

XXV Congreso SADECA

Aprendiendo
de los mejores

2021

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

Comité Editorial

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

Revisores

Maria José Castro Ruiz. Enfermera. Subdirectora de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
Rafael Javier Romero de Castilla Gil. Médico Especialista Servicio de Urgencias; Coordinador de Calidad. Hospital de Montilla. Córdoba.
Rocío Segura Ruiz. Enfermera. Directora de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Diseño y Maquetación: Miguel Salvatierra

ISSN.: 2792-9256

Ejemplo de cita de la revista:

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

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

Índice

IV	Rol de las Unidades de Calidad en los servicios sanitarios
VI	Presentación del XXV Congreso SADECA
VII	Índice de comunicaciones
1	Comunicaciones premiadas
6	Comunicaciones por área temática
113	Índice de autores

Rol de las Unidades de Calidad en los servicios sanitarios

La calidad, contrariamente a lo que comúnmente se piensa, no es una filosofía de gestión natural o intuitiva. Es una cultura, y como tal no puede reducirse simplemente, como a menudo ocurre, a la confirmación de la entrega de un producto o servicio excelente (el “control”) o a garantizar las condiciones para que esto se produzca (el “aseguramiento”). Por lo contrario, la cultura de la calidad implica una visión global de la propia gestión (“calidad total”) y tiene un sentido teleológico claro: la creación de una cultura organizacional inteligente a través de las rutinas de mejora sistemática y sistémica (la mejora continua). La calidad es, por tanto, la tecnología de la gestión del rendimiento a base de aplicar el método científico al ámbito de la gestión (el ciclo PDCA).

La componente siempre principal para la implantación de la cultura de calidad son las estructuras de liderazgo, es decir el conjunto de perfiles que lideran los procesos estratégicos de una organización (gerencia, direcciones, mandos intermedios, etc.). Sin embargo, fuera de los entornos de la cultura de gestión industrial, cuya evolución ha ido paralela a la de la filosofía de la calidad, no es frecuente que estas estructuras estén familiarizadas con los profundos principios de esta disciplina. Por tanto, las estructuras de liderazgo del sector servicios en general, y del sanitario en particular, necesitan acompañarse de perfiles especialistas versados en esta tecnología del rendimiento. Lo contrario sería equivalente, por ejemplo, a suponer que se puede liderar un proceso de transformación digital sin contar con profesionales especializados en sistemas de información.

Andalucía fue pionera en la creación de perfiles con esta función dentro del sistema sanitario público: los referentes y las unidades de calidad. Durante una década estas unidades fueron el factor catalizador de una auténtica efervescencia por todo lo que estuviese relacionado con la calidad. Todavía se percibe hoy una correlación evidente entre la tradición de estas unidades en las instituciones sanitarias y, por ejemplo, el número de certificaciones en cada una de ellas. El arquitecto y diseñador R. Buckminster Fuller hacía una feliz analogía para describir este tipo de figuras, que la dinámica de sistemas denomina “*palancas*”. Los gigantescos petroleros de los años ‘80 tenían timones, a su vez, imponentes. Estos timones principales tenían, por su parte, un pequeño timón incorporado (el piloto del timón) que, ante una orden de giro del buque, pivotaba en el sentido contrario al timón principal asistiéndole en su propio giro. En este sentido, las unidades de calidad son la palanca sistémica que permite hacer evolucionar la cultura del sistema sanitario, asistiendo a las estructuras de liderazgo en su propio viraje cultural.

Pero este efecto catalizador, y la consecuente efervescencia operativa, se vieron frenados por problemas que también suelen ser usuales en la dinámica de sistemas:

- **Subinversión.** Los referentes de calidad no aparecen, en general, reflejados en los cuadros de estructura oficiales de las instituciones sanitarias, siendo más bien personas designadas en comisión de servicio a estas funciones, generalmente de manera provisional. Consecuentemente, los proyectos de implantación de la cultura de calidad tienen grandes problemas para consolidarse, a causa del alto grado de rotación de los profesionales especialistas que deberían liderarlos.

- **Desplazamiento.** La malinterpretación del concepto que mencionamos al principio presume que todas las actividades relacionadas con la mejora, los indicadores, o la obtención de certificados sean aspectos definitorios de la cultura de calidad. Este enfoque dirigió las actividades de los referentes hacia la “cultura de mejoras de oportunidad” (*cherry picking*). Esta cultura, si bien anima a los primeros pasos (reingenierías y *quick wins*), está muy alejada de los principios de la verdadera cultura de la calidad, basada en el largo plazo y la mejora continua, y acaba por subvertirla y, finalmente, por suplantarla.

Como consecuencia de esta falta de foco de los referentes de calidad, dedicados a proyectos de oportunidad, y de la erosión constante de su número y experiencia, causada por su alto nivel de rotación, la cultura de calidad del sistema, con un crecimiento pronunciado al principio, inició su desaceleración primero (a partir de 2012) y tocó techo en 2017. Lo que, en unas etapas iniciales, se extendía como una mancha de aceite empezó a frenar su avance y actualmente va camino de secarse. En la terminología de la dinámica de sistemas: el sistema ha alcanzado los límites de su crecimiento. La solución que propone la dinámica de sistemas consiste no tanto en favorecer los factores de impulso, sino en eliminar o minimizar los factores de freno. Esto nos enseña que la continuidad del proyecto de creación de una cultura de la calidad del sistema sanitario andaluz no pueda pasar sino por la inexcusable estabilización de los puestos y funciones de los referentes de calidad, que permita definir claramente una cartera de servicios que, efectivamente, desarrolle una misión alineada con este proyecto. Todo esto no es sino un requisito previo al empoderamiento efectivo de estos perfiles profesionales por parte de las estructuras de liderazgo del sistema.

Entre tanto, son buenos los intentos desde la base por conformar lugares de encuentro y debate que aportan visibilidad a este problema. En este punto es crucial la contribución de la **Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial** como principal laboratorio de ideas de Andalucía, la iniciativa de las propias unidades por organizarse en foros y grupos de relación y trabajo o la labor de la **Agencia de Calidad de Andalucía**, que pone a disposición de estos profesionales su programa de mentoría. Nos sigue faltando, sin embargo, la incorporación definitiva a este debate de las estructuras de liderazgo del sistema. Este no es un problema sólo de los que trabajamos en los aspectos técnicos de la cultura de calidad, sino de todos los profesionales del sistema sanitario, como consecuencia objetiva de nuestro compromiso ético con la universalidad, la equidad y la calidad.

José Ignacio del Río Maza de Lizana
Director de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Presentación del XXV Congreso SADECA

Aprender y avanzar de manos de la innovación es un desafío que debe acompañarnos siempre, a nivel personal y profesional. Es una apropiada manera de crecer y evolucionar. Además, observar a los mejores y tratar de implementar sus buenas prácticas es garantía de éxito y esto, en el ámbito de la salud, se traduce en mejoras para los pacientes.

Como sociedad, necesitamos confiar en alguien que nos guíe y nos cuide. Necesitamos profesionales comprometidos con la mejora de la calidad, luego viene la capacitación técnica, que también es muy importante. Los éxitos proceden de las personas que se interesan por experimentar y aprender.

Sobre estos conceptos se consolidó el programa del XXV Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), en cuyo comité organizador y científico ha tenido presencia activa el Hospital Universitario Reina Sofía. Gracias a la Junta Directiva de SADECA por confiar en nosotros. Han sido meses de trabajo con entrega y compromiso.

Era el primer encuentro desde que comenzó la pandemia por la Covid-19 en formato presencial (más de 400 asistentes reunidos en el Palacio de Congresos). Vernos, después de tanto tiempo, ha sido lo mejor de este ansiado regreso y elegir Córdoba -mi ciudad- como sede, un orgullo y un privilegio inmenso. Tener la posibilidad de compartir cara a cara, de mirarnos a los ojos sin intermediarios y de escuchar lo que a otros les ha funcionado es necesario y muy motivador.

Las temáticas de este vigesimoquinto congreso (hospitalización pediátrica, atención telemática y digitalización, medicalización de residencias, propuestas de humanización, hospitalización domiciliaria, sistemas de vacunación y novedades en comunicación, entre otras) ha estado marcada por el punto de inflexión que ha supuesto la pandemia. La programación del congreso se estructuró en torno a tres mesas plenarios y seis sesiones para la exposición y defensa de comunicaciones, en su mayoría resultados de las experiencias innovadoras en gestión hospitalaria y Atención Primaria de Andalucía y también de fuera. Se aceptaron 275 comunicaciones (157 orales y 118 en formato póster) y este libro recopila un centenar de comunicaciones en ambos formatos seleccionadas por el jurado.

Los contenidos (muy variados) se concentraron en dos jornadas, con un alto nivel de aprovechamiento. La primera de las mesas plenarios, bajo el título 'Innovación en la gestión clínica', permitió poner sobre la mesa modelos sostenibles de gestión para las unidades de hospitalización, atención ciudadana en base a las nuevas tecnologías y sistemas para la atención de pacientes crónicos basados en el Big Data. La segunda mesa, sobre transformación digital y futuro, se centró en nuevos modelos organizativos en Farmacia Hospitalaria y Anatomía Patológica, entre otros. La última mesa fue sobre humanización y experiencias del paciente.

Una actitud crítica y exigente nos invita a crecer en una sociedad más libre y más llena de posibilidades y oportunidades. Este encuentro nos ha abierto las puertas a la innovación que vivimos en la sanidad andaluza. Hemos podido poner en común iniciativas novedosas, mirarnos en el espejo de los mejores y aprender de ellos. Así seguiremos caminando hacia la excelencia sanitaria.

Valle García Sánchez

Presidenta del Comité Organizador del XXV Congreso de SADECA
Directora gerente Hospital Universitario Reina Sofía

Índice

COMUNICACIONES PREMIADAS

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	2
CUIDANDODETI: UNIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.....	3
PRÁCTICA ASISTENCIAL ENFERMERA Y ACTUALIZACIÓN TECNOLÓGICA, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA AL ALCANCE DE LA MANO.....	4
ATENCIÓN AL CIUDADANO POR WHATSAPP EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA (CANAL CIUDADANO).....	5

COMUNICACIONES POR ÁREAS TEMÁTICAS

Acreditación

ACREDITACIÓN DE CENTROS COMPROMETIDOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	7
RESULTADOS DEL PROYECTO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS COMPROMETIDOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO....	8
ASOCIACIÓN ENTRE TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA COLONIZACIÓN Y RIESGO DE DESARROLLAR INFECCIÓN POR K. PNEUMONIAE KPC.....	9
HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES.....	10
EVOLUCIÓN DE LOS ESTÁNDARES NO SUPERADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	11
PROGRAMA DE ASESORAMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ACSA DE UNIDADES ASISTENCIALES.....	12
MANEJO CLÍNICO DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO DE SEPSIS PRECOZ: UN PARADIGMA PARA “DEJAR DE HACER”.....	13
MEDICALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN SOCIO-SANITARIA PARA GARANTIZAR LOS CUIDADOS Y PREVENIR COMPLICACIONES.....	14
ANÁLISIS CUANTITATIVO SOBRE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES.....	15
ASOCIACIÓN ENTRE COLONIZACIÓN RECTAL POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KP-KPC) Y MORTALIDAD.....	16

Ciudadanía

LA PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y FAMILIAS COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO Y PALANCA DE TRANSFORMACIÓN DEL HOSPITAL.....	17
SALUDANDO AL MUNDO: UNA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) DE CALIDAD. LA INFORMACIÓN NOS HACE LIBRES.....	18
TELEDERMATOLOGÍA. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL.....	19
CALIDAD PERCIBIDA EN UN HOSPITAL DE 2020. A PESAR DEL COVID.....	20

Desarrollo Profesional

PLAN DE MENTORÍA ACSA: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	22
DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE EL ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO EN UNA AGENCIA PÚBLICA SANITARIA.....	23
¿LOS INTENSIVISTAS APORTAMOS CALIDAD FUERA DE LA UCI?.....	24
COMPETENCIAS PERSONALES Y SALUD EMOCIONAL. CLAVES PARA LA HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	25

FORMAR PARA INFORMAR CON CALIDAD	26
IMPLANTACIÓN DEL CANAL UAP-SAPP PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN HOSPITAL REGIONAL	27
IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE FORMACIÓN POR COMPETENCIAS Y VALIDACIÓN DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA EN LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES.....	28
MEJORANDO LA ACOGIDA DE ESTUDIANTES RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA A TRAVÉS DE REALIDAD VIRTUAL	29
DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE EL CONFLICTO LABORAL EN UNA AGENCIA PÚBLICA SANITARIA.....	30
¿SABES CÓMO SUENA UN CORAZÓN CON MIEDO? APRENDAMOS A ESCUCHARLO.....	31

Evaluación de resultados

DISPOSITIVO DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA. RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE EXPERIENCIA.....	32
IMPACTO MEDIOAMBIENTAL Y ECONÓMICO DE UNA SOLUCIÓN DE QUÍMICA SECA EN UN GRUPO DE LABORATORIOS CLÍNICOS	33
UTILIDAD DEL <i>COMPREHENSIVE COMPLICATION INDEX</i> EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COMO NUEVO MÉTODO DE ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD	34
PERSONALIZACIÓN, HUMANIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN: HERRAMIENTAS CLAVES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE CALIDAD EN URGENCIAS.....	35
ESTUDIO DE LA MORTALIDAD POR COVID_19 EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.....	36
ADAPTACIÓN DE LA GESTIÓN DE PERSONAL AL ENTORNO DIGITAL	37
CUADRO DE MANDO POR CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DEMORA Y OBJETIVOS DEL CONTRATO PROGRAMA.....	38
EVALUACIÓN METODOLÓGICA DEL IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN SANITARIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	39
IMPACTO EN LA MEJORA DE INDICADORES DE CALIDAD SOBRE PROFILAXIS QUIRÚRGICA, CONSUMO y APARICIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA	41
EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD PARA PACIENTES CRÓNICOS	42
SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LA ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	43
MEJORA EN LA GESTIÓN Y TRAZABILIDAD DE LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	44
FLEBITIS ZERO: EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL.....	45
EFICIENCIA EN CUIDADOS Y GARANTÍA DE SOSTENIBILIDAD MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO COMO CENTRO CANDIDATO A LA EXCELENCIA EN CUIDADOS	46
GEOASMA ESTUDIO Y DEFINICIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS SOBRE LA INFLUENCIA DEL ENTORNO EN PACIENTES ASMÁTICOS EN ANDALUCÍA.....	47
MODELO PREDICTIVO PARA SELECCION DE GAMMAGRAFÍA ÓSEA VS SPETC/TC EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA	48
IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR COVID-19.....	49
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ENERGÍA EN EL H.U. REINA SOFÍA DE CÓRDOBA SEGÚN NORMA UNE-EN-ISO 50001:2018.....	50

Gestión clínica

LA MEDICALIZACIÓN DE RESIDENCIAS COVID-19, UN GRAN DESAFÍO PARA EL AGS SUR DE SEVILLA	52
LA RESILIENCIA EN LA GESTIÓN CLÍNICA: PLAN QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO Y DE CIRUGÍA PREFERENTE EN ÉPOCA COVID	53
CALIDAD PERCIBIDA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EL F.O.D.A. DINÁMICO COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CRISIS	54
DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE RECURSOS DIGITALES PARA USO PROFESIONAL EN LA UCI	55
GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.....	56
OPTIMIZACIÓN DEL RENDIMIENTO DE UN EQUIPO PET/TC MEDIANTE APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN Y ANÁLISIS DE CLUSTERS.....	57
DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS: FARMA HCRC	58
MEJORA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS	59
CUADRO DE MANDOS PARA SEGUIMIENTO DE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA.....	60
GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: LECCIONES APRENDIDAS DE LA PANDEMIA COVID-19	61
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA LEPTOSPIROSIS EN LOS HUMEDALES. UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LOS PROFESIONALES DE SALUD	62
CATEGORIZACIÓN DE PROCESOS SUSCEPTIBLES DE RESOLUCIÓN MEDIANTE TELECONSULTAS EN UN ÁREA HOSPITALARIA.....	63
CUADRO DE MANDO INTEGRADO, DINÁMICO Y ADAPTABLE POR LOS DECISORES. MÁS ALLÁ DEL DATO	64
PROYECTO MATERNAL POR VIDEOCONFERENCIA PROGRAMA MATER_HOUSE	65
¿EXISTE UN BUEN SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA PREVENIR LA RETINOPATÍA DIABÉTICA?.....	66
AIRÍN, UNA APLICACIÓN PARA GESTIONAR LAS SALAS DE FISIOTERAPIA DEL AGS SUR DE CÓRDOBA.....	67
INSTRUMENTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL.....	68
CONSULTA ACOGIDA, EXPERIENCIA EN UN CENTRO SALUD RURAL	69
REFLEXIÓN A PROPÓSITO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL SÍNCOPE	70
GESTIÓN INTEGRAL DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA - ANÁLISIS FUNCIONAL - CASO DE USO PRO-Q.....	71

Humanización

DISMINUCIÓN DEL RUIDO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP): MEJORANDO NUESTRA CALIDAD ASISTENCIAL	72
RESULTADOS DE UN PROGRAMA ENFERMERO PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA Y EL DOLOR POSTOPERATORIO	73
DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS PARENTAL ANTE CIRUGÍA CARDÍACA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	74
EL PODCAST: NUEVO CANAL DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA SOCIEDAD.....	75
EMCA Y CUIDADOS AVANZADOS EN ENFERMOS CRÓNICOS COMPLEJOS INMOVILIZADOS A TRAVÉS DE "PASEOS VIRTUALES DE 360º"	77
PLAN DE MEJORA DE LA CONFORTABILIDAD EN EL HOSPITAL INFANTA MARGARITA.....	78

UN MANUAL PARA COMPARTIR Y PODER MEDIRNOS: MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	79
ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS HERRAMIENTAS AUDIOVISUALES EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES	80
MANTENER LA IMAGEN CORPORAL EN LA PATOLOGÍA DE LA MAMA.....	81
HUMANIZANDO LA ASISTENCIA SANITARIA: HOSPITAL INCLUSIVO	82
EPA PROCESOS ONCOLÓGICOS COMPLEJOS. EXPERIENCIA INICIAL.....	83
HUMANIZAR LA ASISTENCIA COMO HORIZONTE DE MEJORA CONTINUA: EXPERIENCIA DE UNA VERIFICACIÓN DE CALIDAD	84
TEJIENDO LA HUMANIZACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: UN CONCEPTO COMPARTIDO Y DINÁMICO	85

Procesos asistenciales

LOS PACIENTES Y LOS PROFESIONALES COMO PALANCA DE TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN A TRAVÉS DEL MODELO E=MC².....	86
"AQUELLAS OTRAS COSAS..." MANUAL DE SUPERVIVENCIA EIR.....	88
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN INVESTIGACIÓN: USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET.....	90
GESTIÓN DE LAS COMISIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS COMO EJE DE LA POLÍTICA DE CALIDAD DEL CENTRO	91
EVALUACIÓN DE USABILIDAD PROYECTO M-LISTABLE. MEJORÍA DEL BIENESTAR Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE CATARATAS MEDIANTE SISTEMAS COLABORATIVOS	92
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA EN TIEMPOS DE COVID-19.....	93

Seguridad del paciente

DISEÑO DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LA REVISIÓN DE GRANDES POLIMEDICADOS.....	94
SEGURIDAD Y DOLOR EN LAS PACIENTES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE EN NUESTRA UNIDAD: HISTERECTOMÍAS Y CIRUGÍA DE MAMA.....	95
DOBLE TRIAJE PARA UNAS URGENCIAS MÁS SEGURAS.....	97
PRIMERA FASE DEL PROYECTO MANOS SEGURAS 3.0: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN BASAL DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	98
MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES: DESDE LA RECEPCIÓN HASTA LA DISPENSACIÓN.....	99
COMPLICACIONES ASOCIADAS A ACCESOS VENOSOS DE LARGA DURACIÓN EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS	100
10 AÑOS DE NUESTRO PROPIO SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ¿QUÉ NOS HA APORTADO?	101
ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS QUE PRESENTAN INCIDENCIAS RELACIONADAS CON DUPLICIDAD O FRAGMENTACIÓN DE REGISTROS	102
DIGITALIZACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL CIRCUITO DE BANCO DE SANGRE.....	103
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN EN UNIDADES SELECCIONADAS	104
DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA APP PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISPOSITIVOS VENOSOS.....	105
SEGURIDAD EN EL NEONATO. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA UCI NEONATAL	106
ANÁLISIS DEL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN DE UN PLAN FUNCIONAL... ..	107
CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	109

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL ACRÓNIMO <i>IDEAS</i> PARA LA TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES	110
MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	112

COMUNICACIONES PREMIADAS

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: LACAL PEÑA JM, CRUZ GUIADO V, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T*, CASTILLO MORAGAS MJ, SOTO BELLIDO A, SÁNCHEZ BASALLOTE JE

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Evaluación de resultados, Procesos asistenciales

Objetivos

La Unidad de Rehabilitación Cardíaca (RHB-C) inició su actividad en 2018 atendiendo hasta la fecha a 640 pacientes. La capacidad mensual de la sala es de 24 pacientes, por debajo de las necesidades de nuestra población.

De los pacientes que se atendían en la consulta inicial de estratificación de riesgo, un 12% no eran incluidos, la mitad de ellos por motivos de accesibilidad (los pacientes de las zonas más alejadas).

Para mejorar la accesibilidad y aumentar la capacidad de nuestra Unidad se ha diseñado un programa de RHB-C de Bajo Riesgo en los Centros de Salud, basado en el documento consenso de la SEC, SERMEF, y de la semFYC, denominado proyecto RehaCtivAP.

El objetivo es describir el Programa diseñado y comparar los resultados en salud obtenidos tras el programa en atención primaria (AP) y el programa hospitalario.

Materiales y Métodos

En el Programa los pacientes son estratificados y, en caso de ser incluidos, continúan con la consulta de Enfermería, Fisioterapia y Rehabilitador. Los de bajo riesgo, y siempre por criterios cardiológicos, de las dos áreas de menor accesibilidad, se derivan a uno de los dos Centros de Salud designados. El nº de sesiones a realizar, al ser pacientes de bajo riesgo, es de 12 (3 semanales/4 semanas). Tras su finalización, son reevaluados por Cardiología previo al alta. Se ha realizado un plan formativo para los profesionales incluidos en el grupo, incluyendo rotaciones por la Unidad Hospitalaria. Se han dotado a las salas del material necesario para la realización del programa.

Las variables utilizadas para comparar los resultados en salud fueron: cambio en el IMC, cambio LDL colesterol, mejora en METs, reincorporación laboral, tabaquismo antes/después.

Resultados

El Programa de RHB-C en los Centros de Salud se inició en el mes de mayo de 2021. Han finalizado el programa 19 pacientes. La edad media fue de 55,6 $\pm$ 8,8 años (rango: 43-79 años).

No hubo cambios en el IMC del grupo de rehabilitación hospitalaria (el IMC se modificó en 0,32 kg/m² (IC95% -0,33 a 0,97; p=0,333). En el grupo de rehabilitación en AP se logró una reducción del IMC de 3,28 kg/m² (IC95% 1,54 a 5,02; p=0,0005). Respecto al cLDL, se encontró una reducción significativa en ambos grupos, con una reducción de 31,6 mg/dL (IC95% 26,9 a 35,8; p<0,0001) en el grupo hospitalario y 31,2 mg/dL (IC95% 13,4 a 49,0; p=0,001). La ganancia en METs fue de 1,8 (IC95% 1,3 a 2,3; p<0,0001) en el grupo hospitalario, y careció de significación en el grupo de AP (diferencia 1,4 (IC95% -1,0 a 3,8; p=0,250). El 88% de ellos se reincorporaron laboralmente en AP mientras que en el hospitalario un 90%. La reducción de pacientes fumadores fue de un 65% en AP y un 61,9% en el hospitalario.

Discusión

Según los parámetros analizados, los resultados del programa de RHB-C en AH y AP no difieren sustancialmente. Estos resultados, si se mantiene con mayor número de pacientes, confirman la eficiencia de los programas de RHB-C en los Centros de salud para los pacientes de bajo riesgo, con una mejora de su accesibilidad.

CUIDANDODETI: UNIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Autores: POZO MUÑOZ F*, GARCÍA CISNEROS RJ, FONTALBA NAVAS A, JIMÉNEZ MARTÍNEZ MB, GARCÍA LARROSA MJ

Palabras clave: Eficiencia, Enfermedad crónica, Gestión clínica, Gestión de cuidados, Gestión de la calidad

Objetivos

Los modelos de abordaje a la cronicidad en la actualidad pueden resultar obsoletos, al realizar un abordaje fragmentado de la persona por órganos y sistemas. El modelo que planteamos pretende realizar un abordaje integral del paciente, situándolo en el centro de la atención. La unidad CuidandodeTi forma parte del proyecto CuidándoTe que integra las iniciativas que se han ido emprendiendo desde el Área Sanitaria en relación a la cronicidad. El objetivo es proporcionar una respuesta integral y adaptada a la cronicidad compleja durante la hospitalización mejorando la calidad y la eficiencia de las intervenciones.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo observacional longitudinal de 6 meses de duración. Análisis indicadores de actividad, eficiencia, cuidados y farmacia. Fuentes de información: Historia Digital DIRAYA, módulo de cuidados, CMBD, Microestategy y Gerhonte. La unidad cuenta con 16 camas en habitaciones individuales con cama de acompañante. Los recursos humanos de enfermería se han adaptado a la mayor complejidad con una ratio superior a la hospitalización convencional. A esto se suma la colaboración de otras categorías profesionales. El impulso de las distintas líneas de trabajo se han coordinado desde un grupo motor integrado por un equipo multidisciplinar e interniveles.

Resultados

Se ha atendido un total de 104 ingresos (95 pac), 48 hombres y 56 mujeres. La edad media ha sido de 83,29 años (Máx 94; mín 53). El servicio de procedencia ha sido urgencias (46,15%) y Medicina Interna (32,69%), entre otros. La estancia media ha sido de 9,93, siendo en Med Interna para el mismo período de 11,1 días; el IEMA ha sido de 0,98. En cuanto a la complejidad, el peso medio ha sido de 1,16, mientras que en el resto es de 1,001. La valoración de la complejidad a través de la escala EPADI se ha realizado a un total de 88 pacientes (84,61%). El EPADI medio ha sido 5,87, situándose la mediana en un EPADI 6 (nivel de complejidad intermedio). El número de reingresos ha sido de 9 (8,65%). El número de éxitus ha sido de 33 (31,73%). Respecto a los indicadores de cuidados, un 57,69% tenían un riesgo alto de caídas y un 14,42% mostraban un conocimiento deficiente. En cuanto a farmacia, al 100% de los pacientes se les ha realizado una intervención integral con conciliación de medicación, con una reducción media de dos principios activos; además se han realizado un total de 283 recomendaciones de adecuación y se han resuelto 166 potenciales problemas de medicación.

Discusión

Los resultados nos permiten concluir que a pesar de que la complejidad de estos pacientes es mayor, el tipo de cuidados que se proporciona en la unidad parece influir en una mayor eficiencia en la gestión como lo muestran el ahorro de estancias ajustadas por complejidad y la reducción en los potenciales problemas de medicación. Se hace preciso prolongar la duración del estudio para incrementar la validez de los resultados y que nos permitan concluir que el tipo de atención que se proporciona en este modelo puedan resultar más eficientes.

PRÁCTICA ASISTENCIAL ENFERMERA Y ACTUALIZACIÓN TECNOLÓGICA, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA AL ALCANCE DE LA MANO

Autores: RUS MOLINA J*, LIMONCHI PÉREZ MM, CÁRDENAS RODRÍGUEZ JA, GALLEGO PUERTOLLANO JA

Palabras clave: Cuidados de enfermería, Eficiencia, Gestión de cuidados, Hospital, Sistemas de Información

Objetivos

El registro del trabajo de las profesionales de Enfermería ha sido, tradicionalmente, el talón de Aquiles de este colectivo, caracterizado por el cuidado de pacientes en unidades normalmente masificadas y atendidas por una ratio de profesionales claramente inferior a la deseada. La más que conocida frase “lo que no está escrito no está hecho” crea un sentimiento de frustración en las enfermeras, preocupadas por ofrecer una atención de calidad y en términos de seguridad del paciente.

Objetivos:

Evaluar la recogida en tiempo real y a pie de cama de información para el registro de los cuidados de enfermería como elemento de seguridad y calidad.

Medir la satisfacción de las profesionales en cuanto al uso de tabletas que permiten la recogida y consulta de información de forma inmediata.

Materiales y Métodos

Equipo de trabajo multidisciplinar (coordinación de enfermería, gestoras de cuidados, informático) y se realiza un análisis de información a recoger, incluyendo valoración de enfermería, intervenciones (NIC), escalas de valoración, incidencias, constantes, tratamiento farmacológico... Se programa una aplicación informática adaptada a tabletas, que sirve tanto para consultar historia clínica como para modificar o añadir información en tiempo real. La información se vuelca de forma inmediata en el historial del paciente. Un total de 7 tabletas en las Unidades de Hospitalización, CMA y Urgencias. El análisis de la satisfacción de profesionales se realizó mediante cuestionario *ad hoc*.

Resultados

En los dos primeros meses en funcionamiento los resultados han sido muy positivos tanto en el pilotaje del funcionamiento por parte de los profesionales como en la calidad y cantidad de información recogida. Además, el tiempo empleado en dicha recogida de información ha sido menor que en el anterior modelo de recogida a mano.

Discusión

Poder registrar el trabajo de enfermería a pie de cama facilita la planificación de los cuidados usando metodología enfermera, tarea ardua históricamente para los profesionales, normalmente ocupados en la ejecución de cuidados y actividades delegadas por otros profesionales del equipo.

La aceptación del uso de estos dispositivos por parte de las profesionales de las unidades en las que se ha pilotado, ha sido satisfactoria, aunque hemos observado que cuando la presión asistencial aumenta, las profesionales hacen un mayor uso de las herramientas tradicionales. Hay que tener en cuenta que el periodo de pilotaje ha coincidido con época de vacaciones e incorporación de profesionales nuevos, y quizás no han podido explotar los dispositivos como hubiera sido deseable.

Como conclusión, podemos decir que el uso de tabletas facilita mucho el registro y consulta de la historia clínica a pie de cama. Así bien, se necesita un periodo de adaptación en el que las enfermeras usen las TICs de manera normalizada, y valoren si el uso de dispositivos portátiles como las tabletas, les supone un ahorro de tiempo en la atención y un aumento de la calidad y seguridad de los cuidados.

ATENCIÓN AL CIUDADANO POR WHATSAPP EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA (CANAL CIUDADANO)

Autores: LÓPEZ GONZÁLEZ JR*, LEAL DOMINGO AL

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Gestión de la Información, Organización y administración, Participación, Percepción del paciente

Objetivos

El Área Sanitaria Norte de Córdoba atiende a un total de 80.000 personas en una zona de amplia dispersión geográfica. La pandemia de COVID-19 alejó al usuario de los servicios sanitarios (miedo, aislamiento) en un momento en el que además nos necesitaban y esta situación desembocó en un colapso en nuestras líneas telefónicas.

Ante esa perspectiva surgió el Canal Ciudadano para poder atender a los usuarios usando la aplicación Whatsapp.

El Canal nació con los siguientes objetivos:

- Humanizar el área con una nueva forma de comunicación más cercana, directa y personal.
- Informar inmediatamente de las medidas adoptadas. Feedback instantáneo del usuario que nos permite modelar y corregir.
- Prevenir crispación y frustración del ciudadano (citas telefónicas, demoras, etc.)
- Dar certezas; en plena vorágine de *fakes news* sobre la pandemia COVID-19, era necesario llevar nuestro mensaje directamente al ciudadano.

Materiales y Métodos

Adaptación a la política de privacidad del Área y a la normativa de Unidad de Seguridad TIC del SAS y de su Asesoría Jurídica.

Elaboración de banco de respuestas basadas en preguntas más frecuentes de los ciudadanos.

Creación de grupo multidisciplinar de apoyo para dar respuesta a consultas personalizadas y específicas.

Publicidad inicial en redes y medios de comunicación.

Resultados

Desde enero a sept de 2021, tiene 1300 usuarios inscritos en el servicio de adscripción permanente.

Desde enero a sept de 2021, ha recibido 7263 consultas con tiempos de respuesta muy bajos, lo que se traduce en satisfacción de los ciudadanos.

La captación de personas no vacunadas, por error en datos administrativos, ha sido del 100% a través del canal.

Los usuarios han percibido la humanización que supone que su organización sanitaria esté tan cerca, como a un simple texto o audio de whatsapp, y la certeza que proporciona saber qué hacer en cada momento de su relación con ella.

Discusión

La extensión de WhatsApp y Telegram han permitido una rápida adopción, aceptación y uso del Canal Ciudadano. Ha humanizado todos los procedimientos del área, proporcionando cercanía e información de primera mano para corregir y adaptar los circuitos de atención.

Ha disminuido la presión sobre los profesionales de atención a la ciudadanía.

La atención al ciudadano es más calmada y reflexionada, se evita la tensión y la ansiedad del teléfono y se le da respuestas con mucha más precisión.

El 90% de las consultas se atienden con la base de datos de respuesta a preguntas frecuentes.

La atención directa e instantánea ha reducido el número de usuarios descontentos en redes sociales.

El servicio de atención al ciudadano por Whatsapp: ACERCA, HUMANIZA, COMUNICA, NOS INFORMA y NOS AYUDA a pulsar el ánimo y la situación de la población y MANTIENE ÁGILES a nuestros profesionales puesto que saben que la comunicación y la resolución debe ser cada vez más inmediata.

COMUNICACIONES POR ÁREA TEMÁTICA

ACREDITACIÓN DE CENTROS COMPROMETIDOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Autores: SANTANA LÓPEZ V*, CEBALLOS POZO M, EXPÓSITO CÍVICO I, SUÁREZ RAMOS A, CAMPOS AGUILERA MJ, CAMPOS GARCÍA MT

Palabras clave: Acreditación, Autoevaluación, Certificación, Evaluación de procesos, Gestión de la calidad

Objetivos

La magnitud que la violencia de género ha adquirido en la sociedad actual, pone de manifiesto la urgente y necesaria intervención integral ante esta problemática en la que el ámbito sanitario se reconoce como parte indispensable.

Objetivo:

Elaborar y promover un sistema acreditativo de centros sanitarios comprometidos contra la violencia de género.

Mat_Met

El proyecto ha sido promovido por la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPOF) de la Consejería de Salud y Familias. Se ha elaborado un manual de 31 estándares agrupados en 6 criterios. Para ello, se ha configurado un comité técnico asesor que realizó un primer borrador a partir de la propuesta elaborada por profesionales de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Una vez revisados y aprobados estándares y criterios, se volcaron en la aplicación web Belt-IA Violencia de género, la cual permite la autoevaluación de una manera accesible y sencilla. A continuación, se realizó un pilotaje con tres centros sanitarios cuyos resultados se analizaron posteriormente para incorporar mejoras. Esta fase incluyó una capacitación dirigida a profesionales especialistas en violencia de género con objeto de que llevaran a cabo la evaluación externa, las visitas de evaluación y la emisión de informes. A partir de aquí, se han realizado tareas de difusión y publicación de resultados.

Resultados

El proyecto se ha ejecutado en los plazos previstos en su cronograma inicial, obteniéndose un sistema acreditativo de un único nivel con una vigencia de 3 años y que fija una evaluación de seguimiento a los 18 meses, sustentado en un manual con 31 estándares agrupados en 6 criterios claves: formación, estrategia y proyección en entorno, detección, intervención coordinación y seguimiento.

Se ha elaborado una herramienta web de apoyo al proceso, un modelo de capacitación de personas evaluadoras y material de ayuda y apoyo para los centros.

Discusión

Actualmente la acreditación está abierta para los centros directivos del SSPA estando financiada con fondos del Pacto de Estado contra la violencia de género, gestionados por la DG de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. El que no suponga coste o desembolso a los centros favorece que se sumen al proceso. Otros facilitadores serían la disponibilidad y accesibilidad del proceso a través de la web y de la aplicación de soporte Belt-IA.

La elaboración de un sistema de acreditación de centros de un único nivel, con estándares claros y concisos, también contribuye a aumentar el interés que los centros muestran por este proceso de acreditación.

Además, el que la acreditación aporte a los centros información sobre sus áreas de mejora y fortalezas le permite establecer líneas de trabajo a medio y largo plazo.

RESULTADOS DEL PROYECTO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS COMPROMETIDOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Autores: CEBALLOS POZO M*, SANTANA LÓPEZ V, EXPÓSITO CÍVICO I, SUÁREZ RAMOS A, CAMPOS GARCÍA MT, CAMPOS AGUILERA MJ

Palabras clave: Acreditación, Autoevaluación, Gestión de la calidad, Organización y administración, Política de salud

Objetivos

Describir los resultados del sistema acreditativo de centros sanitarios comprometidos contra la violencia de género.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado sobre una población de 45 centros directivos del SSPA desde la puesta en marcha del sistema de acreditación, enero 2021 a 30 septiembre 2021. El proceso se sustenta en un manual con 31 estándares agrupados en 6 criterios: Formación, Proyección en entorno, Detección, Intervención, Coordinación y Seguimiento. Durante la evaluación se señalan fortalezas y áreas de mejora con intención de que la acreditación favorezca e impulse la mejora continua en violencia de género. La acreditación distingue aquel criterio en el que un centro destaca en función del nº de fortalezas identificadas. El tiempo de autoevaluación está limitado a 90 días.

Variables definidas: a) Cobertura en diferentes fases del proceso (registro, autoevaluación, finalizado), b) Mejoras y fortalezas y c) Tiempo (días) de autoevaluación. Se emplean como parámetros estadísticos frecuencia y media. Datos extraídos de la aplicación Belt-IA - Violencia de Género.

Resultados

Cobertura: 17 centros (27%) en alguna fase del proceso. Distribución por fases: 7 en registro, 5 en autoevaluación y 5 finalizados (11%). El 100% de centros que han finalizado el proceso han conseguido la acreditación.

Los criterios en los que han destacado los centros acreditados son Coordinación (2), Seguimiento (1) e Intervención (2).

Áreas de mejora: totales $136 \bar{x}27,2$; Formación $23 \bar{x}4,6$; Estrategia y proyección en el entorno $19 \bar{x}3,8$; Detección $25 \bar{x}5,0$; Intervención $29 \bar{x}5,8$; Coordinación $26 \bar{x}5,2$; Seguimiento $14 \bar{x}2,8$ Fortalezas: totales 102, $\bar{x}20,4$; Formación $24 \bar{x}4,8$; Estrategia y proyección en el entorno $16 \bar{x}3,2$; Detección $10 \bar{x}2,0$; Intervención $13 \bar{x}2,6$; Coordinación $19 \bar{x}3,8$; Seguimiento $20 \bar{x}4,0$

Tiempo de autoevaluación: 82 días.

Discusión

El nº de áreas de mejora es mayor que el de fortalezas a consecuencia del diseño del proceso de evaluación en el que se contemplan más ocasiones para señalar opciones de mejora que fortalezas.

Aunque el criterio Formación es el que más fortalezas muestra en los centros acreditados no resulta destacado en ninguno, debido a que la distribución de los 31 estándares entre los 6 criterios es dispar (Formación suma 7 estándares) y para considerar que un centro destaca en un criterio determinado se pondera el número de fortalezas en relación con los estándares que engloba.

Sobre la consecución a medio y largo plazo de las áreas de mejora indicadas, dado que la acreditación tiene una vigencia de 3 años, con una evaluación de seguimiento a los 18 meses aún no se dispone de datos que permitan objetivarlo.

El análisis confirma la ejecución favorable, cumpliendo en tiempo y forma con lo previsto. A lo largo del próximo año, el objetivo es facilitar acceso y soporte a los centros que se sumen (28), siendo posible que en 2022 la totalidad de los centros directivos del SSPA hayan podido completar el proceso.

ASOCIACIÓN ENTRE TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA COLONIZACIÓN Y RIESGO DE DESARROLLAR INFECCIÓN POR *K. PNEUMONIAE* KPC

Autores: CANO YUSTE Á*, GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ B, MACHUCA SÁNCHEZ I, RODRÍGUEZ BAÑO J, MARTÍNEZ MARTÍNEZ L, TORRE CISNEROS J

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Enfermedad crónica, Gestión clínica, Hospital

Objetivos

La colonización por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (Kp-KPC), se ha asociado con el riesgo de desarrollar infección por Kp-KPC. El impacto del tiempo transcurrido desde la colonización de este riesgo no es bien conocido.

Materiales y Métodos

Estudio de cohorte longitudinal, prospectivo y observacional de pacientes a los que se les realizó frotis rectal para descartar colonización rectal por Kp-KPC desde el 12 de julio de 2012 al 17 de noviembre de 2017. Pacientes colonizados al inicio del seguimiento y los colonizados durante el seguimiento fueron incluidos en el análisis. Se utilizó el análisis CART para dicotomizar variables en función de un mayor o menor riesgo de desarrollar una infección. Se representaron curvas de supervivencia libre de infección de Kaplan-Meier y en el análisis se utilizó la prueba de log-rank.

Se utilizó regresión logística para identificar variables asociadas con la infección por Kp-KPC.

Resultados

Se siguió a un total de 1.310 pacientes durante 90 días. De ellos, 166 colonizados por Kp-KPC fueron analizados. 47 de 118 pacientes colonizados al inicio del seguimiento desarrollaron infección (39,8%) versus 31 de 48 pacientes colonizados durante el seguimiento (64,6%; $P = 0,006$). Variables asociadas con el desarrollo de infección por Kp-KPC en el análisis de regresión logística fueron: detección de colonización durante el seguimiento (OR, 2,74; IC del 95%, 1,07-7,04; $P = 0,03$), puntuación de riesgo de Giannella (OR, 1,51, IC del 95%, 1,32-1,73, $P < 0,001$), ingreso en servicios de alto riesgo (OR, 4,77; IC del 95%, 1,61-14,10; $P = 0,005$) y manipulación urológica tras el ingreso (OR, 3,69, IC del 95%, 1,08-12,60, $P = 0,04$). En 25 de 31 pacientes (80,6%) colonizados durante el seguimiento que desarrollaron infección por Kp-KPC, la infección apareció dentro de los 15 días después de la colonización.

Discusión

El riesgo de infección por Kp-KPC es más elevado cuando la colonización se adquiere recientemente durante la hospitalización.

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES

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

Palabras clave: Acreditación, Certificación, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Indicadores

Objetivos

Analizar las herramientas puestas en marcha por la Unidad de Calidad del hospital para facilitar la gestión de la calidad en las unidades asistenciales.

Materiales y Métodos

En los últimos años, se han diseñado e implantado las siguientes herramientas, que están disponibles para todas las unidades del hospital:

- Auditoría de Historia Clínica y de Consentimiento Informado: plantilla para la realización de estas auditorías que permite realizar automáticamente el cálculo y la evaluación de los datos, con gráficos que facilitan el análisis para detección de áreas de mejora.
- Plantilla de seguimiento de indicadores de Calidad y Seguridad, utilizada para realizar auto-auditorías sobre aspectos claves relacionados con la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de buenas prácticas como: identificación inequívoca del paciente y uso seguro de la medicación, conservación y control de caducidad de medicamentos y fungibles, garantizar la seguridad del paciente en situaciones de emergencia, revisión de espacios, equipamiento y cartelería.
- Encuestas de satisfacción digitalizadas: éstas se difunden a través de códigos QR en cartelería. Diseño de un sistema automatizado que analiza los resultados obtenidos a tiempo real.
- Carpeta compartida con documentos generales del centro y aplicables a cualquier Unidad: Organización de los documentos generales del centro que son solicitados por los esquemas de certificación y acreditación, distribuidos en carpetas.
- Coordinación con Servicios Generales (mantenimiento, electromedicina, prevención de riesgos laborales y gestión ambiental): la Unidad de Calidad actúa como interlocutora, para coordinar las necesidades y facilitar la información solicitada.
- Cartelería y señalización unificada: Revisión de la cartelería de la Unidad y entrega de cartelería y señalización.
- Registro telemático de la prevalencia de las úlceras por presión en las unidades asistenciales

Resultados

En Hospital cuenta con 38 Unidades Clínicas, el % de Unidades que han utilizado cada uno de los recursos en 2020-2021 (octubre) ha sido de:

- Revisión de HHCC y Consentimiento Informado: 73,7%
- Seguimiento Indicadores Calidad y Seguridad: 73,7%
- Encuestas de Satisfacción: 100%
- Registro telemático de la prevalencia de las úlceras por presión: 100% de unidades asistenciales
- Documentos generales Carpeta compartida: 370
- Carpeta personalizada Información de Servicios Generales: 73,7%
- Cartelería Unificada, en proceso de implantación

Discusión

La puesta en marcha de herramientas que facilitan la evaluación de la actividad y los resultados, la coordinación de documentos y cartelería, la comunicación con servicios generales, hace que las Unidades implanten mejoras y soliciten evaluaciones externas (certificaciones) al tener un apoyo en este proceso desde la Unidad de Calidad.

Estas iniciativas han repercutido positivamente en la percepción que tienen los profesionales sobre la Unidad de Calidad, ya que ha obtenido un índice global de satisfacción del 91,78%

EVOLUCIÓN DE LOS ESTÁNDARES NO SUPERADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: BONACHELA SOLÁS P*, CERVERA BARAJAS A, VARELA RUBIO RE, LÓPEZ GARRIDO L, DE ROJAS LUQUERO C, LÓPEZ RODRÍGUEZ L

Palabras clave: Certificación, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Hospital, Indicadores

Objetivos

Analizar las no conformidades de los estándares del Grupo I obligatorios de las evaluaciones de calidad de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de un Hospital de tercer nivel.

Materiales y Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal sobre las no conformidades derivadas de las evaluaciones de las certificaciones de UGC de un hospital de tercer nivel por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Los datos analizados se han obtenido de los informes de evaluación de la ACSA durante el periodo 2011-2021.

Resultados

Se han analizado los 41 estándares del Grupo I Obligatorio del Manual de certificaciones de UGC de la ACSA de las 30 UGC del Hospital con un número de informes analizados igual a 57 (N= 57) y un número total de no conformidades igual a 134 (n= 134). Agrupándolas según los criterios de dicho manual se han obtenido los siguientes resultados: El criterio con mayor número de no conformidades se corresponde con el criterio 8 "Estructura, equipamiento y proveedores" (53%) seguido del criterio 10 "Herramientas de calidad y seguridad" (15.8%). El criterio con menos número de no conformidades es el criterio 5 "Promoción de la salud" (0%) seguido por el criterio 11 "Resultado de la Unidad de Gestión Clínica" (0.7%).

Discusión

El criterio con un mayor porcentaje de no conformidades está relacionado con la estructura, el equipamiento y los proveedores y cuya finalidad es garantizar, la implicación de las unidades en la seguridad de las instalaciones que utiliza, en la gestión de su equipamiento, en el control seguro de materiales y residuos peligrosos, así como en la identificación de riesgos laborales y en la seguridad laboral.

Estos hallazgos se han debido, mayoritariamente, a que se trata de un hospital con más de 50 años en el que la inversión en instalaciones ha sido insuficiente. Esta situación está mejorando paulatinamente debido a la gran inversión que se está gestionando.

El criterio al que más se adecua la gestión de la calidad de las UGC es la promoción de la salud.

Esto se debe a que la totalidad de las UGC incorporan programas de promoción de la salud y prevención relacionados con los estilos de vida saludables de la población que atienden mediante acuerdos con Atención Primaria lo que garantiza la continuidad de la atención y de los cuidados.

Este contrasta con el de instalaciones y equipamiento puesto que la inversión necesaria para llevarla a cabo es mucho menor.

A todo esto, hay que añadirle que desde el año 2011, la ACSA ha ido actualizando los manuales desde el denominado ME 5 1-04 (2011) hasta el ME 5 1-07 vigente con cambios significativos en los elementos evaluables de algunos criterios.

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN ACSA DE UNIDADES ASISTENCIALES

Autores: DE LA TORRE GÁLVEZ IM*, TORRES PÉREZ LF, PÉREZ VILLAREJO D, VILASECA FORTES M, RODRÍGUEZ ARIZA F, TORRES VERDÚ B

Palabras clave: Acreditación, Certificación, Cultura organizacional, Evaluación de procesos, Gestión de la calidad

Objetivos

- Facilitar a las unidades el proceso de Certificación ACSA.
- Generar cultura de mejora continua.

Materiales y Métodos

Diseño de una cartera de servicios ofertada a las Unidades según la fase en la que se encuentren, haciendo seguimiento de la situación mediante cronograma bianual.

Desarrollo de estructura dinámica, basada en las fases del proceso de Certificación, con acceso desde INTRANET del hospital y que se nutre de las acciones a llevar a cabo, así como documentos y recursos a emplear para el buen desempeño del proceso en cada momento.

Se oferta la posibilidad de revisión de evidencias aportadas, con el objetivo de encontrar coherencia con el propósito del estándar; y simulacro de visita con el que poner en valor el trabajo desarrollado por la unidad y las posibles debilidades que permitan oportunidad de mejora.

Continuando con las fases, se acompaña a la unidad en su fase de estabilización y una vez alcanzado el nivel de certificación, se continua seguimiento y control de estándares dinámicos como garantía de continuidad y consolidación, recordando el ciclo de acción en los mismos; auditorías, informes justificativos y de análisis.

Resultados

Ha habido un aumento del número de unidades en proceso de Certificación; de 13 a 20 unidades (53,85%), observando un aumento del nivel de consecución de estándares, de 57.02% en 2017 frente al 65,60% en 2021 (15%) y del nivel de certificación, 2 unidades en nivel óptimo, 2 unidades en subida de nivel a óptimo y una en subida de nivel a excelente.

Esto ha permitido el desarrollo de documentos transversales beneficiando al resto del centro como mejora en la disminución de la variabilidad de procesos; en total 34 documentos entre procedimientos, guías y dípticos informativos.

Otra línea afectada son los servicios de soporte; con unificación de acciones y de comunicación en el desarrollo de criterios comunes de calidad, que igualmente, redundan en el beneficio de las estructuras del hospital.

Para conocer la percepción de las unidades sobre este programa, se diseñó encuesta para análisis de los puntos que precisen mejora o reformulación de acciones. Ha sido contestada por el 49% de los consultados, siendo alto el nivel de satisfacción. En la exposición se expondrán datos finales.

Discusión

Un programa de asesoramiento y control del proceso de certificación facilita la consolidación de esta línea, disminuyendo la posible claudicación o abordaje pulsátil en el momento de las visitas de ACSA, contribuyendo a la mejora continua y acortando tiempos de madurez en el modelo.

Ha permitido a la Unidad de Calidad conocer la visión de ACSA en detección de fortalezas y debilidades de las unidades evaluadas, obteniendo una oportunidad de aprendizaje que destierra malos hábitos para adquirir mejoras extrapolables al resto de la institución.

Todo este proceso precisa de un canal de comunicación ágil entre todos los participantes y de apoyo institucional que ponga en valor el reconocimiento externo recibido.

MANEJO CLÍNICO DEL RECIÉN NACIDO EN RIESGO DE SEPSIS PRECOZ: UN PARADIGMA PARA “DEJAR DE HACER”

Autores: VARELA RUBIO E*, PAVÓN DELGADO A, LÓPEZ RODRÍGUEZ L, BONACHELA SOLÁS P, CERVERA BARAJAS A

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Gestión de la calidad, Gestión de riesgos, Manejo de Atención al Paciente, Procesos asistenciales

Objetivos

1. Guiar el manejo clínico de los recién nacidos con factores de riesgo de sepsis precoz que ingresan en planta de la maternidad junto a su madre.
2. Dejar de realizar pruebas complementarias a los recién nacidos con factores de riesgo infeccioso y que no aportan valor a la resolución del proceso.
3. Reforzar la vigilancia clínica de los recién nacidos con factores de riesgo infeccioso.
4. Disminuir los ingresos en neonatología derivados de alteración de pruebas complementarias en pacientes asintomáticos.
5. Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de usuarios y profesionales.

Materiales y Métodos

Metodología Lean-healthcare

Revisión bibliográfica en búsqueda de nueva evidencia.

Se define un Plan de manejo estandarizado donde se establece:

ACTUACIONES CLÍNICAS Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES.

1. Documentar los factores de riesgo de sepsis neonatal precoz
2. Reconocer las situaciones de corioamnionitis y de infección bacteriana invasiva en la madre
3. Reconocer a los recién nacidos con riesgo de sepsis neonatal precoz mayor o igual a 34 semanas de gestación
4. Primera evaluación pediátrica (0-2 h)
5. Segunda evaluación pediátrica (6-15h)
6. Evaluación pediátrica al alta
7. Evaluación pediátrica telefónica (7-10º día de vida)
8. Evaluación pediátrica si anomalías en los controles pediátricos pautados

Resultados

Realizamos un estudio prospectivo descriptivo durante 9 meses, dividido en dos periodos: desde Marzo de 2019 a Junio de 2019 y desde Octubre de 2019 a Febrero de 2020.

De los 3896 recién nacidos, 3530 eran mayores o igual a 34 semanas de edad gestacional y 725 recién nacidos cumplían con los factores de riesgo de sepsis neonatal precoz y se incluyeron en el estudio.

687 fueron dados de alta con seguimiento ambulatorio y 38 pacientes ingresaron. Sólo 1 paciente tuvo un diagnóstico de sepsis neonatal precoz.

Discusión

La observación clínica permite manejar a los RN ≥ 34 s con FR de SNP de forma segura, asociando una reducción en el número de pruebas complementarias y evitando el ingreso del paciente asintomático y de buen aspecto, tiempo de estancia hospitalaria, y en consecuencia, menor morbilidad y ahorro en costes económicos y una mayor satisfacción de los usuarios y profesionales.

En caso de sepsis, los síntomas y signos pueden aparecer antes de las 12h de vida, como hemos constatado.

MEDICALIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN SOCIO-SANITARIA PARA GARANTIZAR LOS CUIDADOS Y PREVENIR COMPLICACIONES

Autores: ALCALÁ ALONSO AB*, LUPIÁÑEZ BUENO C

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Desarrollo profesional, Efectividad, Eficiencia, Seguridad del paciente

Objetivos

- Disminuir el número de complicaciones evitables en personas institucionalizadas en residencia socio-sanitaria.
- Evitar la sobrecarga asistencial en hospital de agudos y atención comunitaria.
- Asegurar el bienestar de estas personas durante el confinamiento.

Materiales y Métodos

Constitución de un grupo interdisciplinar responsable de un proceso de medicalización en un centro socio-sanitario. Este grupo lo conformó profesionales hospitalarios y de dispositivo de apoyo, cualificados y experimentados que cubrió la asistencia 24h al día.

Se dotó de recursos materiales para el cuidado de pacientes complejos, tanto fungibles como instrumental especializado.

La continuidad asistencial se garantizó con la creación de una estructura dentro de la aplicación informática Diraya visible desde hospitalización.

Se realizó sectorización de la institución para evitar nuevos contagios.

Se programó trabajo conjunto con el personal de la institución incorporándolos a los cuidados básicos de la vida diaria.

Resultados

El proceso de medicalización se llevó a cabo en una institución con 169 residentes donde el 46 % de ellos presentaban contagio positivo en COVID-19.

Se trasladaron 20 residentes con PCR negativa y sin síntomas a otra institución.

Se evacuaron 8 residentes con PCR positiva y asintomáticos a otra institución.

Un 24 % de los residentes estuvieron aislados por contagio.

Un 2 % de residentes se trasladaron a unidad de agudos y 1 % se ingresaron por otras patologías no relacionadas con COVID-19.

Exitos: 5 % por COVID-19 y un 1 % por otras patologías.

Discusión

Gracias al proceso de medicalización en una residencia con personas pluripatológicas y con necesidad de cuidados amplios ha evitado un mayor número de complicaciones y fallecimientos.

El hospital no tuvo sobrecarga asistencial con personas provenientes de la residencia. Pudo atender la demanda creciente de personas que ingresaron desde la comunidad.

El Trabajo en Equipo facilitó la labor y mejoró los resultados esperados.

El paso del equipo por la institución ha puesto de manifiesto las carencias y dificultades en estos centros tanto en recursos como en formación.

Cabe suponer que si se hubiese establecido en un primer momento un plan de contingencia habría habido un menor número de contagios.

ANÁLISIS CUANTITATIVO SOBRE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES

Autores: CARVAJAL MURIEL AJ*, GARCÍA RABANEDA C, GAMARRA MORALES J, CORDÓN JIMÉNEZ MD, GASCÓN LUNA F

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Confidencialidad, Cuidados de enfermería, Gestión de la calidad, Seguridad del paciente

Objetivos

Obtener información, de tipo cuantitativo, sobre el grado de satisfacción y calidad asistencial percibida por el usuario externo, atendido en nuestra sala de extracciones durante el proceso pre-analítico. El conocimiento y análisis pormenorizado de estos datos permitirá la identificación de problemas y áreas de mejora, dentro del marco de la participación y la corresponsabilidad ciudadana.

Materiales y Métodos

El Grupo de Mejora de Calidad Percibida de la U.G.C de Laboratorio, diseña periódicamente una encuesta, para evaluar el grado de satisfacción del usuario externo. Trata de una encuesta auto-administrada compuesta de 8 dimensiones que atienden a distintos aspectos (Sala de extracciones, atención de los profesionales, sistema automatizado de dispensación y etiquetado de tubos, servidor de llamadas, cita previa, información recibida, conocimiento de los derechos y deberes del usuario..), en los que se pide la valoración global y de cada ítem que compone cada dimensión, mediante una escala tipo Likert del 1 al 5 (de menos a más favorable) y con respuestas si/no y/o no sabe/ no contesta. Además 2 preguntas abiertas, destinadas a conocer los aspectos que el usuario considera mejorables y destacables.

El estudio se lleva a cabo durante el mes de Julio de 2021. El análisis estadístico de los datos obtenidos se lleva a cabo con Microsoft Excel.

Resultados

Se reciben un total de 52 encuestas, siendo la participación del 100%, aunque el 88,46% de los encuestados no contestan a los ítems de campo abierto.

En todos los ítems se obtiene una puntuación superior a 4, que se corresponde con una valoración favorable ("de cuerdo"). La puntuación máxima corresponde al 100% para el ítem de respuesta dicotómica (si/no) "Correctamente identificado (Tarjeta identificativa)" y 4.42 para el ítem "Intimidad" percibida por el usuario (ambos ítems valoran al personal de enfermería). La menor puntuación, fue de 4.02 para el ítem "sala de espera", referente al grado de comodidad percibida.

En cuanto a las aportaciones en texto libre, sólo contestan el 11,54% de los usuarios. De estas respuestas, el 75 % hacen referencia al buen trabajo de los profesionales.

Discusión

Se obtienen resultados muy favorables para los profesionales, en aspectos relacionados con la atención, el respeto a la intimidad, información al usuario, habilidades técnicas e identificación del profesional.

También se refleja un elevado grado de satisfacción, en relación a la mejora de seguridad asistencial, tras la implantación del sistema automatizado para dispensación y etiquetado de tubos para la extracción (BC-Robo).

Los ítems con puntuaciones inferiores, son los relacionados con la comodidad de la sala de espera y de extracciones, lo que nos permitirá analizar la situación actual y establecer una serie de áreas de mejora que permitan aumentar la comodidad y confort a nivel de infraestructura.

Las encuestas periódicas de calidad percibida por los usuarios, son una herramienta fundamental en los modelos de mejora continua de la calidad.

ASOCIACIÓN ENTRE COLONIZACIÓN RECTAL POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KP-KPC) Y MORTALIDAD

Autores: CANO YUSTE Á*, GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ B, MACHUCA SÁNCHEZ I, RODRÍGUEZ BAÑO J, MARTÍNEZ MARTÍNEZ L, TORRE CISNEROS J

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Enfermedad crónica, Gestión de la enfermedad, Infección hospitalaria, Problemas de salud

Objetivos

Evaluar la asociación de la colonización rectal de *Klebsiella pneumoniae* (Kp-KPC) productora de carbapenemasa con la mortalidad bruta y si esta asociación es independiente del riesgo de infección por Kp-KPC.

Materiales y Métodos

Estudio de cohorte prospectivo de pacientes seguidos 90 días después de un estudio de colonización rectal por Kp-KPC. Se utilizó regresión de Cox para estudiar las variables asociadas con la mortalidad bruta. Se realizaron análisis de sensibilidad para la mortalidad bruta a los 90 días en diferentes subcohortes.

Resultados

Se incluyeron un total de 1244 pacientes (1078 no colonizados y 166 colonizados). Ninguno de los pacientes no colonizados y 78 (47,0%) de los pacientes colonizados desarrollaron infección por KPC-Kp. La mortalidad bruta a los 90 días fue del 18% (194/1078) en los pacientes no colonizados y del 41,6% (69/166) en los pacientes colonizados. La colonización rectal no se asoció con la mortalidad bruta (cociente de riesgo [HR] 1,03; IC del 95%: 0,69-1,54; $p = 0,85$) cuando el modelo se ajustó para la infección grave por Kp-KPC (puntuación INCREMENT-CPE [ICS] > 7). La infección por Kp-KPC con ICS > 7 se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas (HR 2,21; IC del 95%: 1,35-3,63; $p = 0,002$). En los análisis de sensibilidad, la colonización por Kp-KPC no se asoció con la mortalidad en ninguna de las subcohortes analizadas, incluidos los pacientes que no desarrollaron infección por Kp-KPC (HR 0,93; IC del 95%: 0,60-1,43; $p = 0,74$).

Discusión

La colonización rectal por Kp-KPC no se asoció con la mortalidad bruta. La mortalidad aumentó cuando los pacientes colonizados desarrollaron una infección grave por KPC-Kp (ICS > 7). La colonización rectal era una condición necesaria aunque insuficiente para morir por una infección por Kp-KPC.

LA PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y FAMILIAS COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO Y PALANCA DE TRANSFORMACIÓN DEL HOSPITAL

Autores: JABALERA CONTRERAS M*, NADAL MIQUEL D, ZAPATA LLUCH M

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

Objetivos

Establecer estructuras de participación activa del paciente y familia vinculadas al diseño y mejora de los procesos asistenciales, el entorno en el que se desarrollan y la promoción de sus derechos.

Fomentar el modelo de atención centrado en el paciente y familia dándole voz, respondiendo a sus necesidades y evaluando su experiencia.

Materiales y Métodos

Se desarrollan 2 ejes principales:

- 1.El Área de Experiencia del Paciente, formada por profesionales expertos, utiliza un enfoque “Patient Centric” y la metodología *Design Thinking* (generando *journeys*, identificando *insights*, perfiles de personas). Se aplica a ámbitos de mejora, evaluación, innovación y digitalización.
- 2.Los Grupos Estables de participación (consejo de familias, consejo de jóvenes, espacio de asociaciones y Kids Barcelona). Integrados por pacientes y familias, seleccionados y con formación básica, que se involucran en sesiones participativas en las que trabajan: promoción y defensa de los derechos; reflexión sobre cambios para mejorar la experiencia y colaboración en innovación médica e investigación.

Resultados

El Área de Experiencia del Paciente en los últimos 2 años ha trabajado en 13 proyectos en los que han participado 251 profesionales y 484 pacientes y familias

Procesos de mejora - información parto - y diseño de nuevos espacios - unidad neonatos.

Procesos de evaluación (NPS, encuestas satisfacción, planes de evaluación y panel de pacientes).

Desde 2016 a través del NPS se han obtenido 68.386 respuestas en 4 campañas: urgencias, consulta externa, hospitalización y extracciones de sangre. NPS global 74.

Innovación, diseño o evaluación de productos (servicios de voz para adhesión y seguimiento de tratamientos, valoración prototipo de robot mascota).

Digitalización, definición y desarrollo del ecosistema de canales digitales. A destacar la evaluación de la atención no presencial con la participación de 78 profesionales y 212 pacientes /familias.

En relación a los Grupos Estables:

Consejo de jóvenes, formado por 25 jóvenes funciona desde 2010 (UCI abierta, padres en la inducción anestésica, espacios lúdicos).

Consejo de familias, formado por 20 familiares funciona desde 2019 – experiencia en hospitalización y extracciones de sangre, plan de seguridad en época COVID).

Espacio de Asociaciones de Pacientes del que forman parte más de 250 asociaciones funciona desde 2009 (soporte a familias, jornadas específicas de enfermedades minoritarias).

Kids Barcelona, con 16 jóvenes, funciona desde 2018 vinculado a la investigación (herramientas interactivas, cómic).

Discusión

Cambiar hacia un sistema centrado en la participación y experiencia del paciente implica un cambio integral y debe ser un elemento estratégico en la organización.

Hay que generar cultura entre los profesionales, con formación, comunicación y gestión del cambio.

La participación del paciente ayuda a obtener mejores resultados y a la sostenibilidad del sistema El paciente es una fuente de creatividad, innovación, conocimiento y fuente de soluciones.

SALUDANDO AL MUNDO: UNA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) DE CALIDAD. LA INFORMACIÓN NOS HACE LIBRES

Autores: REDONDO CAMPOS JI*, MORALES DUEÑAS AM

Palabras clave: Atención Primaria, Enfermería, Evaluación de procesos, Participación, Satisfacción

Objetivos

Generales: Transmitir a la población joven información en salud de calidad que les ayude a adquirir estilos de vida saludables.

Específicos:

- Despertar el interés del alumno/a por la salud y hacerle partícipe.
- Conseguir, como criterio de calidad, una cobertura de rebaño y mantenerla en el tiempo en la adquisición de contenidos en salud relacionados con las principales causas de morbilidad y mortalidad según el INE.
- Complementar los programas de Educación Para la Salud (EPS) de los equipos de orientación educativa (EOE, forma joven (F.J.) y otros.

Materiales y Métodos

1. Se imparte a todos los alumno/as de 1º y 2º de ESO en la hora de tutoría en presencia del tutor, en Pozoblanco, Vva. Córdoba y Cardeña.
2. En coordinación con los EOE y F. J. se eligen ocho sesiones: determinantes en Salud, 1º auxilios, tabaco, accidentes y suicidio, RCP, alcohol, educación afectiva sexual, y repaso/evaluación, en este orden.
3. Las sesiones incluyen una presentación en Power Point y una guía en Word para facilitar la exposición y disminuir variabilidad, con una revisión inicial y continua de contenidos entre los ponentes.
4. Se imparte por enfermeras/os Atención Primaria (AP), por su credibilidad y servir de nexo entre el conocimiento académico y la práctica diaria de los servicios de salud. De mañanas, fuera de la jornada laboral, optimizando la Atención Continuada A.
5. Se convoca a sus padres una tarde para darles a conocer los contenidos del programa, aclarar conceptos, y tratar de remar en la misma dirección (una hora).
6. El programa está abierto a otros referentes de los jóvenes: monitores de tiempo libre, profesores...

Resultados

El programa se inició en 2017 en Cardeña con 35 alumnos y su aceptación/satisfacción por el alumnado, profesorado y profesionales ha permitido que se haya ido ampliando progresivamente hasta abarcar en el presente curso a todos los centros previstos, alcanzando los 653 alumno/as.

Discusión

Los principales problemas de salud han de ser abordados desde una EPS dirigida a nuestros jóvenes que les posibilite ser libres frente a presiones de grupo, sociales y mediáticas para poder adquirir estilos de vida saludables. Está, para ser de calidad, ha de ser estructurada, universal y mantenida en el tiempo.

El programa Saludando al Mundo proporciona una EPS estructurada, que ha cumplido con el objetivo de llegar al 100% de la población diana, y no ha dejado de crecer.

El método expuesto consigue a la par la satisfacción y adhesión al programa de los/as ocho enfermeras/os que actualmente participan en el mismo.

El programa, coordinado con los EOE, F.J., Salud Mental y ayuntamiento, complementa contenidos y evita duplicidades.

TELEDERMATOLOGÍA. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Autores: CALDERÓN CID M*, MARTÍNEZ PILAR L, PEREA POLAK A, DEGARA CASADO A

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Gestión clínica, Telemedicina, TIC y telemedicina

Objetivos

La Teleconsulta se refiere a las interacciones que ocurren entre un médico y un paciente con el fin de proporcionar asesoramiento diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos. Esta ha supuesto un cambio de paradigma en la atención médica y se ha convertido en una herramienta esencial durante la pandemia en aras de facilitar la accesibilidad de nuestros usuarios.

La aplicación corporativa Teledermatología ofrece una interfaz de gran usabilidad, adaptada a las necesidades concretas de los diferentes perfiles de usuario, permitiendo el uso de la aplicación por médicos y enfermeros de Atención Primaria, así como por dermatólogos y directores de unidad. El sistema se encuentra conectado con la base de datos de usuarios del SSPA, lo que facilita la automatización de los procedimientos administrativos así como la gestión de imágenes clínicas, ofreciendo todas las garantías necesarias en lo que a seguridad y protección de datos se refiere.

El objetivo de este trabajo consiste en describir la actividad realizada en Teledermatología en el periodo comprendido entre enero y octubre de 2021.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo observacional retrospectivo del perfil de las peticiones atendidas en esta Unidad entre enero y octubre de 2021. Se empleó como fuente de información la propia aplicación corporativa de Teledermatología.

Resultados

Durante el periodo de estudio se atendieron mediante Teledermatología un total de 2365 pacientes de los cuales 2256 (95,3%) representan pacientes nuevos mientras que 109 (4,7%) corresponden a pacientes en seguimiento. El tiempo medio de demora de respuesta ha sido de 3 días.

Del total de pacientes, 1181 (52,3%) necesitaron una atención presencial en consulta mientras que 1075 pacientes (47,7%) no precisaron atención presencial siendo dados de alta, puestos en seguimiento o incluidos directamente para cirugía.

Entre los diagnósticos más prevalentes atendidos en mediante este sistema nos encontramos queratosis seborreica con 366 pacientes (17,2%) seguido de queratosis actínica con 206 pacientes (9,7%) y carcinoma basocelular con 148 pacientes (6,9%).

Discusión

- La Teledermatología favorece la accesibilidad de los usuarios mejorando los tiempos de espera e incrementando la satisfacción de los usuarios en el contacto con el sistema sanitario.
- Mejora la coordinación interniveles entre los médicos de Atención Primaria y Hospitalaria evitando derivaciones innecesarias.
- Elevada capacidad de resolución inicial con casi el 50% de los pacientes que no necesitan una visita presencial.
- El mejor conocimiento del motivo de derivación ha permitido optimizar los recursos humanos clasificando al paciente en la consulta específica que le corresponde.

CALIDAD PERCIBIDA EN UN HOSPITAL DE 2020. A PESAR DEL COVID

Autores: TORRES PÉREZ L*, TORRES VERDÚ B, FUENTES GÓMEZ J, VILASECA FORTES M, DE LA TORRE GÁLVEZ I, RODRÍGUEZ ARIZA F

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

Objetivos

- Conocer el grado de satisfacción ciudadana con los servicios recibidos en un gran hospital durante un año de pandemia y por ende poder intuir la resiliencia de nuestras unidades en lo que a calidad de la atención respecta.
- Conocer las posibles desviaciones percibidas por el usuario.
- Identificar áreas de mejora y definir una estrategia de implantación de las mismas.

Materiales y Métodos

Se han analizado 716 encuestas en un total de 14 Unidades de Gestión Clínica distribuidas en los 4 pabellones de que consta el hospital. Distinguiendo también área ambulatoria, hospitalización y urgencias.

Las variables han sido agrupadas en las dimensiones que siguen:

- Demografía
- Información clínica
- Intimidad/Confidencialidad
- Profesionales
- Accesibilidad
- Satisfacción global
- Campos libres

Se utiliza escala numérica con puntuación de 1 a 5, siendo 1 el peor valor y 5 el mejor.

Los resultados se representan en porcentaje, referidos a la media obtenida (por ejemplo media de 4.9 equivale a un 98% de satisfacción)

Se creó una base de datos única para todas las unidades, que fueron las responsables de pasar sus encuestas y realizar su propio análisis e identificación de mejoras.

Periodo de análisis: año 2020

Resultados

Perfil poblacional: 60% de mujeres, con una edad media de 52 años. Un 26% fueron cumplimentadas por un familiar o representante.

La satisfacción media resulta:

Claridad de Información: 91,5%

Resolución de dudas: 90,16%

Recomendaciones claras: 89,755

Confidencialidad: 92,45%

Intimidad: 91,35%

Identificación: 84,15%

Trato médico: 94,90%

Trato enfermera: 95,71%

Trato otros profesionales: 93,14%

Señalización: 86,61%

Tiempo de asistencia: 80%

Satisfacción global: 90,56%

Esta misma información está disponible por pabellones y por área analizada permitiendo así la identificación de mejoras y una mejor implantación.

Las encuestas permitían además señalar aspectos negativos y positivos en texto libre:

Aspectos positivos: 32% reseñas. Casi unanimidad en el buen trato y empatía de los profesionales.

Aspectos negativos: 18% reseñas. Repartidas entre las demoras, dificultad de acceso (falta de aparcamiento) y dificultad para contacto telefónico.

Discusión

Esta pandemia está siendo un escenario muy exigente y complejo para nuestra organización, y nos ha hecho replantearnos los modelos de provisión de asistencia y el funcionamiento de nuestro centro. A la vez que ha sumergido a los edificios sanitarios en profundos cambios estructurales y logísticos.

Todo esto, nos hace reflexionar sobre cómo el paciente vive la asistencia prestada a pesar de estos cambios, en un momento de incertidumbre en el que no se prevé que todo vuelva a ser como antes.

Pero quizás más destacable aún es la capacidad de nuestras unidades para continuar manteniendo prioridades como la de medir la satisfacción del paciente, identificar mejoras y por qué no decirlo, obtener tan buenos resultados en las dimensiones más relacionadas con su atención directa.

PLAN DE MENTORÍA ACSA: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: MESA BLANCO MP*, MORENO CABALLERO R, ÁLVAREZ DE LARA SÁNCHEZ MA, CARRASCO PERALTA JA

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

Objetivos

En nuestra Unidad de Calidad somos conocedores del papel que desempeñamos como impulsores de la mejora continua en la Calidad Asistencial, por lo que creemos fundamental seguir formándonos y desarrollándonos. En 2021, surge la oportunidad de participar en el plan de mentoría que la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) ofrece para apoyar y fortalecer el rol que desempeñan los referentes de calidad.

El objetivo de esta comunicación es describir la experiencia de una Unidad de Calidad de un hospital de tercer nivel como destinataria ("mentee") en la implementación de un programa de mentoría para referentes de calidad de instituciones y centros sanitarios.

Materiales y Métodos

El programa ofrece un espacio de reflexión compartida y se desarrolla a través de un proceso de mentoría compuesto por 3 fases:

- Planificación: identificación de necesidades/expectativas y plan de trabajo
- Desarrollo: ejecución del plan a través de sesiones periódicas de mentoría (jornadas de difusión, talleres y sesiones de seguimiento y apoyo)
- Evaluación de los ciclos de trabajo para valorar la satisfacción, el impacto y la mejora del propio proceso.

Resultados

El programa de mentoría comenzó en abril de 2021 y tiene prevista una duración de un año. Nos encontramos actualmente en la fase de ejecución. A lo largo de este periodo hemos realizado un profundo análisis de la situación actual de nuestra unidad de calidad, poniendo en valor el largo recorrido de la misma y la coexistencia de profesionales con una amplia experiencia en calidad y profesionales noveles. Se han identificado los puntos fuertes, las áreas de mejora y las necesidades actuales de la institución.

A partir del análisis se han planificado y desarrollado 5 sesiones de mentoría con las siguientes temáticas:

- Seguimiento y dinamización de procesos de certificación
- Desarrollo profesional en instituciones sanitarias
- Sistemática de trabajo con unidades en proceso de certificación ACSA.
- Cómo impulsar los equipos de autoevaluación de Unidades de Gestión Clínica
- El papel de los servicios de soporte en la certificación de unidades
- Mejora continua en el bloque quirúrgico
- El papel del bloque quirúrgico en la certificación y su relación con los servicios de soporte

Discusión

El programa de mentoría está siendo un espacio de crecimiento compartido y desarrollado ad-hoc para nuestra unidad, por lo que está cubriendo nuestras necesidades y expectativas de manera dinámica y progresiva. Esto nos permite evaluar de manera continua el desarrollo del programa y redirigir los contenidos en función de nuestra realidad.

También nos ha permitido abrir algunas jornadas a profesionales de otras áreas transversales de la institución como el bloque quirúrgico y los servicios de soporte.

Por todo ello, creemos que la experiencia está siendo muy satisfactoria y estimamos que el impacto se hará extensivo a toda la institución a través de la puesta en marcha de los conocimientos y habilidades adquiridas durante las distintas sesiones.

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE EL ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO EN UNA AGENCIA PÚBLICA SANITARIA

Autores: GARCÍA LLAMAS V*, MARCOS HERRERO JA, PAJARES CONDE DR, FUENTES MORENO I, GÓMEZ GARCÍA S, MARTÍNEZ MARTÍNEZ JC

Palabras clave: Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Evaluación de resultados, Gestión de personas, Hospital

Objetivos

En la agencia sanitaria se es consciente de la necesidad de abordar la cuestión relativa al acoso psicológico en el trabajo (APT) y para ello, pretende proteger con todas la medidas a su alcance su entorno laboral, manteniéndolo libre de conductas indeseadas y comportamientos hostiles que supongan una agresión a la dignidad y a la libertad del conjunto de personas que trabajan en ella. En el presente trabajo planteamos como objetivo, el desarrollo de un procedimiento de actuación ante el acoso psicológico en el trabajo en una agencia pública sanitaria.

Materiales y Métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía disponible en relación a estudios realizados relacionados con el acoso psicológico en el trabajo en las bases de datos: BASE, TDX y Scopus®. La búsqueda fue llevada a cabo mediante la lectura y síntesis de la información recogida y la selección de los artículos cuyo contenido estaba dotado de mayor relevancia, especificidad y evidencia científicas, a partir del términos "acoso psicológico trabajo". La búsqueda se hizo en las tres bases de datos, utilizando conectores booleanos para aplicar los filtros definidos en función de las ecuaciones de búsqueda a lo largo del año 2016.

Resultados

A partir de la bibliografía analizada, se ha elaborado un protocolo de actuación ante el acoso psicológico en el trabajo, que recoge los siguientes puntos:

1. El ámbito de aplicación es toda la plantilla de la agencia.
2. Se define como acoso toda conducta no deseada relacionada con el origen racial, étnico, la religión o convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de una persona, que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra su dignidad y crear un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo actuaciones de sensibilización y divulgación del protocolo. Todos estos comportamientos se deben encuadrar en conductas de violencia física interna (agresiones físicas) y conductas de violencia psicológica (acoso sexual y por razón de sexo y acoso en el trabajo o acoso moral).
3. Se establece como procedimiento de actuación: creación de una Comisión para el tratamiento de los casos de APT y se definen sus competencias, intervención primaria, investigación, establecimiento de medidas cautelares y finalización.
4. Se definen indicadores que van a permitir monitorizar todo el procedimiento de APT.

Discusión

Tras la aprobación del procedimiento, se llevaron a cabo sesiones informativas para toda la plantilla y sesiones formativas para mandos intermedios y cargos directivos. Además, se nombraron los miembros de la Comisión de APT.

Con la implantación de este procedimiento se pretende proteger la salud de los profesionales de la agencia asegurando ambientes de trabajo psicosocialmente saludables, a la vez que se establecen los principios de actuación para la prevención y, en su caso, resolución de las posibles situaciones de conflicto laboral, especialmente las que puedan considerarse como acoso psicológico, acoso sexual o por razón de sexo en el trabajo.

¿LOS INTENSIVISTAS APORTAMOS CALIDAD FUERA DE LA UCI?

Autores: DEL CAMPO MOLINA E*, PÉREZ DE LUQUE D, CAÑETE RAMÍREZ C, GUZMÁN PÉREZ JA, CALLE LUQUE L, SILVA FIERRO L

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Cuidados Intensivos, Dolor, Eficiencia, Percepción del paciente

Objetivos

Hay procesos hospitalarios y extrahospitalarios donde el trabajo de un intensivista puede servir como herramienta de calidad y aumentar valor al trabajo realizado por otras especialidades, sobre todo de cara al público (pacientes y familiares). Desde el 2021 los intensivistas iniciamos las sedaciones en los procedimientos de endoscopia y colonoscopia de la clínica de Sanitas en Córdoba.

Objetivos:

1. Analizar las sedaciones en los procedimientos del área de digestivo.
2. Valorar si las sedaciones realizadas por UCI en procedimientos de colonoscopia/endoscopia disminuyen la percepción del dolor en los pacientes y dan calidad a este procedimiento.
3. Valorar otros resultados de la encuesta de calidad.

Materiales y Métodos

Registro de las sedaciones realizadas desde entre Marzo y Septiembre del 2021. Realización de un cuestionario de percepción del dolor y de satisfacción que se rellenó por el paciente y endoscopista antes y posterior a la sedación, así como al intensivista que realizaba la sedación. La recogida de datos de calidad se realizaban todos los días. Para la estadística de variables cualitativas se usaron rangos del 1 (Ninguno o nada) al 10 (Lo que más). Para estadística del estudio usamos medias, máximos, mínimos, y Desviación estándar. Para la determinación del dolor del paciente se rechazaron aquellos casos, donde se había realizado la prueba anteriormente usando sedación (12 casos)

Resultados

Se han realizado 138 sedaciones en total. Se han recogido 69 encuestas sin rechazar ningún cuestionario. Colonoscopias 53%, endoscopias 47%. Varones: 44,9%. Edad media: 51,45 (Max 76-Min 23), y un tiempo medio por proceso de 12,21 min (Sin contabilizar reanimación). Dolor que el paciente cree que va a tener presedación: 6,76 (Max-Min: 10-2). Dolor que ha tenido tras el procedimiento: 1,07 (4-1). Satisfacción del endoscopista: 9,81 (10-5). Dificultad para sedación del intensivista: 1,81 (9-1). No hubo ninguna complicación en nuestra serie.

Discusión

1. La sedación realizada por intensivistas en colonoscopias/endoscopias disminuyen claramente la percepción de dolor
2. Los intensivistas podemos aportar mejora en el dolor y percepción de técnicas invasivas en otras zonas de trabajo fuera de la UCI.
3. Es posible salir de nuestras UCIs, mejorando la calidad de ciertas técnicas de otras especialidades.
4. La satisfacción del endoscopista que realiza la técnica y la percepción del paciente son claves en la mejora de la calidad percibida.

COMPETENCIAS PERSONALES Y SALUD EMOCIONAL. CLAVES PARA LA HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Autores: GÓMEZ FUENTES AN*, DELGADO LOZANO CA, RAYA ORTEGA LO

Palabras clave: Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Evaluación de resultados, Participación, Percepción de los profesionales

Objetivos

Conocer las competencias personales de los profesionales del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV), relacionados con la humanización.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo observacional realizado en el HUVV durante el mes de septiembre de 2021, donde se evaluaron las competencias personales a una muestra de 235 profesionales mediante la escala validada Health Professional's Humanisation Scale (HUMAS). No se excluyó a ningún profesional. Los datos fueron recogidos por la secretaria de la comisión de humanización.

La escala HUMAS consta de 19 ítems distribuidos para valorar las cinco competencias esenciales: Disposición al Optimismo (ítem 1, 2, 3), Sociabilidad (4,5,6), Comprensión emocional (7,8,9), Autoeficacia (10,11,12,13,14) y Afectación (15, 16, 17, 18, 19). Donde las respuestas eran tipo Likert (nunca, pocas veces, algunas veces, a menudo, siempre).

Resultados

Se recibieron 235 respuestas. El 81% de profesionales encuestados eran mujeres. La media de experiencia profesional está entre 10 y 20 años. Enfermería ha sido la categoría profesional con más feedback.

Los resultados más relevantes en relación a las competencias esenciales revelan que tanto en la disposición al Optimismo como en la Comprensión Emocional y la Autoeficiencia la respuesta mayoritaria es: A menudo. En cuanto a la Sociabilidad la respuesta de la gran mayoría es: siempre.

Sin embargo en cuanto a la Afectación sorprendió la gran cantidad de respuestas: Algunas veces.

Discusión

Las necesidades de adquisición, capacitación y desarrollo en competencias personales deben ser entendidas como esenciales para contribuir a un desempeño profesional positivo basado en la humanización. En este momento especialmente duro para los profesionales del entorno sanitario que han sufrido situaciones extremas y de alta complejidad durante la pandemia COVID19 es revelador las respuestas en cuanto a la afectación.

Se entrelazan las emociones, responsabilidad y empatía. Cobra sentido la autorregulación emocional con herramientas ofertadas a los profesionales que contribuyan a su bienestar profesional.

En el HUVV en general los profesionales miran al futuro con optimismo confiando que aún con las dificultades, al final todo saldrá bien. Quieren ofrecer un trato cercano y la mayoría de ellos se sienten afectados algunas veces en el día a día.

FORMAR PARA INFORMAR CON CALIDAD

Autores: PALMAR GÓMEZ U*, BORRAJEROS GALLEGO FJ, AYUSO SÁNCHEZ M

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Autoevaluación, Cultura organizacional, Gestión de la Información, Gobernanza

Objetivos

Identificar los casos o situaciones que se dan en el ámbito de una Unidad de Gestión Clínica, Servicio o Subdirección que puedan ser contenidos de comunicación interna o externa, alertas o ámbitos de mejora, a través de notas de prensa, folletos, cartelería, redes sociales, intranet, web, o cualesquiera otras herramientas.

Igualmente, mejorar la calidad de la asistencia e información que se presta a los profesionales y a la ciudadanía, que son dos de nuestros públicos primordiales.

Materiales y Métodos

La creación de un curso teórico-práctico con los siguientes bloques:

1. Detectar cuándo, cómo y qué tipo de comunicación necesita una unidad, servicio o subdirección.
2. Generar una estrategia de comunicación específica para cada servicio o unidad en base a las necesidades de sus profesionales o de su público diana.
3. Conocer herramientas básicas de comunicación, diseño y maquetación, así como su aplicación y manejo.
4. Seleccionar las acciones de comunicación para rentabilizar el esfuerzo dedicado a las mismas.
5. Dar respuesta a una crisis hipotética de comunicación en distintos medios.

Resultados

Cerca de 90 profesionales han asistido a esta iniciativa y se han formado en conocimiento básicos de blog, web, redes sociales y cómo comunicar en cada uno de estos canales. Todos ellos han generado ya el contenido de presentación en su apartado de la web, han actualizado la cartera de servicios y nos han propuesto un menú de contenidos que incluye píldoras de salud y agenda. Además, han sido instruidos en nociones básicas de diseño gráfico aplicado a la cartelería y los documentos corporativos, y en lenguaje audiovisual de imágenes y vídeos.

Discusión

El curso permite a modo de encuesta conocer qué problemas de comunicación o iniciativas necesitan las unidades, al tiempo que formar una red de colaboradores que potencie la imagen del hospital en redes sociales y web. Hemos identificado líderes de opinión en el centro y hemos creado un grupo de trabajo sensible de comunicación para sumar fuerzas y mejorar la comunicación interna y externa del hospital.

IMPLANTACIÓN DEL CANAL UAP-SAPP PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN HOSPITAL REGIONAL

Autores: PAJARES CONDE DR*, LÁZARO PAREJA MI, PRÓFUMO PÉREZ MD, SERENO COPADO JA, CUENCA AGUILAR S, GARCÍA LLAMAS V

Palabras clave: Cultura organizacional, Desarrollo profesional, Gestión de personas, Organización y administración, Percepción de los profesionales

Objetivos

La comunicación interna permite crear un clima de confianza y motivación en las organizaciones, mejorando las relaciones entre los profesionales y haciéndolos partícipe de la consecución de los objetivos de las mismas, influyendo positivamente en la mejora del rendimiento. La herramienta WhatsApp Business, puede ayudar a mejorar el proceso de comunicación interna. En junio de 2021 se implantó en un hospital el Canal UAP-sApp, como herramienta para mejorar la calidad de la comunicación interna mediante esta tecnología. En este trabajo planteamos como objetivo, conocer el grado de implantación del canal UAP-sApp en el hospital regional.

Materiales y Métodos

Diseño no experimental descriptivo transversal, orientado a estudiar el nivel de actividad del Canal UAP-sApp entre 1/06 y 30/09 de 2021. Como criterio de inclusión se tomó al 100% de los profesionales dados de alta en el canal en dicho periodo. Los datos de la plantilla provienen de la web de Transparencia. Los datos de actividad provienen de WhatsApp Business. Se han utilizado para el análisis estadístico el paquete R-UCA 3.5.1.

Resultados

La plantilla del hospital la componen 6128 profesionales: 1155 Facultativos, 1928 de Enfermería, 1315 Técnicos Sanitarios, 329 de Servicios Generales, 472 Celadores, 521 de Administración y 408 Técnicos Especialistas Sanitarios. En el periodo de estudio han solicitado el alta en el Canal UAP-sApp 664 profesionales, el 10,84% de la plantilla. Los usuarios se han agrupado en 7 listas de difusión: FEA, DUE, TCAE, SSGG, CEL, ADM y TES. En la 1ª lista se han dado de alta 88 usuarios, el 7,62% de la plantilla; en la 2ª 213, el 11,05%; en la 3ª 158, el 12,02%; en la 4ª 31, el 9,42%; en la 5ª 41, el 8,69%; en la 6ª 128, el 24,57% y en la 7ª 5, el 1,23% de la plantilla. Se han enviado un total de 31139 mensajes, de los cuáles se han entregado 18154, lo que supone el 58,30%. De los mensajes entregados, se han leído 14623, lo que supone el 80,55%. Además, se han recibido 628 mensajes.

Discusión

En primer lugar, destacar que en el periodo de estudio el grado de implantación del canal UAP-sApp en el hospital regional ha alcanzado al 10,84% de la plantilla, lo que supone un verdadero logro, aun queda mucho para que el canal UAP-sApp, sea un canal de comunicación generalizado entre los profesionales del hospital. Igualmente destacar que en los 4 meses de funcionamiento se han leído 14623 mensajes, lo que hubiese sido imposible utilizando los canales tradicionales. Habría que mejorar varios aspectos. En primer lugar, segmentando más los grupos de receptores para conseguir adecuar mejor los mensajes a las preferencias de los usuarios. En segundo lugar, seguir promocionando el canal entre los profesionales del hospital. Por último, habría que medir el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio prestado. Para medir esto, ya se ha desarrollado una UAP-sApp como herramienta de comunicación interna.

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE FORMACIÓN POR COMPETENCIAS Y VALIDACIÓN DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA EN LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES

Autores: PÉREZ RODRIGO I*, DE CRISTINO ESPINAR M, CUENCA LÓPEZ F

Palabras clave: Desarrollo profesional, Evaluación de procesos, Hospital, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

Sistematizar la formación por competencias de los Técnicos en Farmacia (TF) en su desempeño en las salas blancas de la Farmacia, incorporando la evaluación de dichas competencias generales tanto teóricas como prácticas en la manipulación de medicamentos estériles.

Materiales y Métodos

Se revisaron las guías mas relevantes que recogen las directrices para la manipulación segura de medicamentos estériles: *Guía de Buenas Prácticas de Elaboración de Medicamentos en los Servicios de Farmacia* editada por el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad (2014) y el capítulo 797 *Pharmaceutical Compounding-Sterile Preparations* de la USP (2019). Se definió el contenido formativo y la forma de evaluación de las competencias generales para la manipulación de medicamentos estériles.

Resultados

Se impartió en Octubre 2020 un curso con sesiones presenciales teóricas, abordando conceptos estructurales y de monitorización ambiental y microbiológica de las Salas Blancas, correcta vestimenta e higiene, lavado de manos, limpieza, equipamiento y técnica aséptica. La evaluación de estas acciones estratégicas dirigidas a garantizar la calidad en la elaboración de medicamentos se realiza mediante examen de conocimientos teóricos y visualización directa de proceso de vestimenta, higiene de manos, limpieza y técnica aseptica, y técnicas de control microbiológico:

Media fill Test, muestreo de dedos de guante y de superficie en el entorno de la Sala Blanca. Se ha confeccionado un formulario de registro de validación por técnico manipulador. El cumplimiento de los ítems integrados en los formularios garantiza las exigencias esperadas de los TF evaluados y su capacitación para la realización de cada actividad medida

Discusión

Se ha desarrollado un modelo de formación y evaluación de competencias generales a partir de las directrices incluidas en USP. El objetivo es mantener el modelo abordando progresivamente la validación de competencias específicas, iniciando con la elaboración de preparados oftalmológicos, que se impartirá en 2021 para continuar con el resto de competencias como la elaboración de nutriciones parenterales, manipulación de citostáticos y biopeligrosos.

Se robustece el compromiso de los TF en su formación y el desarrollo de estrategias para mejorar la seguridad del paciente, fortaleciendo su rol en la manipulación de medicamentos en Sala Blanca Hospitalaria.

MEJORANDO LA ACOGIDA DE ESTUDIANTES RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA A TRAVÉS DE REALIDAD VIRTUAL

Autores: LÓPEZ VALERO M*, GALIANI RAMOS MD, BONILLA GALLARDO L, JIMÉNEZ ALMEDINA MF, HERNÁNDEZ LÓPEZ MJ, SOTELO RUBIO I

Palabras clave: Desarrollo profesional, Evaluación de procesos, Gestión de la calidad, Gestión de personas, Organización y administración

Objetivos

Hasta hace poco, las universidades no se preocupaban por la adaptación de sus nuevos estudiantes al ambiente universitario, por su nivel de conocimientos iniciales y por la manera en que resolvían sus problemas. De la misma manera, la nueva incorporación de estudiantes residentes de primer año de medicina y enfermería a su formación práctica debe ser tomada en cuenta, ya que el éxito o fracaso de su integración en su formación universitaria puede estar influenciada con lo anteriormente descrito.

OBJETIVO:

- Proponer la Realidad Virtual como herramienta facilitadora en la acogida de estudiantes residentes de Medicina y Enfermería a sus prácticas asistenciales.

Materiales y Métodos

- Revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, mediante el buscador Gerión.
- Creación de videos en formato 360°, que de una manera general, reproduzcan videos de las áreas y lugares donde los residentes de primer año de Medicina y Enfermería van a llevar a cabo su formación inicial en dos SUAP, tales como: ambulancia, consultas, salas de tratamiento, etc.
- Aportación de gafas de realidad virtual para visualizar a través de sus terminales móviles, videos de 360° del SUAP antes de su incorporación a la realización de sus prácticas.

Resultados

Se han realizado varios videos en formato de 360° a través de una cámara RICOH THETA SC. Para la visualización de los videos, cada residente utilizará su terminal móvil aplicado a unas gafas de Realidad Virtual, cedidas por DSCG para la realización de este estudio.

Discusión

A falta de implementar dicho proyecto, la acogida de estudiantes de primer año de Medicina y Enfermería mediante un sistema de Realidad Virtual, en sus prácticas en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), los videos de 360° se quieren utilizar:

- Como producto de investigación. Se quiere conseguir desarrollar un sistema piloto de Realidad Virtual que tuviese el potencial para mejorar su acogida, mediante la visualización de videos de 360° que ofertan una experiencia inmersiva en los lugares donde estos estudiantes van a realizar sus prácticas en ambos SUAP del Distrito Sanitario, familiarizándolos con ellos antes de iniciarlas.
- Este proyecto de investigación se concentró en responder la pregunta de cómo apoyar la acogida de estudiantes de primer año de Medicina y Enfermería mediante un sistema de Realidad Virtual. Frente a la inquietud motivadora de esta investigación pensamos que los videos grabados en formato de 360° pueden contar con la capacidad y el potencial de llegar a contribuir en este objetivo de mejora para con nuestros estudiantes, ya que cuenta con la representación de un ambiente con características reales lo cual potencialmente puede llegar a minimizar la sensación de inseguridad y desconocimiento del lugar donde se van a realizar y llevar a cabo las practicas asistenciales antes de que estas inicien.

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE EL CONFLICTO LABORAL EN UNA AGENCIA PÚBLICA SANITARIA

Autores: GARCÍA LLAMAS V*, PAJARES CONDE DR, LÓPEZ MARTÍN EJ, GÓMEZ GARCÍA S, SEDEÑO FERRER JL, MARTÍNEZ MARTÍNEZ JC

Palabras clave: Desarrollo profesional, Evaluación de resultados, Gestión de personas, Hospital, Percepción de los profesionales

Objetivos

En la agencia sanitaria existe un claro compromiso de resolver los conflictos interpersonales a través de la responsabilidad, el respeto a la dignidad de las personas y el diálogo, considerados como principios básicos del desarrollo organizativo y profesional. En este trabajo planteamos como objetivo, el desarrollo de un procedimiento de actuación ante el conflicto laboral en una agencia pública sanitaria.

Materiales y Métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática en los boletines oficiales de toda la normativa estatal y autonómica, además de la bibliografía disponible en relación a estudios realizados relacionados con la resolución de conflictos laborales en organizaciones sanitarias, en las bases de datos: BASE y GOOGLE ACADEMIC. La búsqueda fue llevada a cabo mediante la lectura y síntesis de la información recogida y la selección de los artículos cuyo contenido estaba dotado de mayor relevancia, especificidad y evidencia científicas, a partir del términos "conflicto laboral hospitales". La búsqueda se hizo en las dos bases de datos, utilizando conectores booleanos para aplicar los filtros definidos en función de las ecuaciones de búsqueda a lo largo del año 2018.

Resultados

A partir de la normativa y la bibliografía analizada, se ha elaborado un protocolo de actuación de gestión de conflictos en el trabajo que recoge los siguiente puntos:

1. el objeto es regular las actuaciones en materia de prevención y gestión de conflictos laborales en la agencia.
2. Se define como conflicto todo enfrentamiento entre dos o más trabajadores desarrollado en el ámbito laboral como consecuencia de desacuerdos, intereses contrarios, opiniones divergentes, metas incompatibles o falta de empatía entre los involucrados.
3. El ámbito de aplicación es toda la plantilla de la agencia.
4. Se definen actuaciones de sensibilización y divulgación del protocolo.
5. Se establece la mediación como herramienta de resolución de conflictos.
6. Se crea una Comisión de Gestión de Conflictos y se definen funciones.
7. Se establece como procedimiento: solicitud, sesión informativa, sesión constitutiva, duración del procedimiento, desarrollo de las sesiones, finalización del procedimiento y acuerdo de mediación
8. Se regula la definición y coordinación de medidas cautelares.
9. Se definen medidas de seguimiento.

Discusión

Tras la aprobación del procedimiento, se han llevado a cabo sesiones informativas para toda la plantilla de 1 hora y sesiones formativas para mandos intermedios y cargos directivos de 15 horas de duración. Además, se han nombrado los miembros de la Comisión de Gestión de Conflictos. Con la implantación de este procedimiento se pretende ofrecer una alternativa a los conflictos referidos a personal que normalmente se vehiculizaban a través de las organizaciones sindicales y de la Dirección de Recursos Humanos; a la vez que se consigue una gestión efectiva del conflicto posibilitando así una organización más sana y controlando los costes no deseados del conflicto laboral.

¿SABES CÓMO SUENA UN CORAZÓN CON MIEDO? APRENDAMOS A ESCUCHARLO...

Autores: TATAR FISZBEIN I*, GUERRERO RUIZ MC, MENA JIMÉNEZ AL, JIMÉNEZ NÚÑEZ JM, SUÁREZ RAMOS A, PASTOR MORENO G.

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Desarrollo profesional, Gestión de personas, Manejo de Atención al Paciente, Servicios de salud

Objetivos

La iniciativa 'Corazones Sin Miedo' está dirigida a todos los y las profesionales que trabajan en el ámbito sanitario andaluz, con el fin de ofrecerles información y recursos de formación y apoyo en violencia de género, que les permita detectar situaciones de mujeres que sufren una situación de maltrato.

Así, tiene los objetivos de:

- Sensibilizar a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía frente a la violencia de género como un problema de salud y de salud pública que es, tal como ha reconocido la Organización Mundial de la Salud.
- Incentivar que los profesionales sanitarios se formen en violencia de género en el ámbito sanitario (detección, abordaje, coordinación, tratamiento, etc).

Materiales y Métodos

La campaña 'Corazones Sin Miedo' comprende material gráfico, distribuido en los centros sanitarios, y audiovisual en cuya elaboración han participado profesionales de distintas especialidades (medicina, enfermería, ginecología, salud mental, trabajo social,...) y niveles asistenciales (urgencias, atención primaria, especialistas..), que hablan sobre herramientas, recursos, poblaciones vulnerables y dan claves que permiten saber detectar los signos que indican que una mujer puede estar siendo víctima de violencia de género, aunque no lo verbalice.

El material creado está accesible en una Plataforma web donde se exponen recursos audiovisuales y adicionales, como Red Formma, Protocolos asistenciales, Partes de lesiones, Aplicación móvil (App Actúa), Acreditación de centros comprometidos..

Resultados

La iniciativa 'Corazones Sin Miedo' ha dado como resultado:

- 1 Spot de campaña ¿Sabes cómo suena un corazón con miedo?
- 5.000 Carteles informativos y trípticos de la campaña, que se han difundido en los centros sanitarios públicos de Andalucía y por redes sociales.
- 5 audiovisuales de sensibilización que se han difundido en redes sociales, con los siguientes temas:
 - a) Los profesionales hablan
 - b) Los protocolos de actuación
 - c) Las poblaciones más vulnerables
 - d) Los perfiles profesionales preferentes
 - e) Las víctimas de trata con fines de explotación sexual.
- 13 píldoras audiovisuales: una por cada protocolo, población vulnerable y perfil profesional preferente.
- 1 animación sobre las consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres.
- Plataforma web www.corazonessinmiedo.es

Discusión

La mayoría de las mujeres que sufren violencia de género terminan acudiendo a los servicios sanitarios por diferentes síntomas físicos y/o psicológicos. Sin embargo, solo se detecta un 5% de los casos. Se considera fundamental que los sistemas sanitarios sean capaces de detectar las situaciones de maltrato, especialmente cuando aún no han sido reveladas, y sean canales de información y asesoramiento para estas mujeres. Una de las claves para lograrlo es que los profesionales sanitarios mantengan una actitud de alerta activa y estén sensibilizados y formados para detectar los signos de la violencia de género en todas sus manifestaciones posibles.

DISPOSITIVO DE ANTIBIOTERAPIA DOMICILIARIA. RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

Autores: RECIO RUFÍAN MR*, CANO YUSTE Á, CASTÓN OSORIO JJ

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Cuidados de enfermería, Evaluación de resultados, Manejo de Atención al Paciente, Satisfacción

Objetivos

Describir los resultados obtenidos tras 5 años de implantación del Dispositivo de Antibioterapia Domiciliaria en el servicio de Enfermedades Infecciosas.

Objetivos específicos:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes incluidos en el dispositivo (alta satisfacción)
- Disminuir las infecciones y complicaciones nosocomiales.
- Mejorar la eficiencia en la atención de pacientes.

Materiales y Métodos

Dispositivo de Antibioterapia Domiciliaria (DAD) para lo que se ha utilizado un Procedimiento Operativo estandarizado (POE) y la explotación de base de datos propia en el periodo de 2017-2021. Se ha realizado para el análisis de los datos un estudio descriptivo prospectivo de las variables cuantitativas y cualitativas descritas en el análisis de datos.

Resultados

Los resultados obtenidos son altamente satisfactorios tanto para el paciente como para el hospital.

Desde que se inició el programa de antibioterapia domiciliaria se han atendido 276 pacientes arrojando los siguientes resultados:

Satisfacción del paciente: los valores excelente y bueno ocupan el 95% de los casos. Estancias hospitalarias ahorradas: más de 7.100 estancias.

La inclusión de los pacientes en el dispositivo de antibioterapia domiciliaria ha beneficiado a los mismos en la mejora de sus autocuidados, aportando una mayor calidad de vida durante el periodo de administración del tratamiento que se realiza en su propio domicilio, así como a su familia, aliviando, en gran parte, la sobrecarga del cuidador ya que el tratamiento en el domicilio ayuda a ambos a llevar una vida relativamente normal. Esta situación hace que disminuya el estrés, ansiedad, sobrecargas y disminuye enormemente las posibilidades de contraer una infección nosocomial.

Por otra parte el hospital ha ahorrado más de 7.100 estancias hospitalarias en el periodo comprendido entre Octubre de 2017 y Junio de 2021, lo que se traduce en un ahorro económico de gran impacto, así como el aumento de disponibilidad de camas en todo el complejo hospitalario, ya que el dispositivo da soporte a todas las especialidades médicas y quirúrgicas, haciéndose muy necesario en periodos de alta frecuentación y durante la pandemia actual, muy necesario, demandado y valorado por todas las especialidades tanto médicas como quirúrgicas, donde la disponibilidad de camas está muy limitada.

Discusión

El Dispositivo de Antibioterapia Domiciliaria ha demostrado ser un instrumento altamente eficaz para obtener excelentes resultados clínicos, económicos y de satisfacción de pacientes. Se presenta como una herramienta ágil, costo-eficiente, que aporta áreas de mejora en la gestión asistencial.

IMPACTO MEDIOAMBIENTAL Y ECONÓMICO DE UNA SOLUCIÓN DE QUÍMICA SECA EN UN GRUPO DE LABORATORIOS CLÍNICOS

Autores: FERNÁNDEZ SUÁREZ A*, LÓPEZ PRIEGO AL, PAREJO GONZÁLEZ M, TORNERO CASTILLO A, DÍAZ IGLESIAS JM

Palabras clave: Eficiencia, Evaluación de resultados, Hospital, ISO 14000, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

Las soluciones analíticas que permitan a los laboratorios clínicos optimizar su espacio físico, reducir el gasto, y ayuden a disminuir la huella ambiental de los hospitales, con escaso consumo de agua y baja producción de residuos, presentan una ventaja competitiva en el presente escenario global de cambio climático.

El objetivo del presente estudio fue comparar la sostenibilidad ambiental y económica entre dos concepciones diferentes de sistemas analíticos (química seca frente a química líquida convencional) para la determinación de las pruebas de bioquímica general y especial en diferentes laboratorios pertenecientes a centros de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir (ASAG).

Materiales y Métodos

Se compararon diferentes soluciones analíticas implantadas dentro de un grupo de hospitales públicos (ASAG) de Andalucía a lo largo del tiempo (2013-2019), evaluando su impacto ambiental y económico en los siguientes aspectos fundamentales: consumo de agua, producción de residuos sólidos y líquidos, así como su eficiencia en el consumo de reactivos. El ámbito del estudio incluyó a dos hospitales comarcales (Andújar y Montilla) y cinco centros hospitalarios de alta resolución (Alcalá La Real, Alcaudete, Sierra de Segura, Puente Genil y Valle de Guadiato), que dan cobertura a una población de 242.095 habitantes. Los proveedores de química líquida convencional fueron Roche Diagnostics (años 2013, 2014 y 2019) y Siemens Healthineers (2019) frente a Ortho Clinical Diagnostics (química seca, 2016 y 2017).

Resultados

Con la introducción de las plataformas de química seca durante los años 2016-2017, no existía impacto medioambiental por consumo de agua, con un ahorro del 100% (correspondiente a 2.100.000 litros/año); también se produjo una significativa reducción de los residuos líquidos (42.000 euros/año; -85,00%). Por otra parte, la producción de residuos sólidos se mantuvo constante desde el año 2013 al 2019 (16.000 euros/año), siendo la química seca similar a los generados por otros fabricantes. Por último, el coste de ineficiencia media de los reactivos de química líquida convencional entre el primer (2013-2014) y el último período (2019) analizado, y comparado con los años de química seca (2016 y 2017) osciló entre 10.000 a 155.000 euros/año (+9% a +145%), respectivamente. La solución de química seca supuso un ahorro medio global de 105.000 euros/año en comparación a la química líquida convencional.

Discusión

La implantación de la química seca supuso un ahorro significativo en reactivos, residuos líquidos y consumo de agua, con una producción constante de residuos sólidos (equivalente a la del resto de proveedores). Al reducir de forma notable la cantidad de residuos generados, se disminuye significativamente el impacto medioambiental provocado por la actividad asistencial de los laboratorios. El tamaño del hospital y de la presentación de los ensayos de cada fabricante es determinante para el cálculo de la eficiencia; en el presente estudio la mejor eficiencia fue obtenida con la química seca.

UTILIDAD DEL *COMPREHENSIVE COMPLICATION INDEX* EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA COMO NUEVO MÉTODO DE ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD

Autores: VIZCAÍNO PÉREZ R*, VALENZUELA LÓPEZ C, MOLINA MATA M, ROMERO RUIZ R

Palabras clave: Autoevaluación, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Indicadores, Notificación de incidentes

Objetivos

El análisis sistemático de la morbilidad es una herramienta fundamental en la calidad asistencial en cirugía. La Clasificación Clavien-Dindo (CCD) es el instrumento más comúnmente utilizado para el análisis estandarizado de las complicaciones y/o morbilidad quirúrgica. Sin embargo, el uso del CCD ha demostrado tener muchas limitaciones por su baja sensibilidad, especialmente en cirugía pediátrica. El Comprehensive Complication Index (CCI) es un sistema, recientemente descrito, de identificación y clasificación de la morbilidad que integra eventos y los pondera en función de su gravedad, pudiendo ser una alternativa al CCD.

El objetivo de nuestro trabajo es comparar el uso de CCD y CCI para la detección de eventos asociados a morbilidad posquirúrgica de los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía pediátrica de nuestro centro.

Materiales y Métodos

Incluimos para el estudio todos los procedimientos quirúrgicos recogidos de forma prospectiva en la base de datos de actividad quirúrgica de nuestra unidad, desde enero a marzo de 2021.

Analizamos datos demográficos, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, incidentes de seguridad del paciente y las complicaciones y la morbilidad, entre otros. Estudiamos las complicaciones y morbilidad mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes incluidos en el registro. Consideramos morbilidad grave un CCD $\geq$ IV y su equivalente con el CCI de $\geq 42,4$.

Analizamos la sensibilidad y especificidad de ambas herramientas para la detección de morbilidad y utilizamos el test binomial de McNemar para el análisis estadístico comparativo.

Resultados

Se incluyen en el estudio 548 registros, identificándose un total de 51 pacientes con complicaciones postoperatorias o morbilidad. De estos, según la CCD, únicamente 4 pacientes tuvieron grado IV o superior. Sin embargo, se identificaron 12 pacientes con morbilidad grave con el CCI. La sensibilidad fue de 7.84% para la herramienta de CD, y de 23.56% para la herramienta CCI, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). La especificidad de ambas herramientas fue del 100%.

Discusión

El CCI es más sensible que la CCD para detectar morbilidad asociada a complicaciones quirúrgicas en los pacientes pediátricos. El CCI recoge un mayor número de complicaciones postoperatorias significativas integrando todos los eventos con su respectiva gravedad y permitiendo la identificación de eventos que antes resultaban indetectables. Este estudio introduce un cambio en nuestra práctica que mejora la calidad del análisis sistemático de las complicaciones quirúrgicas y la morbilidad.

PERSONALIZACIÓN, HUMANIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN: HERRAMIENTAS CLAVES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE CALIDAD EN URGENCIAS

Autores: ESCALANTE GONZÁLEZ A*

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Cuidados de enfermería, Planificación Estratégica, Seguridad del paciente

Objetivos

Nuestros hospitales Quironsalud se caracterizan por transmitir una forma de tratar al paciente de manera más humana, individualizada y cercana posicionando la salud persona a persona. En este sentido, desde el servicio de urgencias del hospital Quironsalud Córdoba, hemos puesto en marcha un modelo de organización basado en la atención integral mediante planes de cuidados individualizados con un proceso de asignación primaria en el que a cada paciente se le destina una enfermera responsable de todos sus cuidados sanitarios durante su estancia en urgencias y, tras el alta, con un seguimiento a través de nuestros sistemas de digitalización en algunos casos concretos.

OBJETIVO: Garantizar que nuestros usuarios reciban los cuidados que precisen de manera personalizada, resolviendo sus necesidades asistenciales a través de una atención accesible, continuada, eficiente, segura, integrada y humanizada con ayuda de los sistemas de digitalización más innovadores disponibles.

Materiales y Métodos

Antes de la implantación de este nuevo modelo organizativo, fueron necesarios cambios funcionales, de estructura y de digitalización para poder garantizar la personalización real de la asistencia. De esta manera, cuando el paciente-familia es valorado por la enfermera de triaje, se le asigna un equipo referente enfermera-medico, lo que posibilita que se pueda desarrollar una respuesta individualizada adecuada a las necesidades urgentes del paciente, estableciéndose un vínculo terapéutico durante todo el proceso hasta que reciba el alta hospitalaria, incluso ya en domicilio en algunos casos a través del seguimiento para la continuidad de cuidados.

Resultados

Realizamos un estudio descriptivo observacional de tipo retrospectivo para valorar algunos indicadores de evaluación del proyecto, obteniendo resultados muy prometedores:

Mejora la opinión de los pacientes: 64% NPS frente 32.39% con respecto a la misma fecha del año anterior.

El tiempo medio para la primera atención en triaje: 6.45 min de media frente a 9.30.

El tiempo medio para la primera atención médica: 14.96 frente 28.88 min.

El tiempo medio de permanencia: 64.30 min frente a 82.9.

El índice de reclamaciones: 2.41% frente 17.02%. 0% DE AGRESIONES FÍSICAS Y VERBALES

Disminuyen los incidentes de seguridad en un 35%.

Se realiza el seguimiento telemático para la continuidad de cuidados de 60 pacientes con resultados sorprendentes que garantizan la seguridad del paciente tras el alta.

Discusión

Se cumple la hipótesis que barajábamos antes de la implantación del proyecto, mejorando significativamente los tiempos de asistencia, la satisfacción del paciente y la calidad percibida, garantizando la personalización de nuestros cuidados en todo el proceso asistencial a través de la digitalización de nuestro servicio y siendo fieles a la filosofía de nuestro compromiso con la innovación y el trato personalizado.

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD POR COVID_19 EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Autores: AGUILERA LÓPEZ MD*, MOLERO DE LA MATA R, MONTERO CASAUCO JL, MORENO MISAS A, MUÑOZ LUENGO FJ, ROMERO SALDAÑA M

Palabras clave: Atención Primaria, Autoevaluación, Efectividad, Evaluación de resultados, Problemas de salud

Objetivos

Analizar y comparar la mortalidad en los centros residenciales de la provincia de Córdoba por COVID_19

Materiales y Métodos

Se ha llevado a cabo un estudio observacional longitudinal retrospectivo, en los centros residenciales en seguimiento proactivo de la provincia de Córdoba, desde marzo de 2020 hasta septiembre 2021. La muestra de estudio estuvo formada por toda la población de residentes (ancianos y personas con discapacidad), ascendiendo a un total de 6.446 personas institucionalizadas.

El periodo de observación se estableció en 3 olas epidemiológicas, ajustadas al comportamiento de los brotes en las residencias: 1ª ola (marzo-junio 2020), 2ª ola (septiembre-febrero 2021) y 3ª (julio-septiembre 2021).

Se determinó la mortalidad a través de la densidad de incidencia (DI) como el número de fallecidos por cada 100 residentes/año y calculadas según sexo, edad, olas y vacunación. Se compararon las tasas de mortalidad en las diferentes áreas sanitarias y distrito sanitario a través de la razón de tasas (RT) y con ayuda del programa EPIDAT 4.2.

Resultados

Se estudiaron a 6446 residentes, siendo el 63,18% mujeres. La edad media global fue en hombres de 72,53 años (DT 17,5) y 82 años (DT 14,3) en mujeres. Durante el periodo de estudio se produjeron 345 fallecimientos. Los hombres obtuvieron una DI 3,8% IC 95% (3,2-4,5) y para mujeres DI 3,3% IC 95% (2,9-3,8), con una RT 1,16 y $p=0,2$.

En hombres, el grupo de edad con mayor mortalidad fue de 85-94 años (7,1%) y en mujeres, el grupo de edad a partir de 95 años (7,8%).

La segunda ola fue la más letal con una DI 7,5%, en hombres de 8,4% y en mujeres de 6,9% ($p=0,14$).

Comparando la tasa de mortalidad antes y después de la vacunación, se obtuvo una RT 6,8 (p menor 0,001), lo que supuso una reducción de la mortalidad del 85,3%.

En cuanto a las áreas sanitarias, el Distrito Córdoba Guadalquivir obtuvo la mayor tasa de mortalidad 4,1%, encontrando diferencias significativas con el área norte 2,5% (p menor 0,001) y entre área sur (3,7%) y área norte (p menor 0,05).

Discusión

El estudio ha mostrado que el grupo de edad más vulnerable a mortalidad por COVID_19 fue el de mayores de 85 años, quizá debido a una mayor comorbilidad. La mortalidad fue mayor en los hombres en todos los rangos de edad, salvo en los mayores de 94 años que aumentó en mujeres, lo que demostró que la mujer sobrevive más al COVID_19 por debajo de los 94 años.

La ola más agresiva fue la 2ª, fallecieron 241 residentes, siendo el periodo más largo de tiempo, con tasas de incidencia muy elevadas a nivel comunitario y numerosos brotes en residencias.

La vacunación en los centros residenciales logró erradicar los fallecimientos por covid en los centros residenciales de Córdoba durante el periodo de marzo a junio. En julio se iniciaron nuevos brotes dando lugar a fallecimientos en dos centros del Área sanitaria Norte y en 4 del Distrito Córdoba-Guadalquivir. La vacunación logró una reducción de la mortalidad de un 85,3%.

ADAPTACIÓN DE LA GESTIÓN DE PERSONAL AL ENTORNO DIGITAL

Autores: SALIDO HIDALGO M*, AMADOR LABELLA E, GARCÍA RESCALVO MA

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

Objetivos

- Analizar y comparar la atención de los profesionales a través del nuevo sistema de información de cita previa presencial con respecto a la nueva atención telemática.
- Analizar la implantación del uso de la firma biométrica en la firma de nombramientos de carácter temporal.
- Analizar la Digitalización de los expedientes de personal.
- Analizar el impacto del uso de las nuevas tecnologías mediante una encuesta de satisfacción de los usuarios del Hospital.

Materiales y Métodos

El análisis se ha llevado en la Subdirección Económico-Administrativa del Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el primer semestre de 2020-2021, a través de las bases de datos de la Unidad de Atención al Profesional.

Resultados

- 9.410 citas previas de carácter presencial gestionadas/atendidas.
- 3.955 llamadas telefónicas para resolución de incidencias laborales.
- 868 correos electrónicos recibidos para resolución de solicitudes realizadas por los profesionales.
- 726 nombramientos firmados biométricamente, lo que supone la firma de 1.580 documentos.
- 35.150 expedientes personales en proceso de digitalización.

Discusión

La implementación de la Administración electrónica requiere una inversión económica de recursos materiales, una formación técnica con el uso de nuevas tecnologías de los profesionales que forman parte del departamento de recursos humanos y una adecuación en la aplicación de las mismas hacia los usuarios que demandan su servicio. Por ello es importante adaptarse al cambio mediante la formación del uso de las nuevas tecnologías a todos los profesionales que forman parte del Hospital y la concienciación en adoptar nuevos hábitos de gestión respetuosos con el medioambiente.

CUADRO DE MANDO POR CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DEMORA Y OBJETIVOS DEL CONTRATO PROGRAMA

Autores: POSADA CARLOS A*, MORENO MONTORO J, GUERRERO MORENO A

Palabras clave: Atención Primaria, Continuidad de la atención, Evaluación de procesos, Evaluación de resultados, Gestión clínica

Objetivos

Crear un cuadro de mando asistencial de primaria desde una triple perspectiva de actividad asistencial, demoras y consecución de objetivos del contrato programa.

Materiales y Métodos

Se creará un cuadro de mando obteniéndose datos seleccionados de actividad y demora desde el sistema de información infoweb del Servicio Andaluz de Salud con corte a final del mes, por Centro de Atención Primaria (CAP), así como consecución de resultados de los procesos de asistenciales del sistema de información Diabaco relacionado con objetivos del Contrato Programa correspondiente al año en curso.

Resultados

Los datos obtenidos de actividad asistencial por CAP consistirán en: número de consultas realizadas, población, número de consultas por 100 habitantes, consulta telefónica, demanda clínica, demanda administrativa y visita domiciliaria por médicos de familia, pediatras y enfermeras. Incluye además la actividad mensual de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP). Respecto a la demora, se obtendrá el porcentaje de claves por tramo de demora de médicos de familia, pediatras y enfermeras. La perspectiva de resultados en salud se usarán objetivos de procesos asistenciales del diabaco por CAP relacionados con objetivos del contrato programa, como coberturas de vacunación, cribados de la detección precoz del cáncer de mama, citología del cuello uterino, detección de necesidades de cuidados paliativos, atención a polimedicados, hipertensión arterial, demencias, control de diabetes e insuficiencia cardiaca.

Discusión

Si bien muchos de los sistemas de información de atención primaria en el SAS permiten la mayoría de estos indicadores (infoweb, Diabaco) la presentación por cada CAP de toda esta información integrada y con límites de consecución de objetivos facilita una visión de conjunto muy favorable para la gestión integral de los distintos CAP y SUAP. Disponemos además de pocos antecedentes o experiencias previas de cuadros de mando integrales por cada centro de atención primaria. Los datos obtenidos de los indicadores de salud del Diabaco no coinciden directamente con los objetivos de los procesos asistenciales del contrato programa anual, pero es una aproximación útil para el seguimiento de los objetivos de éste y de los acuerdos de gestión de las distintas unidades. Por otra parte, este sistema permite el control y adaptación flexible de los indicadores a las necesidades de cada centro de salud o CAP, pudiendo pactar con cada responsable desde la dirección aquellos indicadores que consideren necesarios para la gestión de su centro, mejorando la gestión de los equipos y adaptación a sus necesidades.

EVALUACIÓN METODOLÓGICA DEL IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN SANITARIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC*, RODRÍGUEZ MANGA A, CEREZO MADUEÑO F, JIMBER DEL RIO M, ÁLVAREZ DE LARA SÁNCHEZ MA

Palabras clave: Acreditación, Atención centrada en el paciente, Autoevaluación, Evaluación de resultados, Seguridad del paciente

Objetivos

La Guía sobre Identificación del paciente evalúa las prácticas de seguridad del paciente relacionadas con una identificación fiable de los pacientes en la Historia clínica Electrónica (HCE), garantizando así que la información que se introduce en la HCE esté vinculada a la persona correcta.

En este estudio se han propuesto los objetivos:

1. Estudiar de impacto de las Tecnologías de la Información Sanitaria (TIS) en la Seguridad del Paciente.
2. Analizar la metodología existente para evaluar las TIS
3. Comprobar la eficiencia de las Metodologías SAFER aplicada a una unidad concreta de un hospital.

Materiales y Métodos

El estudio se ha realizado en 3 fases:

1. Búsqueda bibliográfica sobre el impacto de las Tecnologías de la Información Sanitaria en la Seguridad del Paciente.
2. Estudio de las metodologías existentes para evaluar las Tecnologías de la Información Sanitaria, adaptando las Metodologías SAFER al sistema sanitario andaluz.
3. Evaluación aplicando las Metodologías SAFER adaptadas con un ejemplo concreto de una UGC

Resultados

Como resultado de la evaluación en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) el 25% de las prácticas recomendadas están implementadas y el 67 % está parcialmente implementado.

Los fallos detectados son los siguientes:

- Los profesionales sanitarios no pueden crear listados personalizados
- No resulta clara la diferenciación de pacientes en filas adyacentes de listados
- Los usuarios de la HCE no son advertidos de la posibilidad de que exista o estén generando HCE duplicadas cuando buscan pacientes
- Las interfaces de usuario de los entornos de formación, pruebas y respaldo de la HCE no se diferencian claramente de la versión operativa (producción)
- No existe proceso destinado a asignar un ID de paciente único "temporal" en el caso de caídas del sistema o que el paciente no puede facilitar datos
- No se verifica la identidad de los pacientes en los puntos o transiciones clave del proceso de atención sanitaria
- El sistema de HCE no limita el número de historias clínicas que pueden mostrarse simultáneamente en un mismo ordenador.
- Los pacientes que han fallecido no están claramente identificados como tales.

Discusión

Como resultado del estudio se puede concluir que los fallos en la utilización de la HCE pueden dar lugar a: errores del usuario, recuperación errónea de datos, fallos de configuración del sistema o de funcionalidades, falta de integración flujos de trabajo clínicos, errores de interconexión con otros sistemas software o componentes. Todo ello puede comprometer seriamente la seguridad de los pacientes.

El origen de estos fallos puede ser de tipo: Hardware/software, interfaces hombre/máquina, personas, políticas, procedimientos, organización y cultura interna, medida y monitorización, flujos de trabajo y comunicación

IMPACTO EN LA MEJORA DE INDICADORES DE CALIDAD SOBRE PROFILAXIS QUIRÚRGICA, CONSUMO y APARICIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA

Autores: VÁSQUEZ SALINAS AI*, RAMOS CAMPOS C, MOTOS GÁMIZ MA, DUARTE DIÉGUEZ MC, CORTES MARTÍNEZ MC, REYES MARTÍN AL

Palabras clave: Autoevaluación, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Infección hospitalaria, Seguridad del paciente

Objetivos

Describir la evolución y mejora de indicadores de calidad establecidos por un hospital privado de tamaño intermedio, en un periodo temporal determinado, en cuanto a la profilaxis quirúrgica, consumo de antibióticos, y a la aparición de herida quirúrgica, como también analizar el cumplimiento de los mismos.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis comparativo, enfrentamos datos del cuarto trimestre de 2019 y 2020, analizamos un total de 549 cirugías, como también la compra unitaria de antibióticos. Para el análisis se utilizó el programa de cálculo Microsoft Excel y el programa de cálculo online www.learningaboutelectronics.com.

Analizamos el total de cirugías realizadas en nuestra línea temporal y que se encontrasen dentro del estudio PIRASOA, y aplicamos una selección de indicadores de calidad consensuada, entre ellos, profilaxis quirúrgica, tipo de antibiótico administrado, adecuación a nuestra guía de profilaxis antibiótica previa, tasa de infección de herida quirúrgica, además del análisis de los costes de antibióticos.

Resultados

Tras el seguimiento de casos descritos, los resultados para los indicadores y cada una de sus variables no muestran diferencias significativas. Destaca el indicador realización de profilaxis quirúrgica en cirugías de artroplastias que en 2019 obtiene un 90% de realización con un IC95% = (0,68-1) mientras que para el 2020 aumenta en un 92% y un IC95% = (0,74-0,98). Además, se muestra una tendencia positiva para los indicadores tasa de infección en mamas patológicas, colecistectomías y artroplastias. Con respecto a la compra de antimicrobianos, observamos una reducción del 14,28 % en cefuroxima y del 17,86% en ciprofloxacino. La cefazolina sigue siendo nuestro antibiótico profiláctico Gold estándar.

Discusión

A pesar de que el número de nuestra muestra para cada una de las variables analizadas es pequeño, dando como resultado diferencias poco significativas, la tendencia de nuestros indicadores es a la mejora, asimismo se debe tener en cuenta que los resultados que se muestran en este estudio se han obtenido en un entorno de pandemia por covid-19. Nuestro hospital ha logrado mantener durante el periodo estudiado indicadores de calidad. Con respecto al uso de antimicrobianos, a pesar de la tendencia a la disminución del uso en diferentes grupos, el gasto se ha visto afectado por una situación de incremento del uso general de antibioticos a nivel hospitalario durante la crisis sanitaria. Probablemente con un número de muestra mayor de casos estudiados podríamos obtener significancia en nuestros resultados, por lo que se seguirá estudiando los siguientes años para ver el mantenimiento de esta tendencia que creemos está directamente relacionada por el esfuerzo de protocolización y de revisión junto con los diferentes equipos médicos de nuestro hospital. Nuestros resultados son producto del trabajo multidisciplinar del equipo proa del centro y del equipo de prevención y control de la infección hospitalaria que forman parte de las políticas de calidad del centro.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD PARA PACIENTES CRÓNICOS

Autores: FONTALBA NAVAS A*, POZO MUÑOZ F, HURTADO MELERO F, GARCÍA CISNEROS R, ROLDÁN LIÉBANA MA, JIMÉNEZ MARTÍNEZ MB

Palabras clave: Continuidad de la atención, Enfermedad crónica, Evaluación de resultados, Percepción del paciente, Satisfacción

Objetivos

Las enfermedades crónicas comparten características comunes pese a que tradicionalmente han sido estudiadas académicamente de forma aislada y abordadas por los servicios asistenciales de forma atomizada.

En el modelo fragmentado vigente, el paciente es hospitalizado a cargo de una especialidad y no por su nivel de complejidad, y cada profesional realiza su trabajo de manera aislada. La comunicación entre profesionales transcurre a través de órdenes, prescripciones, notas e interconsultas.

Para contrarrestar dicha tendencia, se diseñó una planta de hospitalización para pacientes crónicos y pluripatológicos, estratificados previamente en Atención Primaria y en situación basal por la escala EPADI, dotada de 14 camas individuales, con un ratio más elevado de enfermería (1:7) y donde el paciente ingresa por criterios de complejidad y no por especialidad, incluyendo patologías tanto médicas como quirúrgicas.

Una vez implantado el modelo, se plantea la necesidad de explorar la experiencia del paciente durante su hospitalización, alta y seguimiento ambulatorio y obtener un mayor conocimiento de las necesidades de los pacientes crónicos y sus cuidadores, para impulsar cambios organizativos en la búsqueda de la mejora de la calidad de la atención sanitaria, seguimiento y educación terapéutica que se les presta.

Materiales y Métodos

Se desarrolló un estudio transversal, descriptivo e interpretativo, con metodología cualitativa, para evaluar la efectividad de posibles cambios organizativos en una unidad de alta complejidad hospitalaria, a partir de la información basada en la experiencia de los pacientes y sus cuidadores.

Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas, en el propio domicilio del paciente, una semana después del alta.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y después transcritas de cara a proceder a su análisis para identificar temas y patrones. Se crearon códigos, categorías y familias siguiendo estrategias de la teoría fundamentada

Resultados

Una de la dimensiones más valoradas es la educación terapéutica durante el ingreso del paciente y en el seguimiento domiciliario. Se detectan áreas de mejora en el área de confort sobre la que implantan medias correctoras. Se identifica claramente en el paciente y cuidador la atención diferencial y continuidad asistencial con respecto a sus experiencias previas de hospitalización.

Discusión

Con esta metodología se explora la comprensión y puesta en marcha de un modelo de atención diferenciado y de las actividades educativas que han sido llevadas a cabo por los profesionales de la salud, creadas para ayudar a los pacientes y a sus familiares a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida.

Esta metodología permite alcanzar conclusiones que son traducidas en cambios concretos en la organización y funcionamiento de la Unidad de Alta Complejidad.

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LA ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autores: GARCÍA LINARES ME*, PÉREZ ALCAIDE MC, ARANDA COLUBI R, MAÑAS ÁLVAREZ IM, MUÑOZ MARTÍNEZ I, HERNÁNDEZ SOTO MR

Palabras clave: Atención Primaria, Cuidados paliativos, Evaluación de resultados, Percepción de los profesionales, Satisfacción

Objetivos

Según datos del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (CP), la pirámide poblacional se está envejeciendo progresivamente. En estas edades, coexisten en un mismo individuo varias enfermedades crónicas, lo que le confiere una mayor fragilidad y por tanto, mayores necesidades de atención sanitaria y cuidados en general. Se estima que entre 35.000-60.000 andaluces requieren anualmente CP, y que el 75% de la población general se podría beneficiar al final de sus vidas de CP.

El modelo de atención paliativa en Andalucía se basa en la Atención Compartida según Nivel de complejidad (4). Así, los pacientes Complejos y de Alta Complejidad requieren la asistencia de los recursos avanzados de CP. Generalmente los Equipos de Soporte de CP (ESCP) se encuentran vinculados a centros hospitalarios.

Sin embargo, el ESCP de nuestro centro, depende de un Distrito de Atención Primaria de ámbito rural y extrarural, con una población de casi 700.000 habitantes y gran dispersión geográfica.

La labor de este ESCP es dar soporte a lo profesionales de Atención Primaria (AP) de los diferentes centros de salud y consultorios locales del área sanitaria, a través de: asesorías telefónicas, visitas conjuntas con profesionales de AP, establecimiento de una red de referentes en CP en cada Unidad de Gestión Clínica (UGC).

Objetivo: Evaluar el grado de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria de la actividad asistencial y docente realizada por un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos dependiente administrativamente de un Distrito Sanitario

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta semiabierta sobre satisfacción, diseñada ad-hoc.

Se realizaron 9 preguntas online (8 preguntas de opción múltiple y 1 pregunta abierta)

Población diana: todos los médicos y enfermeros de las 20 Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte (1.100 profesionales).

Plazo: Desde el 9 de octubre al 9 de noviembre.

El objetivo estratégico de estas encuestas de calidad percibida es cerrar el ciclo de mejora de la calidad asistencial relacionada con la actividad del ESCP de AP.

Resultados

Se analizaron 65 encuestas (datos provisionales) de profesionales. El 56 % eran enfermeros y 44 % eran médicos. El 94% había contactado al menos una vez con el ESCP. El 83% considera muy eficaz la intervención del ESCP. El 71% considera muy rápida su intervención. El 85% califica entre 9-10 la satisfacción con el ESCP. El 57% ha recibido alguna actividad formativa por el mismo.

Discusión

Los ESCP de AP son estructuras novedosas en el Sistema Sanitario Público Andaluz, en el que profesionales dependientes del Distrito Sanitario implementan el modelo de Atención Compartida. Al ser equipo de AP, se garantiza la Atención Integral Universal y Equitativa de los pacientes paliativos.

Conclusiones:

- El grado de satisfacción de los médicos y enfermeros del Distrito evaluado es muy alto con la actividad del ESCP
- Es necesario incrementar la actividad formativa del ESCP.

MEJORA EN LA GESTIÓN Y TRAZABILIDAD DE LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: MUÑOZ SÁNCHEZ C*, ORTIGOSA GARCÍA JC, CASTILLA ALCALÁ JA, MORENO AGUILAR R, SÁNCHEZ GILA M

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Confidencialidad, Cultura organizacional, Derechos del paciente, Evaluación de procesos

Objetivos

Proporcionar una mejora en la gestión y trazabilidad de la Unidad de Reproducción Humana.

Materiales y Métodos

Las actuaciones llevadas a cabo para conseguir una mejora en la gestión son:

- Búsqueda de un software que se adapte a las necesidades del servicio.
- Se han realizado tareas de preparación y adaptación tecnológica para poner en marcha dicho sistema:
 1. Se han escaneado las historias en papel existentes en el servicio y ahora son visibles desde Sistema de Información debido a la especial protección de estas historias.
 2. Se ha realizado carga de todos los pacientes del hospital y citas futuras en el nuevo Sistema de Información de Reproducción Humana.
 3. Se ha activado la mensajería de demográficos y Citaweb de DIRAYA, para actualización automática a dicho Sistema de Información.
- Configuración de sistemas, infraestructura y despliegue en los equipos.
- Gestión de acceso y formación a los profesionales.

Resultados

1. Se ha implantado el programa VREPRO que es la solución de empresa NaturalSoft.
2. Cada paciente tiene un episodio de reproducción almacenando toda la información específica de esta unidad y visible en la historia clínica de DIRAYA.
3. El programa gestiona de forma adecuada:
 - Los donantes propios y externos.
 - Tratamientos de infertilidad (IUI, IVF, ICSI..).
 - Laboratorio de embriología, andrología y banco de criogenizados.
 - El banco de semen, ovocitos y embriones de la unidad, garantizando la trazabilidad de todos los procesos.
 - Elaboración de informes personalizados.
 - Extracciones de datos para explotación de datos y de registros oficiales.
 - El programa ayuda a unificar criterios de actuación en el servicio.
 - Se consigue tener la posibilidad de análisis y obtención de métricas de las distintas técnicas de reproducción de una forma más directa y sencilla que antes debido a un registro único y consensuado de todos los datos.

Discusión

- Historias Clínicas de Reproducción Humana accesibles en tiempo real.
- Apoyo y mejora a la Seguridad y Privacidad del Paciente
- Eficiencia Médica y Ahorro en Costos.
- Garantía de trazabilidad en los procesos que intervienen en la Reproducción Asistida.

FLEBITIS ZERO: EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL

Autores: MORENO LÓPEZ AB*, PEINADO GARCÍA MD, PESTAÑA BLANCO MD, JIMÉNEZ PAREJO C, SACRISTÁN DEL CASTILLO MA, MARTÍNEZ NOGUERAS R

Palabras clave: Evaluación de resultados, Hospital, Indicadores, Notificación de incidentes, Seguridad del paciente

Objetivos

Los catéteres venosos periféricos (CVP) son los dispositivos invasivos más frecuentes en el ámbito hospitalario. Su uso supone un riesgo para los pacientes, principalmente por flebitis. El Proyecto Flebitis Zero constituye una oportunidad para implantar buenas prácticas en Seguridad del Paciente.

Consiste en la aplicación de un conjunto de medidas destinadas a estandarizar el proceso de los CVP.

Objetivo: conocer la incidencia de flebitis, su distribución por sexo y edad, así como su evolución temporal

Materiales y Métodos

Tras la adhesión del hospital a la iniciativa, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar.

Se adquirió los dispositivos necesarios para el cumplimiento de las medidas recomendadas, tras valoración de su idoneidad local. Se impartió múltiples sesiones formativas presenciales, con repeticiones periódicas, que reforzaban los puntos clave de los cursos online acreditados del Proyecto.

Desde 2016, se realizaron los estudios prospectivos anuales que analizan la incidencia de flebitis, así como el cumplimiento de las medidas preventivas, en periodos de observación de 14 días, según establece la dirección del Proyecto.

Se describió la frecuencia de flebitis según sexo y grupos de edad. Se obtuvo la incidencia acumulada global y anual, con intervalo de confianza al 95%, y la densidad de incidencia de flebitis en las muestras evaluadas. Se calculó el contraste de proporciones mediante el test de la chi-cuadrado.

Criterio caso: valores 2 a 5 en escala de Maddox. Se excluyó el valor 1 (posible flebitis)

Resultados

Desde el inicio, se ha impartido 83 sesiones presenciales, formando a 518 profesionales.

Se realizaron 5 evaluaciones anuales que incluyen un total de 908 pacientes y 1.094 CVP observados.

Se registraron 78 flebitis, el 56,4% en hombres ($p > 0,05$). La proporción de casos más alta se produjo en mayores 60 años ($p < 0,05$).

La incidencia global de personas con flebitis fue 8,6% (6,8-10,4). Por año, 7,6% (3,0-12,3) en 2016; 8,5% (4,0-12,9) en 2017; 4,9% (1,4-8,4) en 2018; 9,5% (6,1-12,8) en 2019; 10,3% (6,2-10,4) en 2020. Valor $p > 0,05$.

La densidad de incidencia fue de 20 flebitis por 1.000 catéter-días observados (11,0 en 2016; 16,6 en 2017; 14,1 en 2018; 26,7 en 2019; 29,0 en 2020)

Discusión

La proporción de flebitis es significativamente mayor en los grupos de más edad, sin diferencias por sexo. Se observa variabilidad en la incidencia por años, aunque no alcanza la significación estadística, probablemente debido al tamaño muestral.

La incidencia observada en nuestro hospital supera el nivel de calidad fijado en el Proyecto (5%), a excepción de 2018. Esto puede explicarse por una mayor intensidad formativa en ese año, lo que subraya la importancia de priorizar la cultura de seguridad y entrenamiento previos a la aplicación del bundle de medidas, para garantizar la mejora.

La exclusión del grupo de posibles flebitis puede subestimar los indicadores analizados.

Es necesario reforzar la formación continua y analizar la relación existente con otras variables de interés.

EFICIENCIA EN CUIDADOS Y GARANTÍA DE SOSTENIBILIDAD MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO COMO CENTRO CANDIDATO A LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

Autores: DOMÍNGUEZ GUERRERO F*, GARCÍA VILLANEGO L, GARCÍA JUÁREZ MR, FUENTES CEBADA L, TORRES PÉREZ E, FERNÁNDEZ MARIÑO LM

Palabras clave: Cuidados de enfermería, Dolor, Eficiencia, Enfermería, Seguridad del paciente

Objetivos

En los últimos años, el Hospital Universitario Puerta del Mar ha trabajado en la reorientación de los cuidados hacia una práctica de cuidados basados en evidencia. A pesar de los avances, los resultados obtenidos no han sido suficientemente satisfactorios, por lo que en 2019 iniciamos el programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, mediante contrato firmado con el BPSO Host de Andalucía, comprometiéndonos a desarrollar un plan para la implantación de tres guías de práctica clínica de la RNAO: "Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas", "Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones" y "Valoración y manejo del dolor"

Objetivos:

Seleccionar recomendaciones de cada guía para desarrollar un plan de acción en su implantación.

Monitorizar la implantación mediante indicadores de evaluación de registros enfermeros

Materiales y Métodos

Realización de diagnóstico de situación de cada guía.

Constitución de diferentes grupos de trabajo para el desarrollo global del proyecto y para cada una de las guías con profesionales de las unidades donde se va a implantar (tanto de enfermería como de otras profesiones sanitarias), dispuestos a mejorar los cuidados en nuestro hospital, siendo estos responsables de seleccionar recomendaciones, realizar el cronograma de implementación y de evaluación. Son los denominados impulsores de proyecto.

Para apoyar esta iniciativa contamos con recursos como: unidad de calidad, sistemas de información, página web hospitalaria, comisión de seguridad clínica, implicación directa de la Dirección de Enfermería, y con apoyos externos al centro como: Universidad de Cádiz, Colegio de Enfermería de Cádiz, la Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía y la Asociación Andaluza del dolor.

Resultados

Se han creado grupos de trabajo por cada una de las guías, seleccionando las recomendaciones a implantar (caídas 4, dolor 3 y accesos vasculares 7 recomendaciones)

Se han impartido un total de 45 sesiones clínicas en las unidades piloto de implantación para la difusión del proyecto (caídas 19, dolor 15 y accesos vasculares 11 sesiones)

Hemos difundido el proyecto mediante prensa, radio, página web del hospital y redes sociales

Se han formado un total de 126 profesionales (enfermeros y TCAE) mediante 5 ediciones del curso sobre la "Herramienta de implantación de buenas prácticas de la RNAO"

Nos hemos formado en metodología de evaluación de los indicadores para el seguimiento de la implantación de guías, realizando un procedimiento normalizado de trabajo para tal fin

Discusión

Nuestra participación en el programa BPSO como candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados® (CCEC®), para la implantación, evaluación y difusión de Guías de Buenas Prácticas nos permite desarrollar un proyecto con una metodología de trabajo que garantiza la sostenibilidad de los cuidados basados en evidencia y la eficiencia en los cuidados

GEOASMA ESTUDIO Y DEFINICIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS SOBRE LA INFLUENCIA DEL ENTORNO EN PACIENTES ASMÁTICOS EN ANDALUCÍA

Autores: CUARESMA-GIRALDEZ M*, MORENO-CONDE A, MORENO-CONDE J, SALAS-FERNÁNDEZ S, DE LUQUE PIÑANA V, GUARDIA-MARTÍNEZ P

Palabras clave: Gestión de la enfermedad, Planificación Estratégica, Política de salud, Problemas de salud, TIC y telemedicina

Objetivos

Definir y evaluar un sistema de ayuda a la decisión para profesionales y pacientes basados en el análisis de la influencia de las características clínicas y del entorno en la población de pacientes asmáticos de nuestra región.

Materiales y Métodos

Este proyecto aplica el sistema GeoHealth en el desarrollo de un estudio retrospectivo sobre la evolución de la población de pacientes asmáticos atendidos en Andalucía durante los últimos 15 años.

Combina datos obtenidos de la Historia Clínica de los pacientes con factores sobre niveles de pólenes y contaminación, datos atmosféricos, cercanía a zonas verdes, etc. Aplicando técnicas de análisis multinivel y segmentación se identifican subconjuntos de pacientes de especial interés sobre los que establecer medidas de prevención del asma. Adicionalmente, estas técnicas permiten establecer mecanismos de estratificación de los pacientes asmáticos al combinar los datos del entorno (exposición a aeroalérgenos, contaminación ambiental, etc.) con la información sanitaria de los pacientes tales como valores de pruebas funcionales, de IgE, conteo de linfocitos, exacerbaciones en el último año, uso de corticoides y descompensaciones que requieran atención urgente.

Resultados

El resultado de este estudio permite definir modelos predictivos sobre el riesgo de exacerbación de los pacientes, que ayuden a los profesionales sanitarios y pacientes en la toma de decisiones. Una vez determinados los modelos, se realizará un estudio del grado de concordancia entre las recomendaciones establecidas y la decisión terapéutica adoptada por los profesionales en los pacientes atendidos en los centros participantes durante un periodo de 6 meses. En aquellos casos en los que existan discrepancias se realizará una revisión por parte de un comité de profesionales en esta especialidad. De esta manera, se podrá identificar la sensibilidad y especificidad de los modelos predictivos definidos en un entorno real.

Discusión

Se ha demostrado lo decisivo que es el entorno del paciente en el desarrollo de muchas enfermedades.

GeoAsma se presenta como una herramienta que facilita a los investigadores clínicos las tareas de observación y análisis, con el fin de ayudar a comprender mejor afecta el medio ambiente al desarrollo de la enfermedad en los pacientes. Además, con el sistema GeoHealth, la extracción, el procesamiento y la integración de los datos abiertos en el sistema y el despliegue intuitivo en un solo mapa permiten a los investigadores ahorrar tiempo y acceder a técnicas de análisis avanzadas que pueden utilizar sin el conocimiento necesario para desarrollar los algoritmos que los forman.

Todos estos aspectos muestran el potencial impacto de GeoAsma en la toma de decisiones por parte de profesionales y pacientes, así como en el desarrollo de estudios clínicos relacionados con la ubicación y entorno de los pacientes. El proyecto ha sido financiado parcialmente por la Consejería de Salud (PIN-0441-2017).

MODELO PREDICTIVO PARA SELECCION DE GAMMAGRAFÍA ÓSEA VS SPETC/TC EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Autores: RODRÍGUEZ CÁCERES E*

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Gestión clínica, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

En el Cáncer de próstata, el estudio estándar para valorar la afectación del hueso es la gammagrafía ósea con difosfonatos. Añadir SPECT/TC mejora la capacidad diagnóstica, a costa de un incremento del tiempo de equipo, de la radiación del paciente y del coste global.

Para rentabilizar esta situación y seleccionar los pacientes se propone obtener un modelo predictivo que permita clasificar adecuadamente a los pacientes con carcinoma de próstata (CP) para la realización de gammagrafía ósea convencional y/o SPECT/TC en función de variables clínicas, analíticas y de imagen.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional desde enero 2017 hasta marzo 2018, que incluye a los pacientes remitidos a la UGC de Medicina Nuclear con el diagnóstico de CP para estadificación o evaluación sin clínica de afectación ósea metastásica.

Se incluyen variables clínicas (Gleason score, hormonosensibilidad o resistencia a castración), analíticas (antígeno prostático específico, fosfatasa alcalina) y cinéticas (tiempo de duplicación).

Se realizó gammagrafía ósea y SPECT/TC tras la inyección iv de ^{99m}Tc -HMDP (actividad ajustada por peso, 0,3 mCi x Kg)

Resultados

Se incluyeron 214 pacientes (edad media 69,55 años, rango 53-90 años y desviación típica de 7,74 años). Tiempo medio desde el diagnóstico 48,17 meses. Los pacientes se clasificaron por grupos de riesgo (alto riesgo 128, riesgo intermedio 81, bajo riesgo 30).

El nivel de detección de pacientes metastásicos fue superior en el estudio SPECT/TC frente a la gammagrafía convencional (90 frente a 79 pacientes). Se encuentra correlación entre la enfermedad metastásica y el tiempo de duplicación de PSA.

Mediante regresión logística binaria se obtiene un modelo predictivo que permite seleccionar los pacientes para realizar una o ambas pruebas en función de la probabilidad de enfermedad metastásica.

Se comprueba la discriminación del modelo mediante curva ROC (Área bajo la curva: 0,85 (IC: 0,78-0,92))

Discusión

La planificación de la actividad en una UGC de Medicina Nuclear es altamente dependiente del tiempo de ocupación de los equipos y del decaimiento de la actividad radiactiva. Para la correcta gestión de las agendas es prioritario conocer "a priori" el tiempo que cada paciente necesita para la exploración.

Del mismo modo, aplicar la técnica más adecuada a cada situación redundará en beneficio del paciente y del sistema sanitario.

La aplicación del modelo obtenido, para la selección de pacientes candidatos a estudio óseo en ausencia de clínica ósea, supondrá una mejora en la utilización de los recursos sanitarios y disminuirá las exploraciones no necesarias para los pacientes.

IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR COVID-19

Autores: MOLERO DE LA MATA R*, AGUILERA LÓPEZ MD, GASCÓN JIMÉNEZ JA, LÁZARO MÁRMOL JA, FONSECA DEL POZO FJ, ROMERO RODRÍGUEZ E

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Atención Primaria, Continuidad de la atención, Evaluación de resultados, Gestión de la enfermedad

Objetivos

Una de las causas de mayor presión hospitalaria durante la pandemia por COVID-19 han sido los ingresos desde centros residenciales. El objetivo de este estudio es conocer cómo se ha visto afectada la presión hospitalaria por ingresos COVID-19 de pacientes institucionalizados, tras la puesta en marcha de un protocolo de actuación proactivo en centros residenciales.

Materiales y Métodos

Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo en los centros residenciales del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, desde septiembre de 2020 hasta marzo 2021. La muestra de estudio fue la totalidad de usuarios institucionalizados en centros residenciales positivos por COVID-19 y sus contactos estrechos. Se analizaron 52 centros residenciales con un total de 2737 residentes.

El periodo de observación abarca dos olas epidémicas, una en septiembre de 2020 y otra en enero de 2021. En la primera no se había puesto en marcha el protocolo a estudio, siendo objeto de estudio del 01/09/20 al 30/03/21; se dividió en 3 periodos: inicial del 1 al 28 de septiembre, intermedio del 29 de septiembre al 3 de noviembre y final del 4 de noviembre al 31 de marzo.

El protocolo recoge la valoración continua por equipos asistenciales incluidos fines de semana, la monitorización de constantes/síntomas y la instauración de tratamiento en fases precoces de la enfermedad.

Se analizó como variable principal el número total diario de ingresos hospitalarios en pacientes positivos provenientes de centros residenciales con independencia de la causa y el número de casos positivos en cada residencia.

Resultados

El protocolo de seguimiento se difundió entre todos los profesionales el 29 de septiembre, se estableció el manejo, seguimiento y tratamiento a emplear en los pacientes institucionalizados COVID-19 positivos así como los criterios de traslado o ingreso en hospital.

La media de casos positivos registrados en residentes en los tres periodos fueron 57,36 ($\pm 62,07$), 124,61 ($\pm 49,97$) y 39,05 (41,74), respectivamente. Durante el primer periodo de estudio, se alcanzó un valor máximo de residentes COVID+ de 170 con un valor máximo de ingresos de 38 pacientes, en el segundo periodo el valor máximo de residentes COVID+ fue de 179 con un máximo de 15 pacientes ingresados, y en el tercer periodo, el máximo de residentes COVID+ fue de 109 con 15 ingresos. La media de ingresos en el periodo inicial, intermedio y final fueron 10,96 ($\pm 13,10$), 12,78 ($\pm 10,40$) y 4,47 ($\pm 4,30$), respectivamente. Se obtuvieron diferencias significativas al comparar los ingresos registrados en el periodo inicial e intermedio ($p < 0,001$) y los ingresos producidos entre el periodo intermedio y el periodo final ($p = 0,013$).

Discusión

El estudio ha mostrado que la puesta en marcha de un protocolo de seguimiento proactivo por los equipos asistenciales de médico-enfermera en Atención Primaria en la valoración y atención de pacientes COVID+ en centros residenciales ha permitido disminuir la presión hospitalaria diaria de ingresos de pacientes institucionalizados.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ENERGÍA EN EL H.U. REINA SOFÍA DE CÓRDOBA SEGÚN NORMA UNE-EN-ISO 50001:2018

Autores: GAVILÁN GUIRAO JA*, GONZÁLEZ SÁNCHEZ L, GÓMEZ DE HITA JL

Palabras clave: Certificación, Eficiencia, Gestión de la calidad, Hospital, ISO 14000

Objetivos

- El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) dispone de un consolidado Sistema de Gestión Ambiental (SIGA-SSPA). Al igual que otros centros, el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) tiene implantado su Sistema de Gestión Ambiental certificado en la norma UNE-EN-ISO-14001:2015.
- El SSPA, gran consumidor de energía, propone como objetivo corporativo la implantación en sus centros de un Sistema de Gestión de la Energía (SGE) integrado en el SIGA-SSPA, certificado en la norma UNE-EN-ISO 50001:2018.
- En 2018, el SGE fue implantado en 4 centros piloto, en 2019 en otros 4 centros más (entre ellos el HURS) y en 2021 certificado en conjunto en la norma UNE-EN-ISO 50001:2018.
- Ámbito SGE del HURS: Hospital Reina Sofía, Hospital Provincial, Hospital Los Morales, Centro de Especialidades Carlos Castilla del Pino y Centro Periférico de Diálisis.

Objetivo:

- Un SGE permite optimizar, analizar y mantener en un entorno controlado el uso de la energía de una organización, mediante la mejora continua de su desempeño energético. Se basa en el ciclo de Deming o PDCA, consistente en la realización sucesiva y reiterativa de las fases de planificación, ejecución, verificación y actuación.

Materiales y Métodos

- Establecimiento de un organigrama SGE
- Aprobación de la documentación específica del SGE
 - PO SGE 01.- Procedimiento de Revisión Energética
 - PO SGE 02.- Procedimiento de Planificación Energética
- Monitorización mensual de consumos energéticos
- Revisión energética inicial y anual de cada centro (Doc. F-SGE-01-01)
 - Resumen de las características principales del centro
 - Identificación de las fuentes de energía
 - Inventario de equipos
 - Métodos de control del consumo
 - Identificación e inventario de equipos de control de consumo
 - Análisis y justificación del consumo energético año actual y anterior
 - Identificación de factores y variables a considerar
 - Identificación de indicadores de desempeño energético (IDEn)
 - Identificación de los usos significativos de la energía
 - Cálculo de la Línea Base Energética: Doc. F-SGE-02-01
 - Identificación de acciones de mejora en base al análisis realizado
- Certificados de Eficiencia Energética
- Realización de actividades de sensibilización energética entre los profesionales
- Cálculo inicial y anual de la Huella de Carbono (HdC)
- Establecimiento de objetivos internos de reducción de consumos energéticos
- Auditoría Interna anual del SGE
- Certificación del SGE en la norma UNE-EN-ISO 50001:2018

Resultados

- A. De gestión: contrato de servicios energéticos, inicio abril-17
- B. Consumo Energético: 2020 respecto a 2017: -3,9 MWh (-8,22%)
- C. Económico: durante los últimos 3 años, acumulado de -1,8 M€ aprox.
- D. Emisiones a la atmósfera: 2020 respecto a 2019: -6.300 Tn CO₂

Discusión

- Se justifica la implantación de un SGE: permite mantener en un entorno controlado el uso de la energía y facilita la toma de decisiones, así como la planificación y consecución de objetivos de carácter energético, y a la vez económico.

LA MEDICALIZACIÓN DE RESIDENCIAS COVID-19, UN GRAN DESAFÍO PARA EL AGS SUR DE SEVILLA

Autores: SALAS CASADO T*, SIANES BLANCO A, MURILLO DE LLANOS J, BARBERO JIMÉNEZ MJ, CHÁVEZ MAYA A, GARCÍA RODRÍGUEZ M

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión de cuidados, Satisfacción

Objetivos

Tras ser declarada la pandemia el 11/03/2020 por la OMS, se requirió el establecimiento de medidas urgentes para hacer frente a la propagación de la misma y reducir el impacto del covid-19.

En Andalucía para reforzar las medidas de protección y prevención y evitar la transmisión de la infección entre la población más vulnerable, especialmente los que viven en centros residenciales (CRS), se crea la instrucción 2/2020 para la dirección, gestión e inspección de las mismas, e integrar tanto el sistema sanitario como el sociosanitario para el abordaje de los diferentes escenarios.

Objetivos:

- Responder de manera urgente al escenario 3 de la instrucción 2/2020.
- Establecer los pasos procedimentales y organizativos para desarrollar una respuesta que evite la variabilidad de actuaciones en cada escenario.
- Generar estructuras que den respuestas seguras y eficaces en la gestión de CRS con necesidades de medicalización.

Materiales y Métodos

Para lograr los objetivos propuestos, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar denominado Equipo de Intervención con disponibilidad 24h.

Se generó una hoja de registro donde cada interlocutor tenía definidas sus funciones y compromisos en la gestión inmediata de la situación. Se hizo un grupo de difusión para notificaciones, incidencias, convocatorias. Se creó un listado estandarizado tanto de Epi como de fungibles y medicación. Se formó un equipo adiestrado por PRL de 18 enfermeras. Se designó 1 coordinadora. Se adquirieron 3 equipos informáticos con módem usb, impresoras y conexión a Diraya.

Resultados

Ante la comunicación de un brote en un CRS, el equipo se reunía de forma inmediata y en función del tipo de residencia y del escenario, definía las actuaciones a realizar en el plazo requerido; siempre con el compromiso de seguimiento diario y actuación en caso de hallar disfunciones para corregirlas.

Se definió un protocolo de actuación ante la notificación de un brote que nos permitió detectar los casos desde su inicio y ofrecer una respuesta terapéutica precoz (menos de 24h).

Se aseguró la coordinación entre niveles asistenciales (sanitario, sociosanitario, AP, hospital, Epidemiología, Inspección) y se mantuvo la dignidad, el confort, la seguridad y calidad de vida dentro del entorno habitual del paciente.

Discusión

Se han medicalizado 8 de los 44 CRS de nuestra AGS, de ellos 2 eran de gran discapacidad y 6 eran de mayores, con dimensiones y características muy diversas.

Aprendimos de nuestra 1ª experiencia que resultó bastante complicada, pasando de la incertidumbre a generar una respuesta organizada, segura e inmediata.

Mejora de la comunicación entre todos los interlocutores con la figura de la coordinadora como elemento sobre el que pivota la información por parte de todos los actores.

En la etapa final nos convertimos en espacio evacuador para otros centros dados los resultados obtenidos y la satisfacción mostrada tanto por los responsables de los centros atendidos como de la Inspección de Servicios Sociosanitarios.

LA RESILIENCIA EN LA GESTIÓN CLÍNICA: PLAN QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO Y DE CIRUGÍA PREFERENTE EN ÉPOCA COVID

Autores: LIÑÁN LÓPEZ M*, GARCÍA RESCALVO MA, SANTAELLA PÁEZ JI, VILLEGAS CALVO M, NAVAJAS GÓMEZ DE ARANDA JA, NAVAS MARTÍNEZ IN

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Derechos del paciente, Gestión clínica, Gestión de la enfermedad, Hospital

Objetivos

Diseñar y desarrollar un ambicioso e innovador plan quirúrgico para cirugía oncológica y patologías quirúrgicas preferentes no demorables, en Hospital grupo I, de referencia de ámbito provincial, de forma que todos los bloques quirúrgicos de los cuatro centros sanitarios que conforman dicho hospital, funcionalmente fueran una sola unidad quirúrgica.

Materiales y Métodos

Creación de grupo de trabajo multidisciplinar liderado por Dirección Gerencia, Médica, subdirecciones médicas, quirúrgicas y de enfermería, subdirección de accesibilidad así como jefes de servicio quirúrgicos. Diseño de un único bloque quirúrgico funcional ya que actualmente hay 4 bloques quirúrgicos, dispersos estructuralmente en cada centro del complejo sanitario (Hospital de Neurotraumatología, Hospital General, Hospital Materno Infantil y Unidad de Cirugía de Alta Precoz).

Análisis semanal de la lista de espera quirúrgica, mediante reuniones por videoconferencia, dando prioridad para intervención a pacientes con patología quirúrgica oncológica y patología no demorable, de forma que pacientes oncológicos de tiroides, pulmón, laringe y próstata, han ido operándose en quirófanos de Hospital de Neurotraumatología, además de los pacientes de las especialidades propias del centro (pacientes oncológicos cerebrales, tumores óseos, melanomas y tumores maxilofacial).

El plan se desarrolla desde 19 de Octubre (en plena segunda oleada pandémica) y finaliza el 15 de diciembre 2020.

Resultados

Durante este período, se han intervenido un total de 1590 pacientes en todo el complejo sanitario, de los cuales, 507 pacientes han sido cirugías oncológicas y 1083 pacientes cirugías preferentes no demorables. Del total de cirugías tan solo un incidente de seguridad en relación a demora en banco de sangre sin impacto en salud del paciente. Encuesta de calidad con alto grado de satisfacción de profesionales a pesar de desplazamiento y ámbito de trabajo diferente al hábitat habitual, fundamentado en protocolización de procesos y alto nivel de motivación. Alto grado de satisfacción entre pacientes y familias, según encuestas de satisfacción.

Discusión

En situación de crisis, como la que genera la lucha diaria frente a la pandemia Covid-19, es cuando se pone en valor la capacidad de los equipos en gestionar la incertidumbre, la importancia de la colaboración entre todos, la capacidad de resiliencia tanto de pacientes como profesionales, así como vocación de servicio público de nuestros sanitarios, para que nadie se quede atrás a consecuencia de la pandemia Covid. Con este plan, a pesar de la zozobra que rodea a la pandemia actual, se ha dado una oportunidad de esperanza de vida a 1590 personas y sus familias, que de otro modo, muy probablemente, no la hubieran tenido.

CALIDAD PERCIBIDA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EL F.O.D.A. DINÁMICO COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CRISIS

Autores: LIÑÁN LÓPEZ M*, VILLEGAS CALVO M, GARCÍA RESCALVO MA, NAVAJAS GÓMEZ DE ARANDA JA, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ M, SANTAELLA PÁEZ JI

Palabras clave: Autoevaluación, Efectividad, Gestión clínica, Gestión de la enfermedad, Percepción de los profesionales

Objetivos

Diseñar un F.O.D.A dinámico que recogiera la realidad del centro pero no con la concepción clásica de comparar factores internos y externos, sino que sea capaz de relacionar las experiencias de la primera oleada Covid, con las opciones de desarrollo y mejora en el futuro inmediato.

Materiales y Métodos

Creación de grupo de trabajo multidisciplinar liderado por Dirección Gerencia, participando subdirecciones médicas, quirúrgicas y de enfermería. A través de reuniones periódicas, se diseñó una matriz F.O.D.A. haciendo énfasis en estas características: fortalezas como éxitos y debilidades como errores en el pasado, siendo una oportunidad eliminar errores para habilitar el aprendizaje e innovación, y hacer de esas oportunidades fortalezas futuras. La matriz F.O.D.A. se elabora desde el 30 de marzo a 30 Abril de 2020 en un Hospital grupo I.

Resultados

Debilidades: desconocimiento a lo que nos enfrentamos (gran incertidumbre por desinformación científica con protocolos cambiantes día a día). Recursos materiales insuficientes en relación a las necesidades detectadas : mascarillas, guantes, EPI, soluciones HA,...con donaciones en oleada pero sin regulación.

Fortalezas: nuestro centro es un hospital fundamentalmente quirúrgico pero con gran capacidad de adaptación. Creación equipos multidisciplinarios (trabajo en equipo). Rediseño de estructuras y planes funcionales flexibles y ágiles, capacidad de trabajo de profesionales (compromiso, sentido de pertenencia)

Amenazas: el enemigo sigue siendo el gran “desconocido enmascarado”. Alto coste emocional (fatiga y cansancio de los profesionales). Los protocolos tan cambiantes generan desorden y falta credibilidad. Marco económico muy poco favorable: aumento gasto. Incremento de listas de espera de pacientes.

Oportunidades: Rediseñar las estructuras evitando espacios disfuncionales. Reorientar el gasto puntual hacia la inversión a medio-largo plazo. Incorporación de nuevas modalidades de asistencia (teléfono, telemedicina, videoconferencia).

Discusión

En situación de crisis, como la que genera la lucha diaria frente a la pandemia Covid-19, si es de suma importancia gestionar la incertidumbre, más aún es liderar y planificar el futuro mas inmediato, aprendiendo de las experiencias vividas.

A través de esta matriz F.O.D.A. dinámica, nos ha permitido diseñar líneas estratégicas para amortiguar las siguientes oleadas pandémicas como por ejemplo implementando un plan quirúrgico para cirugía oncológica no demorable, inversiones orientadas a rediseñar estructuras funcionales de asistencia al Covid, plan de atención a profesionales mediante mindfulness, y diseño de plan de telemedicina para consultas externas.

DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE RECURSOS DIGITALES PARA USO PROFESIONAL EN LA UCI

Autores: RUIZ AGUILAR A*, SANZ PACHECO B, GÓMEZ JIMÉNEZ A, DELGADO LOZANO C

Palabras clave: Cuidados Intensivos, Desarrollo profesional, Gestión del conocimiento, Participación, Seguridad del paciente

Objetivos

Durante los últimos 4 años, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, se han llevado a cabo varios proyectos relacionados con la utilización de diversos recursos digitales, con el fin de facilitar al profesional sanitario herramientas teórico-prácticas para que le fuesen de ayuda en el día a día laboral.

Parte de estos recursos también fueron destinados al confort, a la disminución de la ansiedad y al entretenimiento de los pacientes.

Los recursos que se implantaron fueron la utilización de códigos QR, el desarrollo de un escritorio digital y el uso de gafas de Realidad Virtual (RV) para los pacientes.

Los códigos QR, fueron realizados para resolver dudas de una manera clara, rápida y concisa sobre aparataje, protocolos, guías, medicación, procesos asistenciales que hay en una Unidad de Cuidados Críticos.

Bookmarker o escritorio digital, es una página web, cuya finalidad es guardar y organizar tus sitios webs favoritos en un entorno en línea único y personalizado. Los recursos que se utilizaron en el escritorio fueron webs corporativas de uso común, webs sanitarias reconocidas y blogs sanitarios.

Realidad Virtual. Propusimos utilizar esta tecnología, en determinados pacientes que estuvieran conscientes y orientados y que fueran sometidos a alguna técnica invasiva que les supusiera un aumento de ansiedad e incomodidad. Aprovechando de tal manera, la RV como marco de relajación, distracción y entretenimiento.

Materiales y Métodos

Todos estos recursos fueron elaborados y contemplados para el uso de todo el personal sanitario que trabaja en la Unidad, y sobre todo para personal de nueva incorporación y estudiantes en prácticas.

Pensamos que estos recursos mejoran la necesidad de consulta y formación de los profesionales, disminuyen el riesgo de cometer errores, mejoran el cuidado y aumentan el confort del paciente.

Resultados

La implantación de estos recursos no ha sido del todo satisfactoria bajo nuestro punto de vista. Apenas ha habido feedback por parte de los profesionales sanitarios de la Unidad, con relación a mejoras, actualizaciones y necesidades nuevas que pudiéramos ir mejorando de estos recursos digitales, lo que refuerza la idea del poco uso de las mismas.

El porqué del uso menos esperado de lo que pensábamos, nos deja un campo abierto de investigación, para intentar saber cuáles pueden ser los motivos por los que el uso de estos recursos no sea mayoritario.

Discusión

En la época en la que nos encontramos, no podemos dar la espalda a la ayuda de la tecnología, utilizando los recursos digitales de una manera correcta y con el contenido apropiado y evidenciado, conseguimos unas herramientas que harían a los profesionales sanitarios mucho más eficientes en su práctica laboral diaria, aumentando la seguridad del paciente y facilitando al profesional su labor asistencial en base a su conocimiento y habilidades.

Sin olvidarnos de la mejora con relación al confort y entretenimiento que tendría el paciente en determinadas situaciones.

GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Autores: PÉREZ PÉREZ I*, DÍAZ CURIEL MT, VÁZQUEZ FERRI MJ, NIETO MARTÍN MD, ALONSO SALAS MT, CONDE GUZMÁN C

Palabras clave: Acreditación, Atención centrada en el paciente, Gestión de cuidados, Indicadores, Sistemas de Información

Objetivos

Contribuir a la gestión de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria de la UGC de Medicina Interna y Pediatría (Cuidados Paliativos Pediátricos), poniendo a disposición de sus profesionales información relevante para la gestión y la mejora continua.

Materiales y Métodos

Diseño e implementación de la estructura física y funcional para la gestión de pacientes en la modalidad asistencial de hospitalización domiciliaria. Se habilita una estructura física "virtual" definiendo ubicaciones en Diraya tipo "puestos de atención domiciliaria" que se agrupan por equipos asistenciales. Se habilitan Unidades Funcionales específicas en los ámbitos de Medicina Interna y de Pediatría.

Protocolización del circuito para la gestión del registro de pacientes en las Unidades de Hospitalización Domiciliaria: definición de puntos de registro en función de horarios y prioridades asistenciales. Los ingresos deben realizarse en episodios de hospitalización no contabilizables.

La obtención de los indicadores de actividad se realiza accediendo a los datos de registros asistenciales. Los datos de hospitalización se abordan desde Replic de Diraya y los datos de consultas externas desde Infhos. Tras su proceso y depuración, quedan integrados mensualmente en el Cuadro de Mando del hospital.

Proceso de revisión semanal para la detección de incidencias y subsanación.

Resultados

Gestión de pacientes tanto administrativa como asistencial de usuarios Diraya Atención Especializada. Registro de información asistencial en la historia clínica del paciente. Informes mensuales que permiten realizar un seguimiento de la actividad asistencial que se realiza en la modalidad de hospitalización domiciliaria y de las consultas que generan cuya valoración hay que hacerla en el contexto de la Atención a Domicilio.

Seguimiento de indicadores de hospitalización: ingresos, altas, de las estancias, puestos de hospitalización, censo de pacientes, exitus.

Seguimiento de indicadores de consultas: primeras consultas de atención primaria y atención especializada, las consultas sucesivas, las telefónicas y la elaboración de informes.

El modelo se diseñó para Medicina Interna y se ha extendido a Cuidados Paliativos Pediátricos.

Indicar que durante la pandemia las residencias que fueron medicalizadas se gestionaron con la misma metodología.

Discusión

La Hospitalización Domiciliaria es un área asistencial que proporciona a los usuarios la posibilidad de permanecer en su entorno habitual con un seguimiento exhaustivo de su proceso asistencial, permitiendo al mismo tiempo una optimización de los recursos asistenciales.

Los datos asistenciales y administrativos de su proceso se registran en su historia en un episodio asociado a Atención Domiciliaria, facilitando el análisis posterior mediante herramientas de gestión del conocimiento.

El modelo también permite valorar la carga de trabajo de los profesionales/equipos que atienden a los usuarios en Atención Domiciliaria.

OPTIMIZACIÓN DEL RENDIMIENTO DE UN EQUIPO PET/TC MEDIANTE APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN Y ANÁLISIS DE CLUSTERS

Autores: RODRÍGUEZ CÁCERES E*, GUIOTE MORENO MV, VALLEJO CASAS JA

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Eficiencia, Evaluación de resultados, Gestión clínica

Objetivos

La optimización del rendimiento de los equipos de alta tecnología es una preocupación y una necesidad de los sistemas sanitarios. La planificación correcta y distribución adecuada de las agendas es una herramienta útil para este fin.

El objetivo del estudio ha sido analizar criterios para aplicar metodología LEAN y análisis de clusters a la planificación de actividad de una unidad PET/TC

Materiales y Métodos

Se incluyeron 344 estudios consecutivos realizados durante el mes de octubre de 2017 en la Unidad PET/TC, utilizando como trazador 18F-FDG. Se consideraron como variables el origen de la solicitud, el motivo de la misma, la autonomía del paciente, edad, duración y situación de ingreso hospitalario. Se realizaron mediciones de los tiempos de adquisición (TA) de cada estudio (manteniendo constante el tiempo por "bed" en 3 minutos) y el tiempo de cambio (TC) entre pacientes.

Los datos se analizaron mediante lenguaje "R". Se realizó análisis de clústers para clasificar los estudios teniendo en cuenta la totalidad de las variables.

Resultados

El análisis global mostró un TA medio de 24' (rango 12'-40'; rango intercuartílico 21'-27'), un TC medio de 4,16' (rango 1' -13'; rango intercuartílico 3'-5') y una relación TC/TA media del 14,26%.

Así, el tiempo medio "no productivo" por jornada de 12 horas útiles ha sido de 2 horas.

El análisis de clusters nos permitió clasificar a los pacientes en tres grupos. El grupo 1 (254 pacientes, 73,8%) mostró un TA medio de 23,31', TC medio de 3,9'. El grupo 2 (66 pacientes, 19,1%) un TA medio de 31,57', TC medio 5,49' y el grupo 3 (24 pacientes, 6,9%) presentó un TA medio de 11,96' y TC medio de 3,12'.

Discusión

El análisis realizado nos permitió conocer los tiempos y frecuencias de cada tipo de estudio y de ese modo poder planificar las agendas del equipo adaptadas a la demanda y a la optimización temporal.

De este modo, mediante la reducción de tiempos no productivos, la planificación de una agenda tipo permite incluir 2 pacientes del grupo 3, 4 pacientes del grupo 2 y 18 pacientes del grupo 1, que representan la población y tipo de estudio más demandado.

Entre las variables de los pacientes, la más influyente para este objetivo ha resultado ser la autonomía del paciente.

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS: FARMA HCRC

Autores: VAQUERO ÁLVAREZ E*, VÁZQUEZ CASTELLANO A, CHECA CLAUDEL J, APARICIO MARTÍNEZ P

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

Objetivos

Desarrollar una herramienta para seguir de cerca la terapia que el médico ha prescrito a nuestros pacientes, al pasar del ámbito hospitalario al ambulatorio, procurando un mejor control en lo que respecta al medicamento que el facultativo ha recomendado.

Materiales y Métodos

La aplicación "Farma HCRC" es una "webapp", con dos módulos: uno específico para el paciente y el otro para el farmacéutico. Este último podrá acceder a su historial y transferir la información, si esta es requerida, al profesional que recetó la medicación. Se puede consultar desde cualquier dispositivo (PCs -Windows, Linux, Mac-, Móviles/Tablets iOS o Android) a través de cualquier navegador WEB, actualizar los contenidos directamente en el servidor para que sean visibles en el momento. También se encuentra disponible la versión empaquetada como APP, donde una vez instalada, se permite la posibilidad de utilización off-line.

Resultados

Mediante un código de identificación previamente otorgado, puede acceder el paciente y/o un familiar cercano.

A través de la cámara del teléfono, podrán escanearse los documentos para subir diferentes archivos.

Como cada autorización tiene una fecha de caducidad, la aplicación se encarga de avisar cuando esté próxima a su vencimiento.

Contendrá información del medicamento, a cargo de los farmacéuticos del Servicio.

Se añadirán en el calendario, mediante símbolos, los síntomas que el paciente tenga esos días.

Además, se podrán incluir las reacciones adversas, intolerancias etc posibles según la medicación que tome el paciente. Y, según estos últimos, el farmacéutico podrá analizar las posibles interacciones medicamentosas.

Dispone asimismo de un sistema de mensajería mediante el cual el farmacéutico avisa al paciente cuando el medicamento esté en la farmacia para que pueda ir a recogerlo.

Se realizarán notificaciones importantes mediante esta aplicación, con un apartado de noticias importantes en cuanto a horarios, novedades del hospital, para que el paciente esté constantemente informado y actualizado.

Discusión

La seguridad del paciente es primordial. En el caso del tratamiento farmacológico, es fundamental que los pacientes dispongan de la mejor información posible sobre los medicamentos que reciben.

Es necesario llevar a cabo una monitorización de la medicación del paciente después del alta hospitalaria, pues la prevención de errores no es una casualidad, sino una parte integral de la gestión de la calidad interna de la consulta.

Haciendo este seguimiento, podemos llevar estadísticas para comprobar la mejoría del estado del paciente, comunicarlo al médico y estar más pendientes del paciente.

Con la herramienta propuesta hemos querido optimizar la calidad asistencial en nuestro Servicio, proponiendo un plan piloto e innovador que incluye todo lo necesario para hacer un seguimiento óptimo del paciente y su salud.

MEJORA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Autores: SÁNCHEZ REYES M*, BENÍTEZ MUÑOZ HM, RUIZ PALOMINO A, LLERGO MUÑOZ A, MORENO BENÍTEZ M, RUMBAO AGUIRRE JM

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Cuidados paliativos, Evaluación de resultados, Hospital, TIC y telemedicina

Objetivos

Los pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos Pediátricos (CCPP) presentan procesos agudos recurrentes que requieren atención especializada. Desde la puesta en marcha de la Unidad de CCPP establecemos un cambio en la organización sanitaria ofertando distintos tipos de atención que conllevan un acceso a la misma más rápido, fácil y directo. Actuando además como equipo de soporte a los profesionales que prestan sus servicios en el ámbito hospitalario. El objetivo principal es demostrar la mejora en la atención de los pacientes disminuyendo la frecuentación e ingresos hospitalarios. Como objetivo secundario pretendemos evaluar la utilidad de la asistencia telemática.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad llevada a cabo en la unidad de CCPP desde su puesta en marcha en abril de 2019 hasta diciembre de 2020.

Resultados

Fueron atendidos un total de 44 pacientes. Todos recibieron asistencia telefónica y en consulta. De ellos, 15 (34,09%) asistencia a domicilio programada y 26 (59,09%) asistencia a domicilio urgente.

El resto correspondían al nivel 1 de atención que sólo recibe asistencia en consulta y telefónica.

El total de visitas domiciliarias fue de 227. 4 pacientes recibieron entre 19 y 35 visitas, 9 entre 6 y 12 visitas, y el resto 4 o menos.

El número de hospitalizaciones de estos pacientes se redujo en un 40% tomando como referencia el mismo tiempo de inclusión de los pacientes en el programa de Cuidados Paliativos Pediátricos y el previo a la implementación del mismo.

Igualmente hay un descenso en el número de visitas a urgencias pediátricas, destacando que en su gran mayoría se han producido fuera de nuestro horario de atención.

En los pacientes que llevan más tiempo en el programa de paliativos estas reducciones son más significativas.

Discusión

La implementación de la Unidad de CCPP ha supuesto una mejora en la optimización de los recursos sanitarios disponibles al conseguir una disminución en el número de ingresos hospitalarios y frecuentación en el servicio de urgencias pediátricas y consultas especializadas.

El uso de la consulta telemática como primera intervención sirve como herramienta de filtro y priorización de los eventos que precisan valoración inmediata de nuestros pacientes y sus familias.

Consideramos que con la ampliación de nuestro horario de atención estas mejoras podrían ser aún mejores para la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias.

CUADRO DE MANDOS PARA SEGUIMIENTO DE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA

Autores: GÓMEZ DÍAZ MI, PÉREZ MÁRQUEZ JJ, CARRIÓN JIMÉNEZ A, CASTAÑO LÓPEZ MA

Palabras clave: Gestión clínica, Gestión de la Información, Indicadores, Sistemas de Información, TIC y telemedicina

Objetivos

Conocer el comportamiento de la COVID-19 en el área de Hospital Infante Elena de Huelva y su impacto en la actividad asistencial hospitalaria en tiempo real

Materiales y Métodos

Utilizamos la base de datos de MPA y Red Alerta, para el registro total de casos positivos de la zona de referencia, y de Estación de gestión para el registro de datos de hospitalizaciones, altas y exitus. Proponemos una serie de indicadores: total de PCR positivas, y total de PDIA positivas diarias en el área de referencia del hospital por municipios y con alerta en función del número de positivos y en la provincia, número de ingresos COVID, número de altas, estancia media al alta y días de ingreso de los pacientes ingresados, edad media de ingreso y distribución por sexo y exitus. Estos indicadores y sus resultados se vuelcan en un archivo EXCEL mostrando los datos a través de tablas dinámicas.

Resultados

El impacto sobre la hospitalización de la COVID-19 no ha sido homogéneo, y dificultando poder realizar predicciones prospectivas. Ha sido posible monitorizar en tiempo real y mediante el uso de un dato único para todo el hospital cada una de las olas de la pandemia. En el nivel de hospitalización contar con los datos sobre tiempos de ingreso y estancia media, ha permitido prever de forma aproximada las posibles altas.

Discusión

El uso de herramientas estadísticas a tiempo real permite gestionar mejor los recursos necesarios, al poder conocer de forma anticipada los recursos necesarios. Habría que valorar el uso de modelos estadísticos para planificar a más largo plazo el comportamiento de la hospitalización en función de la incidencia acumulada.

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: LECCIONES APRENDIDAS DE LA PANDEMIA COVID-19

Autores: DELGADO ZAFRA S*, ARANDA LARA JM

Palabras clave: Evaluación de resultados, Gestión clínica, Hospital, Indicadores, Planificación Estratégica

Objetivos

Diseñar un plan de gestión y organización de un Servicio de Urgencias Hospitalario para hacer frente a situaciones críticas a partir de lo aprendido durante la pandemia COVID-19.

Identificar problemas, existentes o agravados, en la organización y funcionamiento de las urgencias y medidas a tomar.

Materiales y Métodos

Se ha realizado una revisión de la bibliografía relacionada con la gestión y organización de los servicios de urgencias hospitalarios en situaciones de pandemia, crisis sanitarias o situaciones de emergencias en que dichos servicios puedan verse desbordados. Además, se ha realizado un análisis de situación de las urgencias en un hospital comarcal y su entorno mediante la revisión de información de registros de actividad asistencial extraídos del cuadro de mandos del servicio de urgencias año 2019 y 2020. El análisis se ha completado con entrevistas a profesionales del servicio y creación de una matriz DAFO.

Resultados

En el año 2020 con respecto a 2019, la frecuentación ha experimentado una caída en todos los circuitos (-28%), siendo más llamativo el descenso de pacientes críticos (- 32%).

Han aumentado los tiempos asistenciales (15%), en general, debido al mayor tiempo dedicado a medidas de protección frente al contagio y al incremento en la indicación de las pruebas diagnósticas.

La distribución de las urgencias por grado de prioridad(I-V) ha sido muy parecida en ambos años.

Se mantiene el porcentaje de pacientes que ingresan en observación (7%) y los que salen antes de las 24 horas, pero se incrementa un 30 % el tiempo para el ingreso en planta.

El porcentaje de ingresos desde urgencias se ha incrementado un 20% Ha disminuido el número de ingresos hospitalarios.

A pesar de una disminución de la frecuentación, el gasto total en urgencias ha crecido (60,7% por proceso) sobre todo, por incremento en gasto de personal.

Se ha mejorado la coordinación con el resto de servicios del hospital durante la pandemia y no así con los servicios de urgencias externos (AP y emergencias).

La tasa de reclamaciones ha sido parecida en ambos años, destacando en el año 2020 un incremento de los motivos relacionados con la asistencia y descenso de relacionados con el tiempo de espera.

Discusión

La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de:

Controlar el impacto de las pandemias en la atención a la patología urgente habitual.

La importancia de mejorar la coordinación/cooperación con los servicios de urgencias de atención primaria, con los servicios de emergencias (061), así como con otras especialidades del hospital.

De reorganizar de los recursos humanos, circuitos asistenciales y estructura física para adaptarlos a las necesidades de atención en urgencias en cada momento.

Tomar medidas para controlar la demanda no justificada.

Implicación de los profesionales del hospital en la organización y gestión de la asistencia clínica en urgencias.

Implantar medidas dirigidas a garantizar la existencia de material sanitario y de protección.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA LEPTOSPIROSIS EN LOS HUMEDALES. UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LOS PROFESIONALES DE SALUD

Autores: GÓMEZ MARTÍN MC*, DE EGUILIOR MESTRE MC, LOZANO DOMÍNGUEZ MC, RODRÍGUEZ BENJUMEDA LM, LUQUE MÁRQUEZ R, LUQUE ROMERO LG

Palabras clave: Atención Primaria, Continuidad de la atención, Gestión clínica, Gestión del conocimiento, Problemas de salud

Objetivos

La leptospirosis es una enfermedad endémica de declaración obligatoria en España. Se asocia con actividades ocupacionales en las que los trabajadores entran en contacto con orina de rata. En nuestra región, las tasas de prevalencia e incidencia de esta enfermedad son más altas entre los recolectores de cangrejo de río (*Procambarus clarkii*) (RSCC).

Objetivos:

El aumento de brotes de leptospirosis en los últimos 7 años, nos ha motivado a diseñar e implementar una Guía de Práctica Clínica (GPC) dirigida a los profesionales de Salud, además de material informativo para la población en general, tarjetas identificativas con información específica dirigida a los RSCC. Todo ello con el objetivo estratégico de reducir la tasa de incidencia.

Materiales y Métodos

El material diseñado es el resultado de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de Andalucía (Consejería de Salud de Andalucía) para identificar la incidencia, prevalencia y factores de riesgo de la leptospirosis entre los CCRR de humedales. Apenas existen GPC o material informativo sobre esta enfermedad. El GPC y el material educativo diseñado pueden ser de gran utilidad en otros entornos con alto riesgo de leptospirosis.

Resultados

La prevalencia de la enfermedad fue mayor entre los CCRR que entre la población general (9,8% vs 3,1%) (OR: 3,4; IC 95%: 1,1-12,7) y la incidencia acumulada fue del 17,4%. Menos de la mitad de los trabajadores adoptó las medidas preventivas individuales adecuadas.

El riesgo de contraer leptospirosis es 3,4 veces mayor para la población de RSCC que para la población general.

Existe evidencia de que la detección temprana y la terapia con antibióticos previenen el agravamiento de la enfermedad en casos graves e incluso pueden prevenir muertes. La educación y la promoción de medidas preventivas entre los CCRR reduce el riesgo de infección.

Discusión

1. La formación de los profesionales sanitarios y el diseño de algoritmos de decisión acortan y mejoran la calidad del tratamiento de los pacientes con leptospirosis.
2. El material diseñado ayudará a la población de riesgo a adoptar medidas preventivas y buscar atención médica.
3. La guía también puede servir como una herramienta útil en otras regiones y países con actividades asociadas con los humedales infectados por Leptospira.

CATEGORIZACIÓN DE PROCESOS SUSCEPTIBLES DE RESOLUCIÓN MEDIANTE TELECONSULTAS EN UN ÁREA HOSPITALARIA

Autores: ZAMBRANA-GARCÍA JL*, GÓMEZ MARÍN B, DELGADO ZAMORANO AC, RECIO RAMÍREZ J, LUQUE PINO D, ZAMBRANA LUQUE JL

Palabras clave: Atención Primaria, Continuidad de la atención, Hospital, Procesos asistenciales, Telemedicina

Objetivos

La pandemia Covid 19 ha impulsado de forma notable la puesta en marcha de alternativas de atención sanitaria. El Sistema Sanitario Público de Andalucía, partiendo de la experiencia de la plataforma Telederma, ha implementado un nuevo sistema de Teleconsultas, cuya experiencia y grado de penetrancia ha sido desigual y no bien analizada. Nuestro estudio detalla la categorización de procesos susceptibles de resolución mediante este sistema de telemedicina en un área hospitalaria.

Materiales y Métodos

Se analizó una muestra aleatoria de 242 derivaciones desde atención primaria a las consultas externas de medicina interna durante enero a junio de 2021. Se consignó de dichas derivaciones edad, sexo y motivo de consulta y tiempo de espera. En base a ello se perfilaron cuáles eran susceptibles de atención mediante una consulta presencial de diagnóstico rápido o bien mediante teleconsulta con o sin necesidad de posterior derivación.

Resultados

Incluimos 242 derivaciones de atención primaria, siendo el 80% mujeres y la edad media de 58 años (20). La demora media era de 58 días en derivaciones normales y 22 días en las preferente. Las patologías más prevalentes fueron trastornos tiroideos (16%), deterioro cognitivo (12%), cefalea (8%), hallazgos analíticos inesperados (7%), poliartralgias (7%) y anemia (6%). Tras el análisis y tipificación de los procesos susceptibles se pudieron clasificar el 80% de las derivaciones, agrupándose en 3 grandes categorías: Susceptibles de consulta de diagnóstico rápido con cita preferente presencial en menos de 7 días 34%, de ser resueltos mediante teleconsulta en base a datos clínicos y resultados de pruebas realizadas, 15%, y de la necesidad de una segunda teleconsulta tras una primera respuesta, 51%.

Discusión

La experiencia acumulada en nuestra área respecto al uso de la teledermatología nos ha ayudado a poner en marcha este nuevo proyecto. Queda en una siguiente fase el análisis del grado de implementación de esta nueva forma de atención. En todo caso, nuestros datos nos sugieren que más del 50% de derivaciones a consultas ambulatorias de medicina interna desde atención primaria podrían ser resueltas mediante teleconsulta, sin necesidad de desplazamiento del paciente al Hospital, reduciendo además los tiempos de espera para la atención y priorizando aquellos que en los que la atención debe ser de pocos días. Ahondar en la implantación de estas formas alternativas de atención deben conllevar una mejora en cuanto a eficiencia, calidad y satisfacción de todos los implicados.

CUADRO DE MANDO INTEGRADO, DINÁMICO Y ADAPTABLE POR LOS DECISORES. MÁS ALLÁ DEL DATO

Autores: BANDERA VICARIO P*, FERNÁNDEZ ONTIVEROS B, BERMÚDEZ BRAJOS F, TORRES NAVARRO JA, JIMÉNEZ FERNÁNDEZ MS, DE LA TORRE GÁLVEZ I

Palabras clave: Continuidad de la atención, Evaluación de procesos, Evaluación de resultados, Gestión clínica, TIC y telemedicina

Objetivos

General: Integración de los diferentes sistemas de información que permita tener una visión global de los procesos clínicos, dando un salto cualitativo del dato a la información accesible y útil en la toma de decisiones asistencial y de gestión.

Específico: Conocer el perfil demográfico y de demanda asistencial de las mujeres víctimas de violencia de género en un hospital de tercer nivel, la situación de partida de la atención prestada y por ende establecer las mejoras necesarias.

Materiales y Métodos

- Selección de las variables necesarias para el abordaje.
- Identificación de las fuentes de datos necesarias para obtener dichas variables. En este caso, CMBD de urgencias y registro manual de trabajo social.
- Definición de indicadores útiles y necesarios para obtener la información demandada por el equipo asistencial.
- Explotación de las variables, integración y obtención de los indicadores.
- Montaje en formato cuadro de mando integral.

Resultados

Como resultado obtenemos un cuadro de mando visualmente atractivo, de fácil manejo y dinámico, de manera que el equipo asistencial puede aplicar sus propios filtros sobre los indicadores previamente consensuados adecuándose a las necesidades de quien lo consulta según su ámbito de toma de decisiones.

Esto nos permite conocer:

Perfil demográfico de las mujeres víctimas de violencia de género.

Motivos y número de asistencias previas a la detección de la situación de violencia.

Priorización adecuada según los protocolos.

Tiempos de asistencia en urgencias y por trabajo social.

Número de partes que se han precisado tanto a juzgado como a fiscalía.

Mujeres que han sido derivadas a otros servicios de carácter social o legal fuera del entorno SAS.

Discusión

Cada día, en un hospital se generan miles de datos. Es necesario que esos datos se conviertan en información útil y práctica para la toma de decisiones que acompaña a quien está junto al paciente o al frente de la gestión del hospital.

Con frecuencia, dicha información necesaria es diferente según el perfil o ámbito de las personas decisoras.

Al disponer de un cuadro de mando integrado y dinámico, no sólo homogeneizamos la información recibida por un gerente, un directivo, un cargo intermedio o un profesional puramente asistencial, si no que permitimos que cada uno de ellos en base a las desviaciones detectadas en su ámbito de influencia, puede profundizar de manera autónoma e inmediata en el detalle que le sea necesario y sobre el que pretende actuar.

La gran acogida de este nuevo cuadro de mando para la atención en violencia de género, nos ha llevado al inicio de un plan de desarrollo e implantación de este sistema para el resto de procesos del hospital.

PROYECTO MATERNAL POR VIDEOCONFERENCIA PROGRAMA MATER_HOUSE

Autores: VELASCO RUIZ M, CAMACHO BUENOSVINOS A*, DE CRISTINO ESPINAR M, LAGUNA CÁMARA I, LÁZARO MÁRMOL JA

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Planificación Estratégica, Procesos asistenciales, Satisfacción, TIC y telemedicina

Objetivos

Conocer la opinión de las participantes que realizan Educación Maternal, con la opción de realizar la misma por videoconferencia en una zona rural con dispersión geográfica.

Materiales y Métodos

El diseño metodológico empleado ha sido un estudio descriptivo.

La población del estudio estuvo constituida por Mujer embarazada de 28 semanas de gestación y pareja, con acceso y competencias digitales en Google Meet.

El marco muestral 40 mujeres y pareja de los centros de Salud de la ZBS de Montoro.

La captación de gestantes se iniciará en el mes de junio de 2020 a fin de iniciar el Programa MATER_HOUSE en el mes de Julio de 2020 hasta diciembre 2.020

El trabajo consistió en cumplimentar un cuestionario online, inspirado en el empleado en otros estudios y creado ad hoc en GoogleForms (Drive) por el equipo de investigación del estudio. Este fue sometido a un proceso de validez lógica, aparente y de consenso. Estructurado para la recogida de datos; sociodemográficos; datos prenatales; uso y dominio del ordenador y opinión sesiones formativas. El proyecto fue autorizado por la Dirección Gerencia del Distrito. Los datos fueron mecanizados automáticamente en GoogleForms y exportados a formato Excel para su estudio estadístico.

Resultados

Se obtuvieron un total de 30 cuestionarios. La tasa de respuesta fue del 75 %. El rango de edad de 27-49 años. La participación fue exclusiva de mujeres.

El 57% de las participantes con nivel de estudios de grado superior y estudios universitarios.

Un 77% de las mujeres trabajan de las cuales el 70% con contrato indefinido.

El 47% de las participantes comienza las sesiones de Educación Maternal en la semana 28 de gestación.

El 80% tiene ordenador en su domicilio con un dominio de uso de bueno o muy bueno del 64%.

La evaluación de las sesiones formativas de bueno y muy bueno es de un 63%

El grado de satisfacción general con una puntuación de siete a diez es del 80%

Discusión

Hasta ahora se ha realizado este programa sanitario en el contexto de clases presenciales en aulas adaptadas en los centros sanitarios, sin embargo, la situación de pandemia COVID-19 nos ha llevado a cancelar dicho recurso, privando así a las familias y especialmente a las mujeres de la adquisición de conocimientos y habilidades primordiales para hacer frente a uno de los momentos más trascendentales de la vida, el nacimiento de un hijo.

Existe, por tanto, una justificación institucional para el desarrollo de estrategias para que aumenten los indicadores de adherencia al Programa de Educación Maternal, además de una justificación circunstancial por la pandemia de la Covid_19 que nos empuja a un avance en el uso de nuevas tecnologías y una justificación técnica, relacionada con el hecho de que este proyecto será gestionado y atendido por matronas y enfermeras, referentes y líderes indiscutibles de este programa.

¿EXISTE UN BUEN SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA PREVENIR LA RETINOPATÍA DIABÉTICA?

Autores: RUIZ ROMERO MV*, PIÑAS GARCÍA P, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ FJ, GÓMEZ JIMÉNEZ CA, LUQUE ROMERO LG, CASTILLÓN TORRE LJ

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

Objetivos

El 8 % de la población española tiene Diabetes Mellitus. La retinopatía diabética es una de sus múltiples complicaciones; un 10% de los diabéticos desarrollará edema macular diabético, primera causa de ceguera legal en la población activa en países desarrollados, y está condicionada por el control glucémico y el tiempo de evolución de la enfermedad. Objetivo general: Analizar el manejo de los pacientes diabéticos de una población e identificar propuestas de mejora en la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria. Objetivos específicos: Conocer en los pacientes diagnosticados como diabéticos: la periodicidad de analíticas de hemoglobina glicosilada (HG); las cifras de HG de la última analítica; cuántos están incluidos en el programa de Telemedicina y cuántos seguidos en las consultas de Oftalmología del Hospital.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, de 26 meses de seguimiento (enero 2018-febrero 2020). Partiendo del censo total de diabéticos de una población, se extrae de la historia clínica digital de Atención Primaria y de la hospitalaria y incluyendo Laboratorio: pacientes incorporados en el programa de Telemedicina, pacientes seguidos en consultas, determinaciones de HG.

Resultados

Censo de diabéticos: 805; edad media: 62,3 (SD: 19,78); 436 (54,16%) eran hombres; con una media de 8,9 (SD: 4,95) años evolución de la diabetes. Se realizan, al menos, una HG 590 pacientes (73,29%); de los cuales, 228 (38,64%) tenían <6,5 de HG; 260 (44,07%) 6,5-8 de HG y 102 (17,29%) >8 de HG. El

tiempo medio entre dos determinaciones fue menor de 6 meses en 214 (26,39%), de 6-8 meses en 186 (22,93%) y mayor de 8 meses en 411 (50,68%).

Pacientes controlados en el programa de Telemedicina: 175 (21,74%); pacientes vistos en Consultas de oftalmología: 108 (13,42%); pacientes vistos en ambos: 2,73%. Pacientes no vistos en ninguno de los niveles asistenciales: 544 (78,05 %); de éstos 353 (64,9%) tienen al menos alguna determinación de hemoglobina glicosilada (durante el periodo de estudio); por tanto 191 pacientes (23,7 %) no tienen ningún tipo de seguimiento.

Los pacientes sin seguimiento ni por Telemedicina ni por Consultas hospitalarias, tenían rangos de HG similares a la media de la población estudiada: 139 (39,38%) < 6.5; 153 (43,34%) entre 6,5 y 8 y 61 (17,28%) >8.

Discusión

El tiempo medio entre dos determinaciones fue mayor de 8 meses en la mitad de los casos. Una quinta parte estaban incluidos en el programa de Telemedicina. La HG fue mayor de 8 en más de una sexta parte de los pacientes con analíticas. Más de dos tercios de los pacientes no fueron vistos por un médico de ningún nivel asistencial; de éstos dos tercios tenían al menos una determinación de HG durante el periodo de estudio; sin embargo, uno de cada 4 pacientes no tenía ningún tipo de seguimiento. Se decide ampliar el estudio a toda la población de referencia del Hospital (300.000 habitantes)

AIRÍN, UNA APLICACIÓN PARA GESTIONAR LAS SALAS DE FISIOTERAPIA DEL AGS SUR DE CÓRDOBA

Autores: SERRANO AGUILERA MJ*, LÓPEZ ESPINOSA E, GIMÉNEZ ALCÁNTARA M, MARTÍNEZ ROBLES J

Palabras clave: Gestión clínica, Gestión de cuidados, Gestión de la Información, Percepción de los profesionales, Sistemas de Información

Objetivos

Mostrar el desarrollo de *Airín*, una aplicación informática creada para gestionar la circulación de pacientes en las salas de fisioterapia del ags sur de córdoba, que garantiza los registros en la HSD, mejora la comunicación intercentros y el trabajo de nuestros profesionales

Materiales y Métodos

El proyecto surge en las reuniones interdisciplinarias que mantenemos en la unidad, donde detectamos un importante área de mejora en el seguimiento de pacientes que eran derivados a las distintas salas de fisioterapia del área; en algunos casos se extraviaban las hojas de solicitud de tratamiento, no estaban bien identificadas, no se conocía la prioridad o diagnóstico o se desconocía quién era el profesional responsable. Por otro lado existía un desconocimiento real de las cargas de trabajo y la lista de espera de las distintas salas tras objetivar dichos problemas se propuso una reunión y mediante tormenta de ideas llegamos a una solución por consenso.

Se nos ocurrió la posibilidad de crear una aplicación para la recogida de datos en la que figuraran todos aquellos que pudieran resultar de utilidad en el rastreo del paciente y seguimiento de las salas.

Indagamos en distintos puntos de la comunidad autónoma de andalucía sin encontrar ninguna herramienta efectiva que nos pudiera servir de referencia con el apoyo de la dirección de enfermería y el servicio de informática creamos la aplicación.

Bautizada como *Airín*, hemos empleado *Apex* de Oracle para crearla y el Sistema de Gestión de Bases de Datos para su almacenamiento.

Resultados

Esta herramienta aúna toda la información relativa a las salas de fisioterapia en tiempo real y facilita el trabajo tanto a fisioterapeutas como a gestores, permitiendo así mejorar la calidad de los servicios que prestamos.

A través de ella se realiza el envío de hojas de solicitud de tratamiento fisioterápico a las distintas salas de destino del área y el seguimiento de los pacientes en su paso por nuestro servicio, mediante la apertura y cierre de la hoja de fisioterapia para lo que se manejan tres bases de datos: pacientes en espera, en tratamiento y registro histórico.

Con la implantación de esta aplicación logramos digitalizar la actividad de fisioterapia, incrementar los registros, reducir el consumo de papel, evitar el trasiego de documentos clínicos y el extravío de documentación.

Discusión

El SSPA no cuenta actualmente con una herramienta útil y unificada para gestionar el flujo de pacientes en los servicios de rehabilitación. En la mayoría de los centros se mantiene la ficha de fisioterapia en papel y el transporte de las mismas hacia los centros de destino se hace a través de correo interno, conllevando frecuentes extravíos y un consumo innecesario de recursos naturales.

Airín garantiza los registros de rehabilitación y fisioterapia en la HSD, mejorando la atención al paciente, la comunicación y el trabajo de nuestros profesionales.

Periódicamente realizamos reuniones multidisciplinares para su seguimiento detectando errores y aportando nuevas soluciones.

INSTRUMENTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Autores: CHICA RUIZ PE*, LÓPEZ JIMÉNEZ BE, BÉJAR GUIJARRO AB

Palabras clave: Gestión del conocimiento, Organización y administración, Planificación Estratégica, TIC y telemedicina, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

El sistema sanitario necesita tecnología para conseguir la Transformación Digital. Desde las Centrales de Compras tenemos como reto adquirir para el resto de departamentos aquello que necesitan. Entre ello las necesidades de digitalización para poder mejorar la calidad asistencial. En este reto nos encontramos con dificultades pues, como sabemos, necesitamos de recursos, en este caso escasos, como bien define la teoría económica. Estos vimos que eran:

- No disponibilidad presupuestaria en la partida de inversiones.
- Falta de conocimiento en nuestra entidad para poder saber lo que queremos. Nuestros técnicos de momento no pueden informar técnicamente de la necesidad. Ello debido a la complejidad tecnológica de las necesidades que tenemos por delante.
- Falta de recursos para el mantenimiento de esta tecnología. No tenemos capital humano para mantener esta inversión en tecnología.

Por lo tanto el reto está claro: conseguir instrumentos legales para la adquisición de la tecnología con sus peculiaridades, pero adaptada tanto a la normativa de contratación como a las herramientas de las que disponemos en nuestra entidad (Centrales de Compras Provinciales de Jaén).

Las necesidades en este sentido se definirían (aproximadamente) en una prestación de hacer consistente en el desarrollo de una actividad o dirigidas a la obtención de un resultado, tener a nuestra disposición la tecnología más avanzada que haya en cada momento. Tecnología que no conocemos durante el periodo del contrato, pues debido a la rapidez en la evolución de la innovación e investigación se va actualizando con mucha celeridad.

En ningún caso necesitamos adquisición de equipos, ya que, con la misma, no se cubren las necesidades que se plantean. El simple suministro no garantiza por sí sólo conseguir optimizar la precisión y seguridad, menor riesgo de lesión para las zonas de importancia funcional cerebral y de columna con menor número de complicaciones postquirúrgicas, menor índice de secuelas postquirúrgicas, acortamiento notable de la estancia hospitalaria y menor efecto cosmético. Ni tampoco el incremento de la disponibilidad útil de los equipos.

Materiales y Métodos

Se ha llevado a cabo una experiencia profesional. La experiencia parte de la necesidad de la Unidad de Gestión Clínica De Neurocirugía del Hospital Universitario de Jaén. A su vez se buscan diferentes trabajos y estudios relacionados el tema de la adquisición de tecnología.

Resultados

Se consigue una propuesta para las Centrales Provinciales de Compras del SAS, con las que poder hacer que los distintos departamentos del SAS puedan acceder a Tecnología, aplicando la normativa aplicable al efecto.

Discusión

Por otra parte se puede caer en el error de pensar que Invertir en tecnología digital a través de gasto corriente supone un incremento de gasto y contravendría las normas de equilibrio y eficiencia presupuestaria. No supone más gasto corriente.- Genera ahorros y eficiencias inexistentes que nos harán finalmente reducir los gastos corrientes.

CONSULTA ACOGIDA, EXPERIENCIA EN UN CENTRO SALUD RURAL

Autores: CORPAS MOYANO MD*, SEVILLA GÓMEZ E, CASTRO COBO DN, ARANDA MARÍN DJ, CASTRO ORTIZ GM, LINARES CORPAS MC

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención Primaria, Continuidad de la atención, Eficiencia, Gestión clínica

Objetivos

- Describir número de Consultas de Acogida realizadas en un Centro Rural en abril de 2021
- Conocer motivo de consultas y procesos atendidos
- Analizar consultas gestionadas finalistas y las que han sido derivadas
- Establecer comparación con el periodo previo a la implantación de la Consulta de Acogida.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo, se ha realizado revisión de historias clínicas en dicho periodo mediante auditorias y se han consultado las bases de datos de DYRAYA, DIRAYA Citación, extrayendo número de consultas agendadas y realizadas.

Resultados

Se han auditado 180 historias, de las cuales 165 cumplían criterios de inclusión en Consulta de Acogida. 109 mujeres y 56 hombres.

Los protocolos que más se han utilizado: General 39,39%, Aparato locomotor 15,75%, Genito urinario 13,95%, Cabeza cuello 4,5%. Los motivos de consulta más frecuentes: dolores articulares y molestias urinarias.

El 33,93% de las consultas han sido finalistas incluyendo derivaciones a enfermera referente para seguimiento.

El 32,72% derivadas a otro profesional médico referente, odontólogo

El 35,75% interconsultas no demorables con médico urgencias.

Discusión

La consulta de acogida ha atendido pacientes con diversos motivos de consulta de los que 1/3 han sido gestionados y resueltos por enfermeras, 2/3 de las consultas han sido derivadas para seguimiento por el profesional referente o atendidas en interconsulta no demorable; en éstas la enfermera ha iniciado procedimientos, peticiones de pruebas, tratamiento analgésico según protocolo...; esto incrementa la calidad y disminuye tiempos de espera. Las consultas han sido reorientadas para la resolución más eficiente, derivando y programando el seguimiento de las que lo requieren. No podemos establecer relación aún con la demora de las consultas clínicas. Es necesario seguir investigando, conocer la satisfacción de los usuarios con la atención recibida y adoptando líneas de mejora.

Seguiremos analizando áreas de mejora en el desarrollo de la Consulta poniendo en valor que los pacientes son atendidos con criterios y protocolos establecidos, esto aporta calidad y seguridad a la atención sanitaria recibida y favorece una atención más integral, humana y personalizada.

REFLEXIÓN A PROPÓSITO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL SÍNCOPE

Autores: ROMERO DE CASTILLA GIL RJ*, GRANADOS GUTIÉRREZ S, CABELLO GRACIA G, GÓMEZ MARTÍN IM, ORTÍZ QUINTANA G, MEDINA DURÁN P

Palabras clave: Autoevaluación, Cultura organizacional, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Registros médicos

Objetivos

El síncope es una patología frecuente en urgencias hospitalarias. Potencialmente puede derivar en eventos adversos muy graves y judicialización. En este caso, la calidad de los registros es fundamental. El objetivo del trabajo fue evaluar la mejora en la calidad de registro tras la revisión y difusión de un protocolo de atención en urgencias al síncope en Mayo de 2020.

Materiales y Métodos

Se analizaron retrospectivamente la totalidad de episodios atendidos por síncope o lipotimia desde 01/01/2020 hasta 30/04/2020 (fecha de implantación del protocolo) y desde 01/05/2021 hasta 30/04/2021. Se comparan las proporciones de registro de variables relacionadas con antecedentes, descripción del episodio, exploración física y complementaria, ingreso y seguimiento a 5 meses

Resultados

Se encontraron 376 episodios (un 0,82% del total de 46027 urgencias atendidas en el periodo). Se analizaron un total de 349 (tras depuración de los casos recidivantes), 109 antes de la implantación del protocolo (ap) y 240 posteriores (pp).

Se exploran las frecuencias de registro (ap/pp) en la historia clínica de las siguientes variables de:

- Antecedentes: cardiopatías (79%/82%), muerte súbita (20%/18%), episodios previos (48%/53%), tratamiento actualizado (87%/90%).
- Descripción: inicio brusco o no (81%/80%), duración (64%/75%), testigos (46%/48%), relación con el ejercicio (86%/87%), dolor torácico (67%/68%), disnea (62%/63%), palpitaciones (50%/55%).
- Exp. física: soplos (90%/90%), simetría de pulsos (43%/50%), perfusión distal (45%/51%).
- Exp. complementarias: Registro de realización de ecg (93%/96%), registro de realización de rx (65%/72%)

Ingresaron en observación un 10% previo al protocolo y un 14% posterior.

En ninguna de las variables analizadas las diferencias en los registros antes/después de la implantación del protocolo fueron significativas. Tampoco hubo diferencias entre exitus en los dos grupos a los 5 meses (sin casos en ambos grupos) ni en la proporción de implantación de marcapasos (3%/6%). La proporción de síncope recidivantes, tanto antes como después de la implantación del protocolo, fue del 15% del total de casos.

Discusión

La revisión de protocolos implica una inversión de tiempo y esfuerzo que debe ponderarse con los resultados esperados. Nosotros encontramos que la difusión del protocolo actualizado no ha supuesto ninguna mejora en la calidad de los registros. No es el objeto de este trabajo evaluar la calidad clínica, pero llama la atención que en un 7% de casos no se vea necesario la realización de electrocardiograma. No controlar el impacto del protocolo puede suponer un nicho de ineficiencia y de desafección por parte de los profesionales, que no encuentran utilidad práctica al tiempo y esfuerzo dedicado a la tarea.

GESTIÓN INTEGRAL DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA - ANÁLISIS FUNCIONAL - CASO DE USO PRO-Q

Autores: CAÑO DELGADO JC*, ECHEVARRÍA HIDALGO A

Palabras clave: Gestión clínica, Gestión de la Información, Organización y administración, Sistemas de Información, TIC y telemedicina

Objetivos

Dar cobertura a la gestión integral y digitalizada de la programación quirúrgica de los pacientes, desde que se incluyen en la Lista de Espera Quirúrgica, hasta que son intervenidos, pasando por todos los contactos, citaciones y pruebas a realizarles, etc, que no están contemplados en los sistemas de información corporativos disponibles, y que obliga a los Centros Hospitalarios a definir sus propios procedimientos y a utilizar sus propias herramientas para su gestión, generando mucha documentación, principalmente en formato papel.

Materiales y Métodos

Para cumplir el objetivo marcado en el punto anterior, se ha desarrollado una aplicación informática que no solo contempla los “vacíos” en la gestión de la lista de espera quirúrgica, sino que además dispone de un módulo de digitalización de documentos, que pone a disposición de los gestores toda la información en formato electrónico de sus pacientes.

Desde que un paciente es incluido en lista de espera quirúrgica, por defecto se encuentra “disponible” para su intervención, pero realmente no lo está hasta que se le realicen las pruebas pertinentes y se dictamine su aptitud. Es necesario, por tanto, contemplar 2 situaciones distintas para cada paciente, la de la lista de espera y la de la intervención.

La aplicación informática desarrollada gestiona todos los estados por los que va pasando un paciente hasta que se le realicen todas las pruebas y esté apto para su programación. Solo entonces los gestores clínicos podrán incluir a un paciente en una programación quirúrgica.

La aplicación registra todas las “actuaciones” realizadas sobre el paciente, a modo de cuaderno de bitácoras, dejando constancia de todos los contactos telefónicos, citas, sus cancelaciones temporales, sus derivaciones a Centros concertados, etc, y paralelamente guarda digitalmente la documentación generada en papel, incluyendo los Consentimientos Informados.

Resultados

Con esta herramienta los gestores clínicos tienen a su disposición el Expediente Quirúrgico Electrónico de sus pacientes, con toda la información que necesitan para realizar la propuesta de programación de sus quirófanos.

Esta propuesta será confirmada telefónicamente con los pacientes, registrando la actuación pertinente, con cuya confirmación se obtendrá la programación definitiva.

Realizada la programación se confirmarán las intervenciones realizadas con sus tiempos de quirófano, que permitirán obtener las estadísticas y listados necesarios para el seguimiento de la actividad quirúrgica del Centro.

Discusión

La gestión administrativa de la atención prestada a los pacientes está muy pormenorizada respecto a la gestión clínica, y es lógico ya que lo más importante es la información clínica. Sin embargo, en muchas ocasiones es muy importante que la información administrativa llegue a los gestores facultativos para facilitarles la toma de decisiones.

DISMINUCIÓN DEL RUIDO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP): MEJORANDO NUESTRA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: LÓPEZ VALERO M*, GALIANI RAMOS MD, GARES LAGUNA JJ, LÓPEZ GONZÁLEZ MJ, CAÑETE RODRÍGUEZ GM, MARÍN BAENA D

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Confidencialidad, Manejo de Atención al Paciente, Problemas de salud, Seguridad del paciente

Objetivos

El ruido es uno de los problemas ambientales más relevantes. A nivel de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), los niveles de ruido pueden exceder los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la OMS en sus guías sobre niveles de ruido, en las salas de hospitalización, se recomienda un límite máximo de 40 decibelios (dB).

El personal sanitario debe de considerarse responsable de las molestias que pudieran surgir en las personas que acuden a los SUAP debidas al alto nivel de ruido que se produce en él. Esto nos lleva a plantearnos el siguiente interrogante: ¿Nuestros SUAP cumplen los valores de ruido recomendados por la OMS, no sobrepasando niveles medios de 40 dB?

Para desarrollar este estudio se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y técnicos de emergencias sanitarias (T.E.S). Por ello, la primera fase de nuestra idea fue la de comprobar si nuestros SUAP cumplen con las recomendaciones de la OMS, en relación a los niveles de ruido. En caso de no cumplir con los estándares mínimos se recomienda emitir una serie sugerencias encaminadas a mitigar la emisión de ruidos “innecesarios”.

Objetivo:

- Detectar el nivel de ruido producido en dos SUAP de nuestro ámbito de trabajo.

Materiales y Métodos

Esta idea innovadora puede beneficiar a un gran número de personas, las cuales acuden diariamente a los SUAP; produciría un notable ahorro en coste para el sistema al disminuir la incidencia de patología auditiva, molestias, perturbación del sueño y rendimiento cognitivo tanto en adultos como en niños.

Tras realizar el estudio, se registran los ruidos detectados en el SUAP, durante 6 días, en horario de tarde y noche, salvo sábado y domingo, que se detectaron las 24h del día.

Resultados

Esta recogida de datos se realizó sin que el personal sanitario tuviera constancia de ello, realizándose un “estudio ciego”. Se utilizó una aplicación. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Los datos obtenidos objetivan límites de ruido superiores a los recomendados por la OMS (40dB), llegando a obtener una media de 65 dB en ambos SUAP.
- Se han obtenido datos muy semejantes en ambos SUAP. Se alcanzan cotas mínimas de dB en los turnos de noche, registrándose las cotas máximas en horario de tarde y en fines de semana de 87db.
- Se relaciona un mayor nº de decibelios con respecto al mayor nº de pacientes y personal en el SUAP.

Discusión

Por todo ello, se debería comenzar a aplicar medidas para intentar disminuir estos registros inicialmente obtenidos, alcanzando con ello límites de ruidos aceptados y recomendados, facilitándose de esta manera disminuir la incidencia de patología auditiva, molestias, perturbación del sueño, y rendimiento cognitivo tanto en adultos como en niños que acuden al SUAP.

RESULTADOS DE UN PROGRAMA ENFERMERO PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA Y EL DOLOR POSTOPERATORIO

Autores: LÓPEZ MORALED A P*, BRUQUE JIMÉNEZ MC, GARCÍA FIGUEROA MJ, PAREJO ROMERO MJ, LEÓN RIVAS M, GONZÁLEZ CORDERO M

Palabras clave: Derechos del paciente, Dolor, Hospital, Participación, Satisfacción

Objetivos

El objetivo principal es comparar el nivel de ansiedad en el momento de la entrada en quirófano de los pacientes intervenidos quirúrgicamente que han asistido a una sesión de educación para la salud como es la Entrevista Prequirúrgica (grupo de estudio), con otro grupo al que no se le ha realizado dicha educación (grupo control).

Como objetivo secundario tendremos el comparar el dolor postquirúrgico, a las 24 horas, que presentan los dos grupos de pacientes.

Materiales y Métodos

Algunas revisiones han mostrado que la educación preoperatoria tiene una amplia variedad de resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Estos van desde la reducción de la duración de la estancia hospitalaria hasta la reducción de la ansiedad, el dolor y una mayor satisfacción del paciente. De hecho, investigaciones han comprobado que el estrés psicológico afecta al sistema inmunitario de tal manera que incluso enlentece la cicatrización de las heridas. Por este motivo nace, hace años, nuestro programa de educación sanitaria dirigido a pacientes y familias que se operarán en nuestros quirófanos al día siguiente: Entrevista Prequirúrgica.

Estudio descriptivo cuasiexperimental dirigido a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente de forma programada. El estudio se basará en la comparación del grado de ansiedad de dos grupos: un grupo de estudio y un grupo control.

El grupo de estudio lo constituirán aquellos pacientes que asistieron el día previo a la entrevista prequirúrgica. El grupo control lo constituirán los pacientes que por diferentes motivos no asistieron a dicha entrevista.

Todos los pacientes recibirán información sobre el objetivo del estudio y previa a su inclusión firmarán el consentimiento informado específico para su participación.

Se definen criterios de inclusión y exclusión.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la entrevista prequirúrgica modifica el resultado en el nivel de ansiedad del paciente de forma positiva, además de disminuir la intensidad del dolor postoperatorio a las 24 horas.

Resultados

Estudio que comenzó en abril de 2017 y finalizó a mediados de 2019, con un total de 350 pacientes en la muestra. Realizados bajo un análisis estadístico.

Por grupos:

Excluidos: 58 pacientes. Grupo control: 148 pacientes. Grupo estudio: 144 pacientes.

Se valoró la ansiedad con el Test de Hamilton: 14 ítems, del 0 al 4, siendo la puntuación más alta 56 puntos.

Se valoró el dolor con la escala EVA, de 0 a 10 puntos, tanto en reposo como en movimiento.

Los resultados obtenidos demuestran una reducción de la ansiedad de 14.3% (8 puntos en la escala Hamilton) y una disminución del 30% del dolor postoperatorio (3 puntos en la escala EVA)

Discusión

Con los resultados obtenidos podemos concluir que nuestra Entrevista Prequirúrgica reduce la ansiedad de nuestros pacientes previa al quirófano, a la vez que reduce el nivel de dolor postoperatorio y por tanto podemos tener una mayor satisfacción del paciente y una humanización de nuestra actividad quirúrgica.

DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS PARENTAL ANTE CIRUGÍA CARDÍACA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Autores: ARIAS LATORRE MT*, DURÁN LUENGO AM, GÓMEZ SOTO S, MONTERO GÓMEZ R, HERNÁNDEZ GARCÍA MJ, PRIETO SÁNCHEZ R

Palabras clave: Cuidados de enfermería, Cuidados Intensivos, Participación, Percepción del paciente, Satisfacción

Objetivos

Los padres de niños con cardiopatías congénitas sometidos a cirugía cardíaca presentan estrés provocado por la incertidumbre y la preocupación por el resultado quirúrgico, sumado al estrés propio de la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos.

Estudios demuestran que los factores de estrés parental se agruparon en factores derivados del paciente, de los padres, del ambiente y del equipo clínico. La pérdida del rol parental, la apariencia física y el comportamiento del hijo fueron identificados como los más estresantes.

El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica para identificar factores estresantes en los padres de niños ingresados para intervención de cirugía cardíaca. Como objetivos secundarios establecer programas de intervención con estos padres y hallar una escala validada y fiable para medir los factores estresantes.

Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica tipo sistemática. Se consultaron las bases de datos de Pubmed, Embase, Scopus, Lilac, Web of Science, Cuiden plus, MEDES y la Biblioteca Cochrane Plus. Se utilizaron descriptores MeSH como palabras claves: Test anxiety scale, stress, parents, hospitalized child, como operadores booleanos AND /Y.

Resultados

Se hallaron n= 48 documentos, tras el filtrado seleccionamos n=5 documentos.

Discusión

Numerosos autores concuerdan en que una intervención de soporte para los padres disminuye significativamente el estrés parental, por lo que es necesario incluirlas activamente en el proceso de hospitalización.

Tras la revisión bibliográfica se decidió iniciar una serie de acciones formales en la UCIP en consonancia con los hallazgos de la literatura que apuntan a que el factor más asociado con el incremento del nivel de estrés fue la alteración del rol parental, por lo que es importante establecer intervenciones dirigidas a mejorar la participación de los padres que apunten hacia el bienestar emocional de los mismos:

- Mantener un contacto previo con los padres y niños que serán ingresados en la UCIP tras cirugía cardíaca con soporte extracorpóreo con el objetivo de abrir una vía de comunicación entre la familia y el equipo sanitario, así como minimizar el impacto emocional que supondrá el postoperatorio en la familia.
- Elaboración de procedimientos operativos estandarizados para unificar criterios de actuación entre los profesionales sanitarios.
- Creación de un tríptico informativo de apoyo a los padres.

En consonancia con lo hallado en la literatura respecto a escalas para medir el estrés parental se ha propuesto incluir en nuestros recursos una escala de validada y fiable que mida los estresores paternos.

EL PODCAST: NUEVO CANAL DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA SOCIEDAD

Autores: TIMÓN MALDONADO G* MORA JIMÉNEZ M, GARCÍA SÁNCHEZ V

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Gestión de la Información, Hospital, Problemas de salud

Objetivos

Un Podcast de Salud es un ejemplo de cómo podemos adaptar la atención sanitaria a las necesidades de la sociedad. Si sabemos que el móvil es el principal dispositivo de uso para comunicarnos, debemos estar presentes ahí, de una forma sencilla: a través de aplicaciones que ya son utilizadas de forma masiva (Spotify). Este proyecto nace a finales del mes de marzo de 2020 con los siguientes objetivos:

- Humanizar la distancia generada por la pandemia.
- Transmitir el cariño y apoyo de la sociedad de forma segura.
- Ofrecer información útil y con un enfoque integral, con evidencia y atendiendo las necesidades sociales y emocionales.
- Incrementar el sentimiento de pertenencia.
- Generar el sentimiento de utilidad en la población en un momento de especial dificultad: el confinamiento.
- Dar visibilidad a aspectos de los procesos de enfermedad menos conocidos.
- Dar a conocer la importancia del trabajo de todos los profesionales y servicios de un hospital.
- Acercarnos a un público más joven.
- Abrir una nueva vía de participación.

Materiales y Métodos

Usamos el sonido a través de entrevistas grabadas. El audio lo montamos con un software libre y, a veces, utilizamos una aplicación de grabación de llamadas.

Pacientes, profesionales y asociaciones son los protagonistas de este espacio sonoro que cada semana ha ofrecido en su primera temporada contenido en las principales plataformas de consumo de podcast.

Hasta ahora no ha contado con financiación y forma parte del banco de buenas prácticas del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Los pacientes, familiares y profesionales son los protagonistas de los diferentes episodios.

Resultados

Es una práctica innovadora en comunicación en gabinetes de prensa.

El programa está presente en 9 plataformas de escucha.

Hemos recibido más de un millar de mensajes por email que han formado parte de los diferentes episodios al inicio del canal de podcast, coincidiendo con el confinamiento.

Más de 7.000 escuchas.

Más de 600 oyentes de España, Estados Unidos y Sudamérica.

Es una iniciativa compartida con las asociaciones en el seno de la Comisión de Participación Ciudadana y supone un nuevo canal de relación con ellas.

Hemos establecido lazos de unión y sinérgicas con nuevos colectivos y comunidades.

Nos hemos acercado a un público que hasta ahora no estaba vinculado con el hospital: más del 50% de nuestros oyentes tienen menos de 45 años.

Resolvemos las dudas de la ciudadanía.

Despertamos interés: la Universidad Autónoma de Barcelona ha realizado una entrevista sobre el programa como ejemplo de podcast corporativo para sus alumnos.

Discusión

Muchos centros sanitarios optaron por hacer llegar el apoyo y cariño de la sociedad a los pacientes y profesionales a través de cartas o vídeos. Nosotros, además, incorporamos el formato podcast porque el sonido es más íntimo y cercano y permitía a los pacientes y profesionales escucharlos en el mejor momento que cada persona considerase. Es una herramienta segura, innovadora y supone un nuevo formato para conectar con nuestros pacientes.

EMCA Y CUIDADOS AVANZADOS EN ENFERMOS CRÓNICOS COMPLEJOS INMOVILIZADOS A TRAVÉS DE “PASEOS VIRTUALES DE 360º”

Autores: LÓPEZ VALERO M*, GALIANI RAMOS MD, CHAMBRA ROLDÁN S, GÓMEZ CHACÓN D, MARTÍN ESCRIBANO I, DEL RÍO GÓMEZ JM

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Continuidad de la atención, Satisfacción, Servicios de salud, TIC y telemedicina

Objetivos

Mejorar la satisfacción de los pacientes con patologías crónicas complejas inmovilizados que reciben atención en su domicilio por parte del Equipo Móvil de Cuidados Avanzados (EMCA).

Materiales y Métodos

- Revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, mediante el buscador Gerión.
- Creación de videos, en formato 360º, que de una manera general, reproduzcan paseos por las calles y monumentos más conocidos de la zona de confluencia del domicilio donde el EMCA ha recibido el aviso para atender una demanda de un paciente con patología crónica compleja inmovilizado.
- Aportación de gafas de realidad virtual para visualizar a través de sus terminales móviles, los videos de 360º.

Resultados

Esta intervención se ha llevado a cabo a través de la implementación en un caso concreto: Mujer de 73 años, casada, tiene 3 hijos. Vive con su marido y cuidador principal en vivienda situada en planta baja con rampa de entrada muy inclinada por lo que dice el cuidador que le cuesta mucho trabajo manejar la silla de ruedas cuando salen.

-Realización del cuestionario de satisfacción con la atención domiciliaria (AD) evaluada mediante el cuestionario de satisfacción con los Servicios de Atención Domiciliaria (SATISFAD 10), previo a la intervención y posterior a la intervención de “paseos virtuales en 360º”.

Discusión

El estudio describe la situación de la atención del EMCA en relación a los avisos realizados sobre pacientes con patologías crónicas complejas inmovilizados.

Tras la puesta en práctica de este proyecto, se ha objetivado una mayor satisfacción con atención recibida en su domicilio por parte de la enfermera, en este caso del EMCA. A falta de implementar dicho proyecto en un mayor número de casos de pacientes con patologías crónicas complejas inmovilizados, los paseos virtuales a través de videos grabados en formato de 360º visionados por este tipo de pacientes en sus domicilios:

- Pueden mejorar la satisfacción de los pacientes con patologías crónicas complejas inmovilizados que reciben atención en su domicilio por parte del EMCA.
- Mantienen la seguridad del paciente con patologías crónicas complejas inmovilizadas a través de paseos virtuales, aportando los beneficios de dar paseos, sin necesidad de salir del domicilio.
- Los paseos virtuales en pacientes con patologías crónicas complejas inmovilizados utilizados como estrategia no farmacológica, puede ser una herramienta útil para usar en este tipo de pacientes.
- La utilización de paseos virtuales podrían mejorar la situación clínica del paciente con patologías crónicas complejas inmovilizadas ante la imposibilidad de poder realizar paseos físicos reales.

Tras esta propuesta, se recomienda profundizar en esta intervención, llevándola a cabo, incluso aplicándola en otras zonas básicas de salud para que de la misma manera, se puedan beneficiar el mayor número de pacientes con patologías crónicas complejas inmovilizadas posible de nuestro sistema sanitario.

PLAN DE MEJORA DE LA CONFORTABILIDAD EN EL HOSPITAL INFANTA MARGARITA

Autores: CABEZAS ROBLES MR*, RUIZ GUTIÉRREZ D, DEL ROSAL GONZÁLEZ AJ, PLATA ROSALES J

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

Objetivos

Generar actuaciones que supongan la mejora de la satisfacción de los usuarios del Hospital Infanta Margarita en relación a la confortabilidad de las instalaciones, la accesibilidad, el trato humano, la comunicación, los aspectos hosteleros y el medio ambiente del centro.

Materiales y Métodos

La idea nace desde el convencimiento de que, con un esfuerzo mínimo, es posible cambiar pequeños detalles en nuestro hospital que pueden ser valorados muy positivamente por los usuarios y actuar como verdaderos catalizadores de proyectos posteriores de mayor envergadura. Para ello, desde la Dirección se convocó en sesión de equipo a la totalidad de mandos intermedios de las diferentes unidades del hospital, se expusieron, en plenario, los objetivos y las características de las medidas y/o proyectos que debían ser consideradas para su inclusión al Plan y se les solicitó colaboración para impulsar la participación de los profesionales a su cargo en la identificación de mejoras y priorización de las acciones seleccionadas. Para considerar la perspectiva de los usuarios, desde la UAC se analizaron e incluyeron los contenidos de sus quejas y reclamaciones y los últimos resultados disponibles de las encuestas de satisfacción del centro. De manera paralela se constituyó el Grupo Técnico Asesor (GTA), para el diseño de la estrategia de implantación (formación, comunicación, cronograma) y evaluación continua.

Resultados

En la actualidad contamos con la participación de 12 unidades hospitalarias. Se ha elaborado la primera versión del Plan de mejora de la confortabilidad para el Hospital Infanta Margarita donde se incluyen un total de 50 acciones de mejora. El GTA se encuentra evaluando el grado de implementación de las medidas y al finalizar el año en curso elevará a la Dirección el informe de evaluación inicial, así como las áreas de mejora y propuesta de acciones para corregir las desviaciones identificadas.

Discusión

La humanización de la atención sanitaria es una cuestión prioritaria para nuestro área y, para ello, se requiere principalmente un cambio de *actitud*. El Plan de Confortabilidad implica un fuerte impacto en la cultura organizacional. Los directivos y mandos intermedios ocupan una posición estratégica y tienen la responsabilidad de liderar este proceso de cambio cultural, interno y externo, orientado hacia la humanización con el fin de mejorar la situación actual y hacer que nuestros servicios sanitarios ofrezcan al ciudadano una asistencia de calidad y lo más personalizada posible, capaz de satisfacer sus expectativas, añadiendo valor a la institución sanitaria y al propio desarrollo profesional.

UN MANUAL PARA COMPARTIR Y PODER MEDIRNOS: MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Autores: DEL CAMPO MOLINA E*, YÁÑEZ CABALLERO B, VELASCO BUENO JM, HERAS LACALLE G

Palabras clave: Certificación, Evaluación de resultados, Gestión de la calidad, Hospital, Indicadores

Objetivos

1. Establecer acciones de inicio o mejora en el ámbito de las urgencias hospitalarias dentro de la humanización
2. Difundir y dar a conocer el proyecto
3. Ante todo, poner a disposición de quien lo desee el Manual, con estas 169 medidas de forma gratuita como hoja de ruta para facilitar este proceso de humanización de las urgencias hospitalarias
4. Conocer el estado actual de la humanización en cada servicio. Para ello, proponemos, que una vez leído y descargado el Manual puedan hacer una autoevaluación del cumplimiento de estas medidas en la unidad mediante los formularios. Cuantas más unidades recopilemos, más fiel será el conocimiento de la situación actual.

Materiales y Métodos

Creación de un grupo de trabajo de profesionales de urgencias, de distintos hospitales y de distinta categoría profesional. A través de aportación de ideas en varias reuniones, se establecieron propuestas para mejorar el trabajo humano en urgencias, que en ellas se desarrolla. Edición del Manual de humanización en urgencias hospitalarias.

Resultados

Se editó el libro y se presentó en Octubre de 2020 con un webinar en el H de Montilla, y posteriormente difundido por redes sociales. Se ha elaborado un documento en la web de HUCI (<https://proyectohuci.com/es/bp-hurghosp/>) con la posibilidad de poder descargarlo gratuitamente, y poder aplicarlo en las distintas urgencias del país. El manual clasifica 7 líneas estratégicas de acción, y en cada una de ellas se proponen 169 acciones a identificar y realizar.

Discusión

El manual ha quedado a disposición gratuita de los profesionales que quieran obtenerlo y usarlo.

Es una guía para emprender e iniciar la humanización de las urgencias hospitalarias y poder medir los servicios.

Su uso y puesta en práctica puede hacernos avanzar en el camino de la humanización en los servicios de urgencias

En dos hospitales hemos comenzado su aplicación (Hospital de Montilla en Córdoba y H. de Benalmádena en Málaga).

Nuestro objetivo final persigue generar un uso generalizado con ese manual.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS HERRAMIENTAS AUDIOVISUALES EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES

Autores: CLEDERA PONS AB*, PEDRAZA MORA P

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Cuidados de enfermería, Satisfacción, Seguridad del paciente, TIC y telemedicina

Objetivos

Mejorar la accesibilidad, disponibilidad y comunicación a los pacientes, proporcionándoles información a través de videos explicativos acerca de determinadas exploraciones complejas a las que tendrán que someterse y que requieren preparación domiciliaria. O incluso, desensibilizando a la población ante determinadas exploraciones, que, por no tener conocimiento de ellas, puedan resultarles traumáticas.

Materiales y Métodos

Realizamos videos explicativos acerca de determinadas exploraciones complejas que requieren preparación domiciliaria y desdramatización de la prueba.

Trabajamos con dos grupos de pacientes, desde septiembre del 2021 a agosto del 2022.

- Por un lado, los pacientes que han de someterse a estas exploraciones complejas, donde en la carta de cita que se le envía con la fecha y hora de la exploración se le adjunta la preparación de la prueba en formato escritura, el cual incorpora un código QR con el video explicativo.

Posteriormente, una vez realizada la prueba, abordamos a los pacientes a los que les hemos enviado la preparación con el código QR, y comprobamos el nivel de conocimientos que le ha aportado este recurso, a la par que, mediante escala visual analógica de 10 puntos, constatamos si ha reducido el nivel de ansiedad que le provoca el tener que someterse a esta exploración, en definitiva, obtener feed-back de los pacientes que han utilizado esta herramienta.

- Por otro lado, los pacientes que se someten a estas exploraciones complejas, en cuyas hojas de cita no aparece el código QR con video explicativo. Cuando éstos pacientes acuden a realizarse la exploración valoramos el nivel de conocimientos que tienen y el grado de ansiedad experimentada. (Se medirá mediante Escala Visual Analógica de 10 puntos).

Resultados

Demostrar que la implementación del uso de herramientas audiovisuales (videos explicativos) antes de la realización de las exploraciones complejas mejora la comprensión de las intervenciones por parte de los pacientes, aumenta la satisfacción con la información proporcionada y disminuye la ansiedad experimentada.

Discusión

Los videos son un poderoso elemento que posee la capacidad de captar la atención de los usuarios de forma inmediata, y también de comunicar claramente un mensaje.

Aparte de ser un recurso llamativo, los videos permiten explicar conceptos de forma más sencilla.

De esta manera, al utilizar un video no sólo incrementamos las probabilidades de captar la atención de los usuarios, sino también de que amplíen sus conocimientos, desmitificando a veces determinadas exploraciones que les puedan resultar dolorosas.

Su utilización para someterse a determinadas pruebas complejas, en la unidad de Radiodiagnóstico va a ayudar a estandarizar la práctica clínica.

MANTENER LA IMAGEN CORPORAL EN LA PATOLOGÍA DE LA MAMA

Autores: DELGADO MORENO S*, MEDINA RODRÍGUEZ MP, MOYA MOLINA MA, GARCÍA JUÁREZ MR, FUENTES CEBADA L, QUINTERO OTERO S

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Hospital, Percepción del paciente, Procesos asistenciales, Satisfacción

Objetivos

El cáncer de mama tiene una elevada prevalencia (1 de cada 8 mujeres lo padecerán). El 80% podrá superarlo gracias al diagnóstico precoz, nuevas técnicas diagnósticas y avances en tratamientos.

Las mujeres que lo padecen con frecuencia sufren afectación psicoemocional por la experiencia sufrida, y las alteraciones en la imagen corporal, que afecta a todas las esferas de su vida.

La Unidad de Patología Mamaria y el Servicio de Cirugía Plástica del hospital llevan un año desarrollando las últimas técnicas en reconstrucción mamaria, que aportan beneficios terapéuticos para el bienestar físico y psicológico de las pacientes, facilitando estabilidad emocional y permitiendo recuperar su cuerpo y su vida.

Objetivo: Realizar un tratamiento integral para la curación de la paciente con cáncer de mama logrando una óptima imagen corporal.

Materiales y Métodos

Extirpación de la patología maligna, mediante: Tumorectomía; Cuadrantectomía; Mastectomía subtototal; Mastectomía simple y ampliada uni y bilateral; Mastectomía radical y ampliada uni y bilateral.

Realización de las técnicas de reconstrucción mamaria correspondiente a: Implantación de prótesis uni y bilateral; Reconstrucción inmediata; Uso de colgajos; Inserción de expansores; Reconstrucción del pezón; Inyección de aumento

Realización de procedimientos complementarios para la reconstrucción completa: micropigmentación del pezón y la areola.

Resultados

La cirugía oncológica permite reconstrucción inmediata en un único acto, incluyendo areola y pezón, junto a la remodelación de la otra mama, gracias a la microcirugía, con tejido del abdomen o muslos sin necesidad de prótesis. El hospital realiza esta técnica 3-4 días a la semana, ubicándose entre los principales hospitales a nivel nacional en cirugía oncológica y reconstrucción mamaria inmediata.

En otros casos, la reconstrucción y remodelación de la mama se culmina mediante micropigmentación de la areola y el pezón (dibujar y delinear la mama a nivel epidérmico con pigmentos que no migran de coloración natural).

Durante 2021, a 30 de septiembre se han realizado:

211 intervenciones de patología maligna de la mama: Extirpación parcial o local: 160; Mastectomía unilateral en sus diferentes modalidades: 48; Mastectomía bilateral en sus diferentes modalidades: 3.

225 procesos reconstructivos: Reconstrucción inmediata: 102; Expansor: 25; DIEP: 17; Reparaciones de pezón: 15; Implantes de mama: 38; Inyección de aumento unilateral: 15; Otras: 15.

223 actividades de micropigmentación: Primera vez: 80; Revisión: 134.

Discusión

El tratamiento quirúrgico de la mama genera asimetrías y distorsión así como extirpación completa en algunas ocasiones, lo que repercute negativamente en la imagen y calidad de vida de las pacientes.

El desarrollo de técnicas para mantener, remodelar o reconstruir la mama, permiten la menor repercusión estética y la mayor simetría bilateral, lo que unido a la micropigmentación, consigue un efecto final con un importante beneficio psicológico para la paciente.

HUMANIZANDO LA ASISTENCIA SANITARIA: HOSPITAL INCLUSIVO

Autores: GARCÍA MERINO S*, RAMÍREZ RUIZ JA, SALCEDO SÁNCHEZ MC, RUIZ CABALLERO J, CONDE GONZÁLEZ MR, ALFÉREZ REYES MJ

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

Objetivos

Procedimientos y lenguaje complejos configuran un sistema sanitario que debe adaptarse a los diferentes usuarios que reciben asistencia en él.

En la Agencia se han puesto en marcha distintas iniciativas encaminadas a mejorar la asistencia de las personas con diversidad funcional con los objetivos de:

Facilitar la interacción de las personas en situación de discapacidad con el Centro Hospitalario de forma que se favorezca su autonomía y la toma de decisiones informada.

Sensibilizar a los profesionales y proporcionarles herramientas que les permitan una mejor comunicación con usuarios que requieren una especial atención.

Dar a conocer y concienciar a la población en general de la existencia de un sistema de comunicación alternativo y aumentativo.

Materiales y Métodos

Se han mantenido reuniones con distintas asociaciones dedicadas a la diversidad funcional lo que le ha permitido una visión global de sus necesidades.

Se ha elaborado una "Guía de comunicación y buen trato a personas con diversidad funcional en el ámbito sanitario" como documento de apoyo a los profesionales.

También se ha realizado la traducción a pictogramas y lectura fácil de los derechos y deberes de los ciudadanos que se encuentra expuesta de forma permanente en todos los centros de la Agencia. También disponible de forma itinerante para su cesión a otros centros sanitarios.

Se han llevado a cabo charlas para sensibilización y cursos de lenguaje de signos dirigidas a profesionales.

Se dispone de un área con materiales informativos adaptados al sistema Braille y un panel con los recursos socio-sanitarios de la zona.

En el marco del nuevo "Protocolo para que las personas con autismo puedan usar mejor el sistema sanitario público de Andalucía" impulsado por la Consejería de salud y familias se han pictografiado algunas zonas del hospital y se han tomado medidas para disponer de circuitos adaptados tanto en consultas externas como en la programación de quirófanos y en las zonas de espera.

Resultados

La autonomía de las personas en situación de discapacidad dentro del sistema de salud se ve favorecida con una mejor comunicación, información, circuitos y zonas más adaptadas a sus necesidades.

Los profesionales de la salud disponen de nuevas herramientas que facilitan la comunicación con este colectivo. Esto les proporciona seguridad y un mejor servicio.

Hay que destacar la buena acogida que han tenido dichas iniciativas entre la población en general y los usuarios beneficiados.

Discusión

El sistema sanitario debe disponer de medios que permitan el acceso adaptado a la diversidad de usuarios que atiende. A veces se trata de medios físicos y otras de sistemas de información y comunicación adaptados.

Con todas estas medidas pretendemos la cobertura integral de las necesidades de las personas en situación de discapacidad en su relación con el sistema además de normalizar y hacer visible unos sistemas de comunicación alternativos, aumentativos y facilitadores para aquellas personas con diversidad intelectual.

EPA PROCESOS ONCOLÓGICOS COMPLEJOS. EXPERIENCIA INICIAL

Autores: ÁLVAREZ COLORADO M*, MULA DOMÍNGUEZ MJ

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Enfermería, Evaluación de resultados, Gestión de cuidados

Objetivos

Mejorar la atención al usuario asegurando la continuidad de cuidados en el proceso oncológico complejo y a su entorno.

Objetivos secundarios:

- Fomentar el autocuidado, la autogestión y la independencia mediante la educación terapéutica.
- Potenciar la comunicación interniveles
- Mejorar la continuidad asistencial y accesibilidad a los recursos disponibles
- Ayudar a la toma de decisiones compartida entre la persona y el equipo interdisciplinar.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso racional de recursos de apoyo al cuidado.

Materiales y Métodos

A finales del 2020, el HVM promueve la creación de la EPA de Oncología. Siguiendo las directrices del PICUIDA, se definió su cartera de servicios, población diana, mecanismo de captación y derivación, el organigrama de funcionamiento y establecimiento de criterios de resultados en salud.

Se pilotó en los meses de septiembre a diciembre de 2020 y se puso en marcha el 1 de enero de 2021 tras realizarse plan de difusión dirigido a las UGCs del hospital y en A. Primaria.

Resultados

En el primer semestre del año se han realizado un total de 552 consultorías, de las cuáles un 64% fueron realizadas desde el hospital. El resto se distribuyen en diferentes porcentajes entre los distintos distritos de A. Primaria (Distrito Sevilla Norte 69%, Distrito Sevilla 26% y Distrito Aljarafe 5%). La media de edad ha sido de 62 años (60% mujeres y 40% hombres). Destaca un mayor porcentaje de pacientes crónicos oncológico hospitalizados. Los procesos más prevalentes han sido el cáncer de mama, esófago-gástrico, pulmón y cabeza-cuello. En cuanto a los profesionales que realizan la derivación/ consultoría, son fundamentalmente Enfermería (79%). Aumento progresivo de los médicos, sobre todo oncología médica y cuidados paliativos.

El grado de satisfacción de los pacientes y familias así como de los profesionales es alto pues ha permitido reducir tiempos de espera, mejorar la adherencia al tratamiento, gestión de los síntomas y facilitar el acceso a los recursos asistenciales.

Las causas más frecuentes de derivación se distribuyen: consulta EPA de pacientes oncológicos complejos (35%), consultoría a profesionales de A. Primaria y At. Hospitalaria (25%), atención telefónica a pacientes y familiares (33%) y atención a lesiones tumorales (7%).

Discusión

Se ha conseguido una mejora en la atención de estos pacientes y en la accesibilidad de recursos, entre los distintos servicios y niveles asistenciales, lo que ha favorecido la coordinación del plan terapéutico reduciendo los tiempos de espera y agilizando el circuito asistencial.

Se ha aumentado el grado de satisfacción de los pacientes y sus familias y los profesionales.

Se ha facilitado la continuidad asistencial tanto con las Unidades origen en el Hospital como con A. Primaria.

Discusión:

La EPA de Oncología puede ser una figura imprescindible para el acompañamiento del paciente oncológico y un efectivo útil para garantizar la continuidad asistencial a lo largo de todo su proceso.

HUMANIZAR LA ASISTENCIA COMO HORIZONTE DE MEJORA CONTINUA: EXPERIENCIA DE UNA VERIFICACIÓN DE CALIDAD

Autores: RUIZ PALOMINO A*, MORENO CABALLERO R, CALVO ROLDÁN A, DURÁN LUENGO AM, SILES LARREA VM, POZO MARTÍN MV

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Autoevaluación, Certificación, Cultura organizacional, Gestión de la calidad

Objetivos

Para quienes defendemos una visión holística del cuidado, la estancia hospitalaria debe cubrir no solo la recuperación de la enfermedad, sino también necesidades emocionales, sociales y de confort.

Muchos años de implicación de nuestros profesionales y servicios nos han servido para garantizar que el inevitable avance tecnológico no impidiera la relación cercana con los pacientes y familias para atender todas sus necesidades. Nuestra experiencia con la utilización de una herramienta de autoevaluación y gestión del nivel de humanización de nuestros servicios y la posterior verificación por una entidad certificadora nos ha supuesto una oportunidad para analizar nuestra situación. Nos ha permitido identificar susceptibles áreas de mejora, fomentando el trabajo en red entre las distintas áreas de nuestro hospital, detectar posibles necesidades y promover que sean atendidas, así como consolidar el trabajo ya instaurado e incentivar la incorporación de un mayor número de actores en nuestra, cada vez más humanizada, asistencia.

Materiales y Métodos

Se constituyó un grupo de trabajo de carácter multidisciplinar entre las distintas áreas del hospital Infantil, utilizando el Índice de Humanización de Hospitales Infantiles (IHII) como guía de trabajo y optando posteriormente a la verificación por parte de la agencia evaluadora.

A través de un cuestionario online de autodiagnóstico, recoge información sobre aspectos como: comunicación, formación, técnicas de intervención, información, decoración y ambientación, atención psicológica, tiempos de espera, entretenimiento, accesibilidad o voluntariado.

Una vez cumplimentados los cuestionarios por los centros y procesado su contenido, cada centro participante recibe un informe individualizado y confidencial con los resultados totales obtenidos, desglosados por áreas, en relación a un máximo teórico resultante de la ponderación de cada área sobre 100.

Resultados

Solo los hospitales mejor puntuados (puntuación superior a 80%) pueden optar a la verificación a través de la agencia evaluadora.

Obtuvimos la verificación con una valoración muy próxima a la máxima ponderación en cada área evaluada.

Discusión

Con la autoevaluación, hemos tomado conciencia del punto en que nos encontramos en relación al nivel de humanización de la asistencia prestada. Nos ha permitido identificar tanto los puntos fuertes como las áreas de mejora.

La verificación nos ha puesto en una vía de mejora continua en la humanización de nuestro hospital infantil.

TEJIENDO LA HUMANIZACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: UN CONCEPTO COMPARTIDO Y DINÁMICO

Autores: SIANES BLANCO A*, MURILLO DE LLANOS J, JIMÉNEZ BARBERO MJ, SALAS CASADO T, GALISTEO DOMÍNGUEZ R, CHÁVEZ MAYA A

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Cultura organizacional, Evaluación de procesos, Hospital, Percepción de los profesionales

Objetivos

La Consejería de Salud y Familias Junta de Andalucía ha presentado recientemente su Plan de Humanización, estrategia compartida cuyo objetivo “impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el SSPA que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, que velen por la dignidad de las personas y sus derechos, y por el cuidado de sus profesionales, que fomenten el respeto, la escucha y la participación, en un entorno confortable y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención”. En este contexto nuestro Hospital plantea para impulsar estrategias de Humanización:

- Conseguir estructura participativa, estable y que impulse Planes de Humanización en el Hospital.
- Definir dimensiones de humanización a abordar en el Hospital.
- Crear redes de profesionales trabajando en humanización.

Materiales y Métodos

Constitución de un grupo grupo motor multidisciplinar en Humanización con profesionales de diferentes categorías y unidades del Hospital.

Los miembros del grupo son profesionales que han respondido a convocatoria publicada así como personas seleccionadas con importante liderazgo y perfil en el Hospital.

Técnica de grupo Nominal para consensuar dimensiones de la Humanización.

Cada dimensión será liderada por al menos un miembro del grupo motor, quién a su vez, constituirá un subgrupo con nuevos miembros del Hospital Cada subgrupo responsable de cada dimensión, trabajará con un mismo esquema definido por grupo motor: definir objetivos de la dimensión, priorización de medidas mediante análisis de factibilidad, actuaciones con cronograma y evaluación trimestral que se llevará por parte de cada responsable al Grupo Motor.

Resultados

Se ha conseguido consolidar grupo motor, con hasta 14 profesionales que representan 11 Servicios/unidades.

Se han consensuado 7 dimensiones sobre las que trabajar (personalización, trato y relación con el paciente, comunicación interna y externa, cuidar de quien cuida, confort e intimidad, participación activa ciudadanía y fomento de espacios entre iguales).

Se han generado 7 subgrupos, cada uno constituido con su propio equipo de trabajo (1 para cada una de estas dimensiones) sumando unos 42 profesionales en total.

Se plantean 20 medidas con un 70% de consecución en el primer ejercicio.

Discusión

La importancia de llegar a un consenso para conceptualizar la humanización, contextualizándola en el entorno a trabajar y priorizando aspectos de la misma identificadas por los propios profesionales, ha permitido entender el concepto y motivar a integrantes del grupo.

Se ha tejido una red de profesionales trabajando en humanización replicando la metodología del grupo motor, lo que propicia una alta participación con profesionales motivados que se sienten identificados con la dimensión que representan al conceptualizarla y contextualizarla al propio Hospital y proponer medidas aplicables al entorno propio de trabajo.

El análisis de factibilidad al que se sometieron las medidas a implantar ha posibilitado un alto % de medidas conseguidas.

LOS PACIENTES Y LOS PROFESIONALES COMO PALANCA DE TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN A TRAVÉS DEL MODELO E=MC²

Autores: JABALERA CONTRERAS M*, NADAL MIQUEL D, ORTÍZ SOLSONA S, ZAPATA LLUCH M.

Palabras clave: Evaluación de procesos, Evaluación de resultados, Participación, Percepción de los profesionales, Percepción del paciente

Objetivos

El modelo E=MC² tiene como objetivo principal promover el cambio y la transformación aplicando un triple abordaje: conocimiento y evidencia disponibles, rediseño de procesos y experiencia del paciente.

Como objetivos específicos:

- Asegurar un modelo homogéneo de cambio en la organización.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Mejorar la seguridad del paciente.
- Promover la implicación y el compromiso de los profesionales en la mejora continua de la atención.
- Motivar prácticas innovadoras.
- Garantiza que el paciente y familia jueguen un papel clave en la transformación de la organización.
- Mejorar resultados y el valor.

Materiales y Métodos

El modelo E=MC² se aplica en fases:

1. Diagnóstico: identificación de insights con profesionales y pacientes/familiares.
2. Co-creación o rediseño de la solución: generación de ideas y soluciones a los problemas detectados de forma colaborativa con los equipos implicados y también con pacientes y/o familiares.
3. Prototipado: Se promueven pruebas piloto, simulación o nuevos materiales, para evaluar rápidamente la experiencia de profesionales o pacientes.
4. Diseño de indicadores para evaluar los avances (efectividad, eficiencia y experiencia paciente).
5. Implementación y evaluación: los resultados son evaluados por diferentes perfiles profesionales y por pacientes/ familiares vinculados al plan de mejora.

La evaluación de la práctica se realiza en comisiones de normalización y adecuación; LEAN Healthcare para los procesos y Design Thinking para la experiencia. Ambas metodologías interactúan a lo largo del proceso de mejora.

Resultados

Desde 2015, se ha aplicado la metodología E=MC² en diversos proyectos (Embarazo y parto, Área de consultas externas de pediatría, Hospitalización pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos, Extracciones de sangre y Estrategia de información para pacientes, entre otros).

Plan de mejora en extracciones de sangre (2017 - 2021) algunos resultados:

- Nuevo procedimiento extracción.
- Cambios organización agendas, incorporando una de tarde (reducción 33% la espera).
- Nueva información dirigida a familias y pacientes.
- Mejora de la ambientación del área.
- Presencia de perros de terapia en sala de espera y durante el procedimiento en pacientes complejos. El nivel de ansiedad medido con la escala mYPAS es significativamente menor (de 32 a 27,5).
- NPS = 77 para la extracción.

Discusión

La aplicación del modelo EMC² ha permitido evidenciar mejoras en los procesos asistenciales incrementando el valor de la atención que ofrecemos.

La innovación organizativa proporcionada por el triple enfoque de E=MC² nos permite asegurar que la voz de los pacientes, familias y profesionales siempre esté incluida para garantizar que se da respuesta a sus necesidades.

La participación de los profesionales supone una menor resistencia y una mayor adhesión y compromiso ante los cambios.

La experiencia del paciente y de los profesionales de deber ser incluida en el enfoque estratégico de la organización como un activo imprescindible para el cambio.

"AQUELLAS OTRAS COSAS..." MANUAL DE SUPERVIVENCIA EIR

Autores: TORRES VERDÚ B*, DE LA TORRE GÁLVEZ I, FUENTES GÓMEZ J, TORRES PÉREZ LF, RODRÍGUEZ ARIZA F, VILASECA FORTES M

Palabras clave: Derechos del paciente, Gestión de la calidad, Organización y administración, Participación, Percepción de los profesionales

Objetivos

Fomentar la cultura de la calidad asistencial en todas sus dimensiones como un elemento más del periodo formativo de los especialistas internos residentes.

Facilitar las herramientas disponibles a nivel local para poder prestar una asistencia de calidad completa.

Materiales y Métodos

Diseño de un manual a modo de fichas, con elementos clave de calidad definidos de forma breve y amena a través de infografías, con enlaces a protocolos locales, ubicaciones o contactos del hospital necesarios para el profesional o para poder dirigir a los pacientes en caso necesario.

- Seguridad del paciente
- Intimidad
- Identificación profesional
- Abordaje del riesgo social
- Violencia de género y maltrato
- Voluntades vitales anticipadas
- Solucionar barreras lingüísticas
- Consentimiento informado
- Sustitución en la toma de decisiones
- Segunda opinión médica
- Libre elección
- Derechos ARCO
- Confidencialidad de datos
- Quejas y reclamaciones
- Consultas al comité de ética asistencial...

En el momento de entrega de documentación del residente se les proporciona un tarjetón de bienvenida personalizado que contiene entre otros un código QR que dirige al manual que a su vez se encuentra en la web del hospital para su consulta sin QR. De esta manera los residentes tienen al alcance de un clic cuestiones fundamentales para una asistencia de calidad, a la vez que específicas del hospital, más allá de los conocimientos científico-técnicos que seguro adquirirán en su periodo de residencia.

Además disponen de la posibilidad de profundizar en estos elementos a través de los enlaces del manual y los más de 20 protocolos locales a los que se accede a través de él.

Dicho manual también es remitido a tutores y responsables de servicio.

Así mismo, se hace presentación del manual en el acto de acogida EIR.

Resultados

Se ha realizado el cuestionario de satisfacción/utilidad entre los residentes a los que se ha entregado en los dos últimos años, cuyos resultados se mostrarán durante el congreso, ya que hemos querido evitar el periodo estival para evaluar los resultados de la segunda promoción incorporada en julio y actualmente estamos en periodo de recogida de datos.

Discusión

De todos es sabido que la calidad asistencial no es un concepto único, sino que se distinguen diferentes dimensiones según la perspectiva desde la que se aborde.

De todas esas dimensiones, es lógico pensar que la que probablemente más condiciona la elección de un centro hospitalario u otro a la hora de realizar el periodo de especialista interno residente es la calidad científico técnica, que centrará la gran mayoría de sus esfuerzos y el de sus tutores durante sus años de formación postgrado.

Es necesario por tanto, proporcionar las primeras nociones de manera facilitadora, ágil y amena ante situaciones a las que se van a encontrar con toda seguridad en algún momento de su carrera, dotándolos además de seguridad en el abordaje de determinadas cuestiones y que sin duda redundan en un enriquecimiento de la calidad prestada.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN INVESTIGACIÓN: USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET

Autores: FONTALBA NAVAS A*, GARCÍA DELGADO I, GIL AGUILAR V

Palabras clave: Cultura organizacional, Gestión del conocimiento, Participación, Percepción del paciente, Problemas de salud

Objetivos

El uso problemático de Internet es un término general que se refiere a una variedad de actividades posiblemente dañinas relacionadas con Internet, que incluyen "videojuegos, apuestas, compras, visualización de pornografía, redes sociales, 'ciberacoso' y 'cibercondria', entre otros". Se trata de un área relativamente nueva, pero es un tema de preocupación en materia de salud mental pública internacional, reconocido como tal por la Organización Mundial de la Salud, las redes de colaboración de investigación internacional y los gobiernos nacionales.

Materiales y Métodos

Se diseñó un grupo focal para explorar la percepción sobre uso problemático de internet por parte de la ciudadanía. Con tal fin se convocó a un grupo de padres a los que se les entrevistó con preguntas amplias y abiertas, se estimuló a que expresaran libremente sus opiniones y entablaran una conversación entre ellos. Dentro de las temáticas se preguntó en torno al concepto del uso problemático de internet, su repercusión a nivel personal y sobre sus hijos y las necesidades no cubiertas en torno a este tema.

Resultados

Destaca la percepción de daño sobre el usuario y la familia. Este uso se relacionó con falta de vida social, abandono de obligaciones y alta carga de fatiga. Dentro de las necesidades no cubiertas emergió la falta de conocimientos y de entrenamiento para manejar estas conductas entre los padres hacia sus hijos.

Discusión

Existe una alta percepción de alarma en torno al uso problemático de internet y de las consecuencias negativas derivadas de ello. Se contempla la presión social y el aislamiento como factores que perpetúan y agravan el problema, mientras que predominan sentimientos de resignación ante estas consecuencias.

GESTIÓN DE LAS COMISIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS COMO EJE DE LA POLÍTICA DE CALIDAD DEL CENTRO

Autores: ROMÁN FUENTES M*, BARROSO GUTIÉRREZ C, CRUZ SALGADO O, LÓPEZ GARCÍA E, DEL NOZAL NALDA M, CARCAMO BAENA J

Palabras clave: Gestión clínica, Gestión de la Información, Gestión de personas, Participación, Sistemas de Información

Objetivos

Analizar la estructura y participación de los profesionales en las comisiones clínicas del centro en el período 2020-2021(octubre).

Materiales y Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal de la representación de profesionales en las Comisiones Clínicas Hospitalarias, a partir de la información extraída de: 1) Base de datos de la Unidad de Calidad: información detallada de los profesionales que forman parte de las comisiones clínicas, su categoría profesional, especialidad y tipo de vinculación con las comisiones; 2) Actas de cada comisión, consulta de los objetivos identificados y consecución de los mismos.

La organización y gestión de las Comisiones Clínicas recae en la Unidad de Calidad; para ello se establece un calendario semestral de reuniones, se identifican objetivos de trabajo para el año en curso y se mantienen reuniones con la Dirección Asistencial y los secretarios de las comisiones para el seguimiento de estos objetivos.

Resultados

Se ha analizado la actividad de 16 Comisiones Clínicas:

- El total de profesionales miembros de las comisiones clínicas es de 308
 - La media de profesionales integrantes de las comisiones es de 19.
 - La distribución de miembros de comisiones clínicas por categoría profesional es de: FEA: 59,09%; DUE: 30,51%; TCAE: 2,3%; Técnico de Función Administrativa: 3,9%; Otros (Fisioterapia, Matrona, Técnico Especialista, Trabajador Social, Personal Administrativo y Celador): 3,57%.
 - La distribución por sexo es de: Mujeres: 63%; Hombres: 37%.
- Durante 2020 se llevaron a cabo un total de 40 reuniones de las comisiones clínicas y 60 durante 2021 (octubre).
- Actividad:
 - Nº de objetivos identificados: 63; porcentaje de consecución: 85%.
 - Ejemplos de actividad desarrollada: Elaboración/aprobación de protocolos, procedimientos, dípticos informativos para pacientes y familiares; Auditoría de historias clínicas; Seguimiento de objetivos vinculados a calidad y seguridad del Contrato Programa y de los Acuerdos de Gestión Clínica; Actualización de la intranet del centro (1.745 documentos en revisión); Seguimiento de las notificaciones de seguridad del paciente y de las áreas de mejora identificadas; Análisis de casos clínicos; Formación a profesionales.

Discusión

- A pesar de la situación provocada por la pandemia, las Comisiones clínicas han seguido manteniendo reuniones, realizándose hasta la fecha virtualmente a través de la plataforma CIRCUIT, si bien éstas descendieron durante el primer semestre de 2020.
- El alto grado de consecución de objetivos denota tanto una adecuada gestión de las comisiones como una alta implicación de los secretarios y vocales.
- La Unidad de Calidad continua desarrollando aplicativos para facilitar la gestión de las comisiones, estando prevista la implantación de una aplicación informática para la gestión de certificados de forma automatizada.
- La gestión administrativa de las comisiones requiere de personal implicado en el mantenimiento de la información actualizada que permita generar certificados de manera ágil.

EVALUACIÓN DE USABILIDAD PROYECTO M-LISTABLE. MEJORÍA DEL BIENESTAR Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE CATARATAS MEDIANTE SISTEMAS COLABORATIVOS

Autores: GIMÉNEZ GÓMEZ R*

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Gestión de cuidados, Procesos asistenciales, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

El proyecto tiene como objetivo la evaluación de una aplicación realizada como desarrollo de un sistema colaborativo que ofrece a pacientes y profesionales un mayor control y seguridad en el proceso pre y postoperatorio de la cirugía de cataratas

Materiales y Métodos

Se realizó colaboración ente Fujitsu Fundación Progreso y Salud (FPS-ACSA), la pyme tecnológica SDOS y la Fundación para la investigación biomédica de Córdoba (FIBICO). Se generó una plataforma (aplicación) que permite que el paciente se informe y obtenga recomendaciones sobre el proceso de cataratas desde el momento de diagnóstico hasta el alta. Posibilita monitorizar parámetros psicoemocionales y establecer canales de comunicación bidireccionales médico-paciente Se completó una prueba piloto de la aplicación con 10 pacientes reales y sus cuidadores que iban a ser intervenidos de cataratas en el hospital de los morales perteneciente al Hospital Universitario Reina Sofía El backoffice se instaló en un ordenador portátil donde se realizaba la carga de datos y la activación de los pacientes. La aplicación se instaba en el terminal móvil del paciente o cuidador dentro del desarrollo de su vida habitual

Resultados

El 30% de los pacientes fueron hombres, la edad media fue 57 años (45-80). El 40% de los pacientes adoptaron un papel activo. El 100% de los paciente se intervinieron en la fecha indicada por el sistema sanitario. 1 usuario sufrió cambio de fecha con desfase de notificaciones. La media de valoración de notificaciones fue de 4,68 sobre 5. Siendo de 4,96 sobre 5 cuando el paciente toma un papel activo y de 4,43 sobre 5 si toma papel pasivo. La media total sobre uso de la aplicación es de 4,77 sobre 5. La media total de valoración de System Usability Scale (SUS) es de 96,69 sobre 100.

Discusión

La aplicación presenta una alta puntuación SUS con muy buenos resultados. Dichos resultados son permeables a las necesidades de los pacientes finales y por tanto la aplicación es fácil de usar. Se incorporan a los resultados una serie de recomendaciones de mejora para su uso en cirugía de cataratas.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA EN TIEMPOS DE COVID-19

Autores: RAYA ORTEGA LO*, DELGADO LOZANO CA, GÓMEZ FUENTES AN

Palabras clave: Cultura organizacional, Hospital, Notificación de incidentes, Percepción de los profesionales, Seguridad del paciente

Objetivos

Conocer la percepción de los profesionales en seguridad del paciente en una unidad asistencial hospitalaria en tiempos de la pandemia COVID-19.

Materiales y Métodos

Se utilizó el cuestionario sobre seguridad de los pacientes de la AHRQ adaptado de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Se envió por correo una invitación a participar en la encuesta a la relación de profesionales que integraban la unidad. El periodo de estudio comprendió la semana del 05 al 12 de abril 2021. Se garantizó la confidencialidad de las respuestas.

Se analizaron 46 ítems del cuestionario. El presente trabajo se ha enfocado en los criterios de clasificación de las respuestas que permitieran definir fortalezas ($\geq 75\%$ de respuestas) y la detección de oportunidad de mejora (criterio $\geq 50\%$ de respuestas).

Resultados

La tasa de respuesta del cuestionario fue del 54% (46 encuestas). EL 30% de los encuestados tenía más de 20 años de antigüedad en la unidad y el 45% menos de 10 años. El grado de seguridad del paciente fue considerado en la unidad de 6,4 en una escala de 0 a 10 (mediana de 6). En el último año, 3 de cada 10 profesionales había notificado al menos un incidente. Siguiendo los criterios de detección de fortalezas y oportunidades de mejora, no se alcanzó el nivel de porcentaje necesario del 75% para identificar dimensiones de fortalezas. Se puso de manifiesto tres dimensiones de oportunidades de mejora. La principal estaba relacionada con la dotación de personal en la que estaban "muy de acuerdo" con que "A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora", 78,13%. "En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal", en el 65,63%. "Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa", el 71,88%. En términos de respuesta en negativo se encontró que el 65,63% estaba "muy en desacuerdo" con que "Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente".

Discusión

Los resultados nos han permitido conocer la opinión de los profesionales en un momento de crisis sanitaria situada entre la 3ª y 4ª onda pandémica de la COVID-19. El resultado muestra un clima de seguridad percibido de medio punto por debajo del promedio de los hospitales del SNS, 2009. Hubiera sido deseable disponer de una mayor tasa de respuesta, para garantizar mayor representatividad de la muestra asumiendo un menor margen de error (10%). Destaca que en estos momentos no aparecen ítems claros de fortalezas, y se pone de manifiesto el principal déficit en los centros en la pandemia, la dotación del personal. Concluir que tenemos que insistir en estrategias de mejora en la cultura de seguridad, fomentar una notificación efectiva de incidentes con una gestión que permita aprender de los errores. Es fundamental tener definida una ratio de profesionales que permita ser adaptada a las situaciones que nos toque afrontar.

DISEÑO DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LA REVISIÓN DE GRANDES POLIMEDICADOS

Autores: RUIZ PÉREZ D, VÁZQUEZ REAL M, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T, ALCALÁ SOTO A, GARCÍA BONILLA A, SIERRA SÁNCHEZ JF*

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención centrada en el paciente, Planificación Estratégica, Prescripciones de medicamentos, Seguridad del paciente

Objetivos

Entre los objetivos de Uso Racional del Medicamento en el SSPA se ha considerado prioritaria la revisión de pacientes grandes polimedicados (aquellos con 15 o más medicamentos durante más de 180 días). El abordaje de la revisión de estos pacientes, y la gestión de la actividad asistencial relacionada suponen un elemento crítico dentro de la estrategia. De este modo, se planteó como objetivo diseñar un sistema de clasificación y priorización de la revisión de pacientes grandes polimedicados.

Materiales y Métodos

Se incluyeron los pacientes grandes polimedicados atendidos dentro de un área de gestión sanitaria.

Se analizó la medicación de cada paciente y se construyó un índice de inadecuación potencial (IIP).

Dentro de este índice se consideraron las siguientes puntuaciones para las diferentes inadecuaciones: duplicidad (1 punto), bajo valor terapéutico (1 punto), cascada terapéutica (0,5 puntos), alta carga anticolinérgica (0,5 puntos), prolongación intervalo QT (0,5 puntos). El valor de este índice se usó para clasificar en cinco grupos de revisión: muy baja complejidad (IIP <1), baja complejidad (IIP 1 a <2), complejidad moderada (IIP 2 a <4), alta complejidad (IIP 4 a <8) y muy alta complejidad (IIP ≥8). Se asignaron los siguientes tiempos aproximados de revisión: muy baja complejidad–10 min, baja complejidad–15 min, complejidad moderada–30 min, alta complejidad–90 min y muy alta complejidad–160 min. Como ayuda adicional, para cada paciente se facilita un informe detallando las potenciales inadecuaciones detectadas.

Resultados

Se incluyeron 2.258 pacientes pendientes de revisión farmacoterapéutica y un total de 249 claves médicas. El número medio de pacientes por clave médica fue de 9,07 (DE 8,88). El número medio de medicamentos por paciente fue de 16,78 (IC95% 14,65-18,79) y el valor medio del IIP fue de 2,01 (IC95% 1,96-2,06). La distribución de pacientes entre los diferentes grupos de complejidad fue: muy baja complejidad 17%, baja complejidad 32%, moderada complejidad 39%, alta complejidad 10% y muy alta complejidad 1%, encontrándose el 89% de los pacientes en grupos de complejidad muy baja a moderada. El tiempo medio por cada cupo para la revisión de pacientes sería de 4,39 horas, según los tiempos considerados. El tiempo para la revisión de los pacientes con una complejidad entre muy baja y moderada, se requeriría un tiempo de 2,77 horas, que es un 63% del tiempo total estimado.

Discusión

El análisis automatizado de la prescripción de la medicación de pacientes grandes polimedicados, en búsqueda de criterios potenciales de inadecuación, puede facilitar la priorización en la revisión de pacientes, así como facilitar una revisión dirigida y estructurada. Cuantificado el tiempo de revisión en función de la complejidad, la revisión del nueve de cada diez pacientes podría abordarse empleando dos terceras partes del tiempo total estimado para la revisión. El sistema de clasificación puede ayudar a orientar la identificación de aquellos pacientes con mayores necesidades asistenciales.

SEGURIDAD Y DOLOR EN LAS PACIENTES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE EN NUESTRA UNIDAD: HISTERECTOMÍAS Y CIRUGÍA DE MAMA

Autores: LÓPEZ MORALED A P*, GALLEG O RAIGADA A, ROMERO GONZÁLEZ I, JIMÉNEZ GARCÍA CA, JIMÉNEZ GARCÍA CR, GUTIÉRREZ BENÍTEZ C

Palabras clave: Dolor, Efectos de medicamentos, Enfermería, Reacción adversa a medicamentos, Seguridad del paciente

Objetivos

Conocer el grado de dolor de las pacientes intervenidas de cirugía de mama y de histerectomías en 2020

Conocer efectos adversos de los dispositivos analgésicos utilizados (PCA) para garantizar la seguridad de nuestras pacientes.

Materiales y Métodos

La Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP) prescribe tratamientos analgésicos y realiza seguimiento especializado en el manejo del dolor postoperatorio a los pacientes que reciben las cirugías más agresivas y dolorosas. Aplica protocolos consensuados con los servicios quirúrgicos aplicando técnicas y dispositivos para la administración de analgesia multimodal, basados en las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Los registros de los datos sobre el manejo de dicho dolor obtenidos durante las visitas a los pacientes por facultativos y enfermería, se incorporan a una base de datos custodiada en la intranet del centro, de la cual se han extraído los datos para este estudio.

Durante 2020 y debido a la reciente Pandemia y las medidas adoptadas por el hospital en cuanto a quirófanos, ingresos, falta de camas UCIs, etc, se han visto reducidos los tratamientos con Analgesia Controlada por el Paciente (PCA) a 794, frente los 1324 en 2019.

Por unidades quirúrgicas, Ginecología es la tercera en cuanto a PCA utilizadas, con un total de 119 (12.21% del total).

Dentro de ellas, las Histerectomías (cirugía de extirpación del útero) ya sean vaginales o por laparoscopia son intervenciones que más PCA han precisado, con un total de 59, seguidas de la Cirugía de mama con 33 PCA.

Dentro de éstas encontramos como vías de administración más frecuentes la epidural, intravenosa y catéter de nervios periféricos.

Resultados

Eficacia analgésica y efectos adversos de nuestras PCA en histerectomías:

Porcentaje de pacientes con dolor Moderado-Grave en reposo (Escala EVA): 1.69%

Porcentaje de pacientes con dolor Moderado- grave en movimiento: 15.25%

Naúseas y Vómitos Post-operatorios: 18.6% (gran porcentaje asociados a histerectomías vaginales)

Íleo paralítico (sólo pautas epidurales): 16.9%

Bloqueo motor MMII (sólo pautas epidurales): 3.38%

Eficacia analgésica y efectos adversos de nuestras PCA en cirugía de mama:

Porcentaje de pacientes con dolor Moderado-Grave en reposo (Escala EVA): 0%

Porcentaje de pacientes con dolor Moderado- Grave en movimiento: 27.23%

Naúseas y Vómitos Post-operatorios: 3.26%

Íleo paralítico (sólo pautas epidurales): 0%

Bloqueo motor MMII (sólo pautas epidurales): 0%

Discusión

Con los datos obtenidos, podemos afirmar que nuestras PCA en pacientes ginecológicas intervenidas de histerectomías y de cirugía de mama, son eficaces en la reducción del dolor post-operatorio y son seguras al tener muy pocos efectos secundarios y lo más importante, de poca gravedad.

El control del dolor en los pacientes quirúrgicos, además de un derecho, es una parte esencial de los cuidados perioperatorios que evitará complicaciones, aumentando su confort y su satisfacción, además de ser un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial.

DOBLE TRIAJE PARA UNAS URGENCIAS MÁS SEGURAS

Autores: QUINTEIRO MARTÍNEZ M*, SOTELO BIONDI V, RAMÓN MERLOS M, DELGADO MORENO S, GARCÍA JUÁREZ MR, FERNÁNDEZ CANTALEJO MA

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Desarrollo profesional, Enfermería, Percepción del paciente, Seguridad del paciente

Objetivos

El Servicio de Urgencias de un hospital es un lugar propicio a sufrir incidentes de seguridad, debido a sus propias características: elevada presión asistencial, existencia de turnos y guardias, equipos multidisciplinares que precisan coordinación, emergencias, incertidumbre...

A su llegada a Urgencias, los pacientes y también los familiares se sienten temerosos e inseguros, sensaciones que se han intensificado durante la pandemia por Covid-19, por lo que la existencia de un entorno seguro y con una adecuada derivación, mediante un doble Triage hacia los dos circuitos existentes (Respiratorio y No Respiratorio), resulta fundamental.

OBJETIVO

Implementar las medidas oportunas que garanticen la tranquilidad del paciente y la seguridad de su atención en el servicio de urgencias hospitalario en el contexto de pandemia por coronavirus, a través del Triage y la derivación diferenciada del flujo de pacientes, incrementando así la calidad de la asistencia prestada.

Materiales y Métodos

Método descriptivo, con recogida de datos mediante un Check-List con 3 ítems (y cuestionario de síntomas), así como la toma de la temperatura a la entrada de Urgencias.

Introducir cambios evitando que el primer contacto de Triage lo realice personal de administración.

Correcta canalización de pacientes hacia los distintos circuitos en base a la sintomatología y datos epidemiológicos, con separación también de la espera de familiares.

Resultados

- Se proporciona Seguridad al usuario, mejorando su estancia en Urgencias.
- El primer contacto Hospitalario, es el personal Sanitario (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y no Administrativo.
- Realización del primer Triage Básico que clasifica en Circuito Respiratorio y No Respiratorio.
- Doble Triage de seguridad, BÁSICO (TCAE) y AVANZADO (ENFERMERAS).
- Se realiza una derivación correcta de los pacientes Covid + al Circuito Respiratorio, evitando los riesgos de contagio intrahospitalario, a otros usuarios o al Equipo Sanitario.
- Desarrollo Avanzado de las Competencias Profesionales de las TCAE.
- Los usuarios reciben un Trato Empático, Amable y Seguro desde la entrada en Urgencias, disminuyendo sus "miedos".
- Visualización y valoración desde el minuto "0" a todos los usuarios que llegan al Servicio.

Discusión

Desde nuestra experiencia, podemos concluir que el primer contacto del usuario con el Sistema Sanitario, habilitando un Triage Básico, realizado por un Profesional Sanitario (TCAE) y un segundo Triage por parte del Equipo de Enfermeras, POR NIVELES DE PRIORIDAD, con uso del SET, en cada Circuito de Urgencias, han favorecido la disminución de los riesgos en la Seguridad del Paciente y de la angustia que conlleva la llegada a Urgencias, mejorando el resultado final de la estancia en el servicio de urgencias de los pacientes, a efectos clínicos y emocionales.

PRIMERA FASE DEL PROYECTO MANOS SEGURAS 3.0: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN BASAL DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores: GUERRERO FERNÁNDEZ DE ALBA I, BACA HIDALGO J, MARTÍNEZ BELLÓN MD, PÉREZ DIONISIO M, SALGUERO CANO V*, LUZÓN ROSALES A

Palabras clave: Enfermería, Infección hospitalaria, Lavado de Manos, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente

Objetivos

El Proyecto Manos Seguras 3.0 es una iniciativa integral y multidisciplinar de seguridad del paciente fundamentado en un bundle de 3 medidas para hacer frente a las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS): Higiene de Manos (HM), Uso Adecuado de Guantes (UAG) y Cuidado de la piel de las manos de los profesionales sanitarios. La primera fase del proyecto es una Descripción de la situación basal de distintas unidades del Hospital.

Analizar los resultados obtenidos de la primera fase del Proyecto Manos Seguras 3.0: Descripción de la situación basal.

Materiales y Métodos

La descripción de la situación basal se ha llevado a cabo siguiendo la misma metodología para cada una de las tres medidas que conforman el bundle: HM, UAG y Cuidado de la piel. Para evaluar HM y UAG se han realizado: encuestas de conocimientos a los profesionales sanitarios y observaciones directas. La encuesta de conocimientos utilizada consta de 10 preguntas y se ha diseñado tomando como base el Cuestionario de Higiene de Manos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante las observaciones se evaluaron los cinco momentos de la OMS para la HM, y 9 indicaciones tanto de uso indicado como no indicado de guantes para evaluar UAG. Para evaluar el Cuidado de la piel se ha creado una encuesta para evaluar los conocimientos y en cada unidad se ha calculado la prevalencia de lesiones en la piel de las manos debidas a la fricción o el lavado de manos.

Resultados

Se han realizado 409 encuestas a profesionales sanitarios para evaluar conocimientos de HM y UAG en 22 unidades del Hospital. El porcentaje de aciertos fue de 60,35%. Se han realizado 345 observaciones de HM, en 18 unidades. Entre los 5 momentos de la OMS, el momento observado con más cumplimiento de HM fue: "después de tocar el entorno del paciente" (56,7% cumplimiento) y aquel con menos cumplimiento: "antes de realizar tarea aséptica" (12,5%). Se han realizado 95 observaciones de UAG, en 11 Unidades. Al cambiar de paciente fue el momento observado con mayor porcentaje de UAG (74,4%), y al tomar la temperatura, tensión o pulso fue la indicación con mayor uso inadecuado de guantes (92,3%). Los resultados de la encuesta del cuidado de la piel se están analizando.

Discusión

Los resultados de la primera fase del Proyecto Manos Seguras 3.0 muestran la situación basal de nuestro hospital sobre conocimientos de HM, UAG y Cuidado de la piel de los profesionales sanitarios. Los conocimientos sobre HM y UAG mostraron un nivel aceptable, aunque con margen de mejora con respecto a los 5 Momentos de la OMS puesto en evidencia también a través de las observaciones de HM. La observación de UAG evidenció que se debe insistir en el buen uso de éstos especialmente en evitar el uso de guantes de forma indiscriminada, ya que proporcionan una falsa sensación de seguridad y un mayor riesgo de transmisión de IRAS. La situación basal muestra un margen de mejora esperable durante las siguientes fases del Proyecto Manos Seguras 3.0.

MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES: DESDE LA RECEPCIÓN HASTA LA DISPENSACIÓN

Autores: RUBIO CALVO D, MARTOS ROSA A*, URDA ROMACHO J, TORRES RODRÍGUEZ MC, CASTRO VIDA MA

Palabras clave: Gestión de la calidad, Gestión de la Información, Hospital, Organización y administración, Seguridad del paciente

Objetivos

Los medicamentos fotosensibles (MFS) son aquellos fármacos que ven alterada su estabilidad y propiedades fisicoquímicas ante la exposición a la luz. Es necesario establecer circuitos y sistemas de recepción, almacenamiento y dispensación específicos para los MFS con el fin de garantizar una correcta conservación que asegure la seguridad y eficacia del fármaco.

Materiales y Métodos

Seleccionar los MFS incluidos en la guía farmacoterapéutica hospitalaria. Realización de una búsqueda bibliográfica en bases científicas sobre la estabilidad y conservación de los MFS (bases de datos consultadas MEDLINE, EMBASE y fichas técnicas de los productos seleccionados). Establecer los criterios de recepción, almacenaje y dispensación según la bibliografía consultada. Identificar las áreas de mejora donde estén implicados los MFS seleccionados. Elaborar un plan de actuación para la recepción, almacenaje y dispensación de dichos medicamentos en el centro y trasladar las medidas tomadas al equipo asistencial responsable.

Resultados

Se revisaron 427 presentaciones farmacéuticas incluidas en la guía farmacoterapéutica de las cuales se seleccionaron 41 MFS intravenosos. Se consultaron 58 monografías científicas. Se establecieron normas aplicadas en los procesos de recepción, almacenaje y dispensación de los MFS, las cuales fueron: Adquisición envases unitarios en lugar de envases clínicos cuando fuera posible, creación de una etiqueta identificativa específica para el marcaje de MFS, Almacenaje protegido de la exposición solar, conservación de los medicamentos en sus embalajes originales, aplicación de medidas físicas de protección de la luz para cajetines de MFS y adquisición de bolsas opacas para la dispensación de MFS. La aplicación de dichas medidas implicó el cambio de 2 presentaciones de MFS por envases unitarios, distribución de pegatinas identificativas en todas las áreas con MFS, establecimiento de una ubicación específica para MFS en el almacén general, unidades hospitalización (UH) y servicio de farmacia hospitalaria (SFH), protección de cajetines de medicación en el SFH y UH, conservación de medicación en sus envases originales en las SFH y UH o en su defecto dispensación mediante bolsas opacas por parte del SFH. La información se trasladó a los profesionales encargados de la recepción, almacenaje y dispensación de medicamentos mediante los cauces de reuniones semanales ya establecidos en el centro y difusión de instrucciones escritas junto infografías ubicadas en SFH y UH.

Discusión

La revisión y actualización en el uso seguro de los medicamentos con consideraciones especiales de conservación como son los MFS, es esencial para garantizar un uso eficaz y seguro a los pacientes.

El empleo de circuitos específicos para estos fármacos asegura el cumplimiento de dichas normas de conservación y dispensación, en el cual resulta fundamental la comunicación oral junto con la difusión de material de apoyo infográfico a los profesionales de las áreas de SFH y UH.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A ACCESOS VENOSOS DE LARGA DURACIÓN EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

Autores: NIETO EUGENIO I, SILES LARREA VM*, MÁRQUEZ VÁZQUEZ R, TORRICO RAMÓN A, RUIZ PALOMINO A, QUERO LÓPEZ MA

Palabras clave: Enfermedad crónica, Hospital, Problemas de salud, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente

Objetivos

Conocer las complicaciones más comunes relacionadas con la implantación de un acceso venoso de larga duración tipo Port-a-Cath (PAC) en pacientes oncohematológicos pediátricos.

Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo descriptivo realizado en 54 pacientes con edades comprendidas entre 0 y 14 años ingresados en la unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Universitario Reina Sofía desde 2018 a 2021. Se recogieron variables demográficas, diagnóstico principal, tipo de dispositivo implantado, fecha de implantación y retirada, motivo de la retirada y actuación clínica realizada. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en dicha unidad durante el periodo a estudio.

Resultados

La muestra recogida fue de 54 pacientes con edad media de 6 años ($\pm 2,4$ años).

Los diagnósticos principales se agruparon en un 52% en enfermedades oncohematológicas, el 19% tumores de órganos sólidos abdominales, el 16% tumores neuroectodérmicos y de extremidades, un 11% tumores del SNS y un 2% de otras enfermedades.

El 90% de los PAC implantados fueron bicamerales por vena yugular derecha. En el 80% de los casos, la colocación se llevó a cabo por el equipo de cirugía pediátrica, mientras que el 20% restante lo realizó radiología vascular. El 33% de los pacientes (18) presentaron alguna complicación, de los cuales, el 56% fueron por infección, 22% por rechazo y el 22% por obstrucción del catéter.

No se han encontrado diferencias significativas ($p > 0.05$) en la aparición de complicaciones y el Servicio Clínico donde se han implantado los dispositivos.

En todos los casos de infección, se procedió al sellado con antibioticoterapia (vancomicina o teicoplanina en el caso de Gram+, anfotericina B en el caso de Candida parapsilosis, ciprofloxacino para los Enterococos Gram+ y Cefotaxima en el Bacilo Gram-). Con esta actuación se resolvieron el 70% de los casos de infección, no siendo posible el control en los casos con sellados con teicoplanina ni en la infección fúngica, teniendo que ser retirados y sustituidos por otros catéteres venosos.

En cuanto a las obstrucciones, solo una precisó tratamiento con HBPM. Todas se resolvieron sin necesidad de retirada del dispositivo. Los rechazos se manejaron con las curas de enfermería procedimentadas en la unidad, evitando también la retirada inmediata del PAC.

Discusión

La infección de los dispositivos de acceso venosos de larga duración sigue siendo un desafío en el tratamiento clínico de los pacientes con cáncer. Por ello, es de gran relevancia el uso del proyecto de bacteriemia Zero del SNS para favorecer la seguridad del paciente.

10 AÑOS DE NUESTRO PROPIO SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ¿QUÉ NOS HA APORTADO?

Autores: CASTELLANO ORTEGA MA*, ROMERO DE CASTILLA GIL RJ, DURO LÓPEZ MC,
DE CASTRO ORTEGA JM

Palabras clave: Gestión de riesgos, Hospital, Notificación de incidentes, Seguridad del paciente, Sistemas de Información

Objetivos

- Evidenciar la utilidad que ha tenido para nuestra organización un sistema de notificación de Eventos Adversos (EA) propio, durante sus 10 años de trayectoria.

Materiales y Métodos

- Creamos un Grupo de Trabajo multidisciplinar formado por representantes del área de Informática, Sistemas de Información y Dirección Asistencial que diseñó una plataforma que permitía la notificación, por parte de los profesionales, de cualquier EA desde cualquier punto de la organización.
- En el diseño de nuestro Sistema de notificación de incidentes tuvimos en cuenta los factores recomendados por la bibliografía, para que este tipo de herramientas funcionen: no punitivo, confidencial, independiente, analizado por expertos, a tiempo, orientado a sistemas y que dé respuesta.
- Se diseñó e implementó un procedimiento de notificación de EA para cada uno de nuestros centros en el que se explicita, como notificar un EA a través de la herramienta diseñada, así como las responsabilidades de análisis de los mismos.

Resultados

- A lo largo de este periodo, 2011-2021, se han notificado 2.645 EA por parte de los profesionales, de los 7 centros adscritos a nuestra organización (1.457 en los 4 centros de la provincia de Jaén y 1.188 en los 3 centros de la provincia de Córdoba)
- La evolución en el número de notificaciones a lo largo de estos 10 años ha sido heterogénea e influenciada por diferentes factores que fueron incluso objeto de análisis: 49 (2011), 107 (2012), 444 (2013), 412 (2014), 494 (2015), 300 (2016), 194 (2017), 222 (2018), 239 (2019), 132 (2020) y 52 (2021).
- Las áreas que más EA han notificado han sido Hospitalización (668), Quirófano (684) y Urgencias (386).
- Las categorías, relacionadas con el EA, más notificadas por los profesionales han sido las relacionadas con problemas de documentación (533), relacionadas con el Proceso asistencial (452), relacionadas con el uso del medicamento (426) y las relacionadas con la identificación del paciente (294).

Discusión

El Sistema de Notificación de Incidentes implementado en nuestra Organización, ha sido una herramienta muy útil, que nos ha permitido avanzar en relación con la Seguridad del Paciente, en cada uno de nuestros centros, ya que nos ha facilitado la posibilidad de identificar nuestros problemas de seguridad de manera local, por áreas y por perfiles profesionales, dándonos la posibilidad de abordar de manera precoz áreas de mejora y elaborar planes específicos.

Consideramos que 2645 notificaciones, a lo largo de sus 10 años de historia, son un volumen considerable, claramente influenciado por haber seguido para su diseño las recomendaciones obtenidas en la revisión bibliográfica: no punitivo, confidencial, independiente, analizado por expertos, a tiempo, orientado a sistemas y que dé respuesta.

Actualmente nos encontramos en una situación de reflexión ante la posible desaparición de nuestro Sistema de Notificación por dos motivos fundamentales, la integración al SAS y la migración al sistema de notificación único del SSPA.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS QUE PRESENTAN INCIDENCIAS RELACIONADAS CON DUPLICIDAD O FRAGMENTACIÓN DE REGISTROS

Autores: DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC*, MESA BLANCO MP, MUÑOZ REQUENA JJ, MORENO CABALLERO R, ÁLVAREZ DE LARA SÁNCHEZ MA

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Autoevaluación, Cultura organizacional, Eficiencia, Evaluación de resultados

Objetivos

Existen varios estudios sobre el porcentaje de duplicados de registros de pacientes a nivel internacional cuyas tasas de duplicidad oscilan entre 0,02% y 8%.

A nivel nacional hasta ahora hay pocos estudios, la mayoría departamentales. En concreto, existe un estudio para determinar los duplicados de archivos de historias clínicas en un hospital con una tasa de duplicados de 0,2%.

Se han planteado los siguientes objetivos:

- Describir las metodologías y herramientas actuales para reducir los registros HCE duplicados, incompletos o fragmentados.
- Conocer el porcentaje de historias clínicas (HCE) duplicadas, incompletas o fragmentadas.
- Elaborar una matriz DAFO y su correspondiente matriz CAME.

Materiales y Métodos

La metodología se ha desarrollado en varias fases:

1. Búsqueda bibliográfica sobre el tema.
2. Auditoría de HCE duplicadas, incompletas o fragmentadas en hospitalización, consulta, urgencias, hospital de día y cirugía ambulatoria.
3. Análisis de los resultados y conclusiones.
4. Identificación de las oportunidades de mejora, fortalezas y debilidades.

Resultados

Se han analizado 182.923 episodios durante un período de 6 meses registrados en Consultas Externas, Hospitalización, Hospital de día Médico (HdM), Hospital de día Quirúrgico (HdQ) o Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y Urgencias. Se han detectado 87 registros duplicados o partidos lo que representa un porcentaje del 0,05% sobre el total de episodios analizados. El mayor número de duplicados se ha producido en Consultas Externas (0,06%) y HdM con 0,08% y el más bajo en Urgencias (0,01%).

En cuanto a los registros incompletos se han considerado una serie de campos fundamentales para poder identificar correctamente al paciente. La incidencia más repetida es la falta del dato DNI y en menor medida el 2º apellido.

En el Análisis DAFO se han definido las estrategias a seguir para Corregir debilidades, Afrontar amenazas, Mantener fortalezas y Explotar las oportunidades

Discusión

La duplicidad de registros de historias clínicas afecta a la integridad de la información y también puede afectar a la disponibilidad de los datos. Pueden omitir información importante para los clínicos y provocar errores que ocasionen eventos adversos para el paciente. Estos errores tienen repercusión económica, pero sobre todo representan un problema de seguridad del paciente y afectan a la reputación de la organización. Actualmente se están empleando algoritmos de última generación con reglas basadas en Inteligencia Artificial (IA) o Machine Learning que son más exactos y avanzarán en el futuro.

En la actualidad en nuestro sistema sanitario se detectan registros duplicados a posteriori, pero no a priori. Una vez conocido el porcentaje de duplicados, es preciso determinar el número de duplicados.

DIGITALIZACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL CIRCUITO DE BANCO DE SANGRE

Autores: ZAFRA MUÑOZ V*, ESCALANTE GONZÁLEZ A, ARIZA MORA L

Palabras clave: Eficiencia, Gestión de la Información, Procesos asistenciales, Seguridad del paciente, Sistemas de Información

Objetivos

El objetivo es asegurar una transfusión segura para el paciente y que la administración del componente sanguíneo sea la correcta al paciente correcto y en el momento adecuado, de acuerdo con guías clínicas consiguiendo la trazabilidad completa del proceso y de cada uno de los actores para la seguridad del paciente.

Materiales y Métodos

Se basa en un trabajo multidisciplinar en el que participan los responsables de la dirección del hospital, el Servicio de Hematología del hospital, el Centro de Transfusión proveedor de componentes sanguíneos y todo el personal del hospital relacionado con el proceso de la transfusión.

Gracias a las distintas herramientas informáticas y su integración, se permite tener todo el circuito totalmente digitalizado y que a su vez garantiza la trazabilidad (el código en la pulsera de identificación del paciente es el número de muestra en el software de gestión de banco de sangre, coincidiendo con el código de la pegatina que va en el volante de laboratorio y con la pegatina que se imprime en la bolsa de sangre).

Cada operación queda registrada en los sistemas, desde la petición de pruebas cruzadas y hemoderivados, consentimiento informado, solicitud de prescripción de administración, finalizando con la administración de la bolsa al paciente. Incluso queda registrada la petición y recogida de la bolsa de sangre por parte del celador que la recoge del laboratorio.

Resultados

Se garantiza la seguridad del paciente en cuanto a la operación de transfusión y la trazabilidad, evitando el uso del papel y quedando todo totalmente digitalizado, lo que permite una explotación posterior de la información haciendo un proceso seguro.

Discusión

Cómo garantizar el Servicio de Transfusión la trazabilidad de los componentes sanguíneos y en la historia clínica del paciente durante todo el proceso: desde la solicitud hasta la administración.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN EN UNIDADES SELECCIONADAS

Autores: DE CRISTINO ESPINAR M*, PÉREZ RODRIGO I, CABELLO MONTORO FJ, RUIZ PALOMINO A, VASCO MOHEDANO V, REQUEJO ARRANZ S

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Certificación, Efectos de medicamentos, Hospital, Seguridad del paciente

Objetivos

Implementar un protocolo para el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo (MAR) en un hospital de primer nivel para mejorar su manejo en las unidades y realizar una primera evaluación en LAS unidades sujetas a auditorias para acreditación en Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR).

Materiales y Métodos

Creación de grupo de trabajo a la redacción de un procedimiento sobre el manejo seguro de MAR, basándonos en el documento de Buenas Prácticas en el Uso de Medicamentos del Observatorio de Seguridad del Paciente con el objetivo de que las prácticas que se establezcan deben minimizar que los errores no causen eventos adversos en los pacientes. Se instauraron 5 medidas para el uso de estos medicamentos. A su vez para realizar la 1 revisión de las unidades pendientes CSUR se confeccionó una hoja para recolectar y registrar la información, a modo de lista de control. Es un instrumento adhoc que pretende no sólo facilitar la verificación de los 14 ítems incluidos para facilitar el cumplimiento de las 4 medidas generales MAR, sino que aspira a estandarizar prácticas para mejorar la seguridad en la prevención de errores con el manejo de MAR por el personal que interviene en su uso.

Resultados

Las medidas generales que se implantan son las siguientes:1) relación de MAR del centro,2) directrices de almacenamiento, 3) implementación de la prescripción electrónica, validación farmacéutica y dispensación de dosis unitaria,4) medidas de preparación y administración de MAR. El POE MAR se ha instaurado recientemente lo que justifica que algunas recomendaciones no estén aplicadas. Con respecto a las unidades CSUR destacar las áreas de mejora detectadas: estandarizar perfusiones en área pediátrica y anestesia-uci, implantación de prescripción electrónica en UCI pediátrica, implantar doble chequeo en programación de MAR, programación de bombas y coordinación anestesia_UCI.

Discusión

La implantación actualización de este procedimiento es una herramienta útil para difundir entre los profesionales el manejo MAR. La revisión unidades CSUR ha permitida trabajar con los cargos intermedios para clarificar dudas y orientar las líneas de trabajo. Las unidades acreditadas por la ACSA están en mejor situación de partida para la implementación de los 14 ítems.

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA APP PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISPOSITIVOS VENOSOS

Autores: BUJALANCE HOYOS J*, PÉREZ JIMÉNEZ MT, MORENO SANJUAN D, GARCÍA ORTEGA MA, ARENAS GONZÁLEZ FM, ASENSI DÍEZ R

Palabras clave: Cuidados de enfermería, Evaluación de resultados, Gestión de cuidados, Seguridad del paciente, Utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias

Objetivos

Los Dispositivos Venosos (DV) son los procedimientos más frecuente utilizados en los hospitales.

Existe variabilidad de la práctica clínica en su cuidado que provocan eventos adversos en los pacientes, debido a déficit de formación y a poca adherencia a prácticas basadas en la evidencia.

Implicar a las personas portadoras de DV en su propio autocuidado aumenta su seguridad. Las aplicaciones móviles son herramientas útiles en la atención sanitaria (e-salud). Hemos diseñado una app para el cuidado de las personas con DV. Su impacto se evaluará a través de un estudio de investigación cuasiexperimental pre-post (EI). Proyecto de Innovación financiado por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

Objetivos:

- Disminuir las complicaciones asociadas al uso de los DV.
- Aumentar el conocimiento de las enfermeras en el cuidado de los DV y la adherencia a buenas prácticas.
- Fomentar la educación sanitaria a las personas con DV e implicarlos en su propia seguridad.

Materiales y Métodos

Proyecto realizado por un equipo de 37 enfermeras y farmacéuticos de 6 hospitales "multicéntrico".

El desarrollo de la tecnología se hizo a través del método Technology Readiness Levels (TRL):

entorno de laboratorio, simulación y real. Se diseñó un estudio pre-post cuasiexperimental con 2 periodos de seguimiento de 6 meses antes y después de la intervención (la implantación de la app) en 6 unidades de hospitalización (no se identifica centro, normas). Variables: sociodemográficas, de adherencia a las recomendaciones, de complicaciones: flebitis, bacteriemias y complicaciones. Se utilizará la estadística descriptiva. Comité ético +.

Resultados

Se presentarán funcionalidades de la app para conseguir los objetivos planteados (formación y adherencia de las enfermeras e implicación de los pacientes en su propia seguridad). Algunos resultados de la fase pre: N=189. EM: 45,63. M: 52,9%; F: 47,1%. Consentimiento: 100%.

VARIABLES DE ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE DIFERENTES DV: Higiene de Manos: CPC 94%; MIDLINE 96,6%; PICC 98,4%; CICC 85,7%; CICC TUNELIZADO 68,4%; FICC 100%; PORT 14%.

Comprobación radiológica y funcionamiento del catéter: PICC 100%; CICC 67,8%; CICC TUNELIZADO 68,4%; FICC 33,3%; PORT 12%.

Evaluación del dolor: MIDLINE 96,6%; PICC 98,4%; CICC 78,5%; CICC TUNELIZADO 68,4%; FICC 100%; PORT 14%.

COMPLICACIONES: % de Flebitis: 12%. Tasa de Flebitis: 9,9%. % de Complicaciones: 19,2%. Tipos de Complicaciones: Flebitis 1, 5,6%; Sospecha de infección 3,6%; Bacteriemia confirmada 2,3%; Infiltración 2,3%; Flebitis 2, 1,7%; Extravasación 1,3%; Otras: 2,6%.

Discusión

Disminuir la variabilidad clínica en el cuidado de los DV es clave para disminuir las complicaciones asociadas al uso de los DV. Esta app pone al alcance de los profesionales todas las recomendaciones de cuidados actualizadas y lleva asociada un EI para evaluar su impacto en su formación y en los resultados de salud de los pacientes. Desarrollar proyectos de innovación en cuidados debe ser una prioridad de las enfermeras para mejorar la calidad de los cuidados.

SEGURIDAD EN EL NEONATO. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA UCI NEONATAL

Autores: IBARRA RODRIGUEZ MR*, GARRIDO PÉREZ JI, WIESNER TORRES SR, JARABA CABALLERO MP, PÉREZ NAVERO P, PAREDES ESTEBAN RM

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Cuidados Intensivos, Gestión de cuidados, Hospital, Seguridad del paciente

Objetivos

En los últimos años, la supervivencia de los niños prematuros ha mejorado considerablemente y cada vez con menor edad gestacional. Esto se debe, en parte, a las mejoras en el tratamiento de diversas malformaciones congénitas y mejor manejo del paciente quirúrgico neonatal. Ello implica un incremento en el número de cirugías que, unido a las complicaciones específicas del paciente, hace necesario un nuevo abordaje para tratar a estos bebés, incrementando su seguridad.

El traslado del bebé desde la Unidad de Intensivos Neonatal (UCIN) al quirófano, conlleva una desestabilización del paciente derivando incluso en el fallecimiento del bebé debido a complicaciones como inestabilidad hemodinámica, movilidad del tubo endotraqueal, pérdida de alguno de los accesos vasculares o hipotermia.

Nos planteamos la realización de intervenciones en prematuros de bajo peso, inestables, en la UCIN, con el objetivo de incrementar la seguridad de estos pacientes.

Materiales y Métodos

Se elabora una guía basada en la redactada por el Children's Hospital of Philadelphia con la participación de un equipo multidisciplinar formado por anestesistas, neonatólogos y cirujanos infantiles.

Se indica la cirugía en la UCIN para todos aquellos pacientes con malformaciones congénitas o adquiridas con peso menor de 1500 gramos, menos de 32 semanas o en todo neonato cuya inestabilidad clínica conlleva un alto riesgo su traslado a quirófano.

En el año 2020 se han realizado 8 intervenciones de cirugía mayor en la UCIN.

Resultados

Las intervenciones realizadas en la UCIN han supuesto una gran ventaja para la seguridad del paciente, el bebé ha estado monitorizado y manejado por su neonatólogo habitual, se ha intervenido en su cuna térmica y han participado de forma conjunta el equipo multidisciplinar. La presencia del neonatólogo en el manejo de la vía aérea ha jugado un papel muy importante durante el procedimiento.

La realización de intervenciones en la UCIN permite disponer de los equipos necesarios adaptados a los prematuros por talla y peso.

Como desventaja, ha implicado un incremento del esfuerzo que tiene que realizar el cirujano por las propias limitaciones físicas que implica.

El éxito radica en la participación de un equipo multidisciplinar de profesionales con la preparación necesaria y disposición de recursos apropiados con procedimientos protocolizados.

Discusión

Las intervenciones quirúrgicas realizadas en la UCIN, suponen un gran avance en la atención al gran prematuro cuyo riesgo vital o funcional es elevado. Esta nueva forma de proceder permite incrementar su seguridad ya que evita los riesgos derivados del traslado del bebé prematuro al quirófano.

ANÁLISIS DEL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN DE UN PLAN FUNCIONAL

Autores: GALLEGO GALISTEO M, CALDERÓN DOMÍNGUEZ S*, CANO GUERRERO JM

Palabras clave: Autoevaluación, Notificación de incidentes, Planificación Estratégica, Reacción adversa a medicamentos, Seguridad del paciente

Objetivos

La viabilidad de un plan funcional de Seguridad del Paciente de un área sanitaria requiere del análisis situacional, así como de la implicación de la organización y de los profesionales que garanticen la minimización de riesgos de incidentes y eventos adversos que puedan perjudicar la calidad de nuestra actividad asistencial.

Objetivo:

Análisis de la percepción de los profesionales sobre seguridad del paciente en un área de gestión sanitaria de nueva creación y determinación de las líneas de trabajo prioritarias.

Materiales y Métodos

El grupo de trabajo de Formación y Cultura de Seguridad de la Comisión de Seguridad del Paciente diseñó una encuesta mediante la herramienta formularios Google®. Se difundió a través de los distintos canales digitales de comunicación de la unidad de formación del área a todos los profesionales y fue compartido vía whatsapp en los distintos foros profesionales existentes.

La encuesta constaba de 12 preguntas cerradas que fueron agrupadas en:

- Categoría profesional y ámbito laboral del profesional.
- Conocimientos del profesional en materia de Seguridad del Paciente.
- Barreras para la notificación de incidentes.
- Interés formativo.
- Interés por participar en grupos de trabajo.
- Valoración global de la situación actual en materia de Seguridad del Paciente.

Resultados

Se obtuvieron 108 respuestas, siendo los profesionales con mayor participación las enfermeras y/o matronas con un 45% (49) y los médicos con un 22% (24). En el ámbito de atención hospitalaria hubo una mayor participación respecto a primaria con un 84,25% (91) frente a un 15,75% (17).

Respecto al apartado de conocimientos previos de los profesionales, el 38% (41) de los profesionales admitieron no conocer la existencia del Observatorio de Seguridad del Paciente y el 44% (47) no conocía la herramienta para la notificación de incidentes y eventos adversos.

Las barreras para la notificación de incidentes fueron no conocer la herramienta de notificación de incidentes (21,2%) al igual que la falta de tiempo para notificar (21,2%).

Respecto a la participación en grupos de trabajo, el 60% (65) de los profesionales respondió "Sí" y el 20% (22) "Tal vez".

Sólo un profesional indicó que no deseaba realizar formación sobre Seguridad del Paciente, siendo el curso más demandado el de Notificación de Incidentes con un 66,7% (72) y el de prácticas seguras y protocolización de procesos con un 65,7% (71).

Y por último, la situación actual de la Seguridad del Paciente del área sanitaria fue valorada con una media de 6,83 +/- 1,37.

Discusión

Según los resultados de la encuesta, se detectan como principales puntos de intervención:

- Formación y concienciación en Cultura de Seguridad y Notificación de Incidentes y eventos adversos.
- Implicación de los profesionales en la elaboración e implementación de procedimientos de prácticas seguras.
- Fomento de la participación de los profesionales de Atención Primaria en el plan funcional de Seguridad del Paciente del área.

CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Autores: MÉNDEZ REYES MI*, GONZÁLEZ CRUZ I, HIGUERO MACÍAS JC, MARTÍN SERRANO J, SÁNCHEZ MEGOLLA D, MORA BANDERAS AM

Palabras clave: Cultura organizacional, Gestión de la calidad, Gestión de riesgos, Notificación de incidentes, Seguridad del paciente

Objetivos

La seguridad del paciente se sitúa como prioritaria en políticas sanitarias a nivel mundial, desarrollándose estrategias orientadas al cambio cultural de los profesionales y a la implementación de prácticas seguras que contribuyan a evitar errores y eventos indeseables. La complejidad y vulnerabilidad del paciente neonatal aumenta el riesgo de padecer algún daño durante el ingreso hospitalario como consecuencia de los errores derivados de su asistencia, siendo imprescindible identificar cuáles son los problemas de seguridad más prevalentes, adoptar prácticas que minimicen la ocurrencia de errores y fomentar una cultura de seguridad en el área.

Conocer la percepción de seguridad del personal sanitario de una unidad de Neonatología y la incidencia de efectos adversos desde la actualización del Plan de Seguridad de Pacientes 2018-2020.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal para conocer la percepción de los profesionales de Neonatología según categoría profesional. Los datos se recogieron en el periodo Septiembre-Octubre 2020. Se empleó el cuestionario "percepción de la CS en los servicios de medicina intensiva españoles" de Gutiérrez y Col. Análisis mediante medidas estadísticas generalizadas de estadística descriptiva.

La incidencia de eventos adversos se obtuvo mediante estudio prospectivo de los pacientes ingresados en el periodo 2017-Marzo 2021. Se incluyeron todos los eventos notificados mediante el registro específico de notificación.

Resultados

Un 80% calificó la percepción de seguridad del paciente alta, no existiendo diferencia entre categorías profesionales. El 48.8% no notificó ningún EA en el último año. El 70.9% eran enfermer@s. Se percibieron como fortalezas el ambiente de trabajo y trabajo en equipo, y oportunidades de mejora: el apoyo de la gerencia.

En ambos periodos el proceso relacionado más frecuente fue el uso del medicamento, siendo las enfermer@s quienes más notificaron. El 53.1% de los errores no llegaron al paciente o requirieron un seguimiento más estrecho.

Se implantaron como líneas prácticas seguras en seguridad: promoción de higiene de manos, prescripción electrónica, bombas GuardRails® para medicación de alto riesgo, briefing, potenciación de notificaciones de EA y se fomentaron actividades de formación del personal vinculadas a objetivos operativos.

Discusión

Declarar un EA es esencial para decidir estrategias de prevención.

La encuesta permitió identificar la percepción global del personal en seguridad del paciente, estableciendo áreas de mejora que permitan planificar procesos seguros e involucren a todo el personal sanitario, acorde con los resultados obtenidos por López Herrera para ISCIII.

La descripción de conocimientos y actitudes de las diferentes categorías profesionales constituyen el punto de partida para la difusión de una cultura de seguridad. No se observaron datos de aumento de EA durante la pandemia.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL ACRÓNIMO *IDEAS* PARA LA TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES

Autores: PINEDA LLORÉNS AP, NAVAS MARTÍNEZ IN*, LÓPEZ MORÓN LM, MORALES TORRES MT, ENRÍQUEZ MAROTO EM, MANZANARES GALÁN MG

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, Continuidad de la atención, Cultura organizacional, Evaluación de resultados, Seguridad del paciente

Objetivos

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020) reconoce que la comunicación entre profesionales debe monitorizarse para mejora de dicha seguridad pues omisiones y defectos de comunicación en la transmisión de la información del paciente constituye uno de los principales factores de riesgo para la aparición de eventos adversos.

La transferencia de la información debe incluir aspectos básicos en la comunicación verbal que garantice la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

La Comisión de Seguridad del Paciente, plantea cómo herramienta factible y sostenible, la implantación del protocolo elaborado para la estandarización de transferencia de la información verbal a través del acrónimo IDEAS (que contiene un check-list que garantiza un traspaso seguro de la información)

OBJETIVO:

Implantar el acrónimo IDEAS como herramienta básica para la transferencia de información del paciente durante los cambios de turno en unidades de hospitalización y UCI.

Materiales y Métodos

METODOLOGÍA:

Diseño del proyecto de implementación IDEAS:

- Identificación de unidades de enfermería para una primera fase
- Cronograma de implementación
- Plan de comunicación a las Unidades
- Creación de grupo de trabajo conprofesionales
- Formación de profesionales
- Creación de una estructura documental: formato electrónico y papel.
- Auditorías de HCS: Estudio observacional de prevalencia en un mes julio 2021, pacientes ingresados.
- Elaboración de informe para la Comisión de seguridad del paciente.

Se utilizaron técnicas y métodos como gestión de proyectos, para fomentar la creatividad y la innovación, grupos nominales, aprendizaje y desarrollo de competencias y estudios de investigación-acción (análisis de los registros mediante auditorías HCS).

Resultados

RESULTADOS:

Se identificaron 23 unidades, participaron 17: médicas, quirúrgicas, pediátricas y UCI de los tres centros.

Cronograma: octubre 2019 a julio 2020.

Comunicación y formación a través de talleres por unidades, con liderazgo del cargo intermedio.

Creación de plantilla con acrónimo IDEAS específico por unidad para transcribir en hoja de observaciones por turno en modulo Diraya Cuidados.

Resultado auditorías: 114 HCS auditadas (n=114); nº pacientes con IDEAS: 99

Promedio total de cumplimentación de unidades participantes 86,84% (desde 20% al 100%)

Cumplimentadas el 100% de las HCS el 76,47% que corresponde a 13 de las unidades.

Discusión

CONCLUSIONES:

IDEAs como alternativa simple y fácil de memorización, abarca aspectos esenciales garantes de la continuidad asistencial entre turnos, organizando su transmisión entre profesionales de forma lógica y estructurada siguiendo las recomendaciones actuales en seguridad del paciente.

La pandemia ha supuesto impedimento tanto en la implantación como en porcentaje de cumplimentación de algunas unidades.

Los profesionales de las unidades implantadas refieren un alto grado de satisfacción.

MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: ZAMUDIO SÁNCHEZ A, DE LA TORRE GÁLVEZ IM*, TORRES PÉREZ LF, JIMÉNEZ FERNÁNDEZ MS, GUZMÁN ROJAS S, VÁZQUEZ TORRES V

Palabras clave: Autoevaluación, Cultura organizacional, Lista de verificación, Planificación Estratégica, Seguridad del paciente

Objetivos

- Consolidar la cultura en seguridad del paciente
- Control y seguimiento de buenas prácticas en seguridad del paciente.

Materiales y Métodos

Se ha diseñado un cuestionario digital para evaluar las buenas prácticas en seguridad del paciente.

Dicho cuestionario posee tres áreas:

1. Uso seguro del medicamento (protocolos de manejo de medicación, almacenamiento y caducidades, revisión y registro).
2. Carro de parada (protocolo, registro de revisiones, estanqueidad, etc.)
3. Buenas prácticas en seguridad del paciente en IRAS y prevención de incidentes de seguridad (identificación inequívoca, dispositivos venosos, oxigenoterapia, catéteres urinarios y caídas).

Estos apartados se desglosan en 74 ítems cumplimentados por cargos intermedios de cada unidad con frecuencia mensual, recepcionada para su análisis por la subdirección de enfermería mediante un cuadro de mandos generado automáticamente.

La fecha de implantación ha sido final del primer trimestre de 2021, incluyendo en una primera ronda piloto a 16 unidades asistenciales con 28 servicios funcionales.

Resultados

Desde su implantación se han cumplimentado 59 cuestionarios, objetivando la ausencia de protocolos unificados y accesibles en varios servicios (28%), conllevando a una heterogeneidad a la hora de abordar los distintos procesos como control de storage de botiquines, medicación multidosis y sistemas cerrados de catéter vesical.

Discusión

La monitorización en un sólo registro de todas las áreas asistenciales del centro ha permitido, en primera instancia, conocer las que adolecen de una protocolización de buenas prácticas en la seguridad del paciente y sus distintos procesos y ha permitido centrarse en las mismas para resolver deficiencias y marcar una estrategia de implantación.

A partir de aquí, una vez establecida la consolidación general de los protocolos, se podrán detectar desviaciones en las buenas prácticas establecidas y que precisan desarrollo en las unidades/servicios identificados como "inestables".

Este primer análisis nos ha demostrado la eficacia de monitorizar todas las unidades en un solo cuadro de mando detectando ágilmente desviaciones y áreas afectadas, mejorando el tiempo de respuesta en su resolución.

Índice de autores

AGUILERA LÓPEZ MD.....	36, 49	CAÑETE RAMÍREZ C	24
ALCALÁ ALONSO AB.....	14	CAÑETE RODRÍGUEZ GM	72
ALCALÁ SOTO A.....	94	CAÑO DELGADO JC.....	71
ALFÉREZ REYES MJ	82	CARCAMO BAENA J.....	10, 91
ALONSO SALAS MT.....	56	CÁRDENAS RODRÍGUEZ JA.....	4
ÁLVAREZ COLORADO M	83	CARRASCO PERALTA JA.....	22
ÁLVAREZ DE LARA SÁNCHEZ MA	22, 39, 102	CARRIÓN JIMÉNEZ A	60
AMADOR LABELLA E.....	37	CARVAJAL MURIEL AJ	15
APARICIO MARTÍNEZ P	58	CASASOLA LUNA N	10
ARANDA COLUBI R.....	43	CASTAÑO LÓPEZ MA.....	60
ARANDA LARA JM	61	CASTELLANO ORTEGA MA.....	101
ARANDA MARÍN DJ.....	69	CASTILLA ALCALÁ JA	44
ARENAS GONZÁLEZ FM.....	105	CASTILLO MORAGAS MJ	2
ARIAS LATORRE MT.....	74	CASTILLÓN TORRE LJ.....	66
ARIZA MORA L.....	103	CASTÓN OSORIO JJ	32
ASENSI DÍEZ R.....	105	CASTRO COBO DN.....	69
AYUSO SÁNCHEZ M.....	26	CASTRO ORTIZ GM	69
BACA HIDALGO J.....	98	CASTRO VIDA MA	99
BANDERA VICARIO P.....	64	CEBALLOS POZO M	7, 8
BARBERO JIMÉNEZ MJ.....	52	CEREZO MADUEÑO F.....	39
BARROSO GUTIÉRREZ C.....	10, 91	CERVERA BARAJAS A.....	11, 13
BÉJAR GUIJARRO AB.....	68	CHAMBRA ROLDÁN S.....	77
BENÍTEZ MUÑOZ HM	59	CHÁVEZ MAYA A.....	52, 85
BERMÚDEZ BRAOJOS F.....	64	CHECA CLAUDEL J.....	58
BONACHELA SOLÁS P.....	11, 13	CHICA RUIZ PE	68
BONILLA GALLARDO L.....	29	CLEDERA PONS AB	80
BORRAJEROS GALLEG0 FJ.....	26	CONDE GONZÁLEZ MR	82
BRUQUE JIMÉNEZ MC	73	CONDE GUZMÁN C	56
BUJALANCE HOYOS J	105	CORDÓN JIMÉNEZ MD.....	15
CABELLO GRACIA G	70	CORPAS MOYANO MD.....	69
CABELLO MONTORO FJ.....	104	CORTES MARTÍNEZ MC.....	41
CABEZAS ROBLES MR	78	CRUZ GUIADO V.....	2
CALDERÓN CID M	19	CRUZ SALGADO O	10, 91
CALDERÓN DOMÍNGUEZ S.....	107	CUARESMA-GIRALDEZ M.....	47
CALLE LUQUE L	24	CUENCA AGUILAR S.....	27
CALVO ROLDÁN A.....	84	CUENCA LÓPEZ F	28
CAMACHO BUENOSVINOS A.....	65	DE CASTRO ORTEGA JM.....	101
CAMPOS AGUILERA MJ	7, 8	DE CRISTINO ESPINAR M.....	28, 65, 104
CAMPOS GARCÍA MT	7, 8	DE EGUILIOR MESTRE MC.....	62
CANO GUERRERO JM	107	DEGARA CASADO A	19
CANO YUSTE Á.....	9, 16, 32	DE LA TORRE GÁLVEZ IM	12, 64, 88, 112

DEL CAMPO MOLINA E.....	24, 79	GARCÍA MERINO S.....	82
DELGADO LOZANO CA.....	25, 55, 93	GARCÍA ORTEGA MA.....	105
DELGADO MORENO S.....	81, 97	GARCÍA RABANEDA C.....	15
DELGADO ZAFRA S.....	61	GARCÍA RESCALVO MA.....	37, 53, 54
DELGADO ZAMORANO AC.....	63	GARCÍA RODRÍGUEZ M.....	52
DEL NOZAL NALDA M.....	10, 91	GARCÍA SÁNCHEZ V.....	75
DEL RÍO GÓMEZ JM.....	77	GARCÍA VILLANEGO L.....	46
DEL ROSAL GONZÁLEZ AJ.....	78	GARES LAGUNA JJ.....	72
DE LUQUE PIÑANA V.....	47	GARRIDO PÉREZ JI.....	106
DE ROJAS LUQUERO C.....	11	GASCÓN JIMÉNEZ JA.....	49
DÍAZ CURIEL MT.....	56	GASCÓN LUNA F.....	15
DÍAZ IGLESIAS JM.....	33	GAVILÁN GUIRAO JA.....	50
DOMÍNGUEZ GUERRERO F.....	46	GIL AGUILAR V.....	90
DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ MC.....	39, 102	GIMÉNEZ ALCÁNTARA M.....	67
DUARTE DIÉGUEZ MC.....	41	GIMÉNEZ GÓMEZ R.....	92
DURÁN LUENGO AM.....	74, 84	GÓMEZ CHACÓN D.....	77
DURO LÓPEZ MC.....	101	GÓMEZ DE HITA JL.....	50
ECHEVARRÍA HIDALGO A.....	71	GÓMEZ DÍAZ MI.....	60
ENRÍQUEZ MAROTO EM.....	110	GÓMEZ FUENTES AN.....	25, 93
ESCALANTE GONZÁLEZ A.....	35, 103	GÓMEZ GARCÍA S.....	23, 30
EXPÓSITO CÍVICO I.....	7, 8	GÓMEZ JIMÉNEZ A.....	55
FERNÁNDEZ CANTALEJO MA.....	97	GÓMEZ JIMÉNEZ CA.....	66
FERNÁNDEZ MARIÑO LM.....	46	GÓMEZ MARÍN B.....	63
FERNÁNDEZ ONTIVEROS B.....	64	GÓMEZ MARTÍN IM.....	70
FERNÁNDEZ SUÁREZ A.....	33	GÓMEZ MARTÍN MC.....	62
FONSECA DEL POZO FJ.....	49	GÓMEZ SOTO S.....	74
FONTALBA NAVAS A.....	3, 42, 90	GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T.....	2, 94
FUENTES CEBADA L.....	46, 81	GONZÁLEZ CORDERO M.....	73
FUENTES GÓMEZ J.....	88	GONZÁLEZ CRUZ I.....	109
FUENTES MORENO I.....	23	GONZÁLEZ SÁNCHEZ L.....	50
GALIANI RAMOS MD.....	29, 72, 77	GRANADOS GUTIÉRREZ S.....	70
GALISTEO DOMÍNGUEZ R.....	85	GUARDIA-MARTÍNEZ P.....	47
GALLEGO GALISTEO M.....	107	GUERRERO FERNÁNDEZ DE ALBA I.....	98
GALLEGO PUERTOLLANO JA.....	4	GUERRERO MORENO A.....	38
GALLEGO RAIGADA A.....	95	GUERRERO RUIZ MC.....	31
GAMARRA MORALES J.....	15	GUIOTE MORENO MV.....	57
GARCÍA BONILLA A.....	94	GUTIÉRREZ BENÍTEZ C.....	95
GARCÍA CISNEROS RJ.....	3, 42	GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ B.....	9, 16
GARCÍA DELGADO I.....	90	GUZMÁN PÉREZ JA.....	24
GARCÍA FIGUEROA MJ.....	73	GUZMÁN ROJAS S.....	112
GARCÍA JUÁREZ MR.....	46, 81, 97	HERAS LACALLE G.....	79
GARCÍA LARROSA MJ.....	3	HERNÁNDEZ GARCÍA MJ.....	74
GARCÍA LINARES ME.....	43	HERNÁNDEZ LÓPEZ MJ.....	29
GARCÍA LLAMAS V.....	23, 27, 30	HERNÁNDEZ MARTÍNEZ FJ.....	66

HERNÁNDEZ SOTO MR.....	43	MANZANARES GALÁN MG	110
HIGUERO MACÍAS JC	109	MAÑAS ÁLVAREZ IM	43
HURTADO MELERO F.....	42	MARCOS HERRERO JA	23
IBARRA RODRIGUEZ MR.....	106	MARÍN BAENA D	72
JABALERA CONTRERAS M.....	17, 86	MÁRQUEZ VÁZQUEZ R	100
JARABA CABALLERO MP	106	MARTÍN ESCRIBANO I.....	77
JIMBER DEL RIO M.....	39	MARTÍNEZ BELLÓN MD	98
JIMÉNEZ ALMEDINA MF.....	29	MARTÍNEZ MARTÍNEZ JC.....	23, 30
JIMÉNEZ BARBERO MJ.....	85	MARTÍNEZ MARTÍNEZ L	9, 16
JIMÉNEZ FERNÁNDEZ MS.....	64, 112	MARTÍNEZ NOGUERAS R.....	45
JIMÉNEZ GARCÍA CA.....	95	MARTÍNEZ PILAR L	19
JIMÉNEZ GARCÍA CR.....	95	MARTÍNEZ ROBLES J.....	67
JIMÉNEZ MARTÍNEZ MB.....	3, 42	MARTÍN SERRANO J.....	109
JIMÉNEZ NÚÑEZ JM.....	31	MARTOS ROSA A	99
JIMÉNEZ PAREJO C	45	MEDINA DURÁN P.....	70
LACAL PEÑA JM.....	2	MEDINA RODRÍGUEZ MP	81
LAGUNA CÁMARA I	65	MENA JIMÉNEZ AL.....	31
LÁZARO MÁRMOL JA	49, 65	MÉNDEZ REYES MI.....	109
LÁZARO PAREJA MI.....	27	MESA BLANCO MP	22, 102
LEAL DOMINGO AL.....	5	MOLERO DE LA MATA R	36, 49
LEÓN RIVAS M.....	73	MOLINA MATA M.....	34
LIMONCHI PÉREZ MM.....	4	MONTERO CASAUCO JL	36
LINARES CORPAS MC	69	MONTERO GÓMEZ R.....	74
LIÑÁN LÓPEZ M.....	53, 54	MORA BANDERAS AM	109
LLERGO MUÑOZ A.....	59	MORA JIMÉNEZ M.....	75
LÓPEZ ESPINOSA E.....	67	MORALES DUEÑAS AM	18
LÓPEZ GARCÍA E.....	91	MORALES TORRES MT	110
LÓPEZ GARRIDO L	11	MORENO AGUILAR R.....	44
LÓPEZ GONZÁLEZ JR.....	5	MORENO BENÍTEZ M	59
LÓPEZ GONZÁLEZ MJ.....	72	MORENO CABALLERO R.....	22, 84, 102
LÓPEZ JIMÉNEZ BE.....	68	MORENO-CONDE A.....	47
LÓPEZ MARTÍN EJ.....	30	MORENO-CONDE J.....	47
LÓPEZ MORALEDA P	73, 95	MORENO LÓPEZ AB	45
LÓPEZ MORÓN LM.....	110	MORENO MISAS A.....	36
LÓPEZ PRIEGO AL	33	MORENO MONTORO J.....	38
LÓPEZ RODRÍGUEZ L	11, 13	MORENO SANJUAN D.....	105
LÓPEZ VALERO M.....	29, 72, 77	MOTOS GÁMIZ MA.....	41
LOZANO DOMÍNGUEZ MC	62	MOYA MOLINA MA.....	81
LUPIÁÑEZ BUENO C.....	14	MULA DOMÍNGUEZ MJ	83
LUQUE MÁRQUEZ R.....	62	MUÑOZ LUENGO FJ.....	36
LUQUE PINO D	63	MUÑOZ MARTÍNEZ I.....	43
LUQUE ROMERO LG.....	62, 66	MUÑOZ REQUENA JJ.....	102
LUZÓN ROSALES A	98	MUÑOZ SÁNCHEZ C.....	44
MACHUCA SÁNCHEZ I.....	9, 16	MURILLO DE LLANOS J	52, 85

NADAL MIQUEL D	17, 86	RECIO RUFÍAN MR.....	32
NAVAJAS GÓMEZ DE ARANDA JA.....	53, 54	REDONDO CAMPOS JI.....	18
NAVAS MARTÍNEZ IN	53, 110	REQUEJO ARRANZ S	104
NIETO EUGENIO I.....	100	REYES MARTÍN AL.....	41
NIETO MARTÍN MD.....	56	RODRÍGUEZ ARIZA F.....	12, 88
ORTIGOSA GARCÍA JC.....	44	RODRÍGUEZ BAÑO J	9, 16
ORTÍZ QUINTANA G.....	70	RODRÍGUEZ BENJUMEDA LM.....	62
ORTÍZ SOLSONA S	86	RODRÍGUEZ CÁCERES E	48, 57
PAJARES CONDE DR.....	23, 27, 30	RODRÍGUEZ MANGA A.....	39
PALMAR GÓMEZ U	26	ROLDÁN LIÉBANA MA.....	42
PAREDES ESTEBAN RM	106	ROMÁN FUENTES M	10, 91
PAREJO GONZÁLEZ M.....	33	ROMERO DE CASTILLA GIL RJ.....	70, 101
PAREJO ROMERO MJ.....	73	ROMERO GONZÁLEZ I	95
PASTOR MORENO G.....	31	ROMERO RODRÍGUEZ E	49
PAVÓN DELGADO A.....	13	ROMERO RUIZ R.....	34
PEDRAZA MORA P	80	ROMERO SALDAÑA M.....	36
PEINADO GARCÍA MD	45	RUBIO CALVO D.....	99
PEREA POLAK A.....	19	RUIZ AGUILAR A.....	55
PÉREZ ALCAIDE MC	43	RUIZ CABALLERO J	82
PÉREZ DE LUQUE D.....	24	RUIZ GUTIÉRREZ D.....	78
PÉREZ DIONISIO M	98	RUIZ PALOMINO A.....	59, 84, 100, 104
PÉREZ JIMÉNEZ MT	105	RUIZ PÉREZ D.....	94
PÉREZ MÁRQUEZ JJ	60	RUIZ ROMERO MV	66
PÉREZ NAVERO P	106	RUMBAO AGUIRRE JM.....	59
PÉREZ PÉREZ I.....	56	RUS MOLINA J	4
PÉREZ RODRIGO I	28, 104	SACRISTÁN DEL CASTILLO MA.....	45
PÉREZ VILLAREJO D.....	12	SALAS CASADO T.....	52, 85
PESTAÑA BLANCO MD.....	45	SALAS-FERNÁNDEZ S	47
PINEDA LLORENS AP	110	SALCEDO SÁNCHEZ MC	82
PIÑAS GARCÍA P.....	66	SALGUERO CANO V	98
PLATA ROSALES J.....	78	SALIDO HIDALGO M	37
POSADA CARLOS A.....	38	SÁNCHEZ BASALLOTE JE	2
POZO MARTÍN MV.....	84	SÁNCHEZ GILA M	44
POZO MUÑOZ F	3, 42	SÁNCHEZ MEGOLLA D.....	109
PRIETO SÁNCHEZ R	74	SÁNCHEZ REYES M	59
PRÓFUMO PÉREZ MD	27	SÁNCHEZ RODRÍGUEZ M.....	54
QUERO LÓPEZ MA.....	100	SANTAELLA PÁEZ JI	53, 54
QUINTEIRO MARTÍNEZ M.....	97	SANTANA LÓPEZ V.....	7, 8
QUINTERO OTERO S.....	81	SANZ PACHECO B	55
RAMÍREZ RUIZ JA	82	SEDEÑO FERRER JL	30
RAMÓN MERLOS M	97	SERENO COPADO JA.....	27
RAMOS CAMPOS C	41	SERRANO AGUILERA MJ.....	67
RAYA ORTEGA LO.....	25, 93	SEVILLA GÓMEZ E.....	69
RECIO RAMÍREZ J	63	SIANES BLANCO A.....	52, 85

SIERRA SÁNCHEZ JF	94	VARELA RUBIO E.....	13
SILES LARREA VM	84, 100	VARELA RUBIO RE	11
SILVA FIERRO L.....	24	VASCO MOHEDANO V	104
SOTELO BIONDI V	97	VÁSQUEZ SALINAS AI	41
SOTELO RUBIO I	29	VÁZQUEZ CASTELLANO A.....	58
SOTO BELLIDO A.....	2	VÁZQUEZ FERRI MJ	56
SUÁREZ RAMOS A	7, 8, 31	VÁZQUEZ REAL M	94
TATAR FISZBEIN I	31	VÁZQUEZ TORRES V	112
TIMÓN MALDONADO G	75	VELASCO BUENO JM	79
TORNERO CASTILLO A	33	VELASCO RUIZ M.....	65
TORRE CISNEROS J.....	9, 16	VILASECA FORTES M.....	12, 88
TORRES NAVARRO JA.....	64	VILLEGAS CALVO M	53, 54
TORRES PÉREZ E.....	46	VIZCAÍNO PÉREZ R.....	34
TORRES PÉREZ LF.....	12, 88, 112	WIESNER TORRES SR.....	106
TORRES RODRÍGUEZ MC.....	99	YÁÑEZ CABALLERO B	79
TORRES VERDÚ B.....	12, 88	ZAFRA MUÑOZ V	103
TORRICO RAMÓN A	100	ZAMBRANA-GARCÍA JL	63
URDA ROMACHO J	99	ZAMBRANA LUQUE JL	63
VALENZUELA LÓPEZ C.....	34	ZAMUDIO SÁNCHEZ A	112
VALLEJO CASAS JA	57	ZAPATA LLUCH M.....	17, 86
VAQUERO ÁLVAREZ E	58		

