENEZ PEREZ, I	C-73	C-137	C-149	

JIMENEZ PEREZ, IJ	P-144					
JIMENEZ SERRANO, VI	P-37	P-38	P-39			
JIMENEZ VERDEJO, JU	P-132					
JORGE AMIGO, V	C-108	C-122				
JOVER CASAS, JM	P-116	P-117	P-118	P-119		
JOVER MORENO, A	C-54	C-166				
JUÁREZ SOTO, A	C-14	C-77				
JULIAN CARRIÓN, J	C-83					
JUMILLA CARRASCO, JL	P-148					
JURADO ORELLANA, JA	P-153					
JURADO RODRIGUEZ, J	P-75					
KHOURI CHOUFANI, JJ	P-55	P-138				
LAAREJ SADIKI, A	P-11	P-23				
LADRON DE GUEVARA GARCIA, M	C-118	C-119	C-158	P-78	P-107	
LAGUNA PARRAS, JM	C-101	P-21	P-22	P-113	P-114	P-116
	P-117	P-118	P-119			
LANZAROTE CAMPOS, S	C-58					
LAO BARÓN, FJ	P-64	P-129	P-140			
LAO MOYA, FJ	P-64	P-129	P-140			
LARA RODRÍGUEZ, MP	C-97	P-105				
LAZARO RUIZ, MD	P-100					
LEAL MONTOYA, M	C-82					
LECHUGA VARONA, MT	C-125					
LEDESMA SAEZ, M	P-79	P-81				
LEIVA GRANDE, M	C-78					
LEON MARQUEZ, M	P-179					
LEÓN MUÑOZ, V	C-105	C-106	C-126			
LEÓN RUIZ, L	C-5					
LEÓN VERGARA, MR	P-190					
LERMA PEREZ, D	P-192					
LIROLA GARCÍA, E	P-126					
LLADÓ SALAS, L	C-112					
LLERGO GÓMEZ, R	P-155	P-156				
LLORENTE RUIZ, G	P-178					
LLORIS MORALEJA, MC	C-20	C-21	C-115			
LOBO RODRÍGUEZ, MT	C-80	C-114				
LOMAS CAMPOS, MM	C-94					
LÓPEZ BARRANCO, MD	C-170					
LOPEZ CABRERA, D	P-27	P-129	P-140	P-169	P-175	
LOPEZ CANO, M.	P-63	P-168				
LÓPEZ CASTILLO, A	C-91	P-98				
LÓPEZ CÓMPAN, MC	C-161	P-31				
LOPEZ DEL CASTILLO GALERA, S	C-77					

LÓPEZ DÍAZ, R	P-50			
LOPEZ DOMINGUEZ, R	P-106			
LÓPEZ ESPINOSA, E	C-24	C-25		
LOPEZ FERNANDEZ, MT	C-3			
LOPEZ GARCIA, J	P-100			
LOPEZ GUTIERREZ, R	C-102			
LÓPEZ LLORET, G	P-24	P-34	P-90	
LÓPEZ LLORET, P	P-86			
LÓPEZ LÓPEZ, M	C-126			
LÓPEZ MALDONADO, J	C-163			
LÓPEZ MONTOYA , I	P-131			
LOPEZ MORENO, C	C-20	C-115		
LÓPEZ MUDARRA, LC	P-119			
LOPEZ PULIDO, AM	P-51			
LOPEZ RAMIREZ, E	C-96	P-172		
LÓPEZ REBOLLO, ME	P-61	P-75		
LOPEZ REGO, R	P-69			
LÓPEZ RENTERO, M	C-81			
LOPEZ ROS, MP	C-47			
LOPEZ RUIZ, A	C-35			
LOPEZ SANCHEZ, A	P-189			
LOPEZ SANCHEZ, C	C-143			
LOPEZ SOLIER, J	C-148			
LOPEZ SORROCHE, E	C-125			
LÓPEZ ZAFRA, F	C-58			
LORA MEDINA, A	P-161			
LORCA BARRIONUEVO, E	C-102			
LORITE GARZÓN, C	P-116			
LOZANO PADILLA, C.	P-63			
LUCERNA MÉNDEZ, MA	C-110	C-116	C-117	C-127
LUNA MARTÍN, AJ	C-8	C-16		
LUPIÁÑEZ BUENO, L	P-50			
LUQUE ALCARAZ, O	C-16			
LUQUE LOZANO, S	C-157			
LUQUE MARTÍNEZ, FM	C-101	P-113	P-114	
MACHADO CASAS, J	P-117			
MACHADO RAMIREZ, F	C-3	P-101		
MACHUCA TORTAJADA, J	P-189			
MACIAS CORREDERA, M	C-125			
MADRID LOPEZ, N	P-178			
MAESTRE GARRIDO, JJ	C-120			
MALDONADO CASTILLO, J	C-93			
MALDONADO CASTILLO, JM		P-115		

MALDONADO CASTILLO, JR P-160
MALDONADO ÚBEDA, C P-86 P-91
MALDONADO VALVERDE, MC C-22 C-110 C-116 C-117 C-127
MALDONADO VILLEGAS, C C-22
MALDONADO, J. P-134
MANCEBO VELAZQUEZ DE CASTRO, E C-33 C-169
MANZANARES GAVILAN, M P-179 P-180
MANZANO MARTÍN, V P-1 P-78 C-158
MANZANO MOLINA, A P-168
MANZANO RODENAS, I P-122
MAQUEDA ORTIZ, J P-32
MARCH CERDÁ, JC P-67
MARFIL VICENTE, CJ P-26
MARÍN CARRILLO, I P-131
MARIN TRILLO, PJ C-141
MARÍN VENEGAS, EN P-76
MARINERO ROJAS, OM C-32
MAROTO MONSERRAT, F C-108 C-122
MARQUÉS GONZALEZ, ML C-71
MARTEL SUAREZ, A C-160
MARTIN AFÁN DE RIVERA, JC C-24 C-25 C-78 C-112 C-163
MARTÍN ALONSA, JE P-74
MARTIN ANAYA, MN C-59
MARTIN CALVO, P C-130 C-133 C-139
MARTÍN GARCÍA, S C-87
MARTIN GARCÍA, SM C-83
MARTIN GONZALEZ, AR P-146
MARTIN GONZALEZ, M C-41 C-169
MARTIN GONZALEZ, MG P-185
MARTÍN HERNANDEZ, C P-32
MARTIN HERRANZ, MI C-88
MARTIN HERRERO, E C-111 P-82
MARTIN JUAREZ, M P-122
MARTIN JUAREZ, MI P-79 P-81 P-122
MARTÍN MARTÍN, R. C-48
MARTIN PEÑUELA, EM P-41 P-146
MARTÍN ROMERA, L P-30
MARTÍNEZ AMATE, E P-71
MARTÍNEZ BAUTISTA, MJ P-107 P-108
MARTÍNEZ CARRERA, E C-162
MARTÍNEZ CORONEL, JF P-160
MARTÍNEZ CORTÉS, M, P-90
MARTÍNEZ CORTÉS, MP P-24 P-34 P-86 P-120

MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE	C-6	C-10	C-100	P-104	P-109	P-163
	P-164	P-176				
MARTÍNEZ DEL ÁGUILA, MC	C-165					
MARTINEZ GARCIA, A	P-83					
MARTINEZ GARCIA, L	C-41					
MARTINEZ GIMENEZ, JM	P-123	P-124				
MARTINEZ HERNANDEZ, JM	C-33	C-34	P-115	P-173	P-177	
MARTINEZ HERNANDEZ, MH	P-185					
MARTÍNEZ LARA, CA	P-74					
MARTÍNEZ LIROLA, M	P-154					
MARTINEZ LOPEZ, JM	C-59					
MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MA	C-28	C-164				
MARTINEZ MARTINEZ, PJ	P-14					
MARTINEZ MENGIBAR, E	P-80	P-168				
MARTÍNEZ NAVARRO, N	C-46					
MARTÍNEZ PORCEL, S	P-75					
MARTINEZ ROMERO, F	P-139					
MARTINEZ TORTOSA, A	P-66					
MARTOS MORENO, A	P-88					
MATAS JIMENEZ, A	C-1	C-155				
MATEO CARRASCO, H	C-121	P-25				
MATEOS RUBIO, J	C-95					
MAYOR GARCIA, F	C-31					
MEDARDE CABALLERO, CM	P-18					
MEDINA JIMENEZ, J	P-184					
MEDINA RODRÍGUEZ, AF	C-99	C-173	P-2	P-35	P-36	
MEDINA SERNA, M	P-103					
MEDINA VALVERDE, MJ	C-8	C-16				
MELCÓN DE DIOS, A	C-131					
MELERO RAMOS, C	C-46					
MELIÁ CHOVARES, E	C-99					
MELLADO VERGEL, FJ	C-5	C-76				
MENA PARRA, D	C-5					
MENDOZA CORRO, MA	P-167					
MENOYO ALONSO, B.	C-69					
MESA SEMPERE, E	P-51					
MEZOIRE MEZOIRE, L	C-170					
MIJÁN ORTIZ, JL	C-19					
MILLAN BRAVO, FA	P-7					
MILLAN CASADO, M	C-50					
MILLAN COBO, MD	C-53					
MILLÁN GRACÍA, R.	C-147					
MIÑARRO DEL MORAL, R	C-16	C-26	C-27	C-50	P-15	

MIRA SOLVES, JJ	P-128	P-181				
MIRALLES BERENGUER, F	P-35	P-36	P-100	P-159		
MOLEON RUIZ, MA	P-150	P-151	P-152			
MOLERO PARDO, MJ	C-152					
MOLES GONZALEZ, JJ	C-141					
MOLES PÉREZ, J	C-58					
MOLINA ARREBOLA, MA	C-37	P-20				
MOLINA ARREBOLA, MR	P-13					
MOLINA BERENGUEL, CS	C-100					
MOLINA CUADRADO, E	C-121	P-25	C-138	P-165		
MOLINA MERIDA, O	C-43	C-49	P-29			
MOLINA SANCHEZ, I	C-146					
MOLINA TERUEL, AJ	C-128	C-168				
MOMBLAN DE CABO, J	C-67					
MONROY MORCILLO, A	C-149					
MONTAÑEZ ARANDA, RM	P-84					
MONTERO BALOSA, EN	P-7					
MONTERO BALOSA, MC	P-150					
MONTERO CANTERO, JL	C-157					
MONTES JIMENEZ, V	P-83					
MONTILLA GOMEZ, A	P-138					
MONTORO ROBLES, JE	P-60					
MONTOYA MUÑOZ, R	C-42	C-170				
MONTOYA VERGEL, J	P-66					
MONTOYA VERGEL, MJ	C-33	C-173	P-177			
MORA CABRERA, A	P-64	P-129	P-140	P-173		
MORA VALLELLANO, J	P-3	P-111				
MORAL ALGUACIL, D	P-29					
MORALES ASENSIO, JM	C-55					
MORALES BUENO, L	P-29					
MORALES MOLINA, JA	C-6	C-10	C-30	P-104	P-110	P-163
	P-176					
MORALES SANCHEZ, J	P-55					
MORALES TORRES, M	P-5					
MORATA CASTILLO, M	C-160					
MORCILLO MUÑOZ, Y	C-3	C-98				
MORCILLO NIETO, MC	P-22					
MORENO BARO, F	C-38					
MORENO DIAZ, T.	C-147					
MORENO GRANADOS, MC	C-153					
MORENO HERNÁNDEZ, J	P-79	P-81				
MORENO LOPEZ, JM	P-35	P-36	P-100			
MORENO MARTINEZ, MJ	P-130					

MORENO ORTEGA, NC P-35 P-36 P-100
MORENO PEREZ, A C-79 C-86
MORENO PEREZ, AM P-171
MORENO PUERTAS, C C-38
MORENO RUANO, AM C-40
MORENO RUIZ, P C-28 C-164
MORENO SANCHEZ, T P-92
MORENO SANJUAN, D P-51 P-143 P-184 P-187 P-188 P-191
MORENO TINOCO, M P-153
MORIANA DOMINGUEZ, C C-62
MORILLO CADIERNO, RM P-158 C-175
MORILLO PALMA, I P-161
MOYA GARCIA, A P-123
MOYA MOYA, JL C-128 C-168
MOYANO PRIETO, I C-4 P-1
MUNIVE ÁLVAREZ, E C-144
MUÑIZ ESTANCONA, K C-71
MUÑOZ ALONSO, A C-1 C-155
MUÑOZ CABALLERO, C C-102
MUÑOZ CASTRO, FJ C-84 C-85
MUÑOZ CONDE, M C-49 P-50
MUÑOZ FERNÁNDEZ, C P-174
MUÑOZ GOMÁRIZ, E C-8 C-16 P-180
MUÑOZ GUARDADO, B C-94
MUÑOZ PARIS, A P-126
MUÑOZ RODRIGUEZ, JV P-135
MUÑOZ SALIDO, A P-50
MUÑOZ SANCHEZ-REYES, MD P-10
MUÑOZ SEGURA, C C-140 C-146
MURES PINTOR, MC P-136
MURILLO DE LAS HERAS, MM P-64 P-129 P-140
NAVARRETE OLMEDO, G P-79 P-81
NAVARRO BALLESTA, GN C-12
NAVARRO BERMÚDEZ, MO P-19
NAVARRO BERRUEZO, MC P-99
NAVARRO LIZARANZU, J C-44
NAVARRO MEDINA, MA C-47
NAVARRO MENDEZ, I. C-69
NAVARRO MONZON, MA C-141
NAVARRO ROMERO, J. P-155 P-156
NAVARRO SOLER, IM P-181
NAVARRO TORRENTE, MD P-131
NAVARRO VÁZQUEZ, F P-173

NAVAS RIVAS, M	P-161					
NICOLAS MARTINEZ, MM	P-138					
NIETO GUINDO, P	C-121					
NIETO HERNANDEZ, J	P-14					
NIETO MARTÍN-BEJARANO, J	C-77					
NIETO REINOSO, AL	P-7					
NOGUER MARTOS, A	C-15					
NOGUERAS RUIZ, S	P-48					
NUEVO LARA, EA	C-58	P-21	P-116	P-117	P-118	P-119
NUÑEZ MONTENEGRO, A	C-61	C-65	C-66	C-68	P-127	
NUÑEZ OLEA, JR	C-46	C-47				
OBEL GIL, L	C-4	P-107	P-108	C-118	C-119	
OCEJO MORENO, MG	C-90					
OCHANDO , A	P-128					
OJEDA GUTIERREZ, R	C-155					
OLIVA PEREZ, P	C-67					
OLIVA, AO	P-16					
OLIVEROS, R	C-148					
OLMEDO DE FEDERICO, E	P-61					
OLVERA CALDERÓN, J	P-189					
ORELLANA CARRASCO, R.	C-48					
ORERO SÁEZ DE TEJADA, FJ	C-22	C-102				
ORTEGA CARREÑO, C	P-77					
ORTEGA CARREÑO, J	P-70					
ORTEGA CARREÑO, JA	P-52					
ORTEGA CARREÑO, JO	C-40					
ORTEGA PÉREZ, A	C-76					
ORTEGA TUDELA, G	C-136					
ORTIZ DOMÍNGUEZ, R	C-42					
ORTIZ OTERO, MO	C-32					
ORTUÑO MORENO, R	C-41	P-35	P-36	P-183		
PACHON MARTINEZ, MC	P-159					
PADILLA MARÍN, V	C-135					
PAEZ VALLE, R	C-136					
PAJARES DIAZ MECO, JF	P-130					
PALOMO LARA, JC	C-57	P-158				
PANAL HURTADO, MJ	C-79					
PANIAGUA URBANO, D	C-74	C-75				
PARDO GARRIDO, D	P-47	P-52				
PARDO GARRIDO, PG	C-39					
PARDO GONZALEZ, C	P-178					
PARDO MARTÍNEZ, T	P-2					
PAREDES ARJONA, A	C-130	C-133	C-139			

PARRA GARCIA, D	P-8	P-77				
PARRA GARCÍA, G	P-24	P-34	P-86	P-90	P-91	P-120
PARRA GARCIA, M	P-77					
PARRA PEREA, J	C-8					
PARRADO TEROL, A	P-127					
PARRALES CARNEIRO, ME	P-7					
PARRALO ORTIZ, M	P-17					
PASCUAL BERENGUEL, I	C-46					
PASCUAL FAÑARÁS, A	C-157					
PASCUAL SOLER, R	C-91					
PASCUALVACA ARMARIO, JC	C-94					
PASTOR HURTADO, JA	P-150	P-151	P-152			
PATIÑO SAUCEDO, J	P-56	P-145				
PAVON OLMEDO, Y	P-161					
PAVÓN REAL, MI	P-158					
PAZ ALVAREZ, MA	P-132					
PAZ CEREZO, M	C-143					
PAZ EXPOSITO, J	P-4					
PAZ EXPOSITO, P	P-92					
PECULO CARRASCO, JA	C-142	P-166	P-167			
PEDRAJAS SAURA, P	C-161	P-173				
PEDREGAL GÓNZALEZ, M	P-17					
PEGALAJAR MORAL, MJ	P-137					
PEINADO RODRIGUEZ, J	P-123	P-124				
PENA ANDREU, JM	C-29					
PENCO RAMIREZ, C	P-103	P-112				
PEÑA CASADO, A	C-96	P-172				
PEÑA ESCAGEDO, MJ	P-169					
PEÑA POU, R	C-69	C-121	P-25	C-138	P-165	
PEÑACOBA MASA, A	P-106					
PERALTA ORTEGA, A	P-181					
PEREIRO HERNANDEZ, R	P-189					
PEREZ DORMIDO, R	C-152					
PEREZ FERNANDEZ, I	P-139					
PEREZ GALDEANO, P	C-34					
PEREZ GARCIA, V	P-12					
PÉREZ JIMÉNEZ, S	P-112					
PÉREZ JOVER, MV	P-128	P-181				
PERÉZ LOPEZ, AP	C-12					
PÉREZ LOZANO, D	P-157					
PEREZ MANZANO, F	P-63					
PÉREZ MARTÍN, AF	P-50					
PÉREZ MARTINEZ, A	C-161	P-177				

PÉREZ MONTAUT, I.	C-48			
PÉREZ MOREIRA, R	P-45	P-142		
PÉREZ MOYANO, R	P-20			
PEREZ MUÑOZ, IM	P-31			
PEREZ NAVARRO, A	C-13			
PEREZ NAVARRO, A	P-6	P-168	P-174	
PEREZ NUÑEZ, F	C-52			
PÉREZ PAREDES, C	C-122			
PEREZ PEREZ, C	P-83			
PÉREZ RAMOS, JU	P-74			
PEREZ RODRIGUEZ, L	P-155	P-156		
PEREZ SANTOS, JJ	C-68			
PÉREZ VENEGAS, JJ	P-58			
PEREZ-PIAYA MORENO, M	P-55			
PERIÁÑEZ VEGA, MT	C-84	C-172		
PERNIA ROMERO, A	C-149			
PIEDRA HERNANDEZ, P	P-28			
PINILLA LÓPEZ, S	C-7	C-22		
PINO EGEA, MJ	P-139			
PINO ORTEGA, D	P-56	P-145		
PINTADO , DP	P-16			
PINTO NIETO, C	P-176			
PINTO NIETO, CM	C-30			
PLA RUIZ, JM	P-47	P-70	P-115	
PLA RUIZ, JP	C-40			
PLAZA TORRES, LE	C-7			
POLANCO MUÑOZ, L	C-144	C-145		
PONCELA GARCIA, ME	P-133			
PORRINO HERRERA, PH	P-13			
POVEDA MARTINEZ, I	C-62			
POYATO LUQUE, I	C-74	C-75		
POYATOS ANDUJAR, A	P-111			
POZO MUÑOZ, F	C-61			
POZO MUÑOZ, F	C-65			
POZUELO GALAN, FJ	C-31			
POZUELO GALAN, FR	C-89			
PRADA PEÑA, M	P-92	P-4	P-17	P-112
PRADOS SOLER, MC	C-62			
PRATS ARDILA, Y	C-42			
PRESA PEREDA, F.	P-135			
PUENTES PALOMARES, I	C-159			
PUERTA CÓRDOBA, A	P-166			
PUERTA LOPEZ, J	C-31			

PUIG SOLER, J	C-111	P-82				
PUJOL COLOMER, J	C-54	C-166				
QUERO GARCÍA, M	C-81	C-153				
QUERO HERNANDEZ, F	P-47	P-52	P-70			
QUERO HERNANDEZ, QH	C-39					
QUESADA BRAVO, FJ	P-12	P-83				
QUESADA GARCIA, G	P-143					
QUINTANA SAN JOSÉ, B	C-71					
QUINTERO SOLÍS, ML	C-2	C-97	P-105			
QUIÑONES RODRÍGUEZ, L	P-141					
RAMIREZ CUERVA, R	P-26					
RAMIREZ LOPERA, MC	C-27					
RAMIREZ LOPERA, MC	C-26	P-15				
RAMÍREZ LÓPEZ, EB	C-175					
RAMÍREZ PÉREZ, C	P-21	P-22				
RAMÓN GÓNGORA, E	C-40	P-52	P-70			
RAMOS LEIVA, JB	P-186					
RAMOS MARTÍNEZ, E	C-162					
RAMOS MORCILLO, AJ	C-156	C-159				
RAMOS RAMOS, C	C-170					
RAMOS RAMOS, F	C-171					
RAMOS SERRANO, M.C	P-81					
RAMOS SOLÍS, J	C-124					
RAPOSO FLOREZ, C	C-90					
RAVIRA LOMEÑA, S	C-142					
RAYA ORTEGA, L	P-143	P-191				
RECHE MOLINA, I.	P-134					
RECUERDA LÓPEZ, JA	C-129					
REINA PERELLÓ, V	C-175					
RESILLE GIL, IS	P-19					
REYES BERTOS, A	P-102					
REYES MUELAS, P	C-167					
RIADO MONEDERO, I	C-115					
RIIVAS FLORES, JR	C-32					
RIOS MARIN, A	C-160					
RIOS MARTIN, JM	C-44					
RIPOLL SÁNCHEZ, V	C-99					
RIPOLL SORBAS, MC	P-68	P-72	P-94	P-98		
RIVERA CAPILLA, C	P-66					
RIVERO MORCILLO, NR	P-9					
ROBLES AGUILERA, MC	C-38	C-41	C-91	P-59	P-68	P-72
	P-73	P-88	P-94	P-97	P-115	P-147
	P-149	P-154	P-160	P-183		

ROBLES-MUSSO CASTILLO, EM P-124
ROCA FERNÁNDEZ-CASTANYS, E C-124
RODRÍGUEZ AGUADO, O P-166
RODRIGUEZ ALCAZAR, MA P-41 P-146
RODRÍGUEZ BENAVENTE, A P-49
RODRÍGUEZ BORREGO, MA C-8 C-16
RODRIGUEZ CABALLERO, M P-30
RODRIGUEZ CAMACHO, JM C-118 C-119 C-158
RODRÍGUEZ CASTILLA, F C-156 C-159
RODRIGUEZ ESTEVE, P P-87
RODRÍGUEZ GÓMEZ, P C-95 P-165
RODRÍGUEZ GÓMEZ, PM P-25
RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, R C-128
RODRIGUEZ GUTIERREZ, MR C-168
RODRIGUEZ HERRERA, JJ C-19
RODRIGUEZ IBAÑEZ, M. P-63
RODRIGUEZ LARA, MP C-2 C-120
RODRIGUEZ LOPEZ, D P-130
RODRIGUEZ LOPEZ, DR P-16
RODRIGUEZ MANRIQUE, MA P-10 P-162
RODRIGUEZ MARESCA, MA C-93 P-134 P-154 P-160
RODRIGUEZ MARQUEZ, YO P-133
RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, ME P-78
RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, MP C-90
RODRÍGUEZ MATEOS, ME P-1
RODRÍGUEZ MEDINA, M C-173
RODRIGUEZ MELLADO, J P-30
RODRIGUEZ NIETO, A P-192
RODRIGUEZ NIETO, RN P-187 P-188
RODRÍGUEZ PEDROSA, M C-128 C-168
RODRIGUEZ PEREZ, M P-79
RODRIGUEZ RODRIGUEZ, A C-73 C-151
RODRIGUEZ RODRIGUEZ, C C-22 C-102
RODRIGUEZ RUIZ, HJ C-142 P-167
RODRÍGUEZ RUIZ, L C-91
RODRIGUEZ SANCHEZ, M C-73 C-149
RODRIGUEZ SOLANO, MR P-186
RODRIGUEZ TOQUERO, J C-53
RODRÍGUEZ VEDIA, N C-157
ROGERO ANAYA, P C-152
ROIGE CORTADELLES, MT P-130
ROIGE CORTADELLES, TR P-16
ROJAS DE MORA FIGUEROA, A C-83 C-85 P-85 P-87 P-89

ROJAS NAVAS, E	C-28		
ROJAS ORTÍZ, AM	P-59	P-73	
ROJAS QUERO, M.	C-48		
ROJO ALIAGA, J	P-12	P-83	
ROMÁN FUENTES, M	P-48		
ROMAN MARQUEZ, EV	P-150	P-151	P-152
ROMERA MARTÍNEZ, I	C-164		
ROMERA RAMOS, C	C-164		
ROMERO BERMEJO, JF	P-135		
ROMERO BRAVO, RB	C-150		
ROMERO CAMPOS, A	C-50		
ROMERO POZO, CR	P-16		
ROS RODRIGUEZ, G	P-99		
ROSALES ORTEGA, A	P-125		
ROSANO MORÍN, C	C-82		
ROSELL ORTIZ, F	C-5		
ROYUELA, C	P-128		
RUANO GARCIA, A	P-112		
RUANO GUERRERO, RG	P-188		
RUBI RUIZ, T	C-60		
RUBIA MONTAÑEZ, MD	C-76		
RUBIO BARRANCO, AR	C-137	C-151	P-144
RUBIO RUIZ, MD	P-2		
RUBIO SÁNCHEZ, JJ	C-28		
RUEDA GARCIA, RG	C-39		
RUFO TEJEIRO, O	C-108		
RUIZ ARRES, E	P-27	P-175	
RUIZ ARRÉS, J	C-161	P-32	
RUIZ BRIK, MI	P-61		
RUIZ CARRETERO, V	C-110	C-116	C-117
RUIZ COBOS, B	C-60		
RUIZ CRUZ, C	C-17		
RUIZ DOMÍNGUEZ, R	P-44		
RUIZ FRUTOS, C	P-17		
RUIZ FUENTES, S	C-17	P-18	P-121
RUIZ GARCIA, A	C-50	P-179	P-180
RUIZ JIMENEZ, J	P-106		
RUIZ MANRESA, L	P-136		
RUIZ MOLINA, JA	P-148		
RUIZ ROMERO, MV	C-120		
RUÍZ SERRATO, A	C-135		
RUS CEJUDO, M	P-77		
SAAVEDRA SIERRAS, CO	C-134		

SABBAJH FAJARDO, CE P-130
SÁENZ GÓMEZ, J C-15
SAEZ ALONSO, JP C-167
SAEZ ALONSO, M C-167
SAEZ DE RUS, MM C-9
SAGRERA PEREZ, MR C-130 C-133 C-139
SALAS ANTOLINEZ, AG C-89
SALAS BUZÓN, C P-141
SALCEDO GOMEZ, A C-136
SALGUERO CABALGANTE, R P-85 P-89
SALIDO CAMPOS, MA P-88
SALINAS REVELLES, A C-76
SALINAS SANCHEZ, C P-32
SALMERON GARCIA, A C-104 P-18 P-121
SAMANIEGO SANCHEZ, C P-3
SAMANIEGO SANCHEZ, M P-3
SANCHEZ ACHA, Y C-43 C-49 P-29
SANCHEZ ALMAGRO, CP C-142 P-166
SÁNCHEZ ARCOS, MA C-138 P-25 P-165
SANCHEZ BAÑOS, A P-99
SANCHEZ BARROSO, MT P-8 P-97 P-101
SANCHEZ BASALLOTE, JE P-171 P-186
SÁNCHEZ BENITEZ DE SOTO, ML C-6
SANCHEZ BLANCO, J C-130 C-133 C-139
SÁNCHEZ BORJA, C C-116
SÁNCHEZ BOSQUET, J C-91
SANCHEZ CASTRO, MV P-69
SANCHEZ COBO, PA P-132 P-133
SANCHEZ CONESA, ER P-41
SANCHEZ CONTRERAS, FJ C-171
SANCHEZ DE MORA, D C-52
SANCHEZ FLORO, A C-146
SÁNCHEZ LAGUNA, F P-180
SANCHEZ LOPERA, SL P-170
SÁNCHEZ LÓPEZ, JM P-44 P-46
SÁNCHEZ LÓPEZ, P P-24 P-34 P-86 P-90 P-91
SÁNCHEZ MERINO, I C-176
SANCHEZ MIRALLES, MD C-38 P-68 P-72 P-73 P-88 P-97
P-98 P-59 P-94 P-183
SANCHEZ NAVARRO, MR P-3 P-111
SANCHEZ ORTIZ, E P-125
SANCHEZ PALOMINO, PA P-133
SÁNCHEZ PASTOR, M P-60 P-61 P-75

SANCHEZ ROVIRA, PE P-132
SÁNCHEZ SÁNCHEZ, F. P-42 P-43 P-46
SANCHEZ VALDIVIESO, AA P-99
SÁNCHEZ VÁZQUEZ, AR C-18
SANCHEZ VELAZQUEZ, IN P-159
SÁNCHEZ-YEBRA ROMERA, W P-102
SANGUINO FABRE, JC C-130 C-133 C-139
SANTANA LÓPEZ, VI C-172
SANTAPETRONILA SALINAS, F P-31
SANTIAGO MOLINA, E. P-42 P-43
SANTIAGO, E P-46
SANTISTEBAN MARTINEZ, J C-59
SANTOS PEREZ, JJ C-61 C-65 C-66
SARDINERO CORDOBA, M C-33 C-34 C-161 C-162 C-169 P-27
P-28 P-173 P-174 P-175 P-177
SARDINERO CORDOBA, SC P-185
SARMIENTO , T C-140
SEDA ROMAN, O C-14
SEDEÑO LARA, SL P-170
SEGURA GARCIA, MT C-3
SEGURA RECHE, F C-162
SEGURA RECHE, SR P-185
SEGURA SCHULZ, C C-68
SENISE BARRIO, FJ P-186
SEPULVEDA SANCHEZ, SS P-170
SEPULVEDA SOLIS, ME P-169
SERRANO CALVACHE, JA P-147 P-149
SERRANO MARTOS, AB C-111 P-82
SIANES BLANCO, AD P-74
SICILIA ENRIQUEZ DE SALAMANCA, A P-5
SICILIA GUTIERREZ, MA P-12
SICILIA GUTIERREZ, MA P-14
SIERRA GARCIA, FR P-150 P-151 P-152
SIERRA VINUESA, R P-95
SKODOVA, M C-124
SOLER MÉNDEZ, S C-113
SORIANO BLANCO, MA P-76
SOSA MONCAYO, D C-37
SOTO DELGADO, M C-77
SOTO PICA, TE P-19
SOTO TORRES, M C-70
SUPLET GONZALEZ, E. P-135
SUREDA SANTISO, MD P-154 P-160

TAPIA DOMINGUEZ, A C-33
TARIN REMOHÍ, MJ
TARÍN REMOHI, MJ C-121 C-138 P-165
TEJADA RUIZ, TR P-170
TEJEDOR FERNANDEZ, M C-50
TEJEDOR SÁNCHEZ, A C-15
TEODORO SEGURA, D P-175
TEROL FERNANDEZ, E P-127
TEROL FERNANDEZ, J C-143
TEROL GADEA, F C-33 P-40
TERRADELLAS ANTOÑANZAS, L C-54 C-166
TERUEL AMOROS, ML P-182
TIJERAS ÚBEDA, MJ P-44
TIRADO DELGADO, JA P-135
TOBIAS MANZANO, A C-11 C-13 C-51 C-64 C-160 P-6
TOLEDANO REDONDO, S P-179
TOLEDO COELLO, MD P-58
TOMÁS SERRANO, J C-91
TORNERO LOPEZ, MC C-146
TORREALBA ARANDA, P P-41
TORRES ALEGRE, P P-6 P-80 P-168
TORRES MARÍN, M P-105
TORRES MARTÍN, M C-2 C-97
TORRES MORENO, S C-136
TORRES NAVARRO, MM C-9
TORRES NAVARRO, MM C-98 C-128
TORRES OLIVERA, A C-172
TORRES RODRIGUEZ, MA P-55
TORTAJADA CLEMENTE, MT C-27
TOVAR FERNÁNDEZ, MM P-105
TRABALON PASTOR, M P-33
TRAVERSO GUTIERREZ, JO P-76
TRIGO JIMENEZ, A P-184
TRUJILLO GARCIA, PM P-171
TURIÑO GALLEGO, JM P-48
UBEDA OLIVEROS, MD P-31
UNDABEYTIA LÓPEZ, ML C-114
UREÑA CABALLERO, AJ C-167
UREÑA UREÑA, DO P-132 P-133
URQUÍZAR RODRÍGUEZ, O C-6 C-10 P-104 P-109 P-163 P-164
URREA GILABERT, I P-123
UTOR FERNÁNDEZ , DA C-149
UTRERA MILLAN, MA P-137

VALDES SOLIS, AP C-65 C-66
VALENZUELA VALDIVIESO, CP-14 P-99
VALERA MENA, I P-80
VALERA RUBIO, M C-95
VALERO UBIERNA, C C-36
VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA, AM C-17
VALLEJO RODRIGUEZ, I C-104 P-18 P-121
VALVERDE GAMBERO, E C-84 C-85
VANNEREAU SANCHEZ, DV C-63
VARGAS ORTEGA, D C-76
VAZQUEZ FERNANDEZ, MR P-171
VÁZQUEZ LÓPEZ, MA P-73
VAZQUEZ LUQUE, A C-143
VÁZQUEZ VÁZQUEZ, MA C-172 P-190
VAZQUEZ VELA, V C-4 C-118 C-119 P-1 P-78 P-107 P-108
VEGA SAENZ, JL P-10 P-62 P-71 P-115 P-162
VELA CERERO, CJ P-189
VELA ENRIQUEZ, F C-18
VELA FERNANDEZ, JU P-137
VELA PANES, T C-149
VELAZQUEZ DE CASTRO DEL PINO, MC P-138
VENTAJA ALAMO, D C-171
VERA CARMONA, MA C-134
VERDEJO RECHE, F C-10 C-30 P-104 P-109 P-163 P-164
VICIANA CESPEDES, FA P-8
VICO NAVAS, T C-99
VIDAL DOMENECH, L C-111 P-82
VIEITEZ FERNANDEZ, V P-51 P-187 P-188 P-184 P-191
VILAPLANA GARCÍA, AM C-57 C-131 C-132
VILCHES FERRON, MA P-55 P-115 P-138
VILLALÓN HABA, EM P-87
VILLALTA ANDUJAR, T C-88
VILLANEGO BELTRÁN, I C-145
VILLANUEVA GUERRERO, L C-84 C-85
VILLARRASA CLEMENTE, F C-122
VILLARTE GARCIA, J C-79 C-86
VINUESA MONTOYA, S C-165
VIRUES GÓMEZ, DO P-76
VISUERTE SANCHEZ, JM P-189
VIVO GARCÍA, Y P-32
WONG CERVANTES, P P-173
YANG LAI, R C-124

YAÑEZ GOMEZ, P	C-88		
YEBRA PAREJA, PJ	P-148		
ZAFRA LÓPEZ, F	C-101	P-113	P-114
ZÁJARA PORRAS, M.	C-48		
ZAMORA GARCIA, R	C-43	C-49	C-55
ZAPATA BOLUDA, RM	C-173		
ZUFRI RODRÍGUEZ, G	C-82		
ZULUAGA GÓMEZ, A	C-19		

ÍNDICE DE GENERAL

ÁREA TEMÁTICA **PÁGNIA**

MEJORES COMUNICACIONES

Comunicaciones orales (Desde la E-1 hasta la E-5) .....17 - 20

GESTIÓN Y CALIDAD

Comunicaciones orales (Desde la C-1 hasta la C-75) .....25 - 81

Comunicaciones póster (Desde la P-1 hasta la P-77) .....81 - 137

DESARROLLO PROFESIONAL

Comunicaciones orales (Desde la C-76 hasta la C-94) .....141 - 154

Comunicaciones póster (Desde la P-78 hasta la P-102) .....155 - 172

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Comunicaciones orales (Desde la C-95 hasta la C-151) .....177 - 216

Comunicaciones póster (Desde la P-103 hasta la P-192) .....217 - 264

BIOÉTICA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES

Comunicaciones orales (Desde la C-152 hasta la C-153) ....267 - 268

Comunicaciones póster (Desde la P-169 hasta la P-191) .....268 -270

LA VOZ DE LA CIUDADANÍA Y LA COMUNICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

Comunicaciones orales (Desde la C-155 hasta la C-176) ....275 - 290

Comunicaciones póster (Desde la P-172 hasta la P-190) .....291 - 304

sadeca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

COLABORAN:

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE CULTURA

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE ALMERÍA

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Almirall
Soluciones pensando en ti

Boehringer
Ingelheim

Bristol-Myers Squibb

Trabajando Juntos en Diabetes

AstraZeneca

janssen

NOVARTIS

GRÜNENTHAL

MSD

OXIMESA

AMGEN 25 YEARS

Pfizer

COVIDIEN

Roche

BIOTRONIK

Medtronic

Abbott
A Promise for Life