



CONGRESO CÁDIZ 2012
CALIDAD ASISTENCIAL

27-29
NOVIEMBRE

LaFeya
2012

sadeca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

**COMUNICACIONES
ORALES Y PÓSTERS**

Libro de comunicaciones

17 Congreso de Calidad Asistencial Cádiz 2012

© Sadeca

ISBN - 10 84-695-5842-0

ISBN - 13 978-84-695-5842-3

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.**HECHOS**

ÚNICO.- Con fecha 30 de abril de 2012, *el/la S.A. de Calidad Asistencial* presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto del octo 17 Congreso de la S.A. de Calidad Asistencial a celebrar en Cádiz, del 28 al 30 de noviembre de 2012.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El Director General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 09 del Decreto 132/2012, de 05 de junio, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

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

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

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

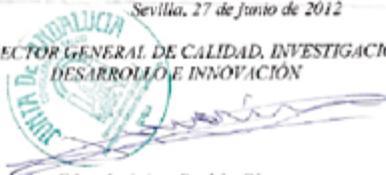
RESUELVE

CONCEDER el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario.

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

Sevilla, 27 de junio de 2012

**EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN
DESARROLLO E INNOVACIÓN**



Fdo.: Jerónimo Pachón Díaz



ÍNDICE GENERAL

Índice de Comunicaciones.....	5
Mejores experiencias.....	16
Comunicaciones orales.....	21
Comunicaciones póster.....	110
Índice de autores.....	238

ÍNDICE MEJORES EXPERIENCIAS COMUNICADAS

- E-1 SEGUIMIENTO DE LARGAS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
- E-2 COMISIÓN CIENTÍFICO- TÉCNICA PARA EVALUACIÓN DE SOLICITUDES DE ESTUDIOS GENÉTICOS EXTERNOS
- E-3 HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS.
- E-4 RONDAS DE SEGURIDAD: BLOQUE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES

- C-1 PROTOCOLO DE VACUNACIÓN EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS
- C-2 ASISTENCIA CONJUNTA MÉDICOS DE FAMILIA-MEDICINA INTERNA EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA.
- C-3 NUEVO MODELO ORGANIZATIVO EN RADIOTERAPIA. REPERCUSIÓN EN TIEMPOS DE ESPERA, SATISFACCIÓN PACIENTES Y PROFESIONALES
- C-4 UTILIZACIÓN DE METODOLOGÍA DAFO PARA REALIZAR UN PLAN DE MEJORA DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA
- C-5 CÓMO HA IMPACTADO LA CRISIS EN LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA
- C-6 ABANDONOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: CARACTERÍSTICAS, PERFIL Y EVOLUCIÓN
- C-7 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL IMPACTO DE LA CERTIFICACIÓN EN CALIDAD EN SU UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA
- C-8 PATRÓN COMUNICACIONAL EN PACIENTES CON S.DOWN ATENDIDOS EN LA COMUNIDAD
- C-9 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA COMPARTIDA A PACIENTES CRÓNICOS
- C-10 SISTEMA DE REGISTRO, INFORMATIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD VACUNAL INFANTIL EN EL DISTRITO AP SEVILLA SUR
- C-11 IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN WEB PARA EL SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN.
- C-12 EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DEL DISTRITO ALMERÍA
- C-13 HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
- C-14 REPERCUSIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA EN LA SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO
- C-15 ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA“CAPACIDAD TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPEUTICAS” EN MEDICOS DE A PRIMARIA
- C-16 AHORA MAS QUE NUNCA, CALIDAD
- C-17 PROGRAMA DE ATENCION FARMACEUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS
- C-18 LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES.
- C-19 RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ANÁLISIS DE FIABILIDAD PARA UN PORTFOLIO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES
- C-20 IMNOVANDO EN LA VALORACIÓN DE CAÍDAS DE PERSONAS MAYORES.
- C-21 CRIBADO RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PROCESO ASISTENCIAL DIABETES. RETINOGRAFÍA. VALORACIÓN ASISTENCIAS.
- C-22 EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN HOSPITALARIO
- C-23 IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN DIABETES SOBRE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

- C-24 EL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE UNA UNIDAD DOCENTE DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA
- C-25 MEJORA DE LA CALIDAD EN EL EMPLEO DE LAS TIRAS PARA EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR
- C-26 EL CUIDADO FAMILIAR SEGÚN LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD
- C-27 EXPERIENCIA DE ACREDITACION DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCION PRIMARIA
- C-28 REGISTRO DOMICILIARIO INFORMATIZADO: UNA HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE
- C-29 HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
- C-30 PORTAL PARA TRABAJADORES SOCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA
- C-31 DESARROLLO DE UNA APP PARA LA TOMA DE DECISIONES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR IMAGEN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
- C-32 RECOMENDACIONES DE CALIDAD PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE LA FORMACIÓN EN SALUD
- C-33 ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD EN EQUIPOS DE MEDICIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE EN EL DISTRITO SEVILLA SUR
- C-34 @SALUDESTEPONA: MIL TWITS DESPUÉS DE EDUCAR EN SALUD Y EN EL USO RAZONABLE DE RECURSOS SANITARIOS.
- C-35 CRONHOS: SOFTWARE INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DE RRHH ESPECIALIZADO EN EL SECTOR SANITARIO.
- C-36 UNA GUÍA PARA FOMENTAR EL BUEN USO Y DESARROLLO DE APLICACIONES MÓVILES DE SALUD: WWW.CALIDADAPPSALUD.COM.
- C-37 EL NUEVO HORIZONTE DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN SALUD: E-LEARNING VERSUS ENSEÑANZA PRESENCIAL. TENDENCIAS Y EVALUACIÓN
- C-38 IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCION PRIMARIA
- C-39 CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA
- C-40 EVALUACIÓN DE LA ESTIMATIVA DE VALORES INTERPROFESIONALES
- C-41 PROMOCION USO RACIONAL MEDICAMENTOS EN PACIENTES CRONICOS JOVENES CON EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL
- C-42 INFORMACIÓN A PACIENTES A TRAVÉS DE UNA GUÍA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA ELECTRÓNICA
- C-43 CARACTERISTICAS SOCIOSANITARIAS DE ADOLESCENTES SOLICITANTES DE INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN DISTRITO RURAL
- C-44 PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE CERTIFICACIÓN EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE
- C-45 EXPERIENCIA DE LA COMISIÓN DE ACTOS LÚDICOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MÁLAGA.
- C-46 ESCUELA DE CUIDADORES: LOS QUE CUIDAN TAMBIEN NOS NECESITAN.

- C-47 COMUNICACIÓN Y SALUD: EL IMPACTO MEDIÁTICO DE LAS NOTAS DE PRENSA SOBRE ACREDITACIÓN DE CALIDAD SANITARIA EN ANDALUCÍA
- C-48 PROPUESTA DE DISEÑO INSTITUCIONAL PARA FAVORECER LA PARTICIPACIÓN EN EL PLAN ANDALUZ DEL SIDA
- C-49 IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO POR UN MILLON DE PASOS EN UNA UGC
- C-50 ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL METABOLISMO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
- C-51 VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL
- C-52 RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA
- C-53 ESTUDIO PILOTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
- C-54 EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO DE UN ÁREA SANITARIA.
- C-55 SEGURIDAD DEL PACIENTE E HIGIENE DE MANOS: MONITORIZARON DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE GUANTES
- C-56 ESTRATEGIA DE MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE MEDICAMENTOS: REVISION DE BOTIQUINES DOMÉSTICOS
- C-57 EVALUACION ESTRATEGIA SEGURIDAD DE PACIENTES: IDENTIFICACION Y LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA
- C-58 ¿USAMOS ADECUADAMENTE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES?
- C-59 DISEÑO DE HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LAS UPP EN HOSPITAL DE JEREZ
- C-60 PREVENCIÓN DE RADIACIÓN X DISPERSA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES POR PLANCHAS DE PLOMO.
- C-61 MEJORAS IMPLANTADAS POR UNIDADES HOSPITALARIAS EN SUS INSTALACIONES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE SU ACTIVIDAD.
- C-62 RELEVANCIA DE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA
- C-63 COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL(NE)EN EL PACIENTE CRÍTICO
- C-64 FÁRMACOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN PARENTERAL
- C-65 IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DIGITAL DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN LOS QUIRÓFANOS DEL H.R.U CARLOS HAYA
- C-66 QUÉ HACEN LOS PACIENTES MAYORES PLURIPATOLÓGICOS PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN.
- C-67 MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN TRATAMIENTO CON ACENOCUMAROL
- C-68 HERRAMIENTA QUE GARANTIZAN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UCI
- C-69 PAPEL DEL FARMACÉUTICO CON PACIENTES INGRESADOS CON ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS

- C-70 ES NECESARIO GENOTIPAR EN PACIENTES CON DOBLE ANTIAGREGACION PLAQUETARIA?
- C-71 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA GESTIÓN DEL CARRO DE UNIDOSIS EN HOSPITAL.
- C-72 RIESGO DE CAIDAS DEL PACIENTE ONCOLOGICO
- C-73 MANEJO SEGURO DE LOS OPIOIDES EN TÉCNICAS ESPECIALES DE ANALGESIA
- C-74 VALIDACIÓN FARMACÉUTICA Y DETECCIÓN DE ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN/ PRESCRIPCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
- C-75 PROCESO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE AGUDO Y CRÓNICO INGRESADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA. HOSPITAL CIVIL
- C-76 ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DEL APORTE NUTRICIONAL MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL EN EL PACIENTE CRITICO
- C-77 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y SOLUCIONES
- C-78 MEJORA DE LA SEGURIDAD EN PACIENTES CON RIESGO POR INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA DE SUFRIR FRACTURAS ÓSEAS.
- C-79 ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS: ESTUDIO DE VARIABILIDAD
- C-80 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PADI Y PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ORAL EN UN GRUPO DE ESCOLARES.
- C-81 ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA PROGRAMADA DURANTE LA QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER DE MAMA
- C-82 INSTRUMENTO DE MEDIDA DE RIESGO SOCIAL EN SALUD
- C-83 CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (1). INGRESOS PREVENIBLES EN POBLACIONES DESFAVORECIDAS: ZNTS
- C-84 CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (2). INGRESOS PREVENIBLES EN POBLACIONES DESFAVORECIDAS: PRIVACIÓN
- C-85 SIGLO, HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA.
- C-86 PLAN DE ACTUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN Y DE LA CALIDAD EN LAS DIETAS HOSPITALARIASEXPERIENCIAS COMUNICADAS

COMUNICACIONES PÓSTER

- P-1 REPLANIFICACIÓN DE LAS TRANSFUSIONES URGENTES A PROGRAMADAS EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA
- P-2 ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN RECURSOS AVANZADOS DE CUIDADOS PALIATIVOS
- P-3 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL NUEVO SISTEMA DE COPAGO FARMACEUTICO
- P-4 IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE RCV EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA
- P-5 EXPERIENCIA EN MEDICINA PERIOPERATORIA EN UN HOSPITAL COMARCAL
- P-6 CREACIÓN DE UNA COMISIÓN INTERCENTROS-INTERNIVELES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: SEGURIDAD Y EFICACIA EN EL PACIENTE
- P-7 - UNIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES ESPECIALES. UGC. SBD INTERCENTRO. JEREZ COSTA NOROESTE-SIERRA DE CÁDIZ”.
- P-8 CONTRIBUCIÓN EN VISADO DE MEDICAMENTOS EN INDICACIONES NO AUTORIZADAS EN FICHA TECNICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
- P-9 ACTITUD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA FRENTE AL RIESGO BIOLÓGICO
- P-10 LA GESTION DE COBRO A TERCEROS: CIUDADANOS EXTRANJEROS
- P-11 SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS
- P-12 PROCEDIMIENTO TRIAJE DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA (UGC) SAN PEDRO DE ALCANTARA (MARBELLA)
- P-13 CONSULTA EXTERNA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN TEMPRANA: SIMPLIFICAR PARA AUMENTAR LA CALIDAD.
- P-14 MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS
- P-15 UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES DEPENDIENTES.
- P-16 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
- P-17 DESARROLLO DE UN PLAN DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN UN ÁREA SANITARIA
- P-18 CICLO DE DEMING APLICADO A LA MEJORA EN SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO EN UN CENTRO DE SALUD.
- P-19 ¿ES RENTABLE LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL?
- P-20 ATENCIÓN A LA DIABETES INFANTIL MEDIANTE CONSULTA EXTERNA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA.
- P-21 IMPACTO ECONÓMICO REAL Y POTENCIAL DEL FRACCIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTE
- P-22 ESTUDIO SEROLÓGICO FRENTE A SARAMPIÓN EN TRABAJADORES SANITARIOS EN PERIODO DE EPIDEMIA
- P-23 MODELO DE PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CIRUGÍA ORAL EN PACIENTES ESPECIALES EN LA UGC DE SALUD BUCODENTAL.

- P-24 IMPACTO DE LA NUEVA LEGISLACIÓN EN EL NÚMERO DE SOLICITUDES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
- P-25 IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ DE RECIÉN NACIDOS DE EXTREMADO Y MUY BAJO PESO AL NACIMIENTO
- P-26 RESISTENCIA PSICOLÓGICA E IMPLICACIÓN EN EL TRABAJO ANTE CIRCUNSTANCIAS LABORALES DIFÍCILES
- P-27 “EVIDENCIAS DE RIESGOS POTENCIALES. UGC. SBD. INTERCENTRO. JEREZ COSTA NOROESTE-SIERRA DE CADIZ.
- P-28 PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA (PADA): ¿UN REFUGIO EN TIEMPOS DE CRISIS?
- P-29 EN TIEMPOS DE CRISIS: ¿FRANQUICIA DENTAL O PADI?
- P-30 VALORACIÓN SUBJETIVA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA PARA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA-DEPRESIVA EN AP
- P-31 PERFIL DOCENTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ACREDITADOS EN ANDALUCÍA
- P-32 EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DIRECTIVAS DE DIRECTORES DE UNIDADES CLÍNICAS Y RESPONSABLES DE CUIDADOS
- P-33 ESTUDIO DEL CUMPLIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS GRAVE
- P-34 MEJORAS PARA IMPLANTACIÓN DEL IHAN EN NUESTRO HOSPITAL
- P-35 CREACIÓN DE LA PRIMERA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA INTERCENTROS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCIA
- P-36 ¿DEBERÍA SER EL DESPISTAJE DE DIABETES OCULTA UN INDICADOR DE CALIDAD EN EL PROCESO SÍNDROME CORONARIO AGUDO?
- P-37 EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL PAI RCV EN DIRAYA. CRIBADO OPORTUNISTA E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES
- P-38 EXPERIENCIA INICIAL EN SEDACION PROFUNDA CON PROPOFOL ADMINISTRADO POR ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
- P-39 PERFIL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO CON ACENOCUMAROL EN UN ÁREA DE SALUD URBANA
- P-40 CHECKLIST CON MEDIDAS DE MEJORA DE URGENCIAS
- P-41 EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL PROCESO RCV EN LA HISTORIA DIGITAL. CRIBADO OPORTUNISTA E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES
- P-42 PLAN DE ACCIÓN PARA LA ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE TRAUMATOLOGÍA
- P-43 VALORACIÓN INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA MUESTRA DE PACIENTES PLURIPATOLOGICOS INCLUIDOS EN EL PROYECTO IMPACTO
- P-44 PROCESO ASISTENCIAL DIBETES MELLITUS EN UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA URBANA
- P-45 GÉNERO EN PLANES Y PROCESOS ASISTENCIALES RELACIONADOS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ANDALUCÍA.
- P-46 PROCESO LITOTRICA-ENDOUROLOGIA EN ARCHINET, HISTORIA CLINICA DIGITAL DEL HUSC GRANADA

- P-47 PROYECTO DE TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA EN ATENCION PRIMARIA
- P-48 INDICADORES DE CALIDAD EN EL ALMACENAMIENTO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA HOSPITALARIA
- P-49 LOGISTICA HOSPITALARIA: UNA NUEVA ESTRATEGIA DE GESTION PRARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
- P-50 GESTIÓN DE ELECCIÓN DE DIETAS A PIE DE CAMA CON TECNOLOGIA MOVIL
- P-51 HERRAMIENTA ON-LINE PARA EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RESULTADOS EN EL CLIENTE
- P-52 REGISTRO ON LINE DE CUESTIONARIOS PARA LA VALORACION DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL DISTRITO SANITARIO ALMERIA
- P-53 IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA ELECTRÓNICA EN LA UGCM. ANÁLISIS DEL USO DE LA APLICACIÓN Y DIFICULTADES
- P-54 DETECCIÓN AUTOMÁTICA DEL COCIENTE EXCAVACIÓN/PAPILA.
- P-55 CUADRO DE MANDOS DE GESTIÓN: MENSUAL PARA LA PLANIFICACIÓN, DIARIO PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- P-56 INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ACCESIBILIDAD Y RAPIDEZ EN LA INFORMACIÓN AL CIUDADANO
- P-57 CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGÍA EN UNA UGC URBANA
- P-58 SOPORTE INFORMATICO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS GENÉTICOS
- P-59 USO INTEGRADO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y APLICACIONES CORPORATIVAS PARA LA MEJORA DE LA COMPETENCIAS PROFESIONALES
- P-61 RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS SISTEMAS BUSINESS INTELLIGENCE
- P-62 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: 2 AÑOS DE IMPLANTACIÓN CON EXPERIENCIA PRÁCTICA EN RESULTADOS UNIFICADOS.
- P-63 PROCESO DE SELECCIÓN DE CIUDADANOS PARA LAS COMISIONES DE PARTICIPACION CIUDADANA EN EL DISTRITO SIERRA DE CÁDIZ
- P-64 PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA ESTÁNDAR
- P-65 MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA IDENTIFICADOS DURANTE EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN
- P-66 “ÚNETE A LA CLAVE DEL ÉXITO CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL”
- P-67 PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL CIUDADANO EN ATENCIÓN PRIMARIA
- P-68 LA EXPERIENCIA DE PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO HOSPITAL. EL CASO HOSPITAL MOISÉS BROGGI DE SANT JOAN DESPÌ
- P-69 ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE OSUNA (2010-2011)
- P-70 ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DEL DUELO
- P-71 MANEJO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD CELIACA MEDIANTE MARCADORES BIOQUÍMICOS EN LA ZONA DEL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

- P-72 EL DISCURSO DE LOS MEDIOS Y LA SALUD DE LA POBLACIÓN
- P-73 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA PEDIÁTRICA
- P-74 NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS MEDIANTE LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA USYRSIUS. ESTUDIO DE DOS AÑOS.
- P-75 - CUADRO DE MANDO PARA SEGUIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL C.H.TORRECARDENAS-
- P-76 CUIDADOS SEGUROS EN EL HOSPITAL DE PONIENTE: MAPA DE RIESGOS 2011-2012
- P-77 ANALISIS QFD : USO SEGURO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UNIDADES MÓVILES Y PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA.
- P-78 MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES EN UN HOSPITAL COMARCAL: SEGURIDAD DEL PACIENTE
- P-79 DABIGARTRAN Y RIBAROxabÁN EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- P-80 ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD EN UNA FÓRMULA MAGISTRAL PARA EL PRURITO SEVERO
- P-81 DISEÑO DE UN CUESTIONARIO PARA LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS
- P-82 PREVENCIÓN CUATERNARIA (PC) Y ENFERMERÍA
- P-83 PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE CRONICO POLIMEDICADO: TRANSICION SEGURA DE ATENCION HOSPITALIZADA A ATENCION PRIMARIA
- P-84 "SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN EL C.H.TORRECÁRDENAS"
- P-85 USO DE OPIOIDES EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA DURANTE UN PERÍODO DE 18 MESES.
- P-86 ERRORES DE DOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
- P-87 SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO: IDENTIFICACIÓN DE ALERGIAS POR COLORES.
- P-88 ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGO EN LA UGC DE SALUD BUCODENTAL: ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- P-89 EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN LA MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
- P-90 IMPACTO PERCIBIDO DE LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES CLÍNICAS SOBRE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
- P-91 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ACETATO DE ABIRATERONA EN CÁNCER DE PROSTÁTA METASTÁSICO POR USO COMPASIVO.
- P-92 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CIDOFOVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE VÍA INTRALESIONAL
- P-93 VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES CRÓNICOS. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL COMARCAL AXARQUÍA.
- P-94 PRACTICAS SEGURAS EN CIRUGIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
- P-95 BROTE NOSOCOMIAL DE SARM EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS. HIGIENE DE MANOS.

- P-96 PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
- P-97 REACCIONES ADVERSAS A ANTIRRETROVIRALES COMO MOTIVO DE CONSULTA EN LA UNIDAD DE ATENCION A PACIENTES EXTERNOS
- P-98 INTERACCIONES ENTRE LITIO Y MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN PACIENTES CON LITEMIAS FUERA DEL RANGO ÓPTIMO
- P-99 PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE PRÁCTICAS DE AISLAMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES
- P-100 PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACION DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS SIMILARES
- P-101 IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA INFORMACIÓN QUE LOS ENFERMOS CRÓNICOS RECIBEN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.
- P-102 CAMBIO DD SONDA PEG EN ATENCION PRIMARIA
- P-103 RECURSOS ENFERMEROS PARA FACILITAR UNA ASISTENCIA DE CALIDAD INTEGRAL
- P-104 ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS A PACIENTES EN AISLAMIENTO HOSPITALARIO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
- P-105 RESULTADOS DE LA VALORACION DE LQAS RETINOPATIAS REALIZADAS EN LA UGC PUERTA TIERRA 1 EN EL AÑO 2011
- P-106 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CRIBADO DE RIESGO DE PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
- P-107 PLAN DE MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS CORNEALES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA.
- P-108 MEJORA DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES Y LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA MENTORIA EN AP
- P-109 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: LOS MEDICAMENTOS
- P-110 LA CALIDAD DE LA ESPIROMETRÍA EN LA VIGILANCIA LABORAL COMO PRUEBA FUNCIONAL
- P-111 APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE CONSEJERIAS PARA LA FORMACIÓN DEL ALUMNADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL
- P-112 SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS EN ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA
- P-113 MEJORA DE LOS INDICES DE LA SATISFACCIÓN DE ALUMNOS Y DOCENTES DE ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA
- P-114 MEJORA DE LOS INDICES DE ASISTENCIA Y ABSENTISMO EN ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA
- P-115 SOSTENIBILIDAD DE LA TUTORIZACIÓN EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES
- P-116 CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE UNA NUEVA PRÁCTICA MÉDICA
- P-117 FACTORES ASOCIADOS A “NO CONFORMIDADES” EN LAS AUDITORÍAS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.
- P-118 LA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO MEDIO FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

- P-119 "MEJORA DE LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES. UGC. SBD. DISTRITO SANITARIO. JEREZ COSTA NOROESTE-SIERRA DE CÁDIZ".
- P-120 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO E INFORMACIÓN DE LA MORTALIDAD EN UN UCCU.
- P-121 VENTAJAS DE LA ESTANDARIZACIÓN DE EQUIPAMIENTO Y MATERIAL QUIRÚRGICO EN QUIRÓFANOS DE ORL
- P-122 EFECTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA
- P-123 MEJORA ADMINISTRATIVA EN LA DERIVACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TOPOGRAFÍAS CORNEALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA
- P-124 ANÁLISIS DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CON MAYOR POTENCIAL DE DESARROLLO EN EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA.
- P-125 IDENTIFICACIÓN DE COSTES EVITABLES EN LA REALIZACIÓN DE EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS EN LAS CONSULTAS DE ANESTESIA
- P-126 CONTROL INTEGRAL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO CON ALTO RIESGO:UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL.

PRESENTACIÓN

Bienvenidos

En el mes de noviembre del año del Bicentenario de la Constitución Española de 1812, queremos celebrar en la trimilenaria ciudad de Cádiz, el 17º Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), hemos elegido para este evento científico un tema en candente actualidad, como es la calidad en la atención sanitaria al paciente crónico.

Más del 75% de las consultas de Atención Primaria son demandadas por estos pacientes, suponen el 60% de los ingresos hospitalarios y casi el 70% es el coste del presupuesto sanitario, creemos que es el momento de plantear nuevas ideas, nuevas alianzas, una atención integrada, nuevas relaciones, colaboración y cooperación, en definitiva, tenemos que organizarnos para abordar la atención a los pacientes crónicos desde un nuevo modelo de prevención, innovación y de asistencia en el entorno de la calidad, para eso creemos que el lema de nuestro Congreso puede ser sugerente para que asistas y participes: “La cronicidad, un reto para la calidad asistencial”.

Estos temas serán tratados en Mesas Redondas, por profesionales con reconocida experiencia en diferentes áreas del conocimiento y alta cualificación para el abordaje de la cronicidad y la atención de calidad a estos pacientes, en jornada de mañana y tarde.

Serán también cuerpo central del Congreso los trabajos de Comunicaciones Orales y Póster, que suponen la aportación de aquellos trabajos de investigación básica o de campo, que realizan muy distintos profesionales y que serán motivo de especial atención por los organizadores y asistentes.

Dos excepcionales conferencias de Inauguración y Clausura, impartidas por dos grandes figuras de la comunidad científica servirán de inicio y colofón de nuestro Congreso.

Es deseo de la Junta Directiva de nuestra Sociedad y de los Comités Organizador y Científico, que este encuentro entre profesionales de diferentes disciplinas que trabajan en la atención a los pacientes crónicos sea el foro en el que desde la calidad, podamos concienciar a todos los estamentos de la importancia de este reto que se nos avecina.

Rafael Pereiro Hernández
Presidente del Comité Organizador.

Antonio Torres Olivera
Presidente del Comité Científico.

María Isabel Dotor Gracia
Presidenta de SADECA.



CONGRESO CÁDIZ 2012
CALIDAD ASISTENCIAL

27-29
NOVIEMBRE



**MEJORES
EXPERIENCIAS
COMUNICADAS**

SEGUIMIENTO DE LARGAS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

BAENA CAÑADA JOSÉ MANUEL; RAMÍREZ DAFÓS PATRICIA; EXPÓSITO ÁLVAREZ INMACULADA; ROSADO VARELA PETRA; ESTALELLA MENDOZA SARA Y BENÍTEZ RODRÍGUEZ ENCARNACIÓN.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Al contrario de otros sistemas de salud y salvo contadas excepciones de eficiencia no contrastada, las largas supervivientes de cáncer de mama son seguidas en el sistema sanitario público de España mayoritariamente en atención especializada durante muchos años. Sin embargo, el seguimiento por atención primaria es tan eficaz como por especialistas, ocasiona mayor satisfacción a las mujeres y es menos costoso. El objetivo del estudio es describir la evolución de largas supervivientes de cáncer de mama según el tipo de atención recibida (seguimiento en primaria o especializada) midiendo su impacto en resultados de salud, coste, calidad de vida

Material y Método: Es un estudio de cohortes retrospectivo, mediante encuesta personal en mujeres operadas de carcinoma de mama (estadios 0-III), supervivientes, seguidas en especializada y libres de enfermedad al menos durante 5 años. Se analizaron dos grupos: derivadas a primaria tras 5 años; seguidas en Oncología más de 5 años. Se recogió información sobre tipo de seguimiento y eventos acaecidos, se llevó a cabo una encuesta de calidad de vida (cuestionario de calidad de vida SF-36 Health Survey) y satisfacción y se analizó el coste del seguimiento. El seguimiento considerado estándar, a partir de los 5 años, consistió en anamnesis, exploración física y mamografía anual. Otras exploraciones complementarias fueron realizadas solo si los datos obtenidos en la anamnesis o en la exploración física así lo aconsejaban

Resultados: La mediana de seguimiento de 60 mujeres seguidas en primaria y de 38 en especializada fue 128 meses (69-368). No hubo diferencias en el diagnóstico de metástasis, nuevos tumores primarios, menopausia, gestación, osteoporosis, obesidad, toxicidad tardía y enfermedades asociadas. En primaria hubo 0,98 (DE 0,48) visitas anuales y en especializada 1,11 (DE 0,38) ($p=0,19$). En primaria, 44,6% programadas y 55,4% a demanda; en especializada, 94,6% programadas y 5,4% a demanda ($p=0,0001$). Hubo 7 re-derivaciones a especializada (11,7%) desde primaria y 6 (15,8%) desde especializada ($p=0,55$). Los costes en primaria fueron menores que en especializada (107,67€ vs 182,02€ por paciente y año, $p=0,0001$). No hubo diferencias en la calidad de vida salvo en el funcionamiento físico a favor de especializada ($P=0,045$). El 80% expresaron su preferencia por especializada, el 10% por primaria y el 10% fue indiferente. Las mujeres mostraron mayor satisfacción con especializada

Conclusiones y discusión: Especializada visita mayoritariamente a las largas supervivientes de cáncer de mama de forma programada y primaria a demanda. Atención primaria es más eficiente que especializada, pero las mujeres expresan mayor satisfacción y prefieren el seguimiento en especializada. (Financiado por Beca de la Sociedad Española de Oncología Médica y de la Federación Española de Mujeres con Cáncer de Mama, convocatoria 2009)

COMISIÓN CIENTÍFICO- TÉCNICA PARA EVALUACIÓN DE SOLICITUDES DE ESTUDIOS GENÉTICOS EXTERNOS

BENOT LOPEZ SOLEDAD; FERNANDEZ GARCIA RAQUEL; GARNACHO MONTERO JOSE Y BARROT CORTES EMILIA.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1)Fomentar y favorecer el uso juicioso y adecuado de los diferentes análisis genéticos como parte del diagnóstico, de manera eficiente y fiable, para aquellas pruebas no disponibles en la cartera de servicios del hospital- 2)Facilitar el uso de las herramientas disponibles para evaluar la utilidad de la prueba genética en el contexto de la situación clínica - 3) Coordinar el juicio clínico de los facultativos solicitantes de pruebas genéticas con el juicio diagnóstico de los profesionales con capacitación específica para la toma

Material y Método: Con el fin de alcanzar los objetivos establecidos se ha creado una Comisión para la valoración de pruebas genéticas que se encuentran fuera de la actual cartera de servicios de la UGC de Genética del hospital, constituida por representantes de las distintas especialidades. Esta Comisión con dependencia de la Dirección médica, a través de la Comisión Central de Calidad (comisión hospitalaria) y la subdirección médica del área diagnóstica (comité técnico) está integrada por especialistas clínicos (neurología pediátrica, pediatría general, medicina interna, neurología de adultos y cardiología) y de laboratorio (genética molecular, inmunología y bioquímica). Se ha establecido un sistema de evaluación de las solicitudes por pares, en los que cada test genético es evaluado por un especialista clínico y otro de laboratorio, siguiendo las pautas de un algoritmo de utilidad clínica. Dicho algoritmo ha sido elaborado para asignar distintos niveles de prioridad de las pruebas en base a distintos criterios como la utilidad clínica del test para el paciente. Las decisiones sobre se realización se toman en base a cinco niveles de prioridad entre el 1, en que el test es crucial para la toma de decisiones terapéuticas y el 5, en que no tiene ni repercusión clínica para el paciente ni para su familia.

Resultados: A través de esta comisión y utilizando un flujo de trabajo virtual a través de la intranet del hospital, se han valorado entre el 17 de noviembre de 2011 y el 18 de Septiembre de 2012, un total de 198 solicitudes, de las cuales 61 (22,5%) han sido rechazadas al no considerarse de utilidad clínica; 82 (31,5%) han sido aceptadas y tramitadas de las cuales 54 ya se encuentran sus resultados en la Estación Clínica. El 21,2% se encuentran pendiente de validar por la comisión de estudios genéticos en espera de que el peticionario complete la información solicitada.-

Conclusiones y discusión: Así pues, la creación de la Comisión, la elaboración del algoritmo de utilidad clínica, y el sistema de evaluación por pares ha constituido una sustancial mejora para nuestro Hospital en la gestión racionalizada de pruebas externalizadas, y constituye un modelo susceptible de ser implementado en otros hospitales del SSPA.-

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS.

CASTRO CAMPOS JOSE LUIS; GARCÍA HERNÁNDEZ RAFAEL; CASTILLO CASTILLO RAFAEL; TORIBIO ONIEVA JUAN RAMÓN; RODRÍGUEZ TOQUERO JUAN Y DUEÑAS FUENTES JOSE RAUL.

Centro: Distrito Sanitario de Atención Primaria Jaén Norte

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Los objetivos que se persiguen desde la Dirección del Distrito son:- - Proporcionar una cultura de la seguridad clínica.- - Mejorar el feed-back entre los profesionales y el Servicio de Farmacia.- - Proporcionar información periódica y actualizada de pacientes que pueden ser objeto de una revisión estructurada de su medicación.- - Dotar a los profesionales sanitarios de herramientas que les ayuden en sus tomas de decisiones.

Material y Método: Por un lado, mostramos a nuestros profesionales unos listados con pacientes de su cupo que pueden ser objeto de una revisión de su medicación en función de diversos criterios:- 1. Alertas Sanitarias: Una vez que el Servicio de Farmacia recibe una alerta farmacéutica, genera unos listados con aquellos pacientes que consumen el medicamento objeto de la alerta. Estos listados se muestran al Facultativo correspondiente para que revise dicha medicación. Algunas revisiones han sido: Ranelato de Estroncio, Aliskiren, Metr oclopramida...- 2. Revisión sistemática de pacientes: periódicamente, se proporcionan a los Facultativos listados con pacientes que pueden ser candidatos a una revisión estructurada de su medicación en base a decisiones tomadas por la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica, el servicio de Farmacia del Distrito o las comisiones de calidad. Algunas de las revisiones son:- - Menores de 65 años con estatinas, sin antidiabéticos y sin antiagregantes plaquetarios. - - Pacientes que consumen IBP sin AINES y sin Antiagregantes.- 3. Potenciales Problemas de Prescripción: anualmente, desde los Servicios de Apoyo del SAS, se proporcionan en dos fases unos listados para la revisión de pacientes con potenciales problemas de prescripción.- 4. El sistema también informa a los profesionales sobre los posibles síntomas o signos que puede llegar a tener un paciente concreto en relación a la medicación que toma. De esta manera el medico puede diferenciar si el problema de salud presentado por el paciente es causa de alguna de las medicaciones que toma, evitando así prescripción en cascada.

Resultados: En 2011, de 4728 pacientes con potenciales problemas de prescripción, se revisó un 69,65% de los cuales al 65,75% se les suspendió o modificó su tratamiento. En la primera fase de 2012, de 1127 pacientes se ha revisado un 57,59%, de los cuales a un 74,58% se les ha modificado su tratamiento.- De 5195 pacientes con Estatinas se ha revisado el 75,38%

Conclusiones y discusión: Los profesionales sanitarios, deben estar lo más informados posible sobre cualquier cuestión de salud de sus pacientes para poder ofrecerles una asistencia sanitaria de mayor calidad. Creemos que con esta estrategia se agiliza el acceso a la información por parte de nuestros profesionales lo que les permite actuar con mayor rapidez, les facilita el trabajo y toma de decisiones en su consulta y les permite un mejor seguimiento de sus pacientes.- Desde la Dirección del Distrito, Dirección de UGC y el Servicio de Farmacia, el seguimiento de la revisión realizada por los profesionales se realiza en tiempo real.

RONDAS DE SEGURIDAD: BLOQUE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

CÓRDOBA GARRIDO LAURA; ROJAS TORREÑO MARTA; ARCO TALLÓN MARÍA BELÉN Y POZO MUÑOZ FRANCISCO.

Centro: Área Sanitaria Norte de Málaga

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Una organización sanitaria mejora su potencial cuando sus profesionales se encuentran capacitados para prestar unos cuidados seguros. Seguridad de pacientes y programa de certificación de unidades de gestión clínica se encuentran íntimamente relacionados. Proporcionar una herramienta, contrastada en el ámbito sanitario, para mejorar la gestión y la comunicación eficaz con las unidades o servicios para detectar posibles incidencias en la seguridad mediante la figura de un profesional no directivo que potencia el carácter no punitivo de posibles errores en la asistencia sanitaria permite mediante el contacto de forma continua con el personal conocer sus preocupaciones, discutir sus ideas, y facilitar la implementación de las mejoras propuestas y acordadas.- El objetivo de esta estrategia consiste en utilizar la herramienta rondas de seguridad (walkrounds), en el ámbito de requisitos principales del bloque de estructura del proceso de acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y así determinar el nivel de calidad asistencial que poseen los servicios y evaluar las dimensiones relacionadas con el proceso de certificación y establecer áreas de mejora en las mismas- -

Material y Método: Realización de Rondas de Seguridad en Unidades Clínicas de hospitalización coordinadas por la Unidad de Calidad aplicando un checklist por personal entrenado, de más de 40 ítems relacionados con el proceso de acreditación de Unidades de Gestión Clínica en el Área Sanitaria Norte de Málaga- Variables principales analizadas: cumplimiento ley de protección de datos, atención a la ciudadanía, control de la infección, buenas prácticas uso seguro de medicamentos, gestión de residuos sanitarios...- Fecha: 15 al 17 de mayo de 2012.- Unidades de Gestión Clínica Hospitalarias: Bloque Quirúrgico (URPA) y Hospital de día quirúrgico, Cirugía General y Digestiva, Cuidados Críticos y Urgencias, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicoquirúrgica, Pediatría, Salud Mental y Traumatología- -

Resultados: Se analizaron 15 servicios, entre las variables con mayor índice de cumplimiento las relacionadas con atención a la ciudadanía, control de infección y gestión de residuos. Como oportunidades de mejora se identifican las dimensiones de uso seguro de medicación(control de estupefacientes, cadena de frío, control de botiquines y almacén) y ley de protección de datos)

Conclusiones y discusión: Mediante esta estrategia se ha identificado un mecanismo de retroalimentación que permite un seguimiento del ciclo de mejora: identificación, análisis, actuación y seguimiento de la efectividad de las medidas detectadas, conocer las deficiencias en los procesos de asistencia, los riesgos de seguridad, y ayudar a identificar y compartir problemas que pueden necesitar actuaciones urgentes.Las principales limitaciones están relacionadas con el bajo nivel de percepción de riesgo de seguridad por los profesionales, déficit de comunicación interna y notificación de eventos adversos en la asistencia sanitaria-



CONGRESO CÁDIZ 2012
CALIDAD ASISTENCIAL

27-29
NOVIEMBRE



COMUNICACIONES ORALES

PROTOCOLO DE VACUNACIÓN EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

GORDO ORTEGA JOSEFA; MARTINEZ NOGUERAS RAFAEL Y HEREDIA GALAN MARIA DE LA VILLA.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: La identificación de personas con trastornos inmunitarios ha aumentado con el tiempo, situación atribuible a varias razones, entre otras: un mejor conocimiento de las alteraciones inmunitarias, mejor comprensión de la respuesta inmunológica, normal y alterada y la documentación de las inmunodeficiencias asociadas a enfermedades crónicas. Una de las características fundamentales de las personas inmunosuprimidas es su mayor susceptibilidad a infecciones que suelen ser más graves, comparadas con personas sanas. La vacunación es un medio eficaz para la prevención de este tipo de enfermedades ya que generan adecuados niveles de anticuerpos sin experimentar un incremento de la actividad clínica de la enfermedad. - **OBJETIVO-** Diseñar un programa para la vacunación de pacientes en situaciones especiales en una UGC de Medicina Preventiva y Salud Pública. - -

Material y Método: Priorización de los criterios de inclusión en el programa de los pacientes en situaciones especiales de acuerdo a las características del centro y unidades. - Creación de un grupo de trabajo encargado de la búsqueda, revisión de bibliografía y redacción de cada uno de los protocolos, compuesto por profesionales de la UGC de Medicina preventiva y de cada UGCs a las que pertenecen los pacientes priorizados. Presentación de un borrador a los responsables de cada unidad para su análisis y mejora. Incorporación de sugerencias. Redacción final de cada uno de los protocolos que integran el programa. Aprobación del documento. Difusión en cada una de las unidades mediante sesiones informativas-

Resultados: El programa recoge hasta el momento cuatro protocolos: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), Esplenectomizados, Trasplante de Médula Ósea (TMO) y Enfermedad Renal Crónica en fase prediálisis o diálisis. Cada protocolo fija como objetivo la vacunación del 100% de los pacientes susceptibles en la mejor situación para obtener una respuesta inmunitaria adecuada. Se ha creado un circuito de coordinación entre la Unidad de Medicina Preventiva y el resto de unidades relacionadas con el programa. Se actúa tanto sobre el paciente como sobre los convivientes mediante el análisis individualizado de cada caso. El protocolo incluye el registro de cada vacunación e incorpora los mecanismos para la continuidad asistencial asegurando la finalización correcta del programa de vacunación. - -

Conclusiones y discusión: Con esta normalización de la práctica buscamos para estos tipos de pacientes :- 1. Maximizar el beneficio y minimizar el riesgo. Inmunizando cuando se pueda anticipar la máxima respuesta. - 2. Monitorizar las respuestas inmunológicas.- 3. Facilitar la implantación de forma coordinada con el proceso asistencial de cada paciente.- 4. Incluir a los convivientes como factor de riesgo a tener en cuenta-

ASISTENCIA CONJUNTA MÉDICOS DE FAMILIA-MEDICINA INTERNA EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA.

GONZÁLEZ BENÍTEZ MARÍA ÁNGELES; RUZ ZAFRA AURORA; SÁNCHEZ MÉNDEZ RAFAEL; MUÑOZ CLAROS ADELINA; GALLARDO ROMERO INMACULADA Y RUIZ CANTERO ALBERTO.

Centro: HOSPITAL LA SERRANIA

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: La UGC de Medicina Interna es referente de seis Centros de Salud del Área de Gestión Serranía. Con el fin de mejorar la asistencia conjunta a los pacientes y facilitar la comunicación entre profesionales, desde hace años venimos desarrollando esta actividad colaborativa entre Médicos de Familia e Internistas. Cada Centro de Salud tiene asignado uno o dos Internistas, según su tamaño. Los Médicos de Familia pueden contactar con el Internista correspondiente a través de un teléfono móvil corporativo directo o mediante correo electrónico. También se organizan actividades conjuntas en los Centros de Salud, como discusión de casos clínicos y sesiones formativas. El objetivo del presente estudio es analizar la actividad conjunta del Internista en un Centro de Salud, el correspondiente a la UGC de Alcalá del Valle.

Material y Método: Estudio descriptivo de la actividad realizada por la UGC de Medicina Interna con la UGC de Alcalá del Valle desde el 01/10/2011 al 15/09/2012. Variables estudiadas: sesiones conjuntas en el Centro de Salud, sesiones formativas, consultas de casos clínicos a través de correo electrónico, consultas en sesiones conjuntas, informes de visado de medicación, solicitud de pruebas complementarias y gestiones con otras especialidades hospitalarias. Las consultas telefónicas no se han contabilizado.

Resultados: Se ha analizado la actividad realizada a lo largo de 50 semanas de trabajo, con los siguientes resultados: 6 sesiones conjuntas en el Centro de Salud (1 cada 2 meses); 4 sesiones formativas: "Hipertensión en el embarazo", "Cefalea", "Manejo de demencia" y "Tratamiento del dolor en cáncer terminal"; 110 consultas de casos clínicos a través de correo electrónico (media de 2.2 consultas por semana); 67 consultas de casos clínicos en las sesiones conjuntas (media de 11.17 consultas por reunión); gestión de 42 informes de visado de medicación; gestión de 28 pruebas complementarias para completar estudio; gestión de 16 consultas a otras especialidades hospitalarias.

Conclusiones y discusión: La prestación de asistencia conjunta a los ciudadanos por parte del Médico de Familia, del Internista y de la Enfermería de Enlace evita desplazamientos innecesarios y espera de citas. Sólo con la gestión de informes de visado, pruebas complementarias y consultas con otros especialistas se han evitado 86 derivaciones (y desplazamientos) a la consulta de Medicina Interna desde la UGC de Alcalá del Valle. La consulta de casos clínicos permite orientar desde el inicio la atención de forma individualizada, aportando el conocimiento profundo que tiene del paciente su Médico de Familia. Esta colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria facilita la labor de los Médicos de Familia, permitiendo mejorar su gestión del tiempo al eliminar "trámites burocráticos" para contactar con los especialistas hospitalarios. Se hace necesario mantener esta actividad conjunta para mejorar la atención sanitaria a la ciudadanía, requiriendo estabilidad estructural y organizativa.

Nuevo modelo organizativo en Radioterapia. Repercusión en tiempos de espera, satisfacción pacientes y profesionales

LUPIAÑEZ PEREZ YOLANDA; PEDROSA GARCÍA PEDRO; CASTRO GARRIDO CLARA; GOMEZ BARRACHINA JAIME; MONTES GARCÍA ENRIQUE Y MEDINA CARMONA JOSE ANTONIO.

Centro: Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Evaluar la eficacia de intervención de un modelo organizativo nuevo, frente a modelos organizativos tradicionales.- Valorar satisfacción de pacientes.- Evaluar clima laboral.-

Material y Método: Los tratamientos radioterápicos conllevan un alto nivel de complejidad, la planificación/coordinación y ejecución de actividades conjuntas entre profesionales es difícil, la base de nuestro modelo consiste en considerar el proceso radioterápico como unidad y no distribuido por categorías profesionales, esto permite acortar tiempos de cada etapa del proceso, solapándolas y haciendo posible cumplir los criterios de calidad que presentamos. La intervención se basa en tres tipos de estrategias:- Estrategias que contribuyen a mejorar la planificación de las listas de espera y a optimizar la capacidad de los aceleradores.- Estrategias que contribuyen a reducir número de pacientes que esperan, utilizando esquemas con menor número de fracciones, aunque con igual evidencia científica en cuanto a eficacia. - Estrategias que consiguen mejoras en el output sanitario-

Resultados: Durante el año 2011, los tiempos de espera para ser visto en primera visita fueron de 4 días de media, y de 8,20 días para comenzar el tratamiento. Estos tiempos se encuentran muy por debajo de los datos que publica en 2011 la sociedad española de oncología radioterápica donde el promedio de espera para primera visita ha sido de 8,25 días y para iniciar tratamiento es 17,8 días. - En cuanto a satisfacción del usuario, en el año 2011, destacaron datos de satisfacción general en las dimensiones de accesibilidad, información y valoración de los profesionales estando en porcentajes de entre el 90 % y el 100% en la calificación excelente y en tiempo de espera un 90 % pacientes consideraron que esperaron muy poco o poco para ser atendidos o recibir su sesión de tratamiento.- Datos de un estudio de clima laboral realizado en el año 2012 revela las ventajas del modelo organizativo y de gestión. El alto nivel de calidad emocional (35 puntos) y de la valoración del liderazgo (40 puntos) de la Unidad, se sitúa muy por encima de valores percibidos por profesionales de 8 equipos de Atención Primaria de Andalucía estudio similar en 2008. (15 puntos en clima y 4 en valoración responsables) donde se realizó un estudio similar en 2008-

Conclusiones y discusión: El tiempo de espera para inicio del tratamiento radioterápico impacta de forma negativa en el control local y supervivencia de los pacientes. La radioterapia debido a la alta tecnología que precisa conlleva un importante gasto, es necesario aplicar un modelo organizativo innovador que posibilite optimizar recursos, permitiendo aumentar el número de pacientes tratados al año, disminuir tiempos de espera, incluyendo satisfacción de pacientes y motivación de profesionales.- La implementación del modelo organizativo propuesto permite tratar a más pacientes en menos tiempo sin que se afecte la calidad del tratamiento y sin malestar del profesional

UTILIZACIÓN DE METODOLOGÍA DAFO PARA REALIZAR UN PLAN DE MEJORA DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ROMÁN ROMERA ISABEL; GÁLVEZ BEATERIO MARIA CARMEN Y POZO MARÍN MARIA CARMEN.

Centro:

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: - Objetivo principal: realizar un Plan de Mejora de la Unidad de Gestión Clínica para el año 2012 - - Objetivo secundario: construir una matriz DAFO que nos ayude a emitir propuestas para la implementación de la Unidad-

Material y Método: Se ha realizado un análisis descriptivo de la calidad asistencial percibida por los usuarios. Se han analizado 708 encuestas de satisfacción efectuadas en los años 2010 y 2011, y estudiado 79 reclamaciones recogidas en el año 2011. Posteriormente se ha procedido a realizar el análisis DAFO, detectando las fortalezas y debilidades según los resultados de los cuestionarios. Aquellos items con porcentajes de satisfacción iguales o inferiores al 90% han sido considerados debilidades y los que estaban por encima fortalezas. También se han tenido en cuenta los motivos más frecuentes de las quejas de los usuarios. Una vez detectados los problemas de funcionamiento de la Unidad se han emitido una serie de propuestas de mejora, teniendo en cuenta, a través de un análisis externo, las oportunidades y amenazas de llevarlas a cabo.

Resultados: Las fortalezas detectadas han sido, teniendo en cuenta el porcentaje de satisfacción, la explicación sobre el tratamiento (97,5%), el cuidado de la confidencialidad de los datos (96,4%), la correcta identificación de los profesionales (94,5%), el grado de confianza, intimidad, respeto y amabilidad en la asistencia prestada (91,4%, 99,1%, 99,2% y 91,9%, respectivamente), el entendimiento de la información (91%), la satisfacción con los horarios de consulta (90,5%) y la valoración de Médicos de Familia (96,4%), de Enfermería (99,3%), de Trabajadores Sociales (96,7%) y del Personal Administrativo (90,4%). Las debilidades detectadas han sido la confortabilidad de las instalaciones (90%), la posibilidad de dar opinión sobre el tratamiento (88,4%), la organización del centro (88%), la disposición de escucha por parte del profesional (87,4%), la facilidad para resolver trámites administrativos (85,6%) y el tiempo de espera hasta entrar en consulta (72,8%).- El principal motivo de reclamación ha sido la atención inadecuada por parte del profesional (71,4%), seguido de errores en la organización del centro (17,1%), del incumplimiento de técnicas de enfermería (5,7%), de la no atención de urgencias (4,3%) y, por último, de incumplimiento de confidencialidad de información (1,4%).-

Conclusiones y discusión: Las propuestas de mejora son optimización de la infraestructura del centro, obligatoriedad del uso de tarjeta identificativa, actividades de formación sobre entrevista con el paciente y gestión de la consulta, diseño e implantación de un nuevo procedimiento de intimidad y confidencialidad de los datos, confección de documentos informativos a cerca del tratamiento y recomendaciones en las patologías más prevalentes vistas en atención primaria, realización de grupos de trabajo de médicos para mejora de la eficiencia y gestión de la consulta, programación de reuniones de coordinación con el personal administrativo para la homogenización de trámites.

CÓMO HA IMPACTADO LA CRISIS EN LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

MUDARRAA ACEITUNO MARÍA JOSÉ; VILLANUEVA GUERRERO LAURA; VALVERDE GAMBERO ELOISA; MUÑOZ CASTRO FRANCISCO JAVIER Y ALMUEDO PAZ ANTONIO.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Analizar la financiación de las actividades acreditadas por el Modelo Andaluz de Acreditación en el periodo 2007-2011 y la evolución de la calidad de las mismas

Material y Método: Las variables utilizadas en el análisis son las siguientes: Actividades acreditadas de las entidades internas y externas al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), CCL (Componente cualitativo obtenido en el proceso de acreditación) y presupuesto global- financiación de la actividad

Resultados: El número de actividades acreditadas del SSPA fue de 993 en el año 2007, 1522 en el año 2008, 2460 en el año 2009, 5275 en el año 2010 y 5590 en el año 2011. El CCL medio fue de 1,82; con una evolución del 1,85 en los años 2007, 2008, 2009 y 2010 y de 1,76 en el año 2011- El importe medio de las actividades acreditadas del SSPA fue de 6874€ en el año 2007, 6654€ en el año 2008, 5363€ en el año 2009, 3159€ en el año 2010 y 3167€ en el año 2011.- El número de actividades acreditadas que no pertenecen al SSPA fue de 281 en el año 2007, 310 en el año 2008, 433 en el año 2009, 465 en el año 2010 y 684 en el año 2011. El CCL medio fue de 1,58; con una evolución de 1,57 en el año 2007, 1,60 en el año 2008, 1,64 en el año 2009, 1,61 en el año 2010, 1,52 en el año 2011.- El importe medio de las actividades acreditadas que no son del SSPA fue de 25107€ en el año 2007, 14607€ en el año 2008, 15636€ en el año 2009, 11887€ en el año 2010 y 19796€ en el año 2011-

Conclusiones y discusión: Las entidades formativas del SSPA, han conseguido consensuar un descenso del importe medio de la financiación de las actividades acreditadas con un incremento de calidad de las mismas, concluyendo que las entidades proveedoras de formación del SSPA se adaptan a la nueva situación económica garantizando la calidad de la formación a un menor coste económico

ABANDONOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: CARACTERÍSTICAS, PERFIL Y EVOLUCIÓN

JULIÁN CARRIÓN JOSÉ; BARRERA VARGAS ÁLVARO; VILLALÓN HABA EVA MARÍA; CARRASCOSA SALMORAL MARÍA DEL PILAR; MARTÍN GARCÍA SHEILA MARÍA Y ROJAS DE MORA FIGUEROA ANA.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Esta comunicación persigue un doble objetivo:- 1.- Valorar el grado de abandono del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales.- - 2.- Definir un perfil de los profesionales que abandonan el proceso de acreditación.

Material y Método: Análisis descriptivo de los registros incluidos en ME_jora P, herramienta que da soporte on-line al Programa de Acreditación de Competencias Profesionales.

Resultados: Desde la puesta en marcha del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales en 2005, más de 23.000 proyectos de acreditación han pasado por el mismo o están en alguna de sus fases, con una satisfacción global media de 7.8 sobre 10. Hasta hoy, sólo 237 proyectos (1% del total) han abandonado el programa de acreditación, de los cuales 107 (45.14% de los abandonos) se han producido en la fase de solicitud (previa a la aportación de pruebas) y 129 (54.43%) en la de autoevaluación, aunque sólo 88 de ellos (37.13% del total de los proyectos abandonados) habían aportado alguna prueba.- - La evolución anual de los proyectos abandonados muestra que el 62% se produjo en 2007, con una curva decreciente desde entonces hasta llegar a 7 proyectos abandonados en 2012. Asimismo, el 85% de los abandonos corresponden a la primera versión de su respectivo manual, disminuyendo sensiblemente en las versiones posteriores.- - Por ámbito de actuación, hay 143 proyectos abandonados en Atención Primaria (AP), 92 en Atención Hospitalaria (AH) y 2 en el ámbito de Emergencias; comparando estas cifras con el total de profesionales según el ámbito de actuación que se encuentran en proceso, se observa que la mayor tasa de abandono se encuentra en AH, con un 1.41%, frente al 0.87% de abandono en AP o el 0.23% en Emergencias.- - En cuanto a la edad de los profesionales en el momento en que abandonan su proyecto, existe una tasa similar de mayores de 50 años y menores, semejante a la distribución por edad en el resto de fases, por lo que no parece que exista una variable etaria en cuanto al abandono del proceso.- - La distribución por género de los proyectos en abandono tampoco muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres, mientras que en términos globales hay un 20% más de mujeres en proceso de acreditación.- - En cuanto a la distribución de los proyectos abandonados en función del manual de acreditación, Médico de AP y Enfermera de AP son los dos manuales que, al mismo nivel, concentran mayor valor absoluto de abandonos.

Conclusiones y discusión: 1.- El porcentaje de abandono es inferior al 1%.- - 2.- Las mejoras incorporadas en el Proceso de Acreditación en forma de nuevas versiones de los manuales han posibilitado un descenso de la tasa de proyectos abandonados.- - 3.- No existe un perfil definido de profesionales que abandonan el proceso de acreditación.- - A modo de conclusión final, se puede establecer que la notable valoración del proceso de acreditación por los profesionales (7.8 sobre 10) se ve confirmada por la baja y decreciente tasa de abandonos.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL IMPACTO DE LA CERTIFICACIÓN EN CALIDAD EN SU UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

CARRASCO PERALTA JOSÉ ANTONIO; REYES ALCÁZAR VÍCTOR; HERRERA USAGRE MANUEL; NÚÑEZ GARCÍA DIEGO; ZURERA MARÍA DEL MAR CASTELLANO Y DE BURGOS POL RAMÓN.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Describir la percepción que tienen los profesionales sanitarios sobre el papel de la certificación por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) en la mejora continua de sus Unidades de Gestión Clínica

Material y Método: El trabajo se enmarca dentro de un diseño de carácter mixto, con una aproximación cuantitativa y cualitativa al fenómeno de la acreditación de la calidad asistencial. El diseño cualitativo ha consistido en la realización de entrevistas semi estructuradas con informantes claves entre directivos y profesionales sanitarios de unidades acreditadas en los años 2009 y 2007, y que por lo tanto han cumplido 2 y 4 años de su acreditación durante 2011. Con los registros de las entrevistas se ha realizado un análisis de discurso utilizando como soporte el programa informático Atlas.Ti en su versión 6

Resultados: Desde el punto de vista cualitativo, a la hora de señalar los logros, los equipos directivos ponen el foco en la mejora de la comunicación entre los profesionales del equipo y en la creación de dinámicas de mejora de los resultados, mientras que los profesionales hablan sobre todo de disminución de la variabilidad, mejora de la gestión de los procesos asistenciales y mayor seguridad para el paciente.- Entre las dificultades se señala la burocratización de los procesos así como el desconocimiento de la terminología de la calidad o la alta exigencia de los procesos.-

Conclusiones y discusión: La percepción de los procesos de certificación con la ACSA se reconocen mayoritariamente como beneficiosos para la mejora continua de las UGC, sirviendo para impulsar mejoras en la atención a los usuarios, en la organización interna de las unidades y en la seguridad del paciente.- Existen aspectos en la gestión de los procesos de certificación que mejoren la experiencia de los profesionales y por tanto refuercen la difusión de la cultura de la calidad-

PATRÓN COMUNICACIONAL EN PACIENTES CON S.DOWN ATENDIDOS EN LA COMUNIDAD

CAMPA VARELA FRANCISCO; SÁNCHEZ BLANCO JOSÉ; DEL PINO J.I.; CASTRO ARAGÓN JOSE LUIS; LÓPEZ PÉREZ CARLOS Y GUTIERREZ M.L..

Centro: Distrito Atención Primaria Sevilla Sur

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Conocer el patrón de comunicación de personas con S. Down, pacientes institucionalizados con enfermedades crónicas atendidos domiciliariamente en Atención Primaria de Salud.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Registros escogidos de modo aleatorio de 78 entrevistas clínicas recogidas durante los años 2008-2011 en la atención de pacientes institucionalizados con S.Down y utilizando entrevista semiestructurada con claves y parámetros mixtos (Borrell y Carrio F y Ortega Bevía F) para la interpretación de los resultados (Fases y parámetros comunicacionales de entrevista **Resultados:** Todos las entrevistas se realizaron verbalmente. Los pacientes presentaban lenguaje escaso, pero inteligible (90%). La capacidad para la expresión se vio facilitada por tiempos de espera y apoyo narrativo y gestual (100%). Un 80% de las entrevistas pudieron realizarse sin cuidadores que hicieran de intérpretes. La primera entrevista y la primera fase de la entrevista o adaptativa requería más silencios. El bloqueo es la mayor dificultad y aparece sobre todo al inicio de la entrevista. No se evidenció ninguna muestra de hostilidad o conducta disruptiva.

Conclusiones y discusión: DISCUSION- Los pacientes con S.Down presentan afectaciones cognitivas y emocionales con frecuencia. La atención médica está dificultada por su afectación del lenguaje y sus claves comunicativas. El desconocimiento de éstas puede dar lugar a una errónea interpretación de las necesidades y deseos de los pacientes. El estudio realizado muestra cómo los pacientes con S.Down muestran una pertinente adaptación a la consulta expresando claves de necesidades de salud adecuadas y participando activamente en un alto porcentaje. El bloqueo se produce sobre todo al inicio de la misma; tiempo y reconducción mediante facilitadores y apoyo emocional consiguen alcanzar los objetivos. No hemos encontrado ninguna pauta de hostilidad o agresividad por lo que el uso de estos epítetos como descriptor es inadecuado o tendencioso.- **CONCLUSIONES-** El patrón comunicacional de la entrevista con personas con S.Down tiene como claves: - 1.Fase adaptativa lenta, con riesgo de bloqueo. Expresión verbal con déficits pero eficaz- 2.Transiciones lentas- 3.Sintonía emocional adecuada- 4.Silencios frecuentes- 5.Adecuada capacidad para aceptar o no propuestas sobre la propia salud.-

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA COMPARTIDA A PACIENTES CRÓNICOS

MERINO ROMERO JOSÉ; SÁNCHEZ GARCÍA M^a CARMEN; RODRÍGUEZ SALAMANCA JUAN ANTONIO; MÁRQUEZ GARCÍA M^a ISABEL Y RUBIO SANDOVAL TRÁNSITO.

Centro: AGS Norte de Córdoba

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: OBJETIVO PRINCIPAL:- Valorar la factibilidad y eficacia de un programa de Atención Domiciliaria Compartida en un Área Sanitaria, así como presentar los resultados más destacados del mismo.- OBJETIVO SECUNDARIO:- Evaluar la aceptación del programa por parte de los usuarios incluidos en el mismo y su grado de satisfacción.-

Material y Método: DISEÑO- - Estudio retrospectivo transversal del periodo enero a junio de 2012 tras la implantación del programa.- - EMPLAZAMIENTO- - Área de Gestión Sanitaria de ámbito rural.- - INTERVENCIONES- - El Programa de Atención Domiciliaria Compartida ha sido elaborado con dos ramas; una llamada Hospitalización Domiciliaria Compartida y la otra Seguimiento Domiciliario Compartido. En la primera, se incluyen a pacientes con criterios de ingreso hospitalario pero que son susceptibles de manejo ambulatorio bajo unas condiciones de absoluto control y seguridad tanto para el paciente como para los profesionales que lo atienden; la segunda se trataría de altas hospitalarias precoces que precisan una planificación personalizada de visitas y cuidados domiciliarios.- La captación para el programa habitualmente se realiza desde la Unidad de Urgencias o de Hospitalización, aunque también se puede incluir desde Atención Primaria. El médico responsable del paciente es el que indica la inclusión en el programa, siendo la Enfermería Gestora de Casos la responsable de la planificación y coordinación del alta con todos los actores implicados en el proceso.- Los pacientes incluidos en el Programa de Hospitalización Domiciliaria, antes del alta, reciben educación sanitaria sobre su proceso y un kit de material clínico que posibilite su correcto control domiciliario. En el Protocolo se recoge una hoja de vaciado para las constantes a evaluar cada ocho horas, y unos niveles de Alerta que definen claramente la actitud a tomar según los resultados de los mismos. Los días laborables, las dos primeras visitas, 8 y 15 horas, corren a cargo de la Enfermera Gestora de Casos y la de las 20 horas y festivos, de una empresa externa mediante encuesta telefónica. Todo este proceso está sustentado en Tecnologías de la Comunicación.-

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes, un 57% mujeres. El destino tras el alta fue a domicilio en el 32% y a una residencia el 68%; A la rama de Seguimiento Domiciliario se incluyeron el 41.3% y a Hospitalización Domiciliaria el 58.6%; de los pacientes derivados a residencias, el 75% se incluyó en Hospitalización Domiciliaria.- La captación se produjo mayoritariamente en Urgencias con el 45% y Medicina Interna el 16%. - Patologías más frecuentes, Infección respiratoria 36%, Insuficiencia respiratoria 25%, Insuficiencia Cardíaca 13%. - Reingresaron 3 pacientes y fallecieron 3.- La satisfacción fue buena o muy buena en el 96%.

Conclusiones y discusión: La implantación del Programa fomentó las altas precoces y disminuyó los ingresos desde Urgencias.- El número de reingresos fue escaso.- El nuevo modelo fue bien aceptado por los profesionales y satisfactorio para los pacientes.

Sistema de registro, informatización y seguimiento de la actividad vacunal infantil en el Distrito AP Sevilla Sur

PONCE GONZÁLEZ JOSÉ M^ª; RAMOS CALERO EFRÉN; VELAZQUEZ SALAS ANTONIO; ALJAMA ALCÁNTARA MANUEL; SÁNCHEZ BLANCO JOSÉ Y PAZ LEÓN URBANO.

Centro: Distrito AP Sevilla Sur

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Conocer tasas de coberturas vacunales de cada Unidad de Gestión (UG)- Realizar seguimiento del estado vacunal- Localizar población de riesgo con bajas coberturas- Empezar estrategias para actualizar y mejorar dichas coberturas-

Material y Método: Las vacunas administradas deben registrarse en el programa informático disponible y en carné de usuario.- En Andalucía disponemos de la Historia de Salud Digital y el Módulo de Vacunas DIRAYA.- Cada profesional puede obtener el listado de niños o adultos mal vacunados mediante la solicitud de “informe de vacunaciones pendientes”, seleccionando rango de fechas y calendario que contiene datos de filiación, tipo de calendario y fecha de la vacuna pendiente- Este informe tiene ciertas debilidades como que no contiene la fecha de nacimiento, por lo que no podemos agruparlos por año de nacimiento, no aparece la vacuna pendiente, no tiene en cuenta si el niño ya no se encuentra en la base de datos de usuarios (BDU) de la UG y además los niños que aparecen, generalmente, son los que en su ficha vacunal del módulo Diraya aparece como “mal vacunados” o con “vacunaciones pendientes”, que no siempre corresponde con que estén mal vacunados. - Para mejorar este listado de vacunas pendientes / niños mal vacunados, desde el Distrito se ha diseñado un procedimiento propio que consiste en descargar las vacunas pendientes del módulo vacunación Diraya, pasar el texto a tabla, importar datos BDU, eliminar duplicados, calcular vacuna pendiente, etc., obteniéndose un listado de niños con vacuna pendiente que los agrupa por año de nacimiento y que además de los datos de filiación, informa de la vacuna pendiente (por meses de edad). - Este listado se envía periódicamente a cada UG para que hagan el seguimiento de los niños y las comprobaciones y actuaciones oportunas.- Se ha realizado un manual de registro, informatización y seguimiento de la actividad vacunal infantil, donde además de recordar y consensuar el registro en el módulo de vacunas Diraya, se describen las principales causas de registros erróneos (vacunas duplicadas, no registradas, etc.) en forma de casos clínicos reales y procedimiento para su resolución- -

Resultados: Todas las UG del distrito han recibido los nuevos listados de niños con vacunas pendientes e información de sus tasas de cobertura vacunal según Diraya.- Cada UG está realizando un seguimiento individualizado del estado vacunal, localizando población de riesgo con coberturas vacunales bajas y poniendo en marcha estrategias para actualizar y mejorar dichas coberturas. - Actualmente estamos en proceso de evaluar y cuantificar esos cambios de coberturas y seguimiento de población vacunal para presentar resultados en el Congreso-

Conclusiones y discusión: La actividad vacunal es una de las intervenciones más efectivas de las que se realizan en la Atención Primaria de Salud. Es fundamental analizar los datos de coberturas así como realizar la identificación y captación de los niños que no han acudido a la vacunación, por lo que su registro es imprescindible.

IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN WEB PARA EL SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

MÁRQUEZ FERRANDO MANUELA; LÓPEZ PALOMINO JESÚS; LÓPEZ MORENO JUAN LUIS; RAMOS GUERRERO ROSA M^ª; FORJA PAJARES FERNANDO Y PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Disponer de una herramienta informática que facilite el acceso a los datos de prescripción farmacéutica de cada profesional médico en su propia consulta, y que esta información se muestre de forma clara y concisa con el fin de identificar áreas de mejora en la calidad de su prescripción y seguimiento de la misma.

Material y Método: Los informes de farmacia de cada médico son puestos a su disposición a través de la Web Diraya a la que se accede con el botón rojo "Enlace-HIS" de Historia de Salud Digital (HSD). En ella existe un menú del Servicio de Farmacia. Se muestran dos tipos de informes uno con datos cuantitativos y otro con datos cualitativos en un periodo tanto mensual como acumulado de cada indicador. Cuando el médico accede a Diraya en un ordenador y entra en la HSD de un usuario puede ver sus datos de farmacia clickeando el botón rojo. Este sistema permite además obtener un feed-back de información para los farmacéuticos ya que la web dispone de una base de datos donde se registran tantos los accesos como las peticiones de los informes de indicadores

Resultados: Desde la implantación en el mes de junio de este año del menú Servicio de Farmacia, 126 médicos han realizado las peticiones de los informes (lo que supone un 42% del total de médicos) y han consultado un total de 200 veces sus indicadores tanto cuantitativos como cualitativos.

Conclusiones y discusión: A la vista de los resultados casi la mitad de los médicos del Distrito han consultado sus datos de farmacia. La puesta en marcha del botón HIS a través de la aplicación web, en la pantalla HSD de Diraya ha supuesto una ventana de acceso inmediato al perfil de prescripción de los médicos. La gran innovación es la inclusión de los datos de prescripción farmacéutica en el canal de comunicación de los médicos a través de Diraya, con la facilidad de poder disponer de los mismos en el ordenador que desarrollan su labor asistencial diaria, todo ello con el objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia de su prescripción. - Otra de las ventajas de este sistema de información es que en breve el profesional tendrá acceso a otras utilidades en desarrollo: listado de los pacientes con potenciales problemas de interacciones medicamentosas, pautas mal prescritas... lo que supondrá una valiosa información para mejorar la calidad de prescripción. - -

EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DEL DISTRITO ALMERIA

TOBIAS MANZANO ANA; NIETO HERNANDEZ JOSEFINA; GUARDIA CANO M^a LOURDES Y CRAVIOTTO MANRIQUE ISABEL.

Centro: Distrito A.P. Almería

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Descripción de los resultados obtenidos tras la realización de la exploración bucodental a los alumnos de primero de educación primaria en los distintos centros escolares del Distrito Almería por los dispositivos de apoyo de salud bucodental.

Material y Método: Exploración odontológica de los alumnos de 1º de primaria de 46 centros escolares adscritos a los Programas de Promoción de la Salud Bucodental - Aprende a Sonreír- y llevados a cabo por 6 odontólogos del Distrito Almería en el curso escolar 2011-12.- Utilización de un sistema de registro creado y diseñado en el Distrito Almería para tal fin, con las variables: niños matriculados, explorados, caries en dentición temporal, en dentición permanente, presencia o no de mal oclusión y libre de caries.

Resultados: De los 64 centros adheridos a los distintos Programas de Salud, se han visitado 46 centros escolares, correspondientes a 15 Unidades de Gestión Clínica del Distrito Almería, siendo revisados de 93% de total de alumnos matriculados, con un resultado del 7% de alumnos con caries en dentición permanentes, el 33% con caries en dentición temporal, el 8% presentan mal oclusión y el 80% está libre de caries.

Conclusiones y discusión: El análisis de estos datos permite constatar la importante declinación de la caries en dentición temporal y permanente entre nuestra población infantil y observar que ésta no es uniforme, sino que, vemos como la caries es más prevalente en colegios situados en barrios marginales, en los de nivel socio-económico medio-bajo y en los discapacitados.- Es de relevante importancia reseñar, que esta población infantil de 6 años estudiada, cuando padece caries en dentición permanente nos referimos a los primeros molares permanentes, que erupcionan a esta edad. Es por ello que un niño que padece caries en estos molares permanentes, los cuales están recién erupcionados, también se asocia a altos niveles de caries en dentición temporal.- El riesgo de aparición de la mayoría de enfermedades orales está asociado con la pobreza, los niveles bajos de educación y el comportamiento de los individuos y comunidades.- En la comprensión de las causas de los factores asociados a la enfermedad, se considera que por encima de los determinantes de la salud- estilo de vida, medio ambiente, servicios sanitarios y genética, subyacen condiciones muy significativas como factores sociales, económicos, culturales y políticos.- Por ello en la Atención Primaria de Salud, se pretende reducir la desigual carga de las enfermedades orales, entre las poblaciones más pobres y marginadas. Promoviendo estilos de vida saludables, reduciendo los factores de riesgo para la salud oral derivados de causas ambientales, económicas y sociales. Mejorando y facilitando el acceso al sistema sanitario público e integrando la salud oral en nuestros programas de promoción y prevención.

HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

ESTEVEZ MORALES MARIA TERESA; CAPEL BONACHERA YOLANDA; GUIL LOPEZ FRANCISCA; RECHE GONZALEZ FRANCISCO; GARCIA PANIAGUA JOSE Y ARTERO LOPEZ CONSUELO.

Centro:

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Presentar estrategias de humanización de los cuidados al final de la vida.

Material y Método: Formación de los profesionales en Cuidados ante el final de la vida- Constitución del Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos a nivel hospitalario e interniveles- Elaboración de una Guía de Actuación Compartida - Habilitación de espacios físicos

Resultados: Formación de Profesionales- En 2010 se realizaron dos ediciones del Taller de formación - Cuidados ante la muerte- acreditado por la Dirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, con 1.51 créditos, formando a un total de 50 profesionales - Constitución del Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos a nivel hospitalario e interniveles- Se trata de un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales tanto del Hospital como del Distrito; el objetivo del grupo para 2011 fue la elaboración de una Guía de Actuación de Cuidados Paliativos que finalizó en Noviembre de 2011 y que actualmente está en periodo de difusión- Elaboración de una Guía de Actuación Compartida- En esta guía se desarrollaron los circuitos necesarios para facilitar la accesibilidad de los pacientes y garantizar la atención de calidad las 24h del día (ingresos programados, atención preferente en urgencias, comunicación interniveles, derivación al ESCP) - Establecimiento de medidas de atención específicas (habilitación de espacios físicos)- Durante 2011 trabajamos en mejorar las condiciones de intimidad de los pacientes al final de la vida y se habilitaron cuatro habitaciones individuales acondicionadas para facilitar el proceso de duelo a estos pacientes y sus familiares; en el año 2011 fallecieron en estas habitaciones 177 pacientes de un total de 309 hospitalizados en dicho periodo en la Unidad de Medicina Interna, lo que supone un 57% del global de pacientes- -

Conclusiones y discusión: La formación en cuidados paliativos fomenta el bienestar del paciente y familiar proporcionando una atención sanitaria ajustada a sus necesidades- La formación de un Grupo de Trabajo con profesionales tanto de Hospital como de Atención Primaria garantiza la continuidad asistencial y la homogeneización de las actuaciones entre los diferentes niveles - La elaboración de la Guía de Actuación Compartida como herramienta de trabajo contribuye a la disminución de la variabilidad en la atención sanitaria a este grupo de pacientes y familias.- La habilitación de habitaciones individuales donde poder facilitar el duelo y la despedida del paciente al final de sus días proporciona una atención sanitaria que promueve el bienestar, respeta la intimidad, la confidencialidad y mejora el confort y la calidad de vida del paciente y su familia.-

REPERCUSIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA EN LA SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO

DELGADO MORENO SILVIA; FORJA PAJARES FERNANDO; BALLESTA GARCÍA MIGUEL; PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL; SÁNCHEZ ALEX MARÍA DOLORES Y CALERO MORA JOSEFA.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1.Determinar qué indicadores de las Encuestas de Satisfacción se relacionan en mayor medida con los estándares requeridos para la Acreditación de las UGC.- 2.Estimar qué indicadores y en cuántas UGC han experimentado una mejoría tras la Acreditación de dichas Unidades.- 3.Evaluar la repercusión de la acreditación sobre mejora en la satisfacción del ciudadano.-

Material y Método: Selección de todas las UGC del Distrito Sanitario que se han acreditado desde 2008 a 2011. Hemos excluido a los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, por carecer de estudio específico de las Encuestas de Satisfacción.- Estudio de todos los indicadores de las Encuestas de Satisfacción, seleccionando aquellos que se relacionaban más directamente con aspectos de la Acreditación y podían por tanto presentar mayor influencia sobre su consecución.- Análisis de los resultados de las Encuestas de Satisfacción del año de inicio del procedimiento de acreditación de cada UGC y las del año en que recibieron la resolución de acreditación, determinando qué indicadores habían experimentado una mejoría en la satisfacción del ciudadano durante el procedimiento y en qué porcentaje de UGC.-

Resultados: 1. Entre 2008 y 2011 se han acreditado en el Distrito Sanitario un total de 10 UGC.- 2.Los indicadores de las Encuestas de Satisfacción seleccionados por relación más clara con la Acreditación fueron 14, con el siguiente aumento tras acreditación:- Satisfacción con el servicio recibido : aumento en el 80% de las UGC- Confianza en la asistencia prestada: aumento en el 40% de las UGC- Recomendaría su Centro: aumento en el 60% de las UGC- Espacio del Centro: aumento en el 70% de las UGC- Limpieza del Centro: aumento en el 70% de las UGC- Ventilación del Centro: aumento en el 50% de las UGC- Comodidad de las instalaciones: aumento en el 50% de las UGC- Instalaciones en general: aumento en el 80% de las UGC- Confidencialidad de los datos clínicos: aumento en el 50% de las UGC- Organización del Centro en general: aumento en el 50% de las UGC- Respeto en el trato: aumento en el 90% de las UGC- Información recibida: aumento en el 80% de las UGC- Intimidad: aumento en el 80% de las UGC- Recomendaría al profesional que lo atendió: aumento en el 90% de las UGC- -

Conclusiones y discusión: El proceso de acreditación conlleva una intensa labor y dedicación de todos los profesionales de cada UGC. El objetivo de alcanzar este reconocimiento va unido irremediamente a una serie de mejoras en la Unidad a todos los niveles.- Tras este estudio podemos concluir que el proceso de acreditación se asocia con una mejora en la percepción y satisfacción del ciudadano, especialmente en el trato, satisfacción con el servicio recibido, instalaciones en general, información, intimidad y recomendación del profesional que atiende.- No es tan significativa la mejora en la confianza en la asistencia, ventilación y comodidad, confidencialidad de los datos y organización del Centro en general.-

ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA “CAPACIDAD TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPEUTICAS” EN MEDICOS DE A PRIMARIA

FERNÁNDEZ-SACRISTÁN GARRIDO BLANCA; GARCÍA RIOJA FILOMENA; ESPÓSITO GONFIA THOMAS; GALLARDO MOLINA VERÓNICA Y PERIAÑEZ VEGA MAYTE.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Dar a conocer a los responsables de UGC las prácticas concretas con mayor frecuencia incorporadas en los mapas de competencias asociadas a la competencia de estudio.- Identificar el perfil medio de los médicos de atención primaria en cada una de las buenas prácticas identificadas, con la finalidad de comprobar la necesidad de acometer acciones formativas que faciliten el desarrollo de las mismas hacia niveles excelentes. -

Material y Método: El análisis parte de la Identificación de las buenas prácticas incluidas en los mapas competenciales de los médicos de atención primaria para la competencia indicada. - La muestra son 198 UGC para las que se identifican 12 buenas prácticas diferentes asociadas a esta competencia, descartando aquellas cuya frecuencia es inferior a 106 (error: 0.05 > n=106), considerándose 3 de ellas como prácticas claves.- Se ha analizado el posicionamiento de estos profesionales en relación a su nivel de capacitación en las buenas prácticas consideradas, a través de una autoevaluación.- La información se actualizó a fecha de 10 de octubre 2012 procedente del sistema de información de la Agencia de Calidad Sanitaria (CMO) -

Resultados: Las buenas prácticas identificadas como claves son: - 1ª. El/la profesional maneja las técnicas propias del ámbito de su grupo profesional (143 UGC)- 2ª. El/la profesional realiza una evaluación clínica correcta, solicita e interpreta las pruebas diagnósticas requeridas, estableciendo un diagnóstico y un pronóstico. (142 UGC)- - 3ª. El/la profesional tiene habilidades para prestar a los usuarios una atención de calidad en aquellos aspectos relacionados con su disciplina. (106 UGC)- - En cuanto a los perfiles medios:- 1ª De 1330 médicos de familia de 143 UGC, 130 tienen un nivel Básico, 388 un nivel medio, 625 un nivel alto y 187 muy alto, por lo que casi un 40 % de ellos (38,95) está identificando una necesidad formativa o de mejora.- 2ª De 1272 médicos de familia de 142 UGC, 56 tienen un nivel Básico, 304 un nivel medio, 651 un nivel alto y 261 muy alto, lo que se traduce en que aproximadamente un 28 % de ellos (28,3) identifica una necesidad formativa o de mejora- 3ª De 862 médicos de familia de 106 UGC, 40 tienen un nivel Básico, 239 un nivel medio, 478 un nivel alto y 105 muy alto, por lo que algo más 30 % (32,37) identifican esa necesidad.-

Conclusiones y discusión: Conocer las prácticas claves identificadas desde las UGC para competencias y puestos de trabajo, y los niveles de capacitación de los profesionales, permite priorizar sobre qué actuaciones de mejora es más importante incidir, partiendo del profesional como protagonista absoluto de su desarrollo.- En la actualidad, desde el Observatorio para la Calidad de la Formación en se están realizando análisis de otras competencias y puestos de trabajo con la misma finalidad-

AHORA MAS QUE NUNCA, CALIDAD

MARTÍN VÁZQUEZ JOSÉ MANUEL; GARCÍA TORMO CONSUELO; GAVILAN CARRASCO JUAN CARLOS; GONZÁLEZ GARCÍA ALICIA; BUFORN CRESPO PEDRO Y CAMPILLOS ROSA RAMÓN.

Centro: XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Se exponen tres objetivos: La implantación de un plan de calidad que permita acreditarnos por JCI, generar confianza a nuestros grupos de interés y establecer un modelo de gestión de profesionales para implicarlos en el cambio.

Material y Método: En Mayo 2010, un nuevo equipo directivo asume el hospital. Privado, inaugurado en 2006, 422 profesionales, 136 camas, en zona turística, con cartera de servicios de 3º nivel.- Se parte casi desde cero. En Junio se diseña un Mapa Estratégico con cuatro perspectivas (Aprendizaje y desarrollo, Procesos, Clientes y Financiera), 19 objetivos y tres metas estratégicas: Responder a las necesidades de los clientes, generar nuevo modelo de relaciones profesionales e incrementar la actividad a base de calidad.- Una aseguradora (BUPA INTERNACIONAL), se convierte en aliada involuntaria, exigiendo un programa de evaluación propio, basado en el de JCI, con dos evaluaciones in situ (2011 y 2012).-

Resultados: Se construye el mapa de procesos (28), y se establecen 4 políticas, 32 procedimientos y 31 protocolos específicos. Se realizan mapas de riesgos y un AMFE de hospitalización. Se crea el comité de ética asistencial, (1º comité acreditado por la Consejería de Salud, en la sanidad privada en Andalucía), se establece semanalmente el comité oncológico. La UCI desarrolla el plan de actuación ante PCR. Se ponen en marcha los comités de infecciones, farmacia, transfusiones, mortalidad, el comité de mejora de la práctica asistencial y el de coordinación asistencial para valorar las decisiones sobre pacientes ingresados, cuando intervienen varias especialidades. Se desarrolla un HIS con 2 cuadros de mando, uno de actividad y otro de calidad, este con 53 nuevos indicadores. Se establecen los privilegios médicos por especialidad y las competencias enfermeras. Se realizan audits de Hª clínicas y de consentimientos informados. Encuestas de satisfacción en hospitalización y hospital de día. El índice de reclamaciones es 0,04 ‰/00, se incrementa actividad 2011/2010 54% en ingresos y 59% en cirugía y 2012/2011 24% y 29% respectivamente. El nivel de satisfacción de los pacientes es alto. Los miércoles se realiza una sesión sobre un tema clínico o de interés para médicos y enfermeras. En febrero se firmó con los jefes clínicos un plan de objetivos ligado a incentivos, y en la bolsa económica participan el hospital y los distintos servicios médicos.- Se implantan las 6 metas de la OMS y JCI de seguridad.- En la segunda evaluación realizada por BUPA, en Abril 12, han propuesto recomendar a nuestro hospital como referencia para sus clientes.-

Conclusiones y discusión: Aunque la acreditación de instituciones y servicios sanitarios viene de lejos, y con resultados en ocasiones excelentes, muchos profesionales y directivos siguen preguntando: ¿Para qué?.- En un hospital privado, no ver las ventajas de hacer bien las cosas y demostrarlo, puede suponer perder proveedores y clientes. En los centros públicos, será cuestión de tiempo sentir los inconvenientes de no verlo.-

PROGRAMA DE ATENCION FARMACEUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

VILLALTA ANDUJAR TOMAS Y MARTIN HERRANZ ISABEL.

Centro:

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: El Programa de Atención Farmacéutica en Centros Sociosanitarios, recogido en la Ley de Ordenación Farmacéutica de Galicia 5/1999, establece que dicha prestación se llevará a cabo desde los servicios de farmacia del hospital de referencia. En nuestro hospital se puso en marcha este programa en el año 1998 incorporando la atención farmacéutica a un centro de 302 pacientes y lo amplió con dos centros más en el año 2003 y con cuatro nuevos centros durante el año 2005. Actualmente un total de siete Centros Sociosanitarios(CSS) se encuentran adscritos al Servicio de Farmacia (SF) en los que cinco farmacéuticos especialistas proporcionan atención farmacéutica a 1.237 pacientes cuyo objetivo es la mejora de la calidad de la asistencia al paciente institucionalizado. Nuestro objetivo es describir el programa de Atención Farmacéutica (AF) a CSS.

Material y Método: Implantación de la AF mediante la revisión del 100% de las historias clínica, conciliación y validación de tratamientos, realizando lo intercambios terapéuticos e intervenciones farmacéuticas oportunas. Elaboración del perfil farmacoterapéutico de cada paciente. Establecimiento del depósito de medicamentos en función de las necesidades asistenciales de cada CSS o implantación de un sistema de dosis unitaria semanal. Definición de los procedimientos normalizados e instrucciones de trabajo según la norma ISO 9001:2008.

Resultados: La Coordinación de la AF ha permitido la agilización de la comunicación entre niveles asistenciales (Sociosanitario/ Atención primaria/ Especializada) que integran el área sociosanitaria y el establecimiento de un sistema de comunicación propio. Se han establecido indicadores de calidad comunes de acuerdo con la política de calidad del hospital y la cartera de productos del SF y se ha integrado el farmacéutico especialista en el equipo sanitario del centro participando en las comisiones de valoración de los pacientes al ingreso y en el seguimiento farmacoterapéutico del mismo.- Mediante la conexión con la intranet del hospital y a las aplicaciones del Sistema Galego de Saude (IANUS, SIFAR) se agilizó la consulta de la historia clínica (informes alta, resultados analíticos, etc.) facilitando la participación en la decisiones clínicas.. Se convocaron reuniones semanales del área sociosanitaria que permitieron conocer problemáticas comunes, casos clínicos de interés, etc.-

Conclusiones y discusión: La implantación de permitido proporcionar AF especializada e individualizada de acuerdo a las características específicas de este grupo de población y supone una reducción del coste de la terapéutica consecuencia de la adaptación de los tratamientos a la guía farmacoterapéutica y al sistema de gestión de compras.- La coordinación de la AF asegura la garantía de calidad en todas las actividades desarrolladas por el SF con el objetivo de mejorar la calidad asistencial en todo lo relacionado con el proceso de utilización de los medicamentos y mejorar la calidad de vida del paciente institucionalizado-

LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES.

AVILA RODRIGUEZ FRANCISCO JOSÉ Y SÁNCHEZ ALCALÁ ÁLVARO.

Centro: Empresa Publica de Emergencias Sanitarias.

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: La evaluación de los procesos asistenciales es una herramienta de mejora continua de la calidad asistencial. Permite optimizar la práctica clínica, fomentar el aprendizaje de los profesionales y conseguir los mejores de resultados en salud para el ciudadano .En EPES la evaluación se realiza de forma continua, con informes semestrales que permite el análisis de nuestra actividad asistencial. De esta forma podemos identificar posibles áreas de mejora y plantear las acciones correctoras oportunas. El Grupo de Procesos Respiratorios de EPES promueve la mejora continua en el manejo de los procesos respiratorios mas comunes en nuestro ámbito: ASMA Agudizada , EPOC Reagudizado y Edema Agudo de Pulmón.- Objetivo- Describir la metodología de evaluación de procesos en EPES- Analizar el resultado de la evaluación de procesos respiratorios.

Material y Método: Material y Método- Estudio transversal observacional, retrospectivo. La población de estudio es una muestra aleatoria de todos los procesos respiratorios asistidos por los equipos del 061 en Andalucía durante el periodo comprendido entre el 1/10/2010 al 30/09/2011.- Los criterios de inclusión son HC de pacientes con los juicios clínicos: 91.21 ,496 ,493.01 ,493.11 ,493.21,493.91,428.1 y 518.4- La fuente de datos es la aplicación informática Evaluación de la Historia Clínica de EPES.- La metodología de evaluación se baso en la aplicación de un listado de verificación específico a cada proceso asistencial (ASMA,EPOC,EAP) donde se analizan la anamnesis, exploraciones complementarias, tratamiento, diagnóstico y derivación .El numero de variables para cada proceso es 12 para Asma ,14 para el EPOC y 14 para el EAP.- La verificación de cada proceso se ha realizado siguiendo las recomendaciones de PAI Asma del Adulto ,EPOC, Insuficiencia Cardiaca y de las Guías de Practica Clínica de referencia.- Una vez auditado el proceso se considera APTO (100% de las variables correctas) o NO APTO.

Resultados: RESULTADOS- Las asistencias 061 generaron 2524 HC (231 Proceso Asma, 1334 Proceso EPOC y 959 proceso EAP).Se seleccionó una muestra aleatoria en las 8 provincias de la Comunidad. Se auditaron 893 HC (143 Asma,363 EPOC y 326 EAP).- Los resultados fueron 95% adecuación para el Asma, 92% para el EPOC y 95% para el EAP.- Las variables incorrectas corresponden fundamentalmente al registro insuficiente de exploraciones, pruebas diagnosticas y constantes (46,6%) y una aplicación incompleta del tratamiento (38%).-

Conclusiones y discusión: CONCLUSIONES- A la vista de los resultados podemos considerar que el manejo de los procesos respiratorios se realiza de forma correcta, obteniéndose unos resultados globales satisfactorios (94% de adecuación)- Es preciso mantener una evaluación de continua del proceso asistencial que permita identificar las desviaciones de la norma establecida, informar a los profesionales y las promover las acciones de mejora oportunas.

Resultados preliminares de un análisis de fiabilidad para un portfolio de competencias profesionales

HERRERA USAGRE MANUEL; ALMUEDO PAZ ANTONIO; REYES ALCÁZAR VÍCTOR; JULIÁN CARRIÓN JOSÉ Y CARRASCOSA SALMORAL MARÍA DEL PILAR.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Presentar los resultados preliminares de los análisis de fiabilidad de consistencia interna para el Programa de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Material y Método: Se analizó una muestra de 20 manuales de competencias de diversas disciplinas clínicas de un total de 70. Fueron analizados un total de 2071 proyectos de acreditación profesional a través de una web-based application. Los datos fueron recogidos por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), España, a través de las bases de datos del programa de acreditación de competencias profesionales entre 2008 y 2011. Para los análisis de fiabilidad se han utilizado el Alpha de Cronbach.

Resultados: El conjunto de los 20 manuales de competencias profesionales han mostrado un elevado nivel de fiabilidad, con un alpha de Cronbach superior a 0.8. Existen indicios para afirmar que el número de ítems no afecta a la estabilidad del alpha.

Conclusiones y discusión: El Programa de Acreditación de competencias profesionales ACSA tiene una óptima fiabilidad, valorada en términos de consistencia interna.

INNOVANDO EN LA VALORACIÓN DE CAÍDAS DE PERSONAS MAYORES.

BENITEZ RIVERO JAVIER; PEREJON DIAZ NIEVES; ARRIAZA GESTOSO MARCELINO Y BELLANCO ESTEBAN PILAR.

Centro: UGC La Laguna

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Analizar el hábitat del octogenario, los llamados Factores Extrínsecos de las caídas, detectando los lugares de riesgo de caídas, relación entre autonomía, mediante Test de Barthel, y el riesgo de caídas, mediante Test de Time Up & Go y sus correlaciones, por genero y valores de los test.

Material y Método: En el PIAMLA'80, se procedió al análisis del medio como mecanismo para evaluar los Factores Extrínsecos de las Caídas, mediante el diseño de un cheking list donde se recogían la existencia de obstáculo o dificultad, incluido la ausencia de elementos de ayuda agrupados en los ítems: Obstáculos externos a la vivienda, ascensores, pasamanos, pasillos, salón, baño, dormitorios.

Resultados: De una población de >80 años 984, se detectaron 342 inicialmente, 33,18% hombres y 66,60 restante mujeres. El Barthel medio era de 80,42 puntos, Lawton de 5,76 y Gijón de 11,3, y el Time Up & Go de 17,47 +/- 9,23 e intervalos de 9 a 40 segundos.- Los obstáculos los encontramos por este orden: Pasillo 23,58; Baño 22,68; Salón 18,59; Externos 17,91; y por último el Dormitorio 15,19; excepcionalmente hemos encontrado en 9 casos colocados pasamanos en los domicilios, teniendo el 95% ascensores.- Mediante la r de Pearson, encontramos relación de 0,39 entre Time Up & Go y Barthel, con Lobo de 0,30 y con MNA nos resulta valor de -0,12.-

Conclusiones y discusión: Esta zona de la ciudad, de nivel socioeconómico medio-alto, los octogenarios tienen una vivienda adaptada cuanto más dependiente son y más lento en sus movimientos, mayor riesgo de caída, menos obstáculos nos encontramos, siendo la frecuencia de aparición de los mismos la siguiente: pasillo -baño-salón-obstáculos externos-dormitorio-ascensores.- Existen muy pocos pasamanos colocados 4,97% de las viviendas y el 95% tienen ascensores.- Es necesario aumentar la información de adaptación del hogar para mayores en prevención de caídas.- La realización del Time Up & Go como test sencillo, rápido y con fiabilidad de valoración del riesgo de caídas por su correlación con la escala de Tinetti de amplio respaldo internacional.- -

Cribado Retinopatía diabética en Proceso Asistencial Diabetes. Retinografía. Valoración asistencias.

GALOBART MORILLA PATRICIA; SAMPEDRO ABASCAL CONSUELO; CAMACHO JUAN LUIS; DE LA CASA PONCE MARINA; BARRIOS RODRIGUEZ LAURA Y PEREA RODRIGUEZ MARTA.

Centro: C.S. Mercedes Navarro

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Determinar el grado de adherencia para la realización de Retinografía en los pacientes con Diabetes tipo 2. Causas que han determinado la falta de asistencia a la realización de la Retinografía programada.

Material y Método: Estudio transversal descriptivo durante 12 meses de 259 pacientes diagnosticados de Diabetes tipo 2 que han sido derivados para retinografía digital -cribado perteneciente al Proceso Asistencial de Diabetes- desde el Centro de Salud y de ellos los que no acudieron. Periodo evaluado: Desde Enero de 2010 a Diciembre del 2011. Contacto personal o por teléfono con los interesados y se constata el motivo de la no asistencia. Variables: Retinografías solicitadas, Número de pruebas no realizadas y análisis de los motivos de la no asistencia al estudio.

Resultados: Se remiten a estudio 259 pacientes de los que se realiza la valoración a 220 (85%), no acudiendo a la cita 39 pacientes (15%). Retinografías realizadas: 88,36% son normales, el 8,47% son patológicas y en un 3,17% no han podido ser valoradas. Se valoraron las causas de la ausencia a la cita: mala información por profesionales (10,26%), olvido (25,64%), desinterés (5,13%), enfermedad (15,38%), desconocimiento del lugar (5,13%), fallecimiento (2,56%), traslado a otro centro de salud (10,26%), problemas laborales (5,13%), no lo recuerda (2,56%) y coincidencia de citas (2,56%). Existe un número apreciable de casos de los que no acudieron que no se ha podido localizar por diversos motivos (15,38%).

Conclusiones y discusión: Se detecta un alto cumplimiento de los pacientes en su cita para la realización de Retinografías y se valora el olvido como la causa más frecuente de ausencia a la realización del proceso. Promoción de medidas recordatorias para minimizar el efecto olvido en las citas y aportar buena información sobre la sistemática del estudio y relevancia del mismo. Insistir en el cribado ocular ajustado al Proceso Asistencial para una mejora del diagnóstico precoz de la Retinopatía.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN HOSPITALARIO

COTRINA LUQUE JESÚS; ACOSTA GARCÍA HÉCTOR; SANTOS RAMOS BERNARDO; GALVÁN BANQUERÍ MERCEDES; ALFARO LARA EVA ROCÍO Y ACOSTA DELGADO DOMINGO.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Determinar el grado de adecuación al protocolo de insulinización subcutánea en el inicio del tratamiento en pacientes hospitalizados candidatos que fueran atendidos a través del sistema de dispensación de dosis unitarias de un hospital de tercer nivel.

Material y Método: En 2010 se implantó en nuestro centro el protocolo de insulinización subcutánea para pacientes hospitalizados de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición, en donde se recomienda: a) control de glucemia de pacientes diabéticos tipo II en tratamiento domiciliario con antidiabéticos orales con pauta de insulinización subcutánea tipo "bolus – basal – corrección"; b) utilización de insulinas de acción lenta (glargina/detemir) combinadas con análogos de acción rápida (lispro/aspártico/glulisina exclusivamente). - Tras un periodo razonable de difusión nos planteamos la necesidad de evaluar el grado de cumplimiento del protocolo por parte de los facultativos mediante una autoauditoria. Como criterio de calidad elegimos aquellos pacientes con menos de 2 parámetros no adecuados y como indicador de proceso la razón del número de pacientes incluidos con menos de 2 parámetros no adecuados/total de pacientes incluidos (estándar: 75%). - Criterio de inclusión: pacientes que ingresan desde el 01-01-12 a 31-03-12 en las camas de unidades de gestión clínica con sistema de distribución en dosis unitarias: Medicina Interna, Otorrinolaringología, Oftalmología, Endocrinología, Infecciosos, Respiratorio y Cirugía de Tórax, Oncología, Urología, Digestivo, psiquiatría, Nefrología y Hematología. - Criterios de exclusión: pacientes con insulinización intravenosa, nutrición parenteral o enteral, tratamiento con corticoides, edad < 14 años, embarazo, diabetes tipo 1, paciente debutante, insuficiencia renal crónica, falta de datos en la Historia Clínica Digital (SIDCA). - Las variables que se midieron fueron :adecuación de la pauta correctora, adecuación de la dosis total diaria de insulina, cumplimiento del método bolus – basal. - Como fuentes de información se utilizó la historia clínica digital y la aplicación de unidosis del programa Landtools® de Farmacia. -

Resultados: Se revisaron 200 pacientes de los que finalmente se incluyeron en el estudio 98. Un 20,4 % de los pacientes presentaron todos los parámetros adecuados al protocolo. Un 57.1 % presentaron un parámetro no adecuado. Un 22.5% más de 1 parámetro no adecuado.

Conclusiones y discusión: Aunque la adecuación al protocolo no ha sido muy elevada, en casi el 80 % de los casos la prescripción se adecuó en todos los parámetros excepto uno. En casi la mitad de los casos la no adecuación fue por una dosis inferior a la indicada, lo que parece indicar que hay cierto temor a la hipoglucemia. Sería necesario realizar un estudio de seguimiento para comprobar si a lo largo del ingreso, y gracias a los controles de glucemia, aumenta la adecuación en este parámetro, y con ello la adecuación global.

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN DIABETES SOBRE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

BALLESTA GARCÍA MIGUEL; DELGADO MORENO SILVIA; FORJA PAJARES FERNANDO; BERMÚDEZ DE LA VEGA ISABEL; QUINTERO DOMÍNGUEZ RAFAEL Y PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Medir el impacto de la formación en diabetes sobre indicadores de procesos de atención.- Medir el impacto de la formación en diabetes sobre indicadores de resultados.-

Material y Método: Durante el mes de abril de 2011 se realizaron dos ediciones de una actividad formativa en diabetes acreditada de 10 horas lectivas y 1,65 créditos. En esta actividad participaron 37 médicos de familia. En el presente trabajo nos proponemos estudiar la evolución de algunos indicadores de calidad en los procesos de atención al paciente con diabetes y en los resultados, en el momento de realizar la actividad y una vez transcurrido 1 año de la misma.- Se han seleccionado dos indicadores:- Porcentaje de pacientes que tienen realizada una hemoglobina glicosilada en el último año.- Porcentaje de pacientes que tienen la hemoglobina glicosilada por debajo del 8%.- Los criterios de inclusión para participar en el estudio son haber realizado la actividad con calificación de apto, tener un cupo médico y mantener el mismo cupo durante el periodo de 1 año.- Los datos se han recogido del módulo DIABACO de la historia de salud digital DIRAYA integrando todos los pacientes con diagnóstico de diabetes de todos los cupos médicos candidatos para el estudio y como grupo control el resto de los pacientes con diabetes cuyos médicos no realizaron la actividad formativa.- El análisis estadístico se realiza mediante test de de la t de Student para muestras apareadas con dos colas de distribución.-

Resultados: Un total de 30 médicos cumplen los criterios de selección para el estudio.

- El total de pacientes con diabetes de los 30 cupos médicos seleccionados ascendió a 3.630.- El porcentaje de pacientes con hemoglobina glicosilada en el último año antes de que el profesional recibiese la actividad formativa es del 62,41% y un año después de la actividad formativa 68,13% ($p=0.009$). En el resto de cupos médicos que no participaron de la actividad formativa que totalizarían 32.536 pacientes con diabetes el porcentaje de pacientes evolucionó del 56,41% al 54,24%. - El porcentaje de pacientes con glicada menor de 8 evolucionó en el grupo de los pacientes de los médicos con formación del 76,91% al 80,11% ($p=0,017$) y en el grupo de control del 76,88% al 76,6%. -

Conclusiones y discusión: La formación del médico de familia en diabetes conlleva un cierto impacto en la calidad de los procesos de atención a los pacientes con diabetes, mejorando significativamente el número de pacientes al que se le realizan pruebas de control metabólico. Igualmente también mejora significativamente los resultados disminuyendo el porcentaje de pacientes con mal control metabólico.

EL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE UNA UNIDAD DOCENTE DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

BERMÚDEZ DE LA VEGA ISABEL; ROSANO DUARTE LUISA; LÓPEZ ARANDA JAVIER FRANCISCO Y BALLESTA GARCIA MIGUEL.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Implantar un Plan de Gestión de la Calidad Docente en una Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria como herramienta que garantice el control de la calidad de la Formación Sanitaria Especializada (FSE) en un Distrito de Atención Primaria

Material y Método: Durante el segundo semestre de 2011 se elaboró el Plan de Gestión de la Calidad Docente (PGCD) de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de un Distrito de Atención Primaria de acuerdo al Modelo de Formación Sanitaria Especializada del Sistema Sanitario Público de su Comunidad Autónoma. El Plan fue aprobado por Comisión de Docencia de la Unidad Docente y autorizado por la Dirección Gerencia del Distrito en Febrero de 2012.- - El PGCD se diseñó siguiendo la metodología de Gestión por Procesos habiéndose definido Procesos Estratégicos, Operativos y de Soporte, un Mapa de Procesos de la Formación Especializada del Distrito, una Política de Calidad y unos procedimientos y registros.- - Asimismo se estableció un Plan de Comunicación para dar a conocer el PGCD a los agentes implicados en la FSE del Distrito: Especialistas en formación, Tutores, Directores de centros acreditados y Colaboradores Docentes.-

Resultados: El PGCD del Distrito incluye 3 Procesos Estratégicos (Elaboración del Plan Estratégico de Formación, Plan de Auditorías Internas y Planificación de la oferta formativa), 3 Procesos Operativos (Gestión de la Programación Formativa/ Guías Formativas, Gestión de la Adquisición de Competencias y Gestión de la Evaluación del Especialista en Formación) y 2 Procesos de Soporte (Gestión de Recursos Docentes/Comisión de Docencia y Autorización, Formación y seguimiento de Tutores de Formación Sanitaria Especializada del Distrito).- - Para cada proceso se han establecido objetivos, responsables, límites de entrada y salida, recursos e indicadores del grado de cumplimiento de los mismos . Los resultados del análisis de indicadores se realizarán anualmente y se reflejarán en la Memoria de la Unidad Docente.- - Estos procesos se encuentran en período de implantación o ya plenamente implantados en la Unidad Docente del Distrito. - -

Conclusiones y discusión: El Plan de Gestión de la Calidad de una Unidad Docente puede constituir una herramienta muy útil para garantizar unos niveles de calidad adecuados de la Formación Sanitaria Especializada y al mismo tiempo para detectar áreas de mejora de la misma

Mejora de la calidad en el empleo de las tiras para el autoanálisis de glucemia capilar

RAMOS GUERRERO ROSA MARIA; LÓPEZ PALOMINO JESÚS; MÁRQUEZ FERRANDO MANUELA; FORJA PAJARES FERNANDO Y PEREIRO HERNÁNDEZ

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: -Mejorar la calidad en la utilización de tiras reactivas para el autoanálisis de glucemia capilar (AGC) en pacientes crónicos con Diabetes Mellitus (DM).- Ajustar el consumo de tiras reactivas de nuestro entorno al valor objetivo del Contrato Programa .-

Material y Método: El consumo de tiras por tarjeta sanitaria, medido como nº de tiras/1000 tarjetas sanitarias ajustadas según gasto en farmacia por rango de edad, tiene un valor de 919,2 en el mes de Noviembre 2011, siendo superior al objetivo (750), lo cual hace necesario un uso mas eficiente.- Durante un período de 8 meses se implantan las siguientes estrategias con objeto de mejorar la calidad y reducir su consumo:- Como herramienta Guía de calidad se selecciona el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de DM. - Se diseña un protocolo acorde al PAI con el nº de AGC que le corresponde por día o semana en función del tratamiento antidiabético del paciente y según control estable o inestable de glucemia.- Se difunde el protocolo - Se establece el protocolo como criterio único para la autorización del visado de las recetas de tiras.- Se diseña por el Servicio de Farmacia unos informes individualizados por facultativo, mediante un programa Acces y teniendo como fuente los datos de facturación de recetas, de pacientes a los que no le corresponden AGC, para su revisión y ajuste al Protocolo.-

Resultados: El protocolo de uso de tiras basado en el PAI de DM fue distribuido a la totalidad de los facultativos implicados en la asistencia al paciente, así como a los profesionales implicados en el visado de recetas de tiras, enviándose por email y colgándose tanto en la intranet del Distrito como en la Historia de Salud Digital para su consulta inmediata. Durante el período de estudio la tasa ha pasado de 919,2 a 785,9.

Conclusiones y discusión: La utilización inadecuada de AGC no demuestra beneficios consistentes en términos de calidad de vida, satisfacción del paciente y prevención de hipoglucemias, además de un consumo de recursos innecesarios. El PAI de DM es una herramienta de calidad para la asistencia de los pacientes. La implantación del PAI en nuestro entorno nos garantiza la calidad de la atención a nuestros pacientes así como una utilización eficiente de los recursos. Las estrategias realizadas han reducido en los 8 meses la tasa de consumo en 133,3 tiras/1000 TAFE/mes aproximándose al valor objetivo, aunque sigue ligeramente superior. Un período de tiempo mayor nos permitirá alcanzarlo- La elaboración de protocolos y difusión de los mismos, así como la obtención de herramientas informáticas que nos faciliten listados de pacientes, ha permitido implantar el PAI de Diabetes e incorporar el protocolo como filosofía de trabajo a la hora de prescribir una tira. Todo ello a su vez ha facilitado ajustar su consumo.-

EL CUIDADO FAMILIAR SEGÚN LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD

ALBAR MARÍN M^a JESÚS; CASADO MEJÍA ROSA; RUIZ ARIAS ESPERANZA; TORRES ENAMORADO DOLORES; SÁNCHEZ OCAÑA CARMEN Y GERMÁN BES CONCEPCIÓN.

Centro: Dpto de Enfermería. Universidad de Sevilla

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Objetivo general: - Conocer la opinión de los/las profesionales de la salud sobre cuidados familiares.- Objetivos específicos: - Identificar estrategias de cuidados familiares.- Identificar factores de riesgo de los cuidados para la salud mental y física de las cuidadoras familiares.- Explorar las motivaciones para la elección de las distintas prestaciones institucionales ofertadas, y su relación con el género.-

Material y Método: Metodología Cualitativa. - Ámbito de estudio: centros de salud de la provincia de Sevilla.- Participantes: 7 médicos/as; 11 enfermeras/os; 8 trabajadoras/es sociales - Técnica: Se realizaron tres grupos de discusión en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, de la Universidad de Sevilla, uno con cada uno de los colectivos profesionales. Como criterio de homogeneidad se utilizó el grupo profesional y, de heterogeneidad el sexo, nivel de atención y grupo población atendida.- Los grupos fueron moderados por investigadoras del equipo. El guión de entrevista incluía preguntas dirigidas a responder a los objetivos del estudio. - Aspectos éticos: se solicitó el consentimiento a los/las participantes del grupo para grabar la sesión y posterior utilización de la información para los fines de la investigación, garantizándoles la confidencialidad y el anonimato.- Análisis: la información proporcionada fue transcrita y analizada con el NudistVivo9.-

Resultados: Existen diferencias en las estrategias de cuidados identificadas por cada grupo profesional. Sin embargo, coinciden en las personas cuidadoras que asumen toda la carga y su repercusión en el estado de salud. Por otra parte, todos los grupos identifican una mayor presencia de culpa en las mujeres cuidadoras.- En relación con la elección de medidas institucionales, el grupo de médicos/as reconoce tener un escaso conocimiento de los motivos que llevan a elegir unas u otras. Por el contrario, tanto las enfermeras/os como las trabajadoras sociales muestran un profundo conocimiento de estas cuestiones. - En este sentido, opinan que hay un sesgo de la concesión de las ayudas solicitadas a favor de los hombres.-

Conclusiones y discusión: Existe concordancia en las opiniones de los tres grupos de profesionales que han sido entrevistados. No obstante, las trabajadoras sociales y las enfermeras ponen de manifiesto un mayor conocimiento de las motivaciones en la elección de ayudas institucionales. Como en la mayoría de los estudios, los profesionales muestran su acuerdo con la relación entre cargas del cuidador/a y estado de salud. - Por otra parte, destacan que el sentimiento de culpa es patógeno y está más presente en las mujeres.- Finalmente, se observa que las medidas institucionales no siempre se están utilizando para beneficiar a quiénes cuidan; las mujeres en mayor proporción vuelven a cumplir con su rol de género y ceden las ayudas para otras causas familiares.-

EXPERIENCIA DE ACREDITACION DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCION PRIMARIA

DE IRIGOYEN DÍAZ ANA; GOMEZ PARRA FAUSTINO; LÓPEZ DE LYS CARMEN; SÁNCHEZ BASALLOTE JOSE ENRIQUE; ALVARADO MORALES MANUEL JESÚS Y CHACÓN VILLANUEVA REMEDIOS.

Centro: UGC Ubrique

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Siendo nuestra misión atender las necesidades de la población relacionadas con la salud y bienestar a la vez que la de proporcionar servicios y cuidados de calidad a los ciudadanos, los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) no podíamos menos que abordar el reto de apostar por el trabajo asistencial en aras de una mejora continua en nuestra actividad. Para ello, se decidió en plenario darle forma a este reto e iniciar juntos el camino de la Autoevaluación como un proceso de reflexión interna de cada profesional y adoptando como marco de referencia el Manual de estándares de certificación de las Unidades de Gestión Clínica.- El objetivo es describir el proceso de acreditación de la UGC de Ubrique-

Material y Método: Referéndum en el equipo para la toma de decisión de trabajar por la Acreditación de la Unidad- Se ha seguido el Programa de acreditación de UGC de la ACSA y se ha utilizado el Manual de estándares de Unidades de Gestión Clínica (ME 5 1_05)- Se distribuyen los 11 criterios entre los profesionales referentes de los mismos. Dentro de cada criterio se designa un responsable por estándar.- Se realiza un cronograma de reuniones de los responsables de grupo y de estos con la responsable del proyecto- Se utiliza la aplicación informática Mejora_C de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía-

Resultados: Con fecha de 5 de Junio el Comité de Certificación se procedió al estudio del informe de evaluación del proyecto quedando en situación de Estabilización de estándares, reabriéndose desde ese momento la fase de respuesta a dicha resolución- Se certifica el nivel avanzado de la UGC (proyecto 2011/094), según lo dispuesto en el programa ME 5 1_04 a fecha del 23 de Julio-

Conclusiones y discusión: Se produce un auto reflexión por parte de los profesionales sobre la repercusión de la actividad asistencial diaria sobre la calidad percibida por el ciudadano- Se ha identificado y Planificado áreas de mejora en la UGC- Durante la fase de estabilización constatamos la existencia de estándares relacionados con la estructura y proveedores que no tienen una relación directa con la resolución de los mismos por parte de los profesionales de la UGC. Sería deseable que desde los Servicios de apoyo de los Distritos sanitarios se realizara una evaluación previa en cuanto a criterios de Estructura, Sistemas de Información de sus centros sanitarios. El proceso de la Autoevaluación enriquece las relaciones humanas entre los profesionales al tiempo que la metodología de trabajo favorece el desarrollo de una cultura de calidad entre los profesionales lo que nos sirve para mantener el nivel de calidad alcanzado y plantearnos trabajar por conseguir un nivel de certificación superior-

REGISTRO DOMICILIARIO INFORMATIZADO: UNA HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE

ROJAS PARRAS PEDRO H.; NIETO MORENO MARINA; SÁNCHEZ GONZÁLEZ ANA M^a; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ MIGUEL A.; PAJARES CONDE DIEGO Y CÓRDOBA MARTÍNEZ ROSARIO.

Centro: Distrito Sanitario Cordoba Sur

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: 1 Crear una herramienta informática que permita:- • Registro de una historia clínica única en la intranet del Distrito y que englobe cualquier proceso asistencial.- • Disponer de conexión con DIRAYA desde cualquier punto de atención al paciente.- • Que en caso de no disponer conexión a DIRAYA posibilite el registro y archivo de los datos de la atención y su transferencia posterior en el Centro de Salud.- • Cumplir con la Ley orgánica de protección de datos.- • Garantizar de continuidad asistencial interniveles.- • Un interfaz fácil, rápido e intuitivo.- • Un costo asumible e implantación fácil - • Impacto económico- - 2 Pilotar esta herramienta en una Unidad Móvil DCCU con acceso directo a los datos del paciente a través de un portátil, a DIRAYA y al Portal Informático DCCU, lo que permita:- • Consultar alergias- • Consultar problemas activos- • Consultar pruebas complementarias- • Consultar tratamiento actual- • Realizar la historia clínica en el Portal DCCU o en DIRAYA (según conectividad 3G).- • Prescripción electrónica receta XXI- • Entregar el informe al alta impreso.-

Material y Método: 1 ordenador portátil- 1 impresor láser - 1 Tarjeta de conexión a Internet datos 10 Gb/3G- 1 Acceso VPN- - • Desarrollo de la herramienta informática, con lenguaje PHP y MySQL. - • Acceso a la aplicación con perfil y clave de acceso- • Interfaz de Historia Clínica con áreas de texto, casillas de verificación, y listas menú. Registro de la identidad de la persona que esta introduciendo los datos con hora y fecha- • Para la transferencia a Diraya se han habilitado unos botones que realizan una copia en el portapapeles y que permiten pegar el texto en los apartados de la Historia de Diraya- • Registro de las características técnicas para análisis estadístico con EPIDAT v4- • Pilotaje: Del 1-09-2012 al 15-12-2012 -

Resultados: 86 Historias Clínicas en domicilio (a 26/09/2012) con cobertura 3G en 51,16%(44), se accedió a Diraya en el 72,73%(32)- Prescripción electrónica el 18,18%(8)- Entrega de informe al alta impreso 44,19%(38)- Modo local (sin conexión): 21,43%-

Conclusiones y discusión: La apuesta por la calidad y seguridad asistencial que el SSPA está realizando, ha cambiado la mentalidad de los profesionales que desde su integración en Unidades de Gestión Clínica, no conciben ninguna tarea sin tener presentes características de calidad de la misma. - Incorporar esta herramienta en la atención domiciliaria la Historia Digital pone en relieve la importancia del acceso a los datos del paciente independientemente de donde se encuentre, garantiza la continuidad asistencial sin fisuras en el registro y refuerza elementos de la seguridad en la atención, como es la entrega de un documento al alta impreso, y no escrito o la prescripción electrónica en receta XXI.- Bajo estas premisas, es difícil imaginar la realización de tareas asistenciales sin las herramientas adecuadas que puedan ayudar a concretar y realizar una atención de calidad.- Los resultados, obtenidos concluyen sin discusión, que la herramienta evaluada abre una puerta en la atención urgente.-

Herramientas para la mejora de la Calidad Asistencial

CASTILLO CASTILLO RAFAEL; GARCÍA HERNÁNDEZ RAFAEL; TORIBIO ONIEVA JUAN RAMÓN; CASTRO CAMPOS JOSE LUIS; RODRÍGUEZ TOQUERO JUAN Y DUEÑAS FUENTES JOSE RAUL.

Centro: Distrito Sanitario de Atención Primaria Jaén Norte

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: El objetivo principal es la puesta en marcha de una plataforma informática que permita mejorar la calidad asistencial. Para ello se persigue:- Potenciar y mejorar el feedback de información entre los Profesionales y el Distrito. -- Facilitar una serie de herramientas que les ayude en su toma de decisiones.- - Mejorar el seguimiento de sus pacientes.

Material y Método: Para alcanzar dichos objetivos la plataforma cuenta con:- Módulo de Comunicación Profesionales/Distrito: creación de un área "Contacte con el Farmacéutico" desde la cual los profesionales pueden plantear y resolver cualquier duda o incertidumbre relacionada con el uso adecuado de los medicamentos.- - Herramientas de ayuda: Cuando nuestros profesionales acceden a la Historia de Salud de un paciente, gracias al botón rojo, mostramos información adicional relacionada con el paciente al que se le está pasando consulta.- - Activación de herramientas de ayuda para facilitar la toma de decisiones: Riesgo Cardiovascular (Índice de Score), Riesgo de Fracturas (tablas de Frax), Cálculo de dosis en farmacopediatría, Cálculo de la función renal, Filtrado Glomerular por MDRD, Escala de Riesgo de Ulceras por Presión (Escala Braden), Escala de Somnolencia Epworth... Dichas herramientas se activan según las características del paciente.- - Información relacionada con la Seguridad del Paciente. Se avisa de si el paciente está consumiendo medicamentos que han sido objeto de una alerta farmacéutica, si se le tiene que hacer una revisión estructurada de su medicación porque se identifiquen medicación inadecuada o si pudiera tener potenciales problemas de prescripción.- - Se muestran avisos indicando si es necesaria la revisión de su botiquín domiciliario, tiras y absorbentes.- - Episodios Clínicos externos a DIRAYA. Se muestran los Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería así como las lecturas mamográficas entre otras.- - Información para el paciente

Resultados: Desde junio de 2012 nuestros profesionales han realizados las siguientes intervenciones sobre las herramientas de ayuda para un total de 15932 pacientes.- 5324 Pacientes Riesgo Cardiovascular- 176 Pacientes Riesgo de Fractura- 245 Escala Braden- 834 Filtrado Glomerular- 215 Dosis en Farmacopediatría- 87 Lecturas Cáncer de Mama- Del total de profesionales sanitarios de nuestro distrito casi el 95% ha utilizado dicha plataforma.

Conclusiones y discusión: Los profesionales sanitarios, deben estar lo más informados posible sobre cualquier cuestión de salud que acontece a sus pacientes para así, poder ofrecerles una asistencia sanitaria de mayor calidad. Creemos que con esta herramienta el profesional tiene más información acerca de sus pacientes lo que les permite actuar con mayor rapidez, les facilita el trabajo y la toma de decisiones.- A la vista de la utilidad de las herramientas que estamos utilizando, desde la Dirección de nuestro Distrito, se está facilitando la implantación de la misma a otros Distritos de nuestra Comunidad Autónoma.

Portal para Trabajadores Sociales en Atención Primaria

GARCÍA HERNÁNDEZ RAFAEL; CHICO LÓPEZ ALEJANDRO; GARCÍA ROLDÁN PATRICIA; CARRANZA MIRANDA EVA; CASTILLO CASTILLO RAFAEL Y RODRIGUEZ TOQUERO JUAN.

Centro: Distrito Sanitario de Atención Primaria Jaén Norte

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: El objetivo es poner a disposición de los Trabajadores Sociales de Atención Primaria una plataforma con herramientas complementarias para facilitarles el Trabajo Social Sanitario.- A nivel individual/familiar: facilitar escalas de Clasificación del Riesgo Social en Salud con objeto de poder identificarlas y facilitar el abordaje social eficiente.- A nivel grupal: gestionar los documentos necesarios para el control, seguimiento y evaluación de los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE).- A nivel comunitario: mejorar la atención de la comunidad mediante un mayor conocimiento de las actividades de las asociaciones con las que habitualmente trabajan.- Por último, facilitar un repositorio común de documentación para la gestión del trabajo social sanitario.

Material y Método: Creación de un Portal incorporando herramientas no disponibles en DIRAYA y que facilitan el trabajo a los Trabajadores Sociales- Escala de Riesgo de Exclusión Social en Salud:escala elaborada y validada en colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud (Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud) y la Universidad de Sevilla (Departamento de Estadística de la Facultad de Matemáticas). La escala clasifica a las familias como normal, vulnerable y excluida en función de factores de riesgo social y de salud. Además se calculan de forma automática los problemas asociados en función de los factores seleccionados, de manera que cada combinación de factores proporciona unos resultados específicos para cada familia. La herramienta mantiene un histórico y proporciona información gráfica sobre el tipo y número de familia estudiada y los factores de riesgo más importantes.- Trabajo Social Grupal: módulo para la gestión, seguimiento y evaluación de los Grupos Socioeducativos para Mujeres en A.Primaria (GRUSE-M). Los GRUSE son una actividad de promoción de salud, destinada a fomentar los activos en salud mental de la población general, así como de grupos vulnerables. Mediante una estrategia grupal socio-educativa se pretende desarrollar y potenciar talentos y habilidades personales (y recursos de la comunicad) de las personas destinatarias para un afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, en este caso mujeres adultas. Además se abordan los determinantes socio-culturales y psicosociales que, con frecuencia, condicionan síntomas de malestar. - - Módulo para la gestión de las asociaciones a nivel comunitario.- - Repositorio común de documentación.

Resultados: Actualmente se va a pilotar en el Distrito Jaén Norte dando cobertura a aquellos distritos de la provincia que quieran utilizarlo.

Conclusiones y discusión: La plataforma ha tenido buena aceptación en la Coordinación de Gestión y Evaluación del SAS y se está estudiando la posibilidad de su implantación en el resto de provincias.- Creemos que con esta estrategia se mejora el seguimiento de los pacientes por parte de nuestros profesionales y se les facilita su trabajo.

Desarrollo de una app para la toma de decisiones de pruebas diagnósticas por imagen en otorrinolaringología

MARTÍN MATEOS ANTONIO JESUS; FERNÁNDEZ ROCHE JOSÉ MANUEL; MARTÍNEZ GUTIÉRREZ EMILIO; AVALOS SERRANO ENCARNACIÓN; DE MIER MORALES MIGUEL Y ALVAREZ- MORUJO DE SINDE GUADALUPE

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: Las nuevas tecnologías emergentes en el campo de la movilidad posibilita la mejora en la eficiencia de las tomas de decisiones de los profesionales. Las Apps, aplicaciones pensadas para desarrollar una función específica en una plataforma concreta, están despegando con mucha fuerza gracias a los dispositivos móviles (teléfono y tableta como los más utilizados en el momento actual). El objetivo es el desarrollo una APP para la toma de decisión de pruebas diagnósticas por imagen en otorrinolaringología-

Material y Método: El equipo se compone de otorrinolaringólogos, radiólogos y programadores informáticos. - Funciones equipo clínico:- 1.Identificación de los escenarios clínicos reales. - 2.Búsqueda de las mejores evidencias disponibles en la toma de decisiones de pruebas diagnósticas por imagen.- 3.Desarrolla algoritmo de decisión y secuencia lógica de las preguntas. (Software libre DIA) - 4.Feedback en el uso del APP previo a su lanzamiento-Funciones equipo programador: (Evidence Health APP)- 1.Desarrollo- a.Desarrollo Visual, lo que se ve en la pantalla del app- b.Desarrollo Funcional. Programar - a mano- el código que hará funcionar el app, Esta es la etapa que más tiempo y atención requiere- c.Revisión Final y Ajustes. Retroalimentación de los clínicos para los ajustes y correcciones que sean necesarios. - 2.Lanzamiento- a.Envío del App a los Directorios. Una vez que se produce la primera versión oficial del app se envía el app a los directorios de apps (iTunes App Store y Play Store) - b.Creación de QR Codes y Microsoft Tags. Que son códigos de barras bidimensionales los cuales permiten descargar/abrir el app de manera rápida y sencilla tan solo abriendo el scanner de Microsoft Tag o de QR codes de su smartphone y apuntando la cámara hacia el código.- c.Links para Descarga del App: un link para que sus usuarios puedan descargar su app directamente de los directorios correspondientes.- 3.Mantenimiento- a.Mantenimiento de la aplicación en los directorios de apps correspondientes- b.Corrección de bugs (errores reportados por usuarios) de manera mensual y re-upload a los app stores correspondientes-

Resultados: Se desarrolla el APP - Solicito imagen ORL- - La aplicación es sencilla e intuitiva para los profesionales con el nivel de operatividad que demandan.- La patología se presenta por órganos.- La decisión de la prueba a realizar requiere una serie de respuestas a preguntas directas sí/no, o de una elección entre varias opciones- Su uso es posible en todos los ámbitos urgencias, consultas y hospitalización mejorando el uso apropiado de las pruebas. La satisfacción de los profesionales que han participado en el testeo es muy alta

Conclusiones y discusión: Las APP en el campo del diagnóstico presentan múltiples beneficios:- Para los pacientes: evitando exploraciones innecesarias y riesgos, mejorando su seguridad- Para los profesionales: mejorando la eficiencia diagnóstica y por tanto su toma de decisiones- Para los gestores: evitando costes innecesarios, uso más apropiado de la tecnología,-

Recomendaciones de calidad para el diseño y desarrollo de la formación en Salud

ESPOSITO GONFIA THOMAS; PERIÁÑEZ VEGA MAYTE; VALVERDE GAMBERO ELOISA; VILLANUEVA GUERRERO LAURA; MUÑOZ CASTRO FRANCISCO JAVIER Y MUDARRA ACEITUNO MARÍA JOSÉ.

Centro:

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: Compartir con los profesionales encargados de la formación procedimientos y pautas que faciliten la planificación de la misma, teniendo en cuenta los criterios y estándares de calidad establecidos desde la Comisión Nacional de formación de las profesiones sanitarias y desde los manuales de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Poner a disposición de estos profesionales herramientas de soporte que agilicen su trabajo, atendiendo a los procedimientos mencionados. Facilitar el cumplimiento de los estándares de calidad del Programa Integral para la Acreditación de Formación Continuada del SSPA, en aquellas actividades y programas susceptibles de solicitar la acreditación, así como en aquellos centros y unidades que se encuentran inmersas en el proceso de certificación de entidades proveedoras de formación continuada.

Material y Método: Se ha analizado la información procedente de los procesos de acreditación de la formación continuada, mediante la técnica de Pareto, obteniendo la relación de estándares en los que se identifica un menor porcentaje de cumplimiento. Además, teniendo en cuenta los diferentes niveles de exigencia y complejidad de estos estándares, se han seleccionado en primer lugar, aquellos de exigencia obligatoria, pasando después a aquellos de mayor complejidad. El periodo analizado es el comprendido entre enero y agosto 2012, detectándose un total de 19 sobre los que realizar estas recomendaciones. A partir de esta clasificación, para cada estándar o conjunto de estos, el Observatorio para la Calidad de la Formación está elaborando recomendaciones que establecen los procedimientos específicos y herramientas que permitan darle respuesta. Las recomendaciones son compartidas en el portal para que sean accesibles a cualquier usuario. Además, cada recomendación está directamente asociada al o los estándares concretos, para ayudar en la fase de autoevaluación a aquellos usuarios que soliciten la acreditación.

Resultados: Hasta la fecha las recomendaciones de calidad elaboradas para la planificación de la formación en salud son: 'Mapa de competencias del docente de formación continuada', 'Gestión de expectativas del alumnado', 'Evaluación de la satisfacción del docente' y 'Evaluación de la satisfacción del alumnado'. Desde julio, estas recomendaciones han sido consultadas en más de 491 ocasiones, lo que se está traduciendo en una rápida diseminación entre los profesionales. Los documentos pretenden dar instrucciones precisas sobre los pasos y la información esencial que el usuario debe incorporar en el diseño, desarrollo y evaluación de una actividad formativa.

Conclusiones y discusión: Analizar los resultados de los procesos de acreditación nos está permitiendo anticiparnos a las necesidades de los profesionales coordinadores y responsables de formación, con la finalidad de facilitar y agilizar la planificación de actividades de formación que incorporen los elementos de calidad establecidos en los criterios y estándares para la acreditación.

Estrategia de implantación de Control de Calidad en equipos de medición de glucosa en sangre en el Distrito Sevilla Sur

RAMOS CALERO EFRÉN; BLANCO NIEVES JOSÉ LUIS; ALFONSO DALDA SUSANA; RIVAS BEGINES JOSÉ PABLO; SERRANO SÁNCHEZ BEATRIZ Y PONCE GONZÁLEZ JOSÉ MARÍA.

Centro: Distrito AP Sevilla Sur

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: Evaluar la fase de pilotaje de la estrategia de control de calidad (CC) de glucometría capilar.- Valorar la implantación del procedimiento.- Buscar posibles causas de "no conformidades"-

Material y Método: El Distrito dispone de una aplicación en línea de diseño propio donde los profesionales registran los controles de calidad que han realizado a los equipos de medición de glucosa en sangre y les avisa de la fecha del próximo control. El responsable de cada unidad asigna los equipos a las diferentes estructuras organizativas o ubicaciones del centro en los que debe haber un glucómetro, y a estas estructuras se les asigna un responsable del CC. El profesional registra periódicamente los CC tomando como referencia el nº de serie del glucómetro y la aplicación le informa si el resultado están dentro de los rangos de normalidad y en el caso de alguna anomalía informa del protocolo a seguir. El responsable del centro accede no sólo al resultado de los controles sino a los controles pendientes de realizar. Dentro del acuerdo de gestión de su unidad se ha incluido un objetivo que solicita realizar un mínimo de 11 CC anuales a cada equipo/ubicación.

Resultados: Se evaluaron 48 estructuras (media 16 por centro) a las cuales se asignaron un total de 52 glucómetros (fueron reemplazadas 4 por deterioro o pérdida). La media de CC por centros fue de 130 por centro y media de 8,13 controles por equipo (1,01 control/mes*glucómetro). Se eliminaron 40 registros correspondientes a meses y glucómetros coincidentes. El valor óptimo de registros era 384 y se realizaron el 91,15% de los registros esperados. 29 glucómetros no recibieron la totalidad de controles, de los cuales 26 sólo tuvieron un "NO registro" valor permitido en AGC. Tres equipos estuvieron fuera de objetivo con una media de 3.3 no conformidades. Los meses con mayor número de no conformidades fue enero (23) mes en el que se inició el proyecto seguidos por los meses de verano. Del total de controles (n=390) 388 controles estuvieron dentro de rango (99.5%). El valor alto de los CC fue de 297,34 mg/dl (+- 12,69 mg/dl) (rango 355-260) y los resultados en el control de baja concentración fue 45,19 mg/dl (+-sd 3.92 mg/dl)(rango 60-30). Las - no conformidades- relacionadas con la estructura fueron 33% estructuras en blanco. Las estructuras se catalogaron entre Dispensarizadas y personalizadas. El 88% de las no conformidades correspondieron a estructuras dispensarizadas (p = 0.001). Comparando el número de CC registrados con el año previo se observa un porcentaje muy superior de controles después del inicio de la estrategia (RAE=86.1%)(p=0.001)

Conclusiones y discusión: La asignación de objetivos a acuerdos de gestión favorece la implantación de estrategias de calidad. La herramienta informática ha facilitado la evaluación del objetivo. Las principales no conformidades fueron la no realización de controles y estaban asociados con la dispensarización de los equipos y no seguimiento en los meses de verano.

@SaludEstepona: Mil twits después de Educar en salud y en el Uso razonable de Recursos sanitarios.

DE MESA BERENGUER YOLANDA Y QUERO PERABA JUAN.

Centro: UGC Estepona Oeste

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: Identificar las necesidades de mejora de una Red social en nuestro entorno sobre Comunicación en Salud, encaminada a generar conocimiento compartido para una mejor gestión de los recursos disponibles. Valoración de la adhesión de los profesionales de salud y de los usuarios a esta iniciativa con el fin de poder aportar medidas correctoras.

Material y Método: Con el propósito de ilusionar a los profesionales, explorar reticencias, desconfianzas y reservas acreditamos un Programa de Actividades de Formación Continuada. Con el código IQJ49 y con un nivel de Óptimo presentamos de manera oficial a Twitter. Los resultados que se esperaban conseguir eran el conocimiento de la herramienta, su uso práctico y la sensibilización sobre su potencial formativo. Entre las labores de divulgación una Ponencia en la EASP III Jornadas de Gestión sanitaria, una Comunicación en el III Encuentro de profesionales del Distrito "Lo mejor de cada Centro": Nuevos retos, nuevas emociones, nuevas motivaciones y una Presentación en la II Jornada de Innovando en Jueves: - Tejiendo Redes- . Cartelería en el mostrador de entrada, pasillos y tablón de anuncios a los usuarios. Interconexión con el Blog de Participación ciudadana.

Resultados: Los profesionales han adquirido competencias, actitudes y habilidades en el uso de Nuevas Tecnologías de la Información quedando certificado con diplomas acreditados por la ACSA. Desde su inauguración el 12 de diciembre de 2011 y transcurridos 10 meses hemos aportado 1000 twits, siguiendo a 172 usuarios claves para enlazar la Red a una buena información y conseguido 310 seguidores. De ellos al menos un 20% corresponden a profesionales sanitarios con cuenta personal de identificación inequívoca, la mitad de los cuales trabajan en nuestra Zona Básica y 15 de ellos en nuestra UGC, lo que significa un 5% del total. Repercusión en los MMCC generalistas con un artículo publicado en el diario El Mundo en la sección "Agitadores sociales" y bajo el título "Medicina sensata en Red desde E." (9 de julio 2012). Los resultados en Salud exigirían un rodaje mayor en el tiempo siendo difícil de evaluar a tan corto plazo.

Conclusiones y discusión: Los resultados preliminares de este proyecto sugieren que los profesionales de la salud no terminan de apoderarse de esta herramienta ni de percatarse de que tenemos entre las manos una valiosa oportunidad para lanzar mensajes saludables, permitiéndole a los ciudadanos compartir información de calidad e interactuar. Todavía muchos compañeros siguen obsesionados con el impacto negativo que pueda tener la web 2.0 en la salud del paciente, dando mayor importancia a los riesgos que a los beneficios que pueda incorporar. Podemos traducirlo como una reacción de oposición al tradicional modelo relacional médico-

paciente al existir un sector grande de profesionales no implicados e interesados. Ello nos hace cuestionarnos la estrategia de implantación de la innovación debiendo prestar una atención explícita y cuantificada a la mejora de la calidad para decidir como continuar

Cronhos: Software integral para la gestión de RRHH especializado en el sector sanitario.

PÉREZ RIDAO PEDRO JESÚS; RUIZ GÓNGORA JOSEFA; ZUFRI RODRÍGUEZ GISELA; GUERRERO RUIZ CARMEN Y ALVAREZ SERGIO.

Centro: El Ejido

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: La AS. Poniente está en la 1ª fase de implantación de "Cronhos", una plataforma informática cuyo principal objetivo es optimizar la gestión de personas en la organización, dando soporte a los siguientes procesos:- a) la selección por perfiles, tanto asistenciales como no asistenciales.- b) la gestión por competencias.- Cronhos permite gestionar, entre otras opciones, la inserción de currículums online por parte del candidato/a, asignación de competencias en función al puesto seleccionado y revisión de méritos.

Material y Método: Método Métrica v3 basado en ISO/IEC 12207 y la norma ISO/IEC 15504:- El desarrollo de la herramienta se realiza en las siguientes fases: Estudio de Viabilidad [Compra Vs Desarrollo a Medida] -Análisis de las necesidades de la Unidad de RRHH. - Diseño de la aplicación (CronHos).- - Construcción del Software.- Implantación modular.- Fase piloto y aceptación del Sistema.- Análisis de resultados.-

Resultados: Para la primera fase de implementación del programa, Cronhos se ha centrado en la Bolsa de Contratación temporal (14211 solicitudes en un mes optando a 12 puestos y 4 centros). Se presentan los datos desagregados por categorías para los cuatro centros.- Del Estudio de Viabilidad se concluye que el desarrollo interno se adecua mejor a las necesidades de la Agencia.

Conclusiones y discusión: Conclusiones: - El uso de Cronhos permitirá realizar mejoras a dos niveles a) para los profesionales del sector sanitario: quienes pueden presentar sus candidaturas a los procesos de RRHH de forma online sin estar sujeto a horarios b) empresa: automatiza los procesos de contratación y de desarrollo de personal mejorando la productividad.- Discusión:- Fortalezas- Cronhos permite la gestión de solicitudes según perfil y mapa de competencias y complementa procesos de RRHH: los datos explotables del sistema se pueden usar para implementar procesos dentro del sector sanitario: - Planificación de los planes de formación: del análisis de los perfiles de los/as profesionales y sus competencias, Cronhos aporta información de las necesidades formativas claves.- Planificación de los procesos de acogida e incorporación a la empresa: partiendo del perfil de los profesionales que se incorporan, se pueden diseñar contenidos concretos para la fase de acogida. - Minimizar errores en:- o Gestión de los puntos de cortes por categorías.- o Automatización de los motivos de exclusión e inserción en los listados.- o Gestión de la discapacidad y su caducidad (La empresa está informada permanentemente de este requisito para cada candidato y permite gestionar la forma de contratación en el siguiente en el turno de llamada) - o Permite la autogestión de los centros en los que los profesionales se muestran disponibles.- Futuras vías de desarrollo- Cronhos se desarrollará para ampliar: -- requisitos curriculares a nuevos perfiles. -- desarrollo modulo de revisión de expedientes. -- desarrollo modulo de gestión bolsa.-

Una guía para fomentar el buen uso y desarrollo de aplicaciones móviles de salud: www.calidadappsalud.com.

ESCOBAR-UBREVA ÁNGELA; VÁZQUEZ-VÁZQUEZ MARTA; SANTANA-LÓPEZ VICENTE; FERRERO-ÁLVAREZ- REMENTERÍA JAVIER Y RODRÍGUEZ-CONTRERAS HABIBULLAH.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: El uso de tecnologías móviles en el abordaje de problemas de salud (mSalud) abre oportunidades a nuevas formas de trabajo, más eficientes, e invita a explorar su potencial de optimización de los procesos asistenciales, de participación e implicación de la ciudadanía, de refuerzo de la seguridad del paciente y de mejora los resultados en salud.- El desarrollo y proliferación de la mSalud ha de estar sustentado en el reconocimiento de los derechos fundamentales y las obligaciones legales: el derecho a la salud, al acceso a la información, a la no discriminación, a la privacidad y la protección de datos, etc. Los expertos hablan ya de la necesidad de contar con un sistema de certificación que de solidez a este esquema.- El objetivo de este trabajo es la elaboración de una guía de recomendaciones para el diseño, el uso y la evaluación de aplicaciones móviles (apps) de salud, dirigida a profesionales y prestadores de servicios sanitarios, desarrolladores y ciudadanía en general.

Material y Método: Creación de un comité de expertos, compuesto por profesionales sanitarios, desarrolladores de aplicaciones, representantes de pacientes, gestores del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y especialistas en las distintas materias (accesibilidad, usabilidad, seguridad, protección de datos, etc.), de dentro y fuera de Andalucía.- Exhaustiva revisión bibliográfica sobre la materia, partiendo de una búsqueda no sistemática en bases de datos de ciencias de la salud y una búsqueda de información no estructurada en Google.

Resultados: Versión alpha de la guía de recomendaciones, presentada como portal web, centrada en los siguientes aspectos: diseño y pertinencia; calidad y seguridad de la información; prestación de servicios y confidencialidad y privacidad.- La guía se presenta abierta a sugerencias y aportaciones que ayuden a mejorar y completar la información, orientaciones y otros contenidos recogidos en la misma, a través de los comentarios que pueden enviarse a través del portal. Desde el portal se recogerán y analizarán todos y cada uno de los comentarios recibidos y se actualizará la guía con los cambios propuestos.

Conclusiones y discusión: Con la presentación de esta guía se pretende crear comunidad en torno a este tipo de iniciativas, contando con la dinamización a través del portal y de canales en redes sociales.- Con la publicación de una guía de este tipo, primera en español, se cubre la necesidad, por un lado, de los usuarios de identificar y reconocer apps de salud seguras; por otro, de los profesionales para poder recomendarlas y de desarrolladores para adquirir buenas prácticas para el diseño y optimización de aplicaciones.- Además de esta guía de recomendaciones, se tiene prevista la puesta en marcha de otras iniciativas relacionadas con el mundo de las apps de salud, como la creación de un repositorio o lista blanca de apps; la creación de comunidades de práctica abiertas a los distintos colectivos vinculados con la mSalud y un futuro distintivo o programa de certificación de apps de salud.

El nuevo horizonte de la formación continuada en salud: e-learning versus enseñanza presencial. Tendencias y evaluación

LEÓN VERGARA M. REYES; VALVERDE GAMBERO ELOÍSA; MUÑOZ CASTRO FRANCISCO JAVIER; VILLANUEVA GUERRERO LAURA; MUDARRA ACEITUNO M^a JOSÉ Y CENTENO ASTUDILLO JUSTO.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: La formación continuada en el ámbito de la salud se torna imprescindible en un contexto de continuos avances en materia de tratamientos, técnicas terapéuticas y enfoque del paciente como ente activo y participativo en las decisiones sobre su salud. - Partiendo de esta realidad, irrumpen dos condicionantes que influyen en el cambio de tendencias en la modalidad de aprendizaje profesional en salud. Por una parte, el contexto actual de crisis económica, que condiciona el número, duración y carácter de las acciones formativas, y por otra, el desarrollo tecnológico que implica la aparición de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).- El objetivo de esta comunicación es comprobar el aumento del número de actividades y programas formativos en modalidad e-learning que se acreditan a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y analizar los criterios de calidad que los evalúan en base al programa de acreditación de la formación continuada en salud.-

Material y Método: Se ha realizado una comprobación del aumento de actividades y programas formativos en modalidad e-learning que solicitan la acreditación de calidad a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía a partir de una búsqueda desde 2007 y se han analizado los criterios de calidad que los evalúan.- -

Resultados: Así, en 2007 solicitó la acreditación de calidad 1 proyecto formativo en la modalidad e-learning; en 2008, 14; en 2009, 36; en 2010, 100; en 2011, 207; y en el primer trimestre de 2012, 72. La tendencia es, pues, creciente.- Respecto a los criterios de calidad que se utilizan en su evaluación, hay que señalar que en el ámbito de las actividades de formación continuada e-learning, se comparten criterios de calidad con las actividades en modalidad presencial referidos a las instalaciones (físicas en el caso de la modalidad presencial y virtuales en el caso de la modalidad e-learning) y a los recursos avanzados utilizados. Es en el caso de los programas formativos (conjunto de actividades) en el que sí contempla el programa de acreditación criterios de calidad específicos para la modalidad e-learning.-

Conclusiones y discusión: El incremento de programas y actividades de formación en modalidad e-learning es una realidad constatable, si bien aún representa un porcentaje pequeño en la totalidad de las actividades y programas de formación continuada en salud (un 2% la modalidad e-learning y aproximadamente un 16% en la modalidad semipresencial o blended-learning).- Entendemos que, en el contexto actual de crisis económica (la modalidad e-learning tiene un coste inferior a la modalidad presencial en términos generales) pero a la vez de innovación tecnológica, que propicia a través de los campus virtuales posibilidades de interacción entre alumnos y docentes y de aprendizaje colaborativo, el e-learning cobrará mayor importancia en la formación continuada en salud. El desarrollo de criterios de calidad específicos para la evaluación de esta modalidad de formación continuada será un reto de futuro a abordar.- - -

IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

DE IRIGOYEN DÍAZ ANA; SÁNCHEZ BASALLOTE JOSE ENRIQUE; GÓMEZ PARRA FAUSTINO; FERNÁNDEZ GARCÍA PEDRO JOSÉ Y GALLARDO GINES MARIA DEL PILAR.

Centro: UGC Ubrique

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: En la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Ubrique dadas las características de dispersión geográfica y de difícil acceso a algunas localidades, se hace pertinente implementar la teleasistencia para mejorar la accesibilidad de su población a los distintos servicios sanitarios. El objetivo es implementar la Telemedicina en la UGC de Ubrique-

Material y Método: La implantación de la telemedicina en la UGC se ha iniciado en dos vertientes:- Con pediatría (telepediatría) en los consultorios de Benaocaz y Villaluenga en coordinación con los especialistas en pediatría del Centro de Salud de Ubrique. La médico de familia que atiende a los Consultorios de Benaocaz y Villaluenga, mediante videoconferencia, comunica los signos y síntomas que presenta el paciente pediátrico con el pediatra del Centro de Salud de Ubrique y este emite un juicio clínico y plantea la actitud y tratamiento a seguir.- Con Dermatología (teledermatología) en coordinación con el Hospital Concertado Virgen de las Montañas (Villamartín). El sistema de teledermatología, basado en la metodología store-and-forward o diferida, consiste en que ante la indicación de teleconsulta por un especialista de medicina de familia, se recoge la información clínica necesaria, se selecciona el área o la lesión a fotografiar y se fotografía en el propio Centro de Salud por parte de profesionales de enfermería (generalmente se toman dos fotos de la lesión, una imagen panorámica del área anatómica y otra imagen más cercana en modo macro), son cargadas en una aplicación informática y remitidas al Servicio de Dermatología del Hospital de Villamartín. El especialista del Hospital es quien valora y decide el tratamiento a seguir o determina si es necesario que sea valorado en consulta de Dermatología del Hospital, para lo cual le facilita una cita en función de la prioridad de la lesión.

Resultados: Desde su implantación en mayo del 2011, con el servicio de Telepediatría han sido atendidos 28 pacientes pediátricos en Benaocaz y 12 en Villaluenga.- El servicio de Teledermatología implantado desde Junio del 2011, ha resuelto 91 consultas tras visualizar las imágenes el dermatólogo de un total de 149 consultas. 58 consultas han pasado a seguimiento por el médico de familia. En todo caso el tiempo medio de respuesta ha estado por debajo de 4 días.-

Conclusiones y discusión: La Teleasistencia Sanitaria es una magnífica y eficiente herramienta de gestión sanitaria que permite la toma de decisiones clínicas más aún en entornos de ruralidad y alta dispersión geográfica, contribuyendo a mejorar la satisfacción tanto de la ciudadanía como de los propios profesionales al tiempo que aumenta la comunicación entre los profesionales de distintos Sanitarios, potenciándose también el trabajo en equipo y multidisciplinar

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

CARABALLO CAMACHO NURIA; NAVARRO DE LA NOVAL OLGA; PALANCO PARREÑO AMPARO; TORRES MARÍN MARÍA DOLORES; CONTRERAS TORRADO ISABEL Y JIMÉNEZ MÁRQUEZ MARÍA DOLORES.

Centro: A.G.S. Norte de Huelva

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: - Determinar la calidad percibida por los pacientes atendidos en una unidad de fisioterapia en los siguientes aspectos: asistencia sanitaria, información y trato recibido.- Establecer áreas de mejora en función de los resultados obtenidos.-

Material y Método: Para medir el grado de calidad percibida empleamos como fuentes fundamentales: - • Análisis y evaluación de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios de la Unidad de manera anual (95 usuarios realizaron la encuesta durante el mes de diciembre de 2011). En dicha encuesta valoramos 19 ítems referidos a indicadores de satisfacción (satisfacción con el servicio recibido, comodidad, horarios, instalaciones, señalización, limpieza, resolución de trámites, información, confianza, identificación, valoración de los profesionales, intimidad, respeto, tiempo de espera, recomendación de la unidad) y 4 ítems referidos a indicadores de uso y demanda (personal de referencia, información del tratamiento, consentimiento informado). Los resultados obtenidos fueron comparados con la media de Andalucía.- • Análisis de las sugerencias realizadas por los usuarios.-

Resultados: En cuanto a los indicadores de satisfacción, el 92,63% de los usuarios están satisfechos con el servicio recibido. El 91,58% realiza una valoración positiva de los horarios, el 94,73% valora satisfactoriamente la comodidad y un 87,37% las instalaciones. El 100% de los usuarios está satisfecho con la limpieza de la unidad.- En cuanto a la información recibida por el personal, el 98,94% está satisfecho con la información recibida por los fisioterapeutas y el 92,63% con la información recibida por los auxiliares y/o celadores.- El 91,58% de los usuarios considera que los profesionales están correctamente identificados y un 57,89% está satisfecho con el tiempo de espera hasta comenzar tratamiento.- El 83,16% de los pacientes está satisfecho con la intimidad proporcionada en su tratamiento y el 100% de los usuarios con el respeto con el que se le había tratado.- Un 91,58% de los usuarios recomendaría la unidad a otros usuarios.- Un 10,87% de los pacientes atendidos sugiere ampliar el espacio dedicado al tratamiento, un 8,69% aumentar el número de departamentos individuales y un 4,35% mejorar el mobiliario.-

Conclusiones y discusión: En general la percepción de los usuarios sobre la calidad de nuestra Unidad y su satisfacción con los servicios recibidos es buena incluso el porcentaje de satisfechos con la atención recibida es superior a la media de Andalucía.- Nos planteamos como áreas de mejora los ítems que se encuentran por debajo de la media de Andalucía. Dichos ítems son: recomendación de la unidad, información proporcionada sobre el tratamiento y petición del consentimiento informado por escrito.-

EVALUACIÓN DE LA ESTIMATIVA DE VALORES INTERPROFESIONALES

RUIZ ROMERO VICTORIA; GALÁN GONZÁLEZ-SERNA JOSÉ MARÍA; ROMERO SERRANO ROCÍO; MORILLO MARTÍN MARÍA SOCORRO Y CONSEGLIERE CASTILLA FRANCISCO JAVIER.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Los códigos deontológicos son la expresión normativa de la reflexión secular sobre los valores éticos de las profesiones. En este estudio pretendemos identificar los valores considerados imprescindibles para las profesiones sanitarias por los propios profesionales y proponer un método para evaluar su estimativa.

Material y Método: Se han revisado los códigos deontológicos de las profesiones médica, enfermera, fisioterapia, podología y psicología, identificándose 30 valores que se clasificaron en dos grupos, según sean compartidos por las 5 profesiones o no (VIP vs VP). Se diseña una encuesta con 30 ítems, 15 sobre VIP y 15 sobre VP, con una pregunta dicotómica (imprescindible sí/no) y otra tipo Likert (0 a 7) sobre el grado de importancia para lograr los fines de la práctica profesional. Se entrega la encuesta a trabajadores de las 5 profesiones sanitarias estudiadas y estudiantes de Enfermería. Se analiza con SPSS v.19, calculando total y porcentaje (respuesta dicotómica), y media y desviación típica (escala) y se comparan trabajadores y estudiantes (Chi-cuadrado, Fisher y Mann-Whitney). Se suman las puntuaciones de los VIP y se comparan con la de los VP en cada profesional (Wilcoxon).

Resultados: Se recogieron 211 encuestas, 65 trabajadores y 146 estudiantes; 18 (27,70%) médicos, 34 (52,31%) enfermeras y auxiliares y 3 (4,6%) de otras profesiones. Eran hombres 51 (24,20%) y la edad media de los trabajadores fue de 40,75 años (SD: 11,872) y de los estudiantes de 22,50 (SD: 4,943). Los valores más puntuados fueron Equidad (VIP, 100% de respuestas "sí"; media: 6,58; SD: 0,827) y Acogida (VP, 99,05%; 6,32 (SD: 1,023)). Otros con más de 6 puntos fueron Responsabilidad, Benevolencia, Confidencialidad, Cuidado, Trato correcto, Respeto a la vida y Compañerismo (todos VIP) y Atención Personalizada Integral, Tolerancia y Cercanía (VP). Los menos puntuados fueron el Olvido de uno mismo (VP, 15,71%; 2,79 (SD: 2,160)), Altruismo (VP, 4,45; SD 1,954) y Autonomía profesional (VIP, 59,33%; 4,65 (SD: 1,733)). Los estudiantes valoraron más alto que los trabajadores: Compañerismo (VIP, 97,26% vs 86,15; p=0,004) y Conocimiento científico (VIP, 95,10% vs 86,15%; p=0,025); Fidelidad (VP, 87,67% vs 67,19%; p=0,001); Sencillez (VP, 73,61% vs 58,46%, p=0,029) y Altruismo (VP, 66,43% vs 41,54%; p=0,01). Mientras los trabajadores valoraron más: Veracidad (VIP, 87,69% vs 64,34%; p=0,001), Justicia (VP, 87,69% vs 69,44%; p=0,005), Responsabilidad (VIP, 6,62; SD: 0,722 vs 6,27; SD: 1,069; p=0,049), Respeto a la vida (VIP, 6,47; SD: 1,154 vs 5,98; SD: 1,356; p= 0,002), Respeto a la autonomía de los usuarios (VIP, 6,15; SD: 1,326 vs 5,64; SD: 1,396; p=0,002) y Honestidad (VP, 6,27; SD: 1,221 vs 5,77; SD: 1,181; p<0,001).

Conclusiones y discusión: Los valores del grupo VIP se consideran más importantes que los VP (Mediana: 91; 74-89 vs. Mediana: 83; 85-97; p<0,001), lo que indica que los códigos deontológicos representan para los encuestados el ethos Profesional. Hay diferencias entre trabajadores y estudiantes en las valoraciones.

PROMOCION USO RACIONAL MEDICAMENTOS EN PACIENTES CRONICOS JOVENES CON EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL

ALBERO SERRANO MARIA PILAR; ACOSTA FERRER MARGARITA; TORRES ALEGRE PILAR Y CUETO SAAVEDRA DOLORES.

Centro: Distrito A.P. Almería

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Promocionar y fomentar el uso racional de medicamentos en pacientes crónicos menores de 65 años del Distrito Sanitario Almería a través de talleres de Educación sanitaria con el fin de:- Mejorar la Adherencia terapéutica de tratamientos - Promocionar hábitos saludables - Disminuir riesgos en seguridad de pacientes relacionados con tratamientos farmacológicos- Disminuir gasto farmacéutico- Mejorar conocimiento de pacientes para facilitarles su implicación en la toma de decisiones sobre su salud- -

Material y Método: Analisis de situación:- Según datos de noviembre de 2011, el Gasto de medicamentos recetados e indicados para las patologías crónicas objeto de este proyecto en pacientes entre 15 y 65 años, supone el 38,70% del gasto total de farmacia en este grupo de medicamentos.- - Actualmente no existe ningún sistema de registro en nuestro Distrito, que nos permita conocer la existencia de eventos adversos y su naturaleza, que haya sido notificado por nuestros profesionales.- - Se lleva cabo análisis DAFO con Enfermeras de Familia, entre las que se encontraba una Gestora de Casos y otra de ellas con experiencia en Promoción de la Salud.- - Criterios de inclusión:- Pacientes menores de 65 años que acuden a la consulta de enfermería de crónicos con diabetes Mellitus, hipertensión arterial, EPOC y cardiopatía isquémica, que estén con tratamiento farmacológico desde hace más de 6 meses y Test de "Conocimientos del paciente sobre su Enfermedad y tratamiento" Morisky-Green-Levine , positivos* - - - -

Resultados: 1- Plan de comunicación del proyecto a las UGC- 2- Formación de las enfermeras referentes para el desarrollo del programa de educación grupal- 3-Captación de pacientes crónicos en las consultas de enfermería- 4- Programa de Educación grupal:- Sesiones: 4 sesiones de 3 horas de duración cada semana- Nº de pacientes: Entre 8 y 15.- Lugar: Sala de formación de las UGC con capacidad para 20 personas. - Material de apoyo de sesiones: ordenador, programa Power Point para presentación de diapositivas, cañón, pantalla y pizarra.- Metodologías didácticas: -Exposiciones teóricas de no más de 30 minutos por sesión, apoyadas con diapositivas a través del programa Power Point.- Técnicas educativas grupales activas y participativas (Juego de roles, Aprendizaje por resolución de problemas, juegos educativos, trabajo dirigido)- -Bloque de contenidos:- 1ª Sesión: ¿Qué supone padecer una Enfermedad crónica?- 2ª Sesión: ¿Que tipo de tratamiento farmacológico debo tomar?- 3ª Sesión: ¿Por qué debo cumplir el tratamiento que se me ha prescrito?- 4ª Sesión: ¿Por qué los pacientes debemos ser responsables en el Uso de los medicamentos?- - 5- Apoyo y seguimiento de los pacientes participantes en el programa- 6. Organizacionales(diseño iconos, espacio virtual para interaccion pacientes7 enfermera, etc)-

Conclusiones y discusión: Se diseñan indicadores de estructura, proceso(incluido indicador centinela y resultado y cronograma de trabajo.- -

Información a pacientes a través de una Guía de terapéutica antimicrobiana electrónica

FERNÁNDEZ URRUSUNO ROCÍO; FLORES DORADO MACARENA; MONTERO BALOSA M^a CARMEN; JURADO MATEOS SOLEDAD Y RODRIGUEZ PAPPALARDO VICENTE.

Centro: Distrito Aljarafe

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: La "Guía electrónica de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe" es una guía farmacoterapéutica destinada a todos los profesionales sanitarios involucrados en el tratamiento de las infecciones en la comunidad. La guía está implantada en el Área desde hace un año, es accesible desde Internet, la Intranet corporativa y desde la Historia de Salud Digital. - - Objetivos- Habilitar una sección en la guía antimicrobiana para incorporar información dirigida a pacientes sobre del uso correcto de los antimicrobianos, con la finalidad de mejorar su uso adecuado y promover la participación activa del paciente en las decisiones sobre su tratamiento.-

Material y Método: La información proporcionada en esta sección comprende fichas de información a pacientes y una lista de enlaces de interés donde se puede recopilar información adicional, - - Fuentes de Información: páginas web de acceso libre con información de antibióticos o patología infecciosa que cumplen criterios de calidad:- • Transparencia, protección de datos personales, accesibilidad.- • Veracidad, claridad, adaptación al paciente.- • Identificación de fuentes.- • Certificación de calidad (HONCode).- • Actualización- • Declaración de conflicto de intereses- • Ausencia de publicidad explícita.- - Elaboración de los materiales:- Las fichas se han redactado utilizando un lenguaje asequible para la población general, evitando terminología técnica. El contenido incluye una explicación breve de la patología, el tratamiento antibiótico (si está indicado), las medidas para un uso adecuado de los antibióticos y recomendaciones sobre otras medidas no farmacológicas. - - Las fichas fueron sometidas a una revisión interna por dos profesionales (farmacéutico, médico o pediatra) del equipo de redacción de la guía y a una revisión externa por profesionales y pacientes a quienes va dirigida la información.-

Resultados: Se ha habilitado una sección de "Pacientes" en la guía electrónica, que incorpora las fichas sobre patologías infecciosas, ordenadas por orden alfabético, y los enlaces seleccionados con información para pacientes. - - Las infecciones abordadas en esta primera fase fueron las respiratorias, por ser de alta prevalencia en Atención Primaria. Se han elaborado fichas sobre faringoamigdalitis, bronquitis, otitis media aguda y sinusitis aguda. Estas infecciones no requieren un uso generalizado de antibióticos, pueden beneficiarse de una prescripción diferida y suelen ser objeto de un alto grado de sobreutilización de antibióticos.- - Los documentos están accesibles para el profesional desde la Historia Clínica Digital de forma que pueden ser impresos, entregados y comentados al paciente en el momento de la visita y el diagnóstico.-

Conclusiones y discusión: El material elaborado pretente ayudar a mejorar la adecuación del uso de antimicrobianos en el tratamiento de infecciones en la Comunidad a través de la mejora de la información al paciente y de su participación en la toma de decisiones compartidas

CARACTERÍSTICAS SOCIOSANITARIAS DE ADOLESCENTES SOLICITANTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN DISTRITO RURAL

VEGA PÉREZ AURORA; SÁNCHEZ BASALLOTE JOSÉ ENRIQUE; ALZA ROMERO DOLORES; AGUILAR LUNA LUCIA; PÉREZ TROYA RAMÓN Y LÓPEZ REDONDO ROSARIO.

Centro: Distrito APS Sierra de Cádiz

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: El objetivo del estudio es conocer las características sociosanitarias de las adolescentes solicitantes de IVE en el Distrito Sanitario de Atención Primaria Sierra de Cádiz.

Material y Método: Ambito de estudio: Distrito APS Sierra de Cádiz. Tipo de estudio: Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 2009-2011. Solicitudes y entrevistas sociosanitarias realizadas por los trabajadores sociales a las solicitantes de IVE. Variables: Edad de la solicitante, semanas de gestación, país de origen, estado civil, nº de hijos, nivel de instrucción, ocupación, realización de IVE previo, método anticonceptivo que utiliza habitualmente y ocupación de la pareja.

Resultados: En el periodo de estudio se han gestionado 615 solicitudes de IVE, lo que representa 7,8 por 1000 mujeres de 15-44 años, de las cuales 138 (22,4%) eran de 19 años o menos lo que constituye el 25,5 por 1000 mujeres entre 15-19 años, situándose la población con mayor tasa en 76,5 por 1000 mujeres de ese tramo de edad. El 11,6% de las mujeres tienen menos de 16 años. El 4,3% de las adolescentes tienen más de 12 semanas de gestación. Se han entrevistado a 92 adolescentes (66,7%), de las que el 99,2% son españolas. El estado civil del 93,5% es soltera. El 87% no tienen hijos y el 13% un hijo. El 58,7% son estudiantes y el 44,6% tienen un nivel educativo de educación secundaria obligatoria. El 18,5% se han sometido a un IVE previo. El 45,7 % no utiliza ningún método anticonceptivo y, entre las que utilizan alguno, el más utilizado es el preservativo (39,1%). El 32,6% de las parejas de las adolescentes se encuentran en desempleo.

Conclusiones y discusión: Existe un porcentaje importante de adolescentes que se han sometido a un IVE previo. Es llamativo el porcentaje de adolescentes que no utilizan ningún método anticonceptivo. Las entrevistas sociosanitarias nos han permitido conocer el perfil de nuestras adolescentes demandantes de IVE y también nos permite implementar un plan de intervención en aquellas poblaciones con una tasa elevada de IVE en adolescentes.

PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE CERTIFICACIÓN EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

HERRERA USAGRE MANUEL; CARRASCO PERALTA JOSÉ ANTONIO Y REYES ALCÁZAR VÍCTOR.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: El objetivo del presente trabajo es analizar el impacto percibido por profesionales sanitarios que han experimentado la acreditación de su Unidad de Gestión Clínica (UGC), sobre aspectos relacionados con la atención centrada en el paciente

Material y Método: A través de entrevistas cualitativas semi-estructuradas a 47 profesionales de 10 UGC certificadas en diferentes provincias andaluzas se recogió información sobre diferentes aspectos sobre la percepción de directivos y profesionales sanitarios sobre los cambios producidos tras la certificación de su UGC. Se realizó un análisis de los registros de las entrevistas basado en la estrategia de la Grounded Theory o Teoría Fundamentada. Para el análisis de los textos y su codificación se utilizó el software Atlas.Ti en su versión 6

Resultados: Tras el análisis de discurso llevado a cabo, surgieron dos grandes grupos de informantes: aquellos que desarrollaban un discurso más favorable, sacando a relucir las ventajas de la acreditación; y aquellos que desplegaban un discurso no sólo críticos con el proceso de acreditación, sino también con el modo en que se estaban instaurando ciertas políticas públicas relacionadas con la atención sanitaria.- En los del primer grupo, los profesionales percibían mejoras en la comunicación con el paciente, se destaca el importante papel del entorno socio-comunitario en tanto representante legítimo de los intereses de la comunidad y de los pacientes, y el desarrollo de iniciativas de participación ciudadana para la mejora de la asistencia, infraestructuras o toma de decisiones colegiada.- En el segundo grupo, los discursos mostraban una actitud más bien escéptica sobre el impacto en la atención centrada en el paciente. La crítica sobre la burocratización del proceso asistencial, la falta de especificidad en la información que se provee a los pacientes teniendo en cuenta su nivel socio-educativo, son mensajes comunes de este grupo de profesionales.-

Conclusiones y discusión: Los efectos de la acreditación sobre la atención centrada en el paciente divergen entre aquellos que consideran un progreso sobre los niveles de exigencia a los profesionales, y aquellos que consideran un progreso en los niveles de burocratización de la asistencia sanitaria. No obstante, hay que señalar que los discursos más favorables con la acreditación y su impacto en la asistencia centrada en el paciente, son los más frecuentes. Llamativo también es cómo la acreditación ha estimulado la interacción de las unidades clínicas con las asociaciones de pacientes o con diferentes representantes del entorno comunitario, surgiendo diferentes iniciativas de participación en la toma de decisiones internas.

EXPERIENCIA DE LA COMISIÓN DE ACTOS LÚDICOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MÁLAGA

MORENO SANJUÁN DANIEL; SANCHEZ RIVAS MARGARITA; BLASCO MIRA PILAR; GARCIA CORCOLES CRISTOBALINA; GALLARDO ARCAS ISABEL Y LÓPEZ ORIA IRENE.

Centro: Hospital Regional de Málaga. Carlos Haya

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Como línea estratégica están recogidos los avances en derechos de la ciudadanía, participación y corresponsabilidad. Desde hace 5 años el Hospital Materno Infantil de Málaga recoge estos avances organizando la actividad de los voluntarios y de los profesionales para hacer más ameno los ingresos de los menores garantizando mediante el voluntariado que realiza actividades culturales, ocio y acompañamiento de enfermos dentro y fuera del hospital, mediante excursiones y actividades orientadas a los ingresados de corta y larga estancia coordinada desde la Comisión.

Material y Método: Dentro del Plan de Participación Ciudadana del Hospital se recoge llevar a cabo dicha actividad, la cual es mediada por la Comisión de Actos Lúdicos. Dicha comisión se reúne bimensualmente para establecer calendarios de actividades. Está formada un trabajador social, la supervisora de enfermería, la jefa de comunicación, un médico especialista, la secretaria de dirección, el jefe de Atención Ciudadana, personal de enfermería de la ludoteca, un representante de las asociaciones y por los miembros del equipo de dirección

Resultados: La comisión coordina el trabajo de 200 voluntarios pertenecientes a 9 asociaciones distintas, que colaboran para hacer realidad el proyecto de que todos los días cualquiera de los niños ingresados pueda tener un momento de diversión, pudiendo desconectar así de su enfermedad. Algunos voluntarios tienen la particularidad de haber sido pacientes años atrás y ahora están devolviendo a la sociedad, en palabras de ellos, todo aquello que se le ha dado anteriormente y que le ayudó a sobrellevar aquellos días. Junto con las asociaciones se han realizado más de 25 actividades externas al año, entre ellas campamentos de verano, visitas a un barco trasatlántico, jornadas de golf, partidos en estadios de fútbol, visita al zoo, ver obras en el teatro Cervantes y más 300 actividades internas dentro del hospital, tanto de ocio como cuenta cuentos, teatrillos, visitas de deportistas y artistas infantiles, manualidades, videoconsolas así como culturales, campeonatos, de manera que todos los días se ha podido garantizar alguna actividad lúdica

Conclusiones y discusión: Esta actividad comporta un valor añadido al permitir hacer visible la actividad realizada dentro día a día, e incentiva a los ciudadanos a participar, ya que el resultado es inmediato, visualizándose en el mejor afrontamiento de la hospitalización. A su vez, los actos lúdicos permiten captar nuevos voluntarios para hacer otras actividades y dar apoyo al hospital en tareas de acompañamiento, lectura o apoyo emocional entre otras, y hace palpable la humanización de los cuidados desde la vertiente social del ingreso y por otro lado, modifica el afrontamiento de los pacientes y la familia ante la enfermedad, mejorando el estado de ánimo durante el ingreso, lo cual redundan positivamente en la evolución de la enfermedad. Todo este trabajo no sería posible sin los voluntarios y sin las asociaciones que trabajan con la Comisión de Actos Lúdicos

ESCUELA DE CUIDADORES: LOS QUE CUIDAN TAMBIEN NOS NECESITAN.

POLANCO MUÑOZ M^a DOLORES; CABRAL GARCÍA JOSE M^a; VILLANEGO BELTRÁN ISABEL; LEMUS GORDILLO ESTRELLA; PERTEGUER HUERTA INMACULADA Y HERREROS LOPEZ FRANCISCA M^a.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: PRINCIPAL- En consonancia con los objetivos generales del II Plan Integral Oncológico de Andalucía, el objetivo de nuestra escuela de cuidadoras persigue:- Propiciar que pacientes y familiares tengan la mejor calidad de vida posible, garantizando una atención humanizada. - ESPECIFICOS- Proporcionar apoyo psicológico y emocional.- Ayudar a mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo de pacientes oncológicos.- Orientar sobre la importancia del autocuidado.- Proporcionar información sobre recursos los sociosanitarios existentes. - Favorecer, entre los profesionales, una cultura de cuidados hacia la persona cuidadora.- Participar de los objetivos de los acuerdos de gestión de la Unidad.-

Material y Método: Los talleres, de periodicidad mensual y duración de una hora y media, se realizan mediante metodología cualitativa y participativa. - La captación se realiza por todos los profesionales de la UAIC, personas voluntarias y profesionales de la AECC, carteles informativos y a través de la UAP.- Responsables de su desarrollo son un grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería de la propia Unidad, un médico, un psicólogo, la trabajadora social y la enfermera gestora de casos. Colabora, la Asociación Española contra el Cáncer.- Se recoge consentimiento informado, y éstos contestan a los cuestionarios de Índice de esfuerzo del cuidador y Cuestionario Dukund.- Se realiza la evaluación del mismo a través de un cuestionario de satisfacción.- Y se establecen canales de comunicación permanente vía correo electrónico y telefónico. -

Resultados: Gran acogida y satisfacción por la necesidad de mejorar conocimientos y estrategias para los cuidados y para mejorar su calidad de vida.- A través de los cuestionarios, conocemos el cansancio y el apoyo social de nuestras cuidadoras.- Se han realizado 4 talleres, con una asistencia de media de 12 cuidadoras en cada uno. El primer taller se construyó a través de un grupo focal, el segundo se enfocó a la alimentación del enfermo oncológico, el tercero y cuarto abordaje emocional. Los resultado del grupo focal del primer taller, nos han servido para conocer aun más de cerca las necesidades sanitarias, sociales, familiares y emocionales de las cuidadoras, utilizándolas para enfocar el resto de talleres. En el cuarto taller se recoge un cuestionario que nuestras cuidadoras han recibido y realizado en sus domicilios, donde expresan necesidades emocionales y de sus cuidados físicos, con las cuales nos toca trabajar este nuevo curso.-

Conclusiones y discusión: La realización de estos talleres ha supuesto una mejora importante para la seguridad de las personas cuidadoras a la hora de abordar los cuidados.- El conocimiento de estrategias de autocuidados mejora la autoestima de la cuidadora, disminuye el sentimiento de soledad, depresión, culpa, tristeza y enfado, dando respuesta a los diagnósticos enfermeros de cansancio en el rol del cuidador y de afrontamiento familiar.- Los profesionales se implican y se sienten satisfechos al comprobar que su labor es bien valorada.-

Comunicación y salud: El impacto mediático de las notas de prensa sobre acreditación de calidad sanitaria en Andalucía

LEÓN VERGARA M. REYES; DELGADO RAMOS ROSARIO M. Y HERRERA USAGRE MANUEL.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: El objetivo es describir la evolución de noticias sobre acreditación de calidad entre 2008 y 2010 y explorar los posibles factores que han podido afectar a dicha evolución.

Material y Método: Para el análisis descriptivo se ha realizado una comparación entre, por un lado, el total de profesionales y centros acreditados por ACSA, así como las notas de prensa emitidas y, por otro, el número de apariciones en prensa. Para poder comparar ambos conjuntos de datos hemos utilizado el estadístico R2, como test de robustez, para la curva de regresión lineal que mide su aumento en el periodo de tiempo seleccionado. Con este dato, podremos hacer una aproximación a cómo se corresponden ambos datos. Por ejemplo, podremos observar cómo ha aumentado el número de notas de prensa emitidas por ACSA y cómo ha aumentando el número de apariciones en prensa utilizando un estadístico de comparación.

Resultados: A lo largo del periodo 2008-2010, la ACSA ha emitido 202 notas de prensa, referidas, en su mayoría, a actos de entrega de certificación de calidad. De ellas, 55 se emitieron en 2008, 72 en 2009 y 75 en 2010.- La búsqueda de las referencias publicadas a partir del envío de esas notas de prensa, realizada fundamentalmente vía internet a través de las ediciones digitales de los medios de comunicación y de Google, ha dado como resultado la aparición de 171 noticias sobre acreditación en 2008, 309 en 2009 y 506 en 2010. El total de profesionales acreditados pasó de 1015 en 2008 a 1393 en 2009 y a 3587 en 2010. Por otro lado, el total de centros y unidades acreditadas pasó de 143 en 2008 a 208 en 2009 y a 506 en 2010.- El aumento de referencias en prensa se debe, en gran parte, a la publicación de notas en los medios generalistas de carácter local, fruto, en gran medida, de la celebración de actos de entrega de distintivos de acreditación a centros, unidades y profesionales en municipios de toda la geografía andaluza. El interés por la acreditación de calidad se manifiesta en la publicación de estas noticias, que evidencian la importancia de la obtención de un 'sello de calidad' y su repercusión en la mejora de la atención sanitaria en su entorno. -

Conclusiones y discusión: Se puede afirmar que ha habido un incremento significativo de noticias publicadas sobre acreditación de calidad en salud en Andalucía. En el incremento de cifras existen dos posibles factores a tener en cuenta. Por un lado, el mayor número de profesionales, centros y unidades que han apostado por la acreditación de calidad. Por otro lado, existen indicios razonables para afirmar que, la 'localización' de los actos y de la estrategia de comunicación de los mismos, enfatizando el contacto con los medios de comunicación locales, ha hecho que se multiplique la publicación de las notas de prensa en estos medios, que se convierten en una herramienta para dar a conocer a la ciudadanía la calidad de los servicios de salud. Hacen que un concepto como la calidad se haga visible para la ciudadanía, configurando una imagen positiva de los servicios de salud.

Propuesta de Diseño Institucional para favorecer la participación en el Plan Andaluz del SIDA

BARRIENTOS TRIGO SERGIO; GIL GARCÍA EUGENIA Y GARRIDO PEÑA FRANCISCO.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Proponer un Diseño Institucional que favorezca el empoderamiento de portadores y pacientes y la corresponsabilidad de las asociaciones.

Material y Método: Para elaborar la propuesta combinamos la metodología cualitativa con instrumentos analíticos propios del Diseño Institucional. Realizamos 20 Entrevistas Semiestructuradas a responsables de la administración y de Asociaciones implicados en la elaboración del Plan Andaluz de Sida (PASIDA); asimismo realizamos 15 Entrevistas Semiestructuradas a portadores de VIH y enfermos de Sida no asociados. EL procedimiento de análisis han sido matrices DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) y análisis de contenido.

Resultados: Para favorecer la participación y fomentar la corresponsabilidad de los actores hay que: - a) Diferenciar dos dimensiones de la participación (codecisión y cogestión)- b) Cambiar de enfoque, el centro de las acciones y de los recursos deben dirigirse a fomentar la participación y corresponsabilidad de pacientes/usuarios (portadores y/o enfermos) y no, como hasta ahora, de las asociaciones- c) Favorecer la codecisión mediante mecanismos institucionales que recojan la voz de portadores y/o pacientes - d) Simplificar las estructuras de participación para reducir la asimetría de información e incorporar las agendas y las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en los procedimientos.

Conclusiones y discusión: La participación no es un resultado espontaneo, menos en pacientes con una patología estigmatizada socialmente. El Diseño Institucional es una estrategia de cambio que tiene como objetivo incorporar la voz del paciente al menor coste posible. Los efectos esperables de un resultado exitoso son dos: a) empoderar al paciente y, con ello, mejorar su autoestima y calidad de vida y b) crear una Red de Sensores Sanitarios (RSS) que recoja las expectativas y demandas de los usuarios.

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO POR UN MILLON DE PASOS EN UNA UGC

DELGADO FERNÁNDEZ AUXILIADORA; DE IRIGOYEN DÍAZ ANA; LÓPEZ DE LYS CARMEN Y GALLARDO GINÉS M.PILAR.

Centro: UGC Ubrique

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Implantación del Proyecto por un millón de pasos en una Unidad de Gestión Clínica -- Lograr que en el período de un mes, los vecinos del municipio consiguieran realizar un millón de pasos-

Material y Método: Desde la Comisión de Participación Ciudadana se contactó con los representantes de las distintas asociaciones para informar del programa e invitar a que se adhirieran al mismo- Difusión del programa a través de la Radio local- Formalización del compromiso en documento de adhesión por cada asociación- Creación de la Figura del Tesorero de Pasos quien asume la responsabilidad de llevar a cabo los registros de la actividad realizada por las personas participantes - Entrega del material necesario para la realización de la actividad:- Podómetros- Sistemas de registros diarios- Realización de la actividad durante el mes de abril- Evaluación de la actividad y acto institucional de entrega de diplomas personalizados a los participantes.-

Resultados: Al proyecto Por Un Millón de Pasos se han adherido un total de trece Asociaciones de la localidad, representantes de diversos colectivos sociales como son: de vecinos, mujeres, jóvenes y mayores- Durante el mes de abril han participado en esta iniciativa un total 290 personas.- El número total de pasos conseguidos en un mes han sido 14.719.130.-

Conclusiones y discusión: Se ha reforzado la vida asociativa del grupo - Se ha facilitado el establecimiento de nuevas relaciones- Ha aumentado la conciencia que sobre la salud tiene la realización de una actividad física diaria.- Corresponsabilidad en salud entre el colectivo sanitario y ciudadanía a través de la autogestión de la actividad en el seno de las asociaciones-

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL METABOLISMO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

VAZQUEZ VELA VICTORIA; LADRON DE GUEVARA GARCIA MARGARITA; BULO CONCELLON ROCIO; RODRIGUEZ CAMACHO JUAN MANUEL; FERNANDEZ ANGUITA MARIA JOSE Y MANZANO MARTIN VICTORIA.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Analizar la contribución del farmacéutico integrado en un equipo multidisciplinar en el uso adecuado de los medicamentos destinados al tratamiento de enfermedades congénitas del metabolismo raras(ECM/ER) en pacientes pediátricos.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo sobre las intervenciones farmacéuticas(IF) llevadas a cabo por un farmacéutico en el tratamiento de pacientes pediátricos con ECM/ER durante 2010-2011. Se registraron las IF dirigidas al uso adecuado de los medicamentos. Las intervenciones realizadas fueron consensuadas con el resto del equipo multidisciplinar.

Resultados: 3 pacientes pediátricos(entre 3-5 meses de edad) con ECM/ER recibieron tratamiento durante el periodo de estudio: 1 con enfermedad de Menkes tratado con histidinato de cobre, 1 con enfermedad de Pompe en terapia de reemplazo enzimático con alfa-glucosidasa ácida(GAA) y 1 con déficit de guanosina trifosfato ciclohidroxilasa(GTP-CH) tratado con sapropterina, levo/carbidopa, 5-OH Triptófano y melatonina. IF realizadas: Se llevó a cabo un asesoramiento a los pediatras sobre los tratamientos según la evidencia disponible tras búsqueda bibliográfica. Se presentaron las solicitudes a la Comisión de Farmacia para aprobar su empleo y el protocolo de utilización. Las dosis se ajustaron según el peso de los 3 pacientes. Se adecuaron las formas farmacéuticas para su administración: elaboración de viales liofilizados de histidinato de cobre, preparación de solución para perfusión de GAA y elaboración de papelillos de sapropterina 10 mg, a partir de la presentación comercial (cápsulas de 100mg) y jarabe de levo/carbidopa. Se ajustó la dosis y velocidad de perfusión en cada administración. Informamos al equipo médico sobre dosificación y pauta de administración, y a enfermería, sobre la forma de administración y ritmo de infusión.

Conclusiones y discusión: La presencia del farmacéutico en el área de pediatría contribuyó a la mejora en la atención sanitaria de los pacientes pediátricos con ECM/ER, al aumentar la seguridad en el empleo de los fármacos y la optimización de las terapias. La colaboración del farmacéutico tuvo una gran aceptación por parte del equipo multidisciplinar pediátrico.- *Las ECM constituyen un grupo paradigmático en el contexto de las enfermedades raras(ER). Son producidas por alteraciones bioquímicas de origen génico que tienen como consecuencia la alteración de una proteína. La diversidad de estas enfermedades proviene, no sólo del grado de afectación del gen, sino también del tipo y función de la proteína cuya síntesis queda alterada.Son de baja incidencia o poco frecuentes, por lo que la comercialización de un fármaco adecuado resulta poco probable. Suelen tener mal pronóstico, carácter grave y/o producir incapacidades, por ello es fundamental su diagnóstico precoz y tratamiento, considerado de modo individual. Los fármacos utilizados suelen suponer un impacto económico elevado para el hospital, por lo que es recomendable su optimización, exhaustivo control y seguimiento farmacoterapéutico.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

TORRES MARÍN MARÍA DOLORES; CARABALLO CAMACHO NURIA; MONZÓN RUIZ MARIANA; JIMÉNEZ MÁRQUEZ MARÍA DOLORES Y RAMOS DOMÍNGUEZ MARÍA VICTORIA.

Centro: A.G.S. Norte de Huelva

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: - Determinar el riesgo de caídas que presentan los pacientes que son atendidos en una unidad de fisioterapia y terapia ocupacional mediante la escala de Downton.

Material y Método: Estudio transversal descriptivo realizado en una unidad de fisioterapia y terapia ocupacional durante el mes de agosto de 2012. Las variables recogidas fueron:- • Edad.- • Sexo.- • Riesgo de caídas medido mediante escala de Downton.- • Diagnóstico: - o Síndromes dolorosos.- o Pacientes neurológicos.- o Cirugía ortopédica, endoprótesis articulares.- o Fracturas y secuelas.- o Amputaciones.- o Otros.-

Resultados: Se recogieron datos de 53 pacientes atendidos en la sala de fisioterapia y terapia ocupacional. 23 eran mujeres (43,40%) y 30 hombres (56,60%). La edad media de los pacientes atendidos era de 51,5 años con una desviación típica de 17,73 y un rango entre 11 y 85 años. - En cuanto al diagnóstico de los pacientes 21% presentaban síndromes dolorosos, 19% eran pacientes neurológicos, 30% habían tenido cirugía ortopédica o endoprótesis articulares, 8% presentaban amputaciones, 21% fracturas y secuelas y 2% otros diagnósticos.- El cuestionario de valoración del riesgo de caídas de caídas arrojó los siguientes resultados: un 19% de los pacientes obtuvo una puntuación de 0, un 25% obtuvo un punto, el 21% tuvo una puntuación de 2, el 21% obtuvo 3 puntos, un 4% 4 puntos y un 11% tenía un riesgo de caídas de 5. - Los pacientes neurológicos obtuvieron puntuaciones entre 3 y 5 igual que los pacientes con amputaciones.-

Conclusiones y discusión: Los pacientes con una puntuación de dos o más en la escala de Downton presentan riesgo de caídas. En nuestra unidad, según los resultados obtenidos, un 57% de los pacientes atendidos presentan riesgo de caídas. - Los pacientes con diagnósticos neurológicos y con amputaciones obtienen puntuaciones superiores a tres, con lo que son las patologías con más riesgo de caídas.- A la vista de estos datos la unidad se propone trabajar en medidas para reducir los riesgos de caídas en las salas de tratamiento. -

RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA

DORADO DEL ÁGUILA LUIS FERNANDO; CARABALLO CAMACHO NURIA Y CANO ANTELO MARÍA DOLORES.

Centro: A.G.S. Norte de Huelva

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: - Definir las acciones necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes que participan en los programas de rehabilitación cardiaca.- - Adaptar dichas acciones a la práctica habitual en nuestra Unidad.-

Material y Método: Realización de una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas para localizar evidencias sobre estrategias que permitan garantizar la seguridad de los pacientes en los programas de rehabilitación cardiaca. - Análisis posterior de las evidencias encontradas y discusión y consenso entre los miembros del equipo sobre los resultados encontrados.-

Resultados: Las recomendaciones que deben ser tenidas en cuenta para garantizarla seguridad de los pacientes incluidos en programas de rehabilitación cardiaca son:- - Adecuada estratificación del riesgo pronóstico del paciente. Clasificaremos a los pacientes en bajo, medio o alto riesgo según los criterios de la Sociedad Española de Cardiología.- - Realización de una prueba de esfuerzo inicial para determinar los parámetros de entrenamiento. Esta se repetirá si hay cambios clínicos en el paciente.- - Supervisión durante la realización del programa por personal cualificado (médico, enfermero, fisioterapeuta).- - Protocolo de actuación en caso de emergencia. La Unidad debe estar dotada del material necesario para atender cualquier complicación (carro de parada, desfibrilador, etc) y de personal formado en soporte vital básico y avanzado.- - Monitorización electrocardiográfica durante las sesiones de tratamiento. Los pacientes deben ser monitorizados hasta que entiendan el nivel de actividad que es segura y el ejercicio sea bien tolerado y eficaz.- - Valoración del estado del paciente y control de la tensión arterial y frecuencia cardiaca al inicio y al finalizar la sesión.- - Enseñanza adecuada al paciente sobre síntomas de alarma, utilización de escalas subjetivas de percepción del esfuerzo (escala de Borg) y autocontrol de frecuencia cardiaca.- - No superar la frecuencia cardiaca de entrenamiento (75%-85% de la frecuencia cardiaca máxima alcanzada en la prueba de esfuerzo).- - Adecuada fase de calentamiento y de recuperación.- - Permanencia del paciente en la sala 10-15 minutos después de acabar la sesión.-

Conclusiones y discusión: La aplicación de las recomendaciones expuestas anteriormente minimiza el riesgo de aparición de complicaciones graves durante la realización de ejercicio físico en los programas de rehabilitación cardiaca. Con ello pretendemos garantizar la seguridad de los pacientes que acuden a nuestra Unidad.

ESTUDIO PILOTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CANTO MANGANA JOSÉ; VERDEJO RECHE FRANCISCA; MARTÍNEZ DE LA PLATA JUAN ENRIQUE; FAYET PÉREZ ANNA; URQUÍZAR RODRÍGUEZ OLIVIA Y ACOSTA ROBLES PEDRO.

Centro: APES Hospital de Poniente

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Objetivos: La conciliación de la medicación es el proceso formal y estandarizado de obtener la relación completa de medicación domiciliaria del paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas. Los errores de conciliación contribuyen en gran medida en los errores de medicación. Así pues el objetivo del estudio fue evaluar un proyecto piloto de conciliación de medicación al ingreso, en el servicio de urgencias.-

Material y Método: Material y método: Estudio prospectivo no controlado llevado a cabo en la Observación del Área de Urgencias de un hospital comarcal, durante 15 días de abril 2012. Criterios de inclusión: pacientes mayores 65 años, con al menos 4 fármacos distintos domiciliarios ingresados en la Observación de Urgencias. La conciliación fue realizada por un farmacéutico en un plazo máximo de 24 horas desde el ingreso. La medicación previa se obtuvo a partir informes médicos previos o en el ingreso obtenida por personal de Observación y por la entrevista Farmacéutico-paciente/cuidador donde fue confirmada. Las discrepancias observadas fueron informadas de modo oral y por escrito mediante informe en historia clínica. La evaluación del proyecto se realizó mediante indicadores de calidad. Datos recogidos: demográficos, indicadores de calidad (% pacientes con errores de conciliación, % medicamentos con error de conciliación, errores de conciliación por paciente, errores de conciliación detectados).-

Resultados: Resultados: pacientes conciliados: 22; 14 hombres (63,6%); edad media: 80 años (rango 66-94 años); número de medicamentos medio por paciente: 9,6. Total de medicamentos conciliados: 212. Se encontraron 63 discrepancias no justificadas. Pacientes con 1 o más errores de conciliación fueron 17 (77.3%). El 23,1% de los medicamentos tuvieron error de conciliación que se reflejó en 2,9 errores de conciliación por paciente (paciente con 1 o más errores de conciliación). De las 63 discrepancias no justificadas, se detectó 49 errores de conciliación (77%). Se justificaron 14 discrepancias (33%) por parte de los facultativos.-

Conclusiones y discusión: Discusión: más de $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes incluidos presentaron al menos un error de conciliación, constatándose casi 3 errores de conciliación por paciente. La presencia de un farmacéutico en Urgencias se ha mostrado como una herramienta eficaz para la disminución de errores de medicación por conciliación. Sin embargo, es precisa la creación de equipos multidisciplinares para la conciliación con el fin optimizar procesos así como la realización del mismo a lo largo de las transiciones asistenciales, en los cuáles debe implicarse todo el personal sanitario capacitado.

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria

POZO MUÑOZ FRANCISCO; PADILLA MARÍN VICTORIANO; DOTOR GRACIA MARISA Y CÓRDOBA GARRIDO LAURA.

Centro: AGS NORTE DE MÁLAGA - ANTEQUERA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: 1) Describir la frecuencia de actitudes favorables relacionadas con la seguridad del paciente (SP) en los profesionales sanitarios de un área sanitaria 2) Determinar si el nivel de cultura de SP que poseen los profesionales difiere de los obtenidos en otros estudios 3) Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora en las mismas

Material y Método: Estudio descriptivo transversal en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de SP realizada del 1/2/12 al 29/2/12 a una muestra aleatoria de 247 profesionales sanitarios (NC 95%; precisión +/- 0,05; $p=q=0,5$) de un área sanitaria utilizando como instrumento la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al castellano. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a los 42 ítems que constituyen el cuestionario y que configuran un total de 12 dimensiones sobre la cultura de SP, así como la calificación global. Se compararon los resultados a nivel internacional con el "Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Data Base Report" y a nivel nacional con los incluidos en el "Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del SNS"

Resultados: Se analizaron 176 encuestas (tasa respuesta: 71,26%). El 50% califican la SP como muy buena, el 37% como aceptable y el 7% como excelente. Como fortalezas destacan las dimensiones "Trabajo en equipo dentro de las unidades" (80,82%) y "Expectativas y acciones de la dirección o supervisión" (80,54%). Como oportunidades de mejora se identifican las dimensiones "Dotación de personal" (37,93%), "Respuesta no punitiva a los errores" (41,67%) y "Notificación de eventos adversos" (49,05%).

Conclusiones y discusión: Se han identificado las fortalezas y debilidades en la cultura de SP en un área sanitaria, permitiendo identificar áreas de mejora. El benchmarking internacional sitúa nuestra cultura de SP en la media de los hospitales (6 dimensiones superan la media y 6 se encuentran por debajo), mientras que en la comparación con estudios nacionales, nuestros resultados son superiores a la media de hospitales en 10 de las 12 dimensiones. Es necesario implementar estrategias de mejora como la gestión eficiente y racional de los recursos humanos en el seno de las propias unidades, la incentivación de la cultura no punitiva del incidente de seguridad, el apoyo explícito de la Gerencia a la seguridad del paciente y la coordinación entre las unidades clínicas que componen el área sanitaria. Las principales limitaciones del estudio están relacionadas con la selección de la herramienta, la representatividad de los datos a nivel de unidad y el sesgo de no respuesta. Actualmente no existen estudios que valoren la cultura de SP en las áreas sanitarias, por lo que creemos que nuestro estudio puede aportar nuevos conocimientos en la aplicación práctica de las herramientas de valoración de la cultura de SP en instituciones con este ámbito organizativo particular.

Seguridad del paciente e Higiene de manos: monitorizaron de la adecuación del uso de guantes

VALERO UBIERNA CARMEN; FUENTES OLIVARES CAMILA Y LOZANO MOYA FLORENTINO.

Centro: Hospital De Baza

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Las campañas multimodales son el enfoque más eficaz para promover las prácticas adecuadas en higiene de manos. La observación directa del cumplimiento de las indicaciones forma parte de este abordaje. Dadas las características de nuestro hospital, los profesionales disponibles formados para la observación directa y la detección informal de un uso inadecuado de guantes en las salas de hospitalización, se decide realizar una monitorización del uso de guantes para cuantificarlo. El objetivo es conocer si se utilizan apropiadamente, y si se realiza una HM adecuada en relación a su uso.

Material y Método: Un mismo observador realiza la monitorización del uso de guantes durante 3 meses, en diferentes profesionales y turnos, en la sala de hospitalización quirúrgica. Se recoge la categoría profesional, indicación del uso de guantes para esa actividad y si se ha realizado higiene de manos y con qué producto, antes y después del uso de guantes.

Resultados: Se analizaron 135 momentos. El 46,7% de las ocasiones el profesional fue una DUE y en el 31,1% una auxiliar. En un 62,2% no estaba indicado el uso de guantes, en un 53,3% no se realizó HM antes del uso de guantes y en un 44,4% no se realizó después. Cuando se realizó HM, en un 72,3 % se utilizó soluciones alcohólicas. No hubo diferencias significativas ($p > 0,05$) en todas estas variables.

Conclusiones y discusión: Aunque la aplicación de SA en relación a la HM se va estandarizando, se abusa del empleo de guantes en la práctica asistencial y no se realiza una correcta HM antes y después de su uso, con el riesgo que ello conlleva de transmisión cruzada. Es preciso que los profesionales cambien el concepto de la necesidad del empleo de guantes y la técnica de HM relacionada con dicho uso.

ESTRATEGIA DE MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE MEDICAMENTOS: REVISIÓN DE BOTIQUINES DOMÉSTICOS

LUQUE BAREA M^a ANTONIA; FERNANDEZ ORTEGA SONIA; MACHUCA ALBERTOS M^a JOSE Y GALVAN MELERO GUSTAVO.

Centro: UGC La Laguna

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Mejorar seguridad del paciente en utilización de medicamentos. - Establecer estrategias educativas para uso correcto de medicamentos.

Material y Método: Valoración de stock de fármacos en domicilio de pacientes >75 años, autónomos para actividades de vida cotidiana. La selección de población se fundamenta en mayor prevalencia de patologías crónicas, posible polimedicación y mayor incumplimiento.- Se extrae de BDU listado de usuarios >75 años (n=1842), excluyendo inmovilizados (341) al considerar que estos no gestionan administración de tratamientos ni botiquín doméstico. Se selecciona al azar una muestra de 100.- Hoja de recogida de datos en la que figura: edad, sexo, nivel estudios, integrantes unidad familiar, grado parentesco, tipo botiquín, ubicación, contenido, nº envases, caducidad, recuento unidades al uso. - Se concierta visita domiciliaria mediante contacto telefónico, siendo responsable personal auxiliar enfermería. - Para valoración incumplimiento, verificamos en historia clínica la prescripción en receta XXI, observando concordancia entre envases expendidos y recuento de envases/unidades.- Se diseña hoja informativa a población sobre botiquines domésticos. Se pone en marcha actividad multidisciplinar de promoción de salud (taller).-

Resultados: N=100, rango edad 70-99 años (media=80,26). Distribución por sexos 65% mujeres y 35% hombres. 62% estudios primarios, solo 14% estudios superiores. 20% vive solo, en 43% hay 2 convivientes en unidad familiar, suele ser pareja (33%); en 2% de casos existe cuidador formal. - Botiquín desplazable en 55% (bolsa/caja/neceser). Del total, 43% ubicado en zona no apropiada por características del habitáculo (cocina/baño). Nº total de envases/botiquín entre 1-15 (media 7,14); nº de envases distintos 1-14, 48% contienen 6-9 envases distintos, 19% contienen 10-14 envases distintos.- Medicación prescrita en Receta XXI en 87% de casos. Del total, 1,8% contienen envases duplicados, de ellos 94,44% con 2 envases. Mayor nº duplicidades en contenidos de botiquín no sujetos a Receta XXI, sin significación estadística.- Los fármacos duplicados en 12% corresponden al grupo terapéutico de analgésicos, 12% hipotensores/cardiovascular, 8% estatinas y 6% antiagregantes. Nº total envases caducados es 7, sin relación con duplicidad; la mayoría son fármacos tópicos (57,14%).-

Conclusiones y discusión: - Número elevado de botiquines domésticos en lugares con condiciones no adecuadas para la correcta conservación. - - Mas de la mitad de botiquines son desplazables y pueden ubicarse transitoriamente en lugares no adecuados.- - La mayoría de pacientes están polimedcados.- - Suponiendo incumplimiento en caso de duplicidad, la mayoría de casos corresponde a grupos terapéuticos relacionados con riesgo vascular.- - Necesaria revisión periódica de polimedcados por facultativos para minimizar riesgos en seguridad del paciente.- - Necesidad de educación a la población en almacenamiento y uso adecuado de medicamentos.- -

EVALUACION ESTRATEGIA SEGURIDAD DE PACIENTES: IDENTIFICACION Y LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA

CÓRDOBA GARRIDO LAURA Y POZO MUÑOZ FRANCISCO.

Centro: Area Sanitaria Norte de Malaga

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: La Consejería de Salud de Andalucía dentro de su Estrategia para la seguridad de pacientes pone en marcha dos iniciativas que reducen la probabilidad de causar de causar errores graves y evitables en la asistencia sanitaria, dichos problemas se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. El objetivo del estudio es analizar en unidades de atención hospitalaria la adherencia al Procedimiento General de Identificación de Pacientes (IP) y al Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) del Área Sanitaria Norte de Málaga

Material y Método: Auditoría presencial en varias unidades clínicas del Hospital realizada por la Unidad de Calidad. Muestreo aleatorio de pacientes ingresados, mediante obtención de listado de pacientes en Admisión General- Variables analizadas: presencia del brazalete identificativo según el formato descrito en el procedimiento general. Comprobación en la historia clínica de los datos identificativos y alergias medicamentosas. Comprobación de la presencia en historia clínica del Listado de Verificación Quirúrgica correctamente cumplimentado después del procedimiento Fecha: 1 y 5 de marzo de 2012.- Muestra: 118 pacientes- Ubicación: Bloque Quirúrgico URPA y Hospital de día quirúrgico. Unidades de Gestión Clínica de Hospitalización: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Oftalmología, Pediatría, Traumatología y Cuidados Críticos y Urgencias-

Resultados: Variables IP: Presencia de pulsera identificativa: 69,49%. Presencia del brazalete homologado según Estrategia. Identificación de Pacientes: 64,40%. Verificación verbal: 40,67%. Presencia de pegatinas identificativas: no homologadas: 7,62%. Identificación de alergias: 68,64%- Concordancia con historia clínica: 100%- Cumplimentación de todos los campos del LVQ y presencia en Historia Clínica: 100%

Conclusiones y discusión: Durante la auditoría se han detectado incidencias que interfieren en el cumplimiento de los procedimientos que se describen a continuación que han derivado en un plan de mejora para mejorar los resultados obtenidos:- Retirada de la pulsera identificativa por el paciente (desconocimiento, deterioro...)- Retirada de la pulsera identificativa por enfermería para la realización de pruebas complementarias (gasometría...)- Retirada de la pulsera identificativa por edemas. - Existencia de pacientes alérgicos no identificados - Presencia de pegatinas deterioradas no homologadas- En RN se identifica el nombre y apellidos en la pulsera con rotulador no indeleble- En niños no existe pulsera identificativa homologada impresa - Identificación mediante pegatinas no homologadas en urgencias en casos de avería de la máquina- Reto: fomentar y concienciar la importancia de la verificación verbal mediante estrategias de comunicación dirigidas a profesionales y pacientes (cartelería, sesiones informativas, web de atención a la ciudadanía...)

¿USAMOS ADECUADAMENTE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES?

GAMERO DE LUNA ENRIQUE JOSÉ; PALMA MORGADO DANIEL; GAMERO ESTÉVEZ ENRIQUE; WINKLER GUDRUN; VARGAS IGLESIAS SOFÍA Y DOMÍNGUEZ CAMACHO JUAN CARLOS.

Centro: UGC EL JUNCAL. SEVILLA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Evaluar la adecuación del uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en un Distrito Sanitario de Atención Primaria

Material y Método: Estudio descriptivo de auditorías de historias clínicas realizadas por el médico de familia (EHCS) en el ámbito de atención primaria. Se evaluó el periodo enero-junio de 2012, obteniéndose los listados de pacientes de 12 Centros de Salud (CS) pertenecientes a dos Áreas Hospitalarias (AH), a los que se habían dispensado al menos dos envases de IBP en el periodo de estudio (44.465 pacientes). De esta población se obtuvo una muestra, simétricamente distribuida entre las dos AH de 518 pacientes, mediante muestreo aleatorio por lotes. Se proporcionó un cuestionario semiestructurado de volcado de datos. Las variables principales fueron: indicación adecuada (que la indicación se encuentre recogida entre las incluidas en los documentos de consenso [GPC]) y Fármaco (que el fármaco usado sea omeprazol u otro IBP en las excepciones contempladas). Las variables secundarias fueron: adecuación por AH y CS, comorbilidades, indicación terapéutica y dosis del IBP

Resultados: 26 casos son excluidos (5%) por registros incompletos, no pertenecer al centro o haber fallecido. Otros 48 casos (9,4%) se retiran por suspensión del tratamiento. Se indicó correctamente IBP en el 65,1% de los casos, y de éstos se utilizó el fármaco adecuado en 87,2% de las ocasiones (omeprazol en el 85,5%). La presentación más utilizada de omeprazol fue la de 20 mg (89,3%). Los dos criterios de adecuación sólo se cumplieron en el 58,6%. No hubo diferencias entre las dos AH implicadas, sin embargo el rango de cumplimiento entre los CS se situó entre el 100% y el 35,6%, con un cumplimiento medio del 70,3%. El 29 % de las ocasiones se utilizó IBP en pacientes con algún padecimiento gástrico. En el resto de las veces se debió a gastroprotección por el uso concomitante de otro fármaco (anticoagulación oral [ACO] 46%, antiinflamatorios 25%) Casi el 40% de las indicaciones por gastroprotección ocurren en mayores de 65 años, siendo especialmente relevante tanto el número de pacientes que utilizan antiinflamatorios de forma crónica (37%) como las situaciones de comorbilidad en los pacientes con ACO (36%)

Conclusiones y discusión: •La variabilidad en el uso de IBP se relaciona con factores particulares de cada CS y no con el AH. En el escenario de mayor inducción desde el nivel de atención hospitalario sólo explicaría el 8% de la variabilidad entre los CS - •La EHCS detecta un 41,4% de inadecuación en la prescripción de IBP, siendo ésta una situación subóptima respecto a las indicaciones de las GPC- •El alto número de pacientes con otros fármacos y con comorbilidades, nos plantea, desde el punto de vista de la seguridad del paciente, la necesidad de realizar abordajes más integrales en el manejo del paciente - •Las EHCS puede ayudar al profesional a detectar áreas de mejora y facilita la toma de decisiones respecto al tratamiento con IBP-

Diseño de herramienta de evaluación de las UPP en Hospital de Jerez

PARRA ESTRADA ALFONSO JOSE.

Centro: HOSPITAL DE JEREZ

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Evaluar la eficiencia de las medidas preventivas propuestas en materia de prevención de úlceras por presión y su impacto en salud en la población atendida, así como la de realizar un acercamiento al coste económico estimado y los beneficios que se obtienen al aplicar estas medidas en nuestra organización. También se dispone de información sobre consumo de apósitos de tratamiento de UPP y su coste en los periodo de estudios.

Material y Método: La fuente es el Sistema de Información del Módulo de Azahar para: Cálculo de distribución de la casuística, Cálculo de la Incidencia y Prevalencia, Cálculo de etiquetas de riesgo. A su vez se han desarrollado otros indicadores necesarios para estimación de costes e impacto de medidas preventivas: población de riesgo, población que padece una UPP, cálculo de población de riesgo y UPP evitada

Resultados: Según el análisis de la relación prevalencia-incidencia se aprecia que aparecen 11.23% menos de úlceras nuevas en los pacientes durante su estancia hospitalaria en 2011 que en 2009. Descenso en el periodo de estudio de 2012, un 8.29% menos que el año 2011- La prevalencia para el 2011 es de 0.91% y para el año 2012 es de 0.97%. De los pacientes que estando en riesgo al final padecen una úlcera por presión, se aprecia un descenso con respecto a 2009 (13.09%) de un 1.7% en el primer semestre de 2012 (11.39% .Se han evitado a 1484 pacientes en riesgo el padecer una UPP, lo que supone un 86.58% en el 2011. Para el periodo de estudio de 2012 se han evitado a 723 pacientes en riesgo padecer una UPP, que supone un 88.60%. El coste estancia evitada estimado se calcula aplicando la fórmula diseñada por Allman y la comparativa entre 2009 y 2011 nos reportan un ahorro de 599803 euros. Se aprecia un ahorro de 559 apósitos entre los años 2009 y 2011 y de 5486 con la proyección estimada para 2012. Supone un ahorro económico entre 2009-2011 de 12.397,46 euros y con proyección de 2012 supone un ahorro de 45.778,46 euros.

Conclusiones y discusión: El análisis de distribución de la casuística, se aprecia un aumento de casos de Medicina Interna en el periodo del último año. Traumatología sigue siendo una de las unidades con mayor número de incidencias del ranking. Podemos decir, teniendo en cuenta que los sistemas de registro son oscuros en la identificación de este problema, que el sistema del módulo de cuidados nos permite de forma más ágil acceder a esta información.- Se han observado un aumento en el número de casos, pero ha disminuido la incidencia a años anteriores.- Los datos con respecto al estándar nacional y autonómico son mejores y los pacientes en riesgo de padecer una úlcera y al final la sufren son menores.- Allman nos muestra, con su fórmula de cálculo que gasto supondría no invertir en medidas preventivas y lo que supone en términos económicos el que un paciente desarrolle una UPP. Aunque los datos de 2012 son mejores en porcentaje que en años anteriores un 88,60%, tenemos que seguir trabajando para llegar al 95% que promulga Pam Hibbs en su estudio.

PREVENCIÓN DE RADIACIÓN X DISPERSA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES POR PLANCHAS DE PLOMO.

AGUIRRE COPANO TOMÁS; ALONSO-OJEMBARRENA ALMUDENA; SÁNCHEZ-SAUCO MIGUEL FELIPE; ALMANSA-LÓPEZ JULIO; LUBIÁN-LÓPEZ SIMÓN Y BENAVENTE-FERNÁNDEZ ISABEL.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Comparar la radiación en forma de dosis equivalente (μSv) de Rayos X que recibe teóricamente un paciente ingresado en la incubadora más cercana (1,5 m) y en la siguiente (3 m) a la del paciente que recibe una radiografía en nuestra UCI-N, previa protección con planchas de 0,5 mm de plomo, con la que recibiría ese mismo paciente sin utilizar la protección con planchas de **Material y Método:** Se trata de un estudio descriptivo realizado en una UCI-N de nivel IIIb de Andalucía durante febrero de 2011. Para realizar las radiografías simuladas se utilizó el tubo de RX portátil disponible en la unidad (Polimobil III 1686). También utilizamos dos planchas de plomo de 0,5 mm de grosor que fueron adquiridas en la Unidad para protección del personal y los pacientes. Se realizaron varios disparos sobre una incubadora vacía, a una distancia entre la película y el foco de 100 cm, con un voltaje de tubo de RX de 60 y 50 KVp y con 1 mA·s. El dosímetro se colocó a 1,5 y 3 metros del foco del tubo de RX, para medir la radiación dispersa que recibiría un paciente teóricamente colocado a esa distancia. Así mismo, se realizaron también mediciones a la misma distancia, pero colocando el dosímetro dentro de una incubadora vacía, como las del resto de la Unidad. Todas las mediciones se repetirán colocando entre el tubo de RX y el dosímetro una plancha de plomo de 0,5 mm de grosor. Se utilizó el test Chi-cuadrado para comparar las medidas obtenidas con y sin la protección radiológica.

Resultados: Las mediciones realizadas sin planchas de plomo fueron las siguientes: a) con 60KVp y a 1,5 m del tubo de RX, 800 $\mu\text{SV/h}$; b) con 60KVp y a 3 m, 175 $\mu\text{SV/h}$; c) con 60KVp y a 3 m, dentro de una incubadora, 75 $\mu\text{SV/h}$; d) con 50KVp y a 1.5 m, 350 $\mu\text{SV/h}$; e) con 50KVp y a 3 m, 87 $\mu\text{SV/h}$.- Los datos obtenidos utilizando la protección de las planchas de plomo fueron: a) con 60KVp y a 1,5 m del tubo de RX, 12,5 $\mu\text{SV/h}$; b) con 60KVp y a 3 m, 2,8 $\mu\text{SV/h}$; c) con 50KVp y a 1.5 m, 5,5 $\mu\text{SV/h}$; d) con 50KVp y a 3 m, 1,3 $\mu\text{SV/h}$.- Las medidas obtenidas con y sin protección de las planchas de plomo fueron estadísticamente significativas ($p\leq 0,05$).-

Conclusiones y discusión: Para un paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es muy frecuente recibir radiación X tanto por sus condiciones clínicas como por la de los pacientes ingresados cerca de él. A pesar de que la radiación que reciben sin la protección es muy escasa, y que no aumenta significativamente el riesgo de cáncer en la edad adulta, dado que son pacientes que no precisan dicha exploración, sería lógico el poder evitarla o reducirla al máximo. Con una medida tan fácil de utilizar como son unas planchas de 0,5 mm de plomo, podemos reducir unas sesenta veces la cantidad de radiación que reciben.

MEJORAS IMPLANTADAS POR UNIDADES HOSPITALARIAS EN SUS INSTALACIONES PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE SU ACTIVIDAD.

CRUZ SALGADO ÓSCAR; NOGUERAS RUIZ SONIA; RODRÍGUEZ BENAVENTE ANA Y GALIOT TORRES ALFONSO.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Análisis del impacto de la acreditación en las Unidades de Atención Hospitalaria para garantizar la dotación y condiciones de las instalaciones necesarias para el desarrollo de sus actividades bajo condiciones de seguridad.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Hospitalaria acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) en el año 2011. - Se analizó el nivel de cumplimiento inicial, así como las evidencias aportadas para el cumplimiento final, de 43 UGC evaluadas en relación con el estándar obligatorio (ES 5 08.01_00) sobre la definición y aplicación de actuaciones necesarias para garantizar que disponen del espacio, medios técnicos y recursos necesarios para la realización de su actividad bajo condiciones de seguridad. - La información se obtuvo de la aplicación informática que da soporte a la acreditación (ME_jora C)

Resultados: El 58.1% de las UGC evaluadas cumplieron el estándar ES 5 08.01_00. Los principales motivos de incumplimiento fueron:- •82,3% Ausencia de Inspecciones Periódicas legales por Organismos de Control Autorizado (OCA) de Instalaciones eléctricas, ascensores e instalaciones de Rayos X.- •70,6% No subsanación de deficiencias identificadas tras la realización de inspecciones, revisiones o mantenimientos preventivos - •47,1% No inclusión de operaciones asociadas al control de la legionelosis al plan de mantenimiento.- • 17,7% Deficiencias en registros actualizados de las incidencias comunicadas así como de su resolución.- Las principales soluciones aportadas para solventar las incidencias identificadas fueron:- •Vigilancia de los niveles de radiación en puestos de trabajo y áreas colindantes de acceso al público.- •Inspecciones en ascensores e Instalaciones de baja tensión.- •Planificación de mantenimientos preventivos (equipos de aires acondicionados, plantas e instalaciones frigoríficas, ascensores, medios de PCI, quirófanos, baja tensión etc.).- •Subsanación de no conformidades encontradas en las revisiones de mantenimiento realizados por mantenedores y de inspecciones por OCA.- •Revisión de instalaciones, limpieza y desinfección de las redes de distribución de agua fría de consumo humano y agua caliente sanitaria.- •Protocolos para unificar las actuaciones para el control de legionella.- •Implantación de un gestor de incidencias que permita su análisis, repetitividad, control, seguimiento y/o trazabilidad.- •Mediciones de continuidad y resistencia del aislamiento en los quirófanos y salas especiales.

Conclusiones y discusión: Las UGC inmersas en el proceso de acreditación a través de la ACSA identifican e implantan mejoras tras la reflexión interna, teniendo como referencia los estándares de calidad.- Se hace evidente la importancia de gestionar los elementos de soporte que cubren las principales necesidades de las UGC para el desarrollo de la actividad asistencial en condiciones adecuadas de seguridad y funcionalidad

RELEVANCIA DE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

GARCÍA GUTIÉRREZ MANUEL; NAVARRO RODRÍGUEZ ANTONIO; CANO RODRÍGUEZ TRINIDAD; GUTIÉRREZ RIVERO SONIA; LIMPO DE LA IGLESIA PILAR Y VIDA BLANCA JESÚS.

Centro: hospital virgen del rocío

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Entre los requisitos básicos para la acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), se encuentran los estándares que tratan sobre la seguridad de pacientes y profesionales.- En este trabajo pretendemos destacar la trascendencia de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el proceso de acreditación de una Unidad Clínica de Atención Médica Integral tanto en su evaluación inicial (octubre/10) como en la de seguimiento a los 2 años (octubre/12).-

Material y Método: - Realizamos una revisión pormenorizada de los diversos estándares de seguridad, resaltando las peculiaridades de nuestra UGC y expresando sus fortalezas en forma de evidencias positivas. - Aportamos la metodología empleada para la gestión del riesgo con un examen crítico de los eventos adversos (EA) más prevalentes en medicina interna a través del análisis modal de fallos y sus efectos (AMFE).-

Resultados: - Del total de estándares de los 3 grupos recogidos en la primera evaluación de acreditación de la ACSA (112) se completaron un elevado número (76), que significó un porcentaje suficiente (67.85%) para que nuestra UGC obtuviera la acreditación avanzada.- El 21.05% de los cuales (16/76) pertenecían al grupo relacionado con la seguridad del paciente, destacando aquellos que aplican acciones específicas para prevenir acontecimientos potencialmente adversos como errores de medicación, riesgo de caídas, identificación de pacientes, infecciones nosocomiales, úlceras por presión y EA relacionados con procedimientos invasivos.- Efectuamos un análisis detallado de cada una de estas situaciones de riesgo, se priorizaron en función de la probabilidad de aparición, elaboramos una serie de recomendaciones y apuntamos las medidas correctoras que han de aplicarse para evitarlas.- Otros estándares elaborados y que fueron relevantes en la acreditación son los que promueven acciones que fomentan el uso responsable y seguro del medicamento como el Uso Racional del Medicamento (URM), la aplicación del sistema de distribución de medicamentos dosis unitaria (SDMDU), el control de botiquines y de caducidades sobre el material fungible y la utilización segura del equipamiento. -

Conclusiones y discusión: La gestión del riesgo se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de las organizaciones sanitarias, un elemento básico en la búsqueda de la excelencia clínica y un requisito imprescindible en la acreditación de las UGC.- La dirección de nuestra Unidad puso en marcha una comisión de calidad que se planteó como objetivos prioritarios impulsar una cultura de seguridad entre sus miembros, promover la notificación de EA y elaborar un mapa específico de riesgos. - En este estudio analizamos los estándares de seguridad clínica que recogen las medidas para la prevención de los EA más prevalentes en la práctica de medicina interna, poniéndolos en valor y remarcando su importancia, no solo en la obtención de la acreditación, sino fundamentalmente por su aplicabilidad clínica.-

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL(NE)EN EL PACIENTE CRÍTICO

GUTIÉRREZ MARÍN M^a JOSÉ Y ZAMBRANO DOMINGUEZ ENCARNACIÓN M^a.

Centro: hospital san juan de dios del aljarafe

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Analizar y describir las complicaciones gastrointestinales asociadas a la administración de la NE en pacientes de una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Material y Método: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y correlacional a partir de un análisis retrospectivo, llevado a cabo en una UCI, durante el segundo semestre del año 2010. La muestra está formada por 28 pacientes de la unidad a los que se les ha administrado la NE, a partir de un muestreo no probabilístico intencional. Los datos se han obtenidos de los registros de las historias clínicas de los pacientes ingresados y se ha elaborado una tabla Excel donde se detallan las siguientes variables: la principal patología que sufre el paciente provocando su ingreso en la UCI, las complicaciones gastrointestinales asociadas a la administración de la NE, el tiempo de inicio de la NE y el uso de medicamentos del grupo de los procinéticos en la administración de la misma. Los datos se han analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

Resultados: Un 14% de los pacientes incluidos en el estudio fueron intolerantes a la administración de la NE, ya que presentaron algún tipo de complicación gastrointestinal. La complicación más frecuente que presentan los pacientes es el estreñimiento en un 18%, seguido del aumento del residuo gástrico (ARG), en un 14%. Los grupos de patologías que más complicaciones gastrointestinales reflejan son en un 29% las cirugías abdominales. Con respecto al inicio de la NE, se obtuvo que el momento más propicio para comenzar es entre las 24 y 48 horas de estancia del paciente en la UCI, ya que, en este intervalo solo el 21% de los pacientes presentó algún tipo de intolerancia. Un 71%(20) de los casos, han sufrido alguna intolerancia a pesar de haberles administrado procinéticos.

Conclusiones y discusión: Es importante señalar que los resultados obtenidos en el estudio referidos a las complicaciones gastrointestinales asociadas a la administración de la NE, son concordantes con la literatura científica consultada. Se observan algunas carencias en las incidencias registradas por parte del personal de enfermería de nuestra UCI con respecto a las complicaciones gastrointestinales que surgen en los pacientes durante la administración de la NE. Por lo que, se detecta la necesidad de mejorar este aspecto estableciendo un acuerdo multidisciplinar a partir de un plan de cuidados de enfermería, para así unificar criterios de actuación e incorporarlos a la práctica clínica. Nos planteamos para futuros estudios de investigación la elaboración de una guía de práctica clínica sobre la administración de NE.

FÁRMACOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN PARENTERAL

FAYET PEREZ ANNA; URQUIZAR RODRIGUEZ OLIVIA; URREA GILBERT ISABEL; MARTOS ROSA ALBA; MARTÍNEZ DE LA PLATA JUAN ENRIQUE Y CANTO MANGANA JOSE.

Centro: APES Hospital de Poniente

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Se denominan “medicamentos de alto riesgo” aquellos que al ser utilizados incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. El Consejo de Europa incluyó en 2006 la estandarización de estos medicamentos entre las Prácticas Seguras a implantar en los hospitales de forma prioritaria, e insistió en la necesidad de que a nivel local se estableciesen programas y procedimientos explícitos con un enfoque multidisciplinar centrados en la prevención de errores relacionados. Por sus características específicas, los pacientes críticos son especialmente vulnerables a los posibles errores ocasionados por un mal uso de medicación.

- **OBJETIVOS:** Elaboración y validación de una guía de preparación y administración de medicamentos intravenosos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el fin de unificar los procedimientos empleados en su uso y minimizar los errores relacionados con su administración.

Material y Método: MÉTODOS: Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar entre UCI (una enfermera especializada) y el Área de Farmacia del Hospital (dos farmacéuticas internas residentes). Se definieron los fármacos intravenosos de alto riesgo más usados en UCI a estudiar para la elaboración de la guía. Se consultaron fichas técnicas de los medicamentos (disponibles en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), bases de datos como Micromedex y otros recursos como UpToDate, Stabylity, Vademecum, etc.

Resultados: Se seleccionaron un total de 26 fármacos de diferentes familias farmacológicas: agonistas adrenérgicos y dopaminérgicos, antagonistas adrenérgicos, anestésicos generales, opiáceos, antiarrítmicos, bloqueantes neuromusculares, diuréticos, hipnóticos y sedantes, trombolíticos y vasodilatadores. Se completaron los siguientes apartados para cada uno de ellos: presentación, mecanismo de acción, farmacocinética, indicaciones terapéuticas, reconstitución y estabilidad, vías de administración, posología, contraindicaciones, advertencias y precauciones, interacciones, reacciones adversas y observaciones. Se elaboró un cuadro-resumen al final de la guía con la información más importante para la administración de fármacos con bomba de infusión.

Conclusiones y discusión: Con la guía de administración de medicamentos intravenosos aumenta la seguridad del paciente, reduciendo los posibles errores relacionados con los fármacos y minimizando así las consecuencias de un mal uso de los medicamentos. La colaboración interprofesional ha permitido la disponibilidad de una herramienta altamente útil para la actividad asistencial diaria en la UCI, facilitando y optimizando el trabajo de enfermería. La elaboración de un cuadro-resumen permite un acceso rápido a la información más relevante de cada uno de estos medicamentos para promover una correcta actuación en caso de emergencia y hacer accesible la información recogida a todo el personal interesado.

Implantación de un Listado Digital de Verificación de Seguridad Quirúrgica en los quirófanos del H.R.U Carlos Haya

DÍAZ OJEDA JULIO Y PASCUAL BARRERA ANA MARGARITA.

Centro: Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: En el marco del programa de “La Cirugía Segura Salva Vidas” de la Alianza Mundial para Seguridad del paciente, el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVQS) es un - checklist- que incluye una serie de controles de seguridad, cuya verificación durante el procedimiento quirúrgico está demostrado que reduce la morbimortalidad asociada a la cirugía. Su sencillo diseño se ha adaptado al formato digital para que su ejecución sea breve y sencilla y la mayoría de sus pasos sean aceptados como parte de la rutina que se practica en los quirófanos. Los objetivos que se establecieron con este trabajo fueron son los siguientes:- Generales:- - Mejorar la seguridad del paciente quirúrgico en los quirófanos del HRU Carlos Haya.- - Disminuir la morbi-mortalidad asociada a la cirugía.- Específicos :- - Implantación de un LVSQ en formato digital en todos los quirófanos del HRU Carlos Haya, como medida de mejora de la calidad asistencial.- - Diseño e implantación LVSQ adaptado al paciente pediátrico.- - Acreditar prácticas de cirugía segura.

Material y Método: 1.- Análisis de la situación.- Para determinar el procedimiento de implantación, se comenzó con un análisis de la situación del centro. Con este análisis estratégico de situación y contexto, se pretendía conocer la dimensión del proyecto respecto al entorno y sus grupos de interés, así como evaluar los recursos propios y capacidades:- 1.a) Descripción del HRU Carlos Haya: cartera de Servicios, recursos, dispersión geográfica, cultura interna de Seguridad del Paciente.- 1.b) Definición del Escenario. Evaluación de los recursos: acciones formativas necesarias, dotación informática de los quirófanos.- 2.- Plan de actuación.- 2.1- Metodología de implantación: Elección del formato digital para LVSQ, descripción del proyecto. Plan de formación. Difusión de estrategias sobre seguridad quirúrgica (LVSQ). Apoyo tecnológico y valoración de resultados.- 2.2.- Cronología y criterios de implantación. Pilotajes, implicación de los responsables.

Resultados: Desde la implantación del LVSQ en formato digital, su uso en las intervenciones programadas supera actualmente el 80%. Además, para estas intervenciones se garantiza el 100% del chequeo de todos los items puesto que la aplicación informática no permite el cierre si no es en esas condiciones. La explotación estadística que se deriva de ello permite contruir automáticamente los indicadores estandarizados por la Agency for Healthcare Reseach and Quality para la Seguridad del Paciente.

Conclusiones y discusión: El LVSQ en formato digital implantado en el HRU Carlos Haya supone un avance en términos de seguridad para los pacientes y también una mejora en la accesibilidad a la información para los profesionales consolidando el LVSQ como una herramienta de calidad, al permitir valorar estadísticamente sus resultados, a bajo coste y con una alta fiabilidad.- Este esfuerzo ha permitido obtener para nuestro centro el Distintivo de Cirugía Segura de La ACSA y para el LVSQ-Pediátrico el reconocimiento de Práctica Innovadora por IAVANTE.

Qué hacen los pacientes mayores pluripatológicos para evitar errores de medicación

PÉREZ PÉREZ PASTORA; MIRA SOLVES JOSÉ JOAQUÍN; PÉREZ JOVER VIRTUDES; PERALTA ORTEGA ALICIA; GUILABERT MORA MERCEDES Y NAVARRO SOLER ISABEL MARÍA.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Identificar tipos y causas de errores de medicación más frecuentes en la autogestión de la medicación de los pacientes mayores pluripatológicos y polimedicados (PMPP).

Material y Método: Estudio basado en técnicas de investigación cualitativa (ICL). Se ha recurrido a la técnica de la entrevista grupal (21 sesiones) para capturar información sobre hábitos y costumbres en la autogestión de la medicación.- Muestra de conveniencia de 217 pacientes con las siguientes características: diabéticos, polimedicados, mayores de 65 años, con capacidad de movilidad, con residencia en el propio hogar o en el de un familiar y pertenecientes a distintos municipios de Sevilla, Bilbao, Alicante y Toledo. - Los pacientes han sido reclutados por médicos de atención primaria colaboradores de 8 centros de salud considerando: sexo (50%), tratamiento crónico con 5 o más fármacos, Índice Barthel mayor de 60. - Criterios de exclusión: pacientes que hubieran interpuesto queja formal o reclamación patrimonial en los 3 últimos años, pacientes que cursan con trastornos neurológicos o psiquiátricos que les impiden responder a las preguntas y residentes en centros de mayores.

Resultados: El 54% fueron hombres y el 46% mujeres. Edad media de 73,38 años (d.t.)5,16,rango de edad 65 y 89 años. - Los pacientes recurren a trucos personales para tener localizada la medicación. Suelen vincularla a actividades cotidianas y a horarios fijos para no olvidarla, pero lo más común es depender de su propia memoria. Es frecuente anotar en el propio envase cuándo tomar la medicina o recurrir al uso de pastilleros. - Se consideran independientes en cuanto a la organización y distribución diaria de sus fármacos sin necesidad de la colaboración de ningún familiar. - El médico de atención primaria es habitualmente su mayor apoyo, confían en sus indicaciones, pero reclaman que detallen más específicamente cada información que les aporta. El apoyo de enfermeras y farmacéuticos cubre las necesidades de información sobre medicación que precisan aunque, con el número tan elevado de fármacos diarios, es común no recordar la información suficiente de todas las medicinas. - La atención de varios médicos especialistas a la vez causa frecuentemente repeticiones e incompatibilidades en la medicación. El cambio de aspecto físico en la presentación del medicamento, tanto del envase como del preparado, genera desconcierto y confusión al paciente.- En general, los PMPP muestran una elevada preocupación por experimentar efectos secundarios al tomar una nueva medicación y, al mínimo síntoma, consultan a su médico por si debe cambiarse el tratamiento.-

Conclusiones y discusión: Entre los PMPP ocurren condiciones que facilitan errores de medicación de los propios pacientes que pueden tener puntualmente consecuencias graves para el paciente por lo que se requiere de herramientas de ayuda para lograr una atención segura.

MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN TRATAMIENTO CON ACENOCUMAROL

GIMENO JORDA MARIA JOSE; MARTOS ROSA ALBA; FAYET PEREZ ANNA; VERDEJO RECHE FRANCISCA; MORALES MOLINA JOSE ANTONIO Y SANCHEZ CESPEDES ENCARNI.

Centro: APES HOSPITAL DE PONIENTE

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Los anticoagulantes orales (ACO) antagonistas de la vitamina K (AVK) son fármacos ampliamente utilizados en la prevención y tratamiento de episodios trombóticos tanto venosos como arteriales. Son fármacos de intervalo terapéutico estrecho que se dosifican utilizando el cociente normalizado internacional (INR= Internacional Normalized Ratio) y las concentraciones plasmáticas por encima o por debajo del intervalo producirán riesgo de hemorragia o de trombosis respectivamente. Muchos pacientes no consiguen mantener un valor de INR adecuado y constante dentro del intervalo terapéutico y los factores de riesgo documentados como causantes de ello son la edad, dieta, factores genéticos y ambientales y sobre todo, la interacción con otros fármacos (antifúngicos azólicos, estatinas, AINES, antibióticos como quinolonas). El AVK más utilizado en España es el acenocumarol. El objetivo es evaluar el impacto de un sistema de control por parte del Servicio de Farmacia de la posología del acenocumarol prescrita por Hematología.

Material y Método: El estudio se realizó en un hospital comarcal de 280 camas con un volumen de 8250 ingresos durante el período enero-julio de 2012 (33,5% en el Área de Medicina Interna). La población objeto de estudio fue aquellos pacientes en tratamiento con acenocumarol a los que se les prescribió levofloxacino. El sistema de control establecido es: cuando un paciente en tratamiento con un ACO es hospitalizado, desde Hematología envían a Farmacia una hoja con la pauta posológica del fármaco hasta el próximo control del INR. Diariamente el farmacéutico revisa dicha pauta. Si en cualquier momento de la hospitalización al paciente se le pauta un fármaco que interfiere con el ACO, el farmacéutico se pone en contacto con Hematología para comunicarlo y tomar medidas (suspender ACO y pasar a heparinas de bajo peso molecular (HBPM), modificar pauta ACO, realizar controles INR más seguidos o suspender fármaco que causa interacción).

Resultados: Durante el período de estudio se controlaron a 241 pacientes, mayoritariamente del Área de Medicina Interna (71%). A 64 de ellos se les prescribió levofloxacino y a 22 de éstos se les suspendió el ACO y se sustituyó por una HBPM debido a alteraciones del INR.

Conclusiones y discusión: Las personas tratadas con ACO son habitualmente pluripatológicas por lo que toman varios fármacos, algunos de los cuales pueden interaccionar con el acenocumarol. Su estado de salud, a menudo, es motivo de ingreso hospitalario, como es el caso de neumonía, lo que conlleva la prescripción de fármacos como levofloxacino que puede alterar el INR. Todo ello motiva que desde el Servicio de Farmacia se preste una especial atención a este tipo de pacientes que si bien no representan un elevado porcentaje de ingresos si están sujetos a sufrir un mayor número de eventos adversos relacionados con los medicamentos. El sistema implantado nos permite mejorar la seguridad del paciente.

HERRAMIENTA QUE GARANTIZAN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UCI

JIMÉNEZ ESTRADA M^a CARMEN Y DE TOVAR M^a MAGDALENA.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: General - Poner en marcha herramientas que nos ayuden a garantizar la Continuidad de Cuidados y estandarización de los cuidados, tanto intra y extra unidad.- Impulsar la Seguridad Clínica del paciente ingresado en UCI y al alta- Reducir o mitigar los niveles de ansiedad o temor de los pacientes y familiares , educando e informando para facilitar con autonomía el alta a Hospitalización.- Minimizar los tiempos de estancia- Mejorar la satisfacción de la asistencia recibida-

Material y Método: Se ponen en marcha distintas herramientas para alcanzar los objetivos propuestos:- •Asignación de Enfermera Referente.- •Elaboración ICC desde ingreso en la unidad con actualizaciones programadas.- •Asistir y participar activamente en las reuniones de Acto de Decisiones Compartidas, haciendo partícipes al resto del equipo multidisciplinar y consensuando la planificación, estrategias a seguir.- •Coordinación interservicio.- •Llamada al coordinador del área de destino.- •Gestión de cama.- •Programación de salidas.- •Asegurar la realización llamada telefónica a familia, para garantizar la salida acompañada al área de Hospitalización- •Valoración del grado satisfacción de los ICC emitidos al área de hospitalización mediante encuesta.- •Encuestas dirigidas a los familiares de pacientes ingresados en UCI.-

Resultados: Análisis resultados encuestas profesiones- El 97%, considera que el ICC es una herramienta útil para la práctica diaria y mejora la calidad de la atención y garantiza la continuidad de cuidados a nuestros pacientes.- De los profesionales que conocían el ICC, casi el 90% refieren que los informes de ICC emitidos desde UCI son claros y comprensibles.- Más del 80% de estos profesionales consideran que los informes de continuidad de cuidados están actualizados al alta.- El 86% considera que se describen los problemas de enfermería detectados y en el 87 % refieren que la información facilita en las incidencias facilitan la planificación de enfermería en planta.- En el 100 % de los casos refieren que existe comunicación previa al ingreso.- - Resultados encuestas familiares:- El 88 % de los encuestados refieren que al ingreso de su familiar a la unidad algún profesional de enfermería se presentó como responsable del paciente y se prestó como miembro al que podían acudir para resolver las dudas - A un 84 % de los familiares no les creó ansiedad, miedo o incertidumbre el paso de su familiar al área de hospitalización, alegando que estaban bien informados de la evolución y destino próximo- -

Conclusiones y discusión: Creemos que la inclusión de todas estas medidas han contribuido a:- •Garantizar la Continuidad cuidados y seguridad de nuestros pacientes. - •Facilitar la planificación de los cuidados.- •Consensuar las actuaciones de los profesionales. - •Unificar la información facilitada a nuestros usuarios.- •Favorecer la actuación en equipo de todos los profesionales, evitando las decisiones individualizadas.- •Garantizar y facilitar educación sanitaria a los cuidadores principales. -

PAPEL DEL FARMACÉUTICO CON PACIENTES INGRESADOS CON ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS

DÁVILA FAJARDO CL; GARCIA C; GOMEZ C; BELDA RUSTARAZO S; CABEZA BARRERA J Y MARIN MC.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: -Analizar el uso de fármacos susceptibles de causar hiperkalemia en pacientes hospitalizados con valores de potasio sérico ≥ 5.5 mmol/L - Evaluar el número y grado de aceptación de las recomendaciones de ajuste farmacoterapéutico realizadas, vía historia clínica electrónica (HC), dirigidas a reducir las cifras de potasio sérico-

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo de 6 meses de duración. Se revisaron los tratamientos farmacológicos de los pacientes con cifras de K sérico ≥ 5.5 mmol/L mediante el programa de HC Archinet® y Farmatools® . Además, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso y creatinina sérica.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se realizaron 1.500 determinaciones de K sérico, un 4.6% (70/1500) presentaron un valor ≥ 5.5 mmol/L. Estas 70 determinaciones corresponden a 60 pacientes diferentes (35 mujeres y 25 hombres). La mediana de edad 85 años (58-102). El ClCr (Crockcroft y Gault) fue ≥ 60 mL/min para 5/88 analíticas, entre 30 y 59 mL/min para 25/88 analíticas y ≤ 23 mL/min para 40/88. Todos los pacientes salvo 1 estaban siendo tratados con fármacos susceptibles de causar hiperkalemia. Se detectaron 140 fármacos sospechosos: 46,4% HBPM, 14,6% IECA, 10,6% digoxina, 7,3% diuréticos ahorradores de K, 5,3% K parenteral, 4,1% otros fármacos. Se realizaron 28 recomendaciones de optimización farmacoterapéutica observándose en 14 casos modificación de la farmacoterapia según la propuesta realizada. Las propuestas incluyeron recomendaciones de reducción de dosis y/o suspensión de fármacos susceptibles de causar hiperkalemia, sugerencia de prescripción de medidas hipokalemiantes y propuestas de monitorización farmacocinética de fármacos capaces de elevar la kalemia.

Conclusiones y discusión: El uso de fármacos susceptibles de causar hiperkalemia es elevado.- La función renal está deteriorada en la mayor parte de los pacientes con K elevado y con prescripción de fármacos hiperkalemiantes. - El servicio de Farmacia debe revisar sistemáticamente el K sérico en pacientes hospitalizados y poder así desarrollar actividades de optimización farmacoterapéutica.- En nuestro estudio, el grado de respuesta a las propuestas de optimización farmacoterapéutica fue adecuado. -

ES NECESARIO GENOTIPAR EN PACIENTES CON DOBLE ANTIAGREGACION PLAQUETARIA?

DÁVILA FAJARDO CL; GOMEZ C; GARCIA C; MARIN MC; CABEZA BARRERA J Y SANCHEZ RAMOS J.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Determinar la prevalencia del polimorfismo genético CYP2C19 y ABCB1 en la población normal (control) andaluza y compararla con la publicada en estudios con otras poblaciones como paso previo para implantar esta determinación en la práctica clínica diaria.

Material y Método: Se seleccionaron 100 controles del banco andaluz de DNA a los que se genotipo los polimorfismos CYP2C19*2 (rs4244285), CYP2C19*3 (rs4986893) y ABCB1 (rs1045642) empleando sondas Taqman® y la técnica de discriminación alélica.

Resultados: De los 100 controles estudiados, polimorfismo CYP2C19*2: *2/*2=1.96%, *1/*2=25.49% y *1/*1=72.55%. ABCB1: CC=35.41%, CT=43.75%, TT=20.83%. CYP2C19*3: ninguno. Nuestros resultados son semejantes a los publicados en otros artículos para CYP2C19*2 y *3, sin embargo con respecto al polimorfismo ABCB1 en nuestra población el porcentaje de alelo T es inferior a lo publicado en HapMap para raza caucásica.

Conclusiones y discusión: - Las frecuencias alélicas para CYP2C19*2 y *3 son similares a las publicadas en otros estudios. Las frecuencias para ABCB1 difieren ligeramente - - Se hace necesario implantar este tipo de estudios en pacientes con síndrome coronario agudo sometidos a ICP, para asegurarnos de su eficacia ya que está documentado que clopidogrel no es un fármaco efectivo en polimorfismos con alelo CYP2C19*2 (*1/*2 y *2/*2) ni en ABCB1 TT.-

Identificación de riesgos asociados a la Gestión del carro de unidosis en Hospital

FLORES DORADO MACARENA; PAYÁ GINER CAROLINA; MÉNDEZ ESTEBAN MARÍA ISABEL; FERNANDEZ NISTAL ANGEL; SORROCHE LOURDES Y MARQUEZ FERNANDEZ ELOISA.

Centro: Distrito Aljarafe

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Identificar los riesgos asociados a la gestión y uso de los medicamentos del carro de unidosis en un Hospital y realizar una propuesta de medidas de control para minimizarlos.

Material y Método: Para la Identificación de los riesgos se realizó un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, en el que participaron dos farmacéuticas de Atención Primaria, una farmacéutica de hospital, una enfermera del hospital y un médico. Este grupo realizó un curso de formación en gestión de riesgos asistenciales. - La gestión y uso de los medicamentos del carro de unidosis es un proceso complejo, el primer paso fue realizar un diagrama de flujo para identificar cada uno de los procesos que lo conforman. A continuación se identificaron los modos de fallo, se categorizaron a través del número de priorización de riesgo (NPR) en función de la gravedad, probabilidad de ocurrencia y capacidad de detección. Por último se realizaron las propuestas de medidas de control de los riesgos identificados.

Resultados: En el proceso de "Prescripción del medicamento" el riesgo identificado fue prescripción de medicamento inadecuado, para lo que se propone como medida de control historiar correctamente al paciente antes de realizar la prescripción y dejar constancia en registro.- Para el proceso "Transcripción de la orden médica en Farmacia" el modo de fallo es transcribir un medicamento incorrecto o falta de medicamento, y se propone la implantación de prescripción electrónica, establecer procedimientos de doble chequeo y cumplir los horarios de envío de orden.- En el proceso de "Preparación del carro en farmacia" la colocación de medicación en cajetín equivocado es el modo de fallo, y el doble chequeo y cumplir los horarios de envío de orden las medidas recomendadas.- Durante el proceso de "Preparación de la medicación en planta" el modo de fallo es la rotulación equivocada, ausencia de vial o medicamento equivocado, para lo que se recomienda mantener el criterio de unidosis y no recolocar los medicamentos una vez que llegan a planta.- Por último en el proceso de "Administración de la medicación" puede haber duplicidad de medicamentos (entre la medicación que el paciente trae de casa y la que se le administra en el hospital), para lo que se recomienda poner en marcha un plan de conciliación de la medicación. La administración del medicamento al paciente equivocado, o vía de administración, dosis, forma farmacéutica incorrecta ase identifica también como modos de fallo, y la pulsera identificativa, el doble chequeo y formación continua para profesionales serían las medidas de control. -

Conclusiones y discusión: La implantación de un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias incrementa la calidad de la asistencia reduciendo significativamente la incidencia de errores de medicamentos. Sin embargo, dada la complejidad del sistema, se siguen originando errores.

RIESGO DE CAIDAS DEL PACIENTE ONCOLOGICO

BENITEZ MORERA ANA MARIA; POLANCO MUÑOZ MARIA DOLORES; COBO OCAÑA MARIA ANTONIA; ROBLES MONTES BEGOÑA; GONZALEZ PINEY DOLORES Y MUÑOZ LUCERO TERESA.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Los centros y UGC, contemplan en sus objetivos y en su modelo de acreditación de calidad la seguridad como un elemento en la buena práctica clínica. Las caídas son una realidad y un serio problema de salud, un tercio de las personas mayores de 64 años se caerán en el plazo de un año y el 15% se caerán por lo menos dos veces al año. Hemos realizado un estudio para conocer el riesgo de caídas de los pacientes oncológicos y protocolizar la actuación enfermera en su prevención.- **Objetivos-** Prevenir el número de caídas y efectos adversos derivados de las mismas.- Establecer criterios de actuación enfermera homogéneos en la prevención y cuidados. Incluir la valoración de riesgo de caídas en la valoración integral del paciente, si es posible en las primeras 24 horas.- Fomentar la cultura de seguridad entre profesionales, pacientes/familiares: Impulsar la realización e implantación de protocolos de intervención adaptados al ámbito de actuación profesional.- Lograr la satisfacción de pacientes/familiares.

Material y Método: Tipo de diseño observacional/descriptivo, transversal y retrospectivo de una muestra de 148 pacientes atendidos en unidades de Atención integral al Cáncer y Diagnóstico por la Imagen (Oncología Radioterápica/Medicina Nuclear, Hospital de día Oncohematológico/Hospitalización Oncológica) durante Febrero-2012. Aplicada a la muestra un cuestionario específico de caídas adaptado al tipo de paciente oncológico atendido: Escala de riesgo de caídas múltiples (de A.M. Tromp y colaboradores).- Se ha realizado el Protocolo de actuación de enfermería: Plan de Cuidados al paciente con riesgo de caídas y Flujograma de actuación.

Resultados: Interpretación de datos estadísticos obtenidos:- Total pacientes 148 (H=70 M=78)- Edad media 63 (H=67 M=58,6) - Puntuación de corte 4,45 (H=4,47 M=4,38) - Variable1/Limitación funcional 45,9% (H=51,42% M=41,02%) - Variable2/Incontinencia 31,08% (H=28,57% M=33,33%) - Variable3/Caída previa 27,7% (H=28,57% M=26,92%) - Variable4/Problema visual 17,56% (H=15,71% M=19,23%) - Flujograma: Plan de Cuidados.- Díptico para pacientes y cuidadores: medidas para prevenir caídas.

Conclusiones y discusión: El riesgo de caídas en paciente oncológico es - multifactorial.- Es necesario realizar una valoración integral al paciente para detectar factores de riesgo y actuar precozmente sobre ellos.- La elaboración del protocolo responde al objetivo de homogeneización de nuestra actuación y colaborar en la seguridad del paciente.- El díptico sobre prevención de caídas, ayuda en el aumento de conocimientos.- Teniendo en cuenta que la variable con mayor impacto de las evaluadas es la limitación funcional (45,9%) con una puntuación positiva de 3 puntos (según escala) resumiríamos que todos los pacientes oncológicos presentan riesgo de caídas ya que el corte que hemos obtenido se sitúa en general en un 4.45, por lo tanto sería conveniente establecer la protocolización en la actuación enfermera como medida de seguridad fundamental e imprescindible en el control del riesgo.

MANEJO SEGURO DE LOS OPIOIDES EN TÉCNICAS ESPECIALES DE ANALGESIA

MORENO MARTIN GABRIEL; MORA BANDERAS ANA; CANCA SANCHEZ JOSE CARLOS; MORALES FERNANDEZ ANGELINES; RIVAS RUIZ FRANCISCO Y PEREZ TRUEBA ENRIQUE.

Centro: Hospital Costa del Sol

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Analizar la seguridad en el manejo de los opioides para técnicas especiales de analgesia.

Material y Método: Se revisa la muestra calculada (nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%) de 60 usuarios portadores de una técnica especial de analgesia evaluando la seguridad del proceso en el uso del medicamento (prescripción, transcripción, dispensación y administración). Se realiza un AMFE del proceso y un seguimiento de las intervenciones planificadas. El análisis estadístico es descriptivo con distribución de frecuencias. Análisis bivariado comparando grupo pre AMFE y grupo post AMFE mediante test de la ji-cuadrado con significación $p < 0.05$.

Resultados: Cualitativos: Se identifican las siguientes oportunidades de mejora: Formación a especialistas médicos sobre manejo de la prescripción electrónica, formación a enfermería en manejo seguro de dispositivos. Centralización en el Servicio de Farmacia la custodia, preparación, almacenaje y dispensación de estos fármacos. Etiquetado identificativo del fármaco y paciente (distintivo por código de colores con vía de administración, fecha de caducidad y condiciones de conservación), adecuación el nº de estupefaciente de los stock de planta. Profesional de referencia de la unidad del dolor- Cuantitativos: La prescripción de opioides en unidosis pasa de un 69% a un 91,7%- La orden de tratamiento completa pasa de un 18,3% a un 91,7%- La prescripción electrónica: pasa desde un 0% al 30%- Todas las jeringas vienen identificadas desde farmacia con paciente, fármaco y composición.- Los errores graves disminuyeron desde un 3,3% a un 0%-

Conclusiones y discusión: Todos los hallazgos han tenido una mejora significativa con la incorporación de las medidas. El profesional de enfermería dispone del fármaco con todas las garantías de seguridad y de una formación reglada que le permite el correcto manejo del dispositivo. Se evita la variabilidad de las prescripciones y se minimizan los errores de administración.- A pesar de lo evidente de las mejoras, que aporta el uso de la prescripción electrónica, se requiere mejorar la implicación y motivación de los profesionales en su uso. Seguimos con una variabilidad de documentos de tratamiento que obliga a una conciliación del tratamiento final. Se requiere continuar con los esfuerzos realizados para un uso más seguro de estos medicamentos.-

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA Y DETECCIÓN DE ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN/PRESCRIPCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

FAYET PÉREZ ANNA; CASTRO VIDA M^a ÁNGELES; VERDEJO RECHE FRANCISCA; GIMENO JORDÁ M^a JOSÉ; URQUÍZAR RODRÍGUEZ OLIVIA Y ACOSTA ROBLES PEDRO.

Centro: APES HOSPITAL DE PONIENTE

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: En el circuito del uso de los medicamentos en el ámbito hospitalario pueden generarse errores de medicación durante la prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos. El objetivo de este estudio es comparar errores de transcripción farmacéutica frente a errores detectados tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica (PE).

Material y Método: Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital comarcal durante dos meses. En plantas de hospitalización que no tienen implantados sistemas de PE, la prescripción se realiza en papel autocopiable, que transcriben dos farmacéuticos en la aplicación electrónica; uno transcribe, y un segundo farmacéutico revisa. Farmacia dispensa en el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias la medicación transcrita, enfermería recibe la hoja de administración de la medicación según lo transcrito. Durante un mes registramos los errores detectados en la transcripción y validación farmacéutica (VF) en pacientes ingresados en Medicina Interna (MI). Implantamos posteriormente la PE en 2 de las 4 salas de MI y registramos los errores de prescripción durante un mes. Los tipos de error se establecieron utilizando la clasificación de errores de medicación Ruiz-

Jarabo(2008): Omisión de medicamento, Omisión de dosis, Dosis extra, Dosis de medicamento incorrecta (mayor o menor), Duplicidad terapéutica, Medicamento erróneo, Vía de administración errónea, Paciente equivocado, Frecuencia de Administración errónea, Errores de cuidados, Alergias no transcritas, Medicamento no suspendido.

Resultados: Se validan 2551 prescripciones en papel y se transcriben 354 ingresos. En el periodo de evaluación de la PE se validan 2209 prescripciones de las cuales 1083 son en PE y se transcriben 172 ingresos. Se detectaron 240 errores de transcripción farmacéutica. Según tipo fueron: Omisión de medicamento, 33. Omisión de dosis, 14. Dosis extra, 8. Dosis de medicamento incorrecta, 29. Duplicidad terapéutica, 5. Medicamento erróneo, 18. Vía de administración errónea, 16. Paciente equivocado, 3. Frecuencia de Administración errónea, 38. Errores de cuidados, 59. Alergias no transcritas, 4. Medicamento no suspendido, 13. Errores de PE: 84; Omisión de medicamento, 17. Dosis de medicamento incorrecta, 4. Duplicidad terapéutica, 2. Medicamento erróneo, 4. Vía de administración errónea, 4. Frecuencia de Administración errónea, 49. Medicamento no suspendido, 2.

Conclusiones y discusión: Al informatizar la prescripción desaparece el error de transcripción. Entre los errores detectados en PE el mayoritario, y aumentado, es la frecuencia de administración errónea. El resto de errores se ve disminuido aunque no desaparecen. Con la PE se evita tanto la transcripción farmacéutica como la de enfermería, fundamental para asegurar la correcta administración de los medicamentos y garantizar la efectividad y seguridad de la farmacoterapia. Es también fundamental la VF en PE, ya que los errores asociados a su uso se detectan previamente a la dispensación y administración de medicamentos.

PROCESO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE AGUDO Y CRÓNICO INGRESADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA. HOSPITAL CIVIL

MORENO SANJUÁN DANIEL; CORRALES GUERRERO MARIA LUISA; GÓMEZ MÁRQUEZ MARIA JOSÉ; TRIGO JIMENEZ ANTONIA; SANTANA VILLANUEVA MARIA VICTORIA Y GALLARDO ABOLLADO MARIA ÁNGELES.

Centro: Hospital Regional de Málaga. Carlos Haya

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: En el marco de las estrategias por la Seguridad del paciente en el SSPA, es conocido el proceso de identificación del mismo, donde se recoge que la identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante en los problemas y complicaciones asociados a potenciales errores en la asistencia sanitaria. La implantación de esta estrategia se ha comenzado en el Hospital Civil debido a la cronicidad de sus pacientes

Material y Método: Recursos Materiales: Para implantar este proceso ha sido necesaria la dotación de dos equipos de impresión (adesógrafos), rollos de pulseras identificativas y un programa software específico configurado por el servicio de Informática del Hospital.- Recursos humanos: Se ha desarrollado un plan de formación mediante sesiones de trabajo para el correcto funcionamiento y puesta en marcha, evaluación y mejora del proceso, implicando al personal de admisión, enfermería y médicos de planta y a los celadores-

Resultados: El grado de implantación ha sido realizado tras un período de transición de seis semanas al 100% en los servicios de hospitalización, Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), Hospital de Día Médico (HDM), Litotricia y pacientes ingresados a través de Urgencias de manera gradual, empezando en la primera fase por UCMA, una segunda fase añadiendo hospitalización de agudos y en especial atención a las unidades de crónicos, y una tercera fase donde se añadió HDM y Litotricia junto con Urgencias. Aproximadamente, se están identificando un total de 80-100 pacientes al día.- Se han realizado auditorias por parte del Servicio de Atención Ciudadana para cuantificar el número de pacientes que a partir de las 24 horas de estar ingresados siguen estando identificados, siendo este porcentaje del 90%. Se excluye el HDM y la UCMA, ya que la estancia del paciente es inferior a 10 horas en el Hospital, y que en los primeros cortes han estado indentificados al 100%.- Inicialmente, los pacientes no identificados se correspondían con aquellos que presentan resistencia y oposición a llevar la pulsera en una minoría y la mayoría eran por roturas inesperadas de la pulsera durante el aseo y en pacientes con disminución del nivel de conciencia, por lo que habría que plantear adquirir pulseras de mayor fijación en servicios como Salud Mental, Neurología, Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Rehabilitación, servicios asociados a la elevada estancia media y cronicidad del paciente. A priori si se ha reforzado el circuito de reimpresión de pulseras en estos casos para evitar la falta de identificación de estos pacientes más vulnerables y crónicos del hospital-

Conclusiones y discusión: El proceso de identificación de pacientes ha sido implantado con éxito en el Hospital Civil de Málaga como pabellón piloto del Hospital Regional. Tras la implantación, con la corrección de incidencias y la importante labor de concienciación sobre la correcta identificación de los pacientes, se plantea extrapolarlo a los demás pabellones que forman el Hospital.

ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DEL APORTE NUTRICIONAL MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL EN EL PACIENTE CRITICO

BENDICHO LÓPEZ MARÍA JESÚS; BLANCO SÁEZ ISIDRO; GALVÁN PARRA ISABEL; LUQUE OLMEDO ALFONSO Y PICAZO SOTO LUCAS.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Conocer el aporte nutricional (kilocalorías) que reciben nuestros pacientes mediante la administración de nutrición enteral (NE) para saber en qué medida se cubren sus necesidades energético-nutricionales diarias. Examinar los diferentes factores y complicaciones que influyen en la correcta administración de la NE, y averiguar si la instauración de la NE se realiza precozmente en estos pacientes conectados a ventilación mecánica (VM).

Material y Método: Diseño: Estudio prospectivo de cohortes durante un período de 4 meses. Junio-Septiembre del 2012, mediante hoja de recogida de datos elaborada para el estudio. Ámbito: UCI polivalente. Muestra: Pacientes con NE y VM durante al menos 7 días. Intervención: Se calcularon cada 48 horas las Kilocalorías pautadas y las administradas. El calculo diario del aporte calórico necesario se basó en una cantidad calórica fija comprendida entre 25-35 Kcal/Kg/día, ya que se disponía de calorimetría indirecta. Asimismo se registraron el tipo de dieta pautada, las causas por las que se interrumpía la NE y las diferentes complicaciones que presentaba el paciente causadas por la dieta.

Resultados: Muestra: 35 pacientes Edad media: 58,12 años Peso medio 79,42 Kg. Sexo: hombres 0,65%, mujeres 0,35% Apache II medio: 20,67 puntos. Riesgo de mortalidad: 28,98 Días de VM antes del inicio de la NE: 2,12 Diagnósticos: Neurológicos 38% TCE/Politrauma 27% Insuficiencia Respiratoria 15% PCR 3% Sepsis 3% Otros 12% Tipos de dietas administradas: Estándar 55,95% Diabética 19% Distrés respiratorio 2,9% Fibra 14%. Inicio de la NE en las primeras 48h: 100% Media de kilocalorías diarias aportadas: 992 Kcal/día. Pautadas: 1264 Kcal/día. Horas de suspensión de la NE: 5/día Causas: Vómitos 37,5%, Diarreas 28,2%, Higiene general 30%, Pruebas complementarias 20%. Presentaron Estreñimiento: 57% de los pacientes

Conclusiones y discusión: En nuestra Unidad existe una diferencia entre los requerimientos calóricos teóricos y la cantidad efectivamente administrada, se ha observado una infradosificación de 154,5 Kcal. durante los primeros 3 días de NE, mejor correlación en el 5º día con una diferencia de 71 Kcal, seguida de una sobredosificación de 183 Kcal en el 7º día. Se comprueba un inicio precoz en la administración de la NE en el 100% de los pacientes estudiados, con una buena adherencia entre tipo de dieta y patología de base del paciente. El mayor numero de horas de suspensión de la NE se produce en las primeras 48h, motivada quizás por las numerosas pruebas complementarias o intervenciones quirúrgicas realizadas a los pacientes en los primeros días de ingreso, a partir del tercer día se reduce un 60% el tiempo de suspensión. Las complicaciones gastrointestinales que se han detectado son leves y normales en este tipo de pacientes con VM y NE. EL conocimiento de los datos obtenidos en este estudio nos permitirá tomar medidas encaminadas a optimizar el soporte nutricional de nuestros pacientes, elaborar nuevos protocolos de nutrición y aumentar la calidad y seguridad asistencial prestada.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y SOLUCIONES

CASTELLANO ZURERA MAR; GALIOT TORRES ALFONSO; NOGUERAS RUIZ SONIA Y CRUZ SALGADO ÓSCAR.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Difundir los riesgos potenciales para la seguridad del paciente identificados por profesionales de Atención Primaria de Andalucía durante su proceso de certificación, así como las soluciones encontradas para evitar su aparición

Material y Método: Este trabajo se llevó a cabo en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía tras la evaluación de 61 unidades asistenciales de Atención Primaria. - Estudio descriptivo retrospectivo. (N 29 unidades asistenciales cumplieron el estándar objeto de estudio).- Pasos: 1 Extracción y depuración de los registros de los procesos de acreditación de las unidades asistenciales. 2 Selección de los datos asociados al estándar analizado (riesgos potenciales y soluciones identificadas por los profesionales durante la fase de autoevaluación). 3 Clasificación de los riesgos y soluciones en 8 categorías (medicación, infección, diagnóstico, gestión, accidentes de los pacientes, comunicación, cuidados y equipamiento médico). 4 Tratamiento estadístico de la información.- Periodo: junio de 2010 a junio de 2011.- Fuentes utilizadas: registros incluidos en la herramienta online específica para la acreditación de las unidades asistenciales, denominada ME_jora C.- Variables del estudio: 1 riesgos potenciales identificados 2 soluciones aportadas-

Resultados: Los riesgos potenciales principalmente identificados por los profesionales están relacionados con los medicamentos 100%, la infección asociada a la atención sanitaria 89,6%, el diagnóstico 58,6% y la gestión 51,7%. - Las soluciones aportadas con más frecuencia fueron: •formación sobre la técnica de higiene de manos 62% y dotación de soluciones hidroalcohólicas 51,7% para prevenir la infección asociada a la atención sanitaria- •mantener un correcto stock de medicamentos 48,3%, para evitar el desabastecimiento de carros de parada y maletines de urgencia- •desarrollo de una sistemática para la revisión de los medicamentos de pacientes polimedicados 41,4%- •actuaciones en relación a los medicamentos de alto riesgo 37,9%: disponer de un listado, limitar el número de presentaciones farmacéuticas, formación sobre su uso y retirada del cloruro potásico de los botiquines.- •implantación de procedimientos para disponer de medicamentos en perfecto estado de uso en cuanto a caducidad 37,9% y conservación 31%- •uso de la tarjeta sanitaria para identificar a los pacientes antes de la administración de medicamentos 31%- •definición de algoritmos de actuación para el manejo de patologías emergentes poco frecuentes 31%- •proporcionar información escrita al paciente sobre su tratamiento 27,6% para evitar eventos adversos relacionados con el mismo- •formación a los profesionales sobre cómo registrar en la historia clínica digital (27,1%)-

Conclusiones y discusión: El proceso de certificación permite a las unidades asistenciales reflexionar sobre los riesgos potenciales para la seguridad del paciente e identificar posibles soluciones que eviten o minimicen su aparición. Las soluciones identificadas con mayor frecuencia son fácilmente abordables por otras unidades

Mejora de la seguridad en pacientes con riesgo por interacción farmacológica de sufrir fracturas óseas.

RAMOS GUERRERO ROSA MARIA; LÓPEZ PALOMINO JESÚS; MÁRQUEZ FERRANDO MANUELA; FORJA PAJARES FERNANDO Y PEREIRO HERNÁNDEZ **CENTRO:** DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: La revisión de varios estudios epidemiológicos por parte de la Agencia reguladora de los medicamentos FDA, sugieren un posible incremento del riesgo de fracturas de cadera, muñeca y columna en pacientes consumidores crónicos de inhibidores de la bomba de protones (IBP). El objetivo es minimizar el riesgo en los que reciben tratamientos de prevención de fracturas óseas y toma simultáneamente IBP.

Material y Método: Los IBP tienen descrito como reacción adversa el aumento de fractura. Los pacientes con medicamentos para prevención de fractura tienen de por sí un riesgo aumentado dada la indicación del fármaco. La administración concomitante de éstos e IBP pueden dar lugar a una interacción medicamentosa y minimizar la eficacia de los medicamentos para prevención de fracturas. Para reducirla y aumentar la seguridad del paciente se diseña una herramienta informática que nos permita detectar a los pacientes con ambos tratamientos. De la base de datos de facturación de recetas se obtienen dos listados de pacientes: 1. en tratamiento con IBP y 2. en tratamiento con medicamentos para prevención de fracturas. Se elabora un programa en Access mediante el cual obtenemos los pacientes con ambos tratamientos, a partir del cual se diseña un informe por médico con la descripción de la posible interacción y los pacientes a revisar la idoneidad o no de la continuación del IBP.

Resultados: Con los datos de Facturación de recetas del mes de Octubre 2011 se detectaron 9.626 pacientes con tratamiento concomitante. Se enviaron en el mes de Diciembre de 2011 los informes a los facultativos médicos responsables del cupo de los pacientes para su posterior revisión y la decisión de la continuidad o no del tratamiento con IBP. Tras un período de 8 meses la tasa de consumo de IBP pasó de 130,20 a 126,06. Entre las intervenciones hechas por los médicos para la minimización del riesgo en estos pacientes están la suspensión del IBP por no tener una indicación clara de continuidad del tratamiento o la sustitución por otros medicamentos antiulcerosos.

Conclusiones y discusión: Las señales de alertas recibidas por las Agencias de Medicamentos deben ser un punto de partida para trabajar la seguridad del paciente. En nuestro caso concreto la información elaborada e enviada a los facultativos médicos permite la identificación y valoración más exhaustiva del riesgo y una reducción de la tasa de consumo de IBP de 4 puntos. El envío de información relativa a problemas de seguridad medicamentosa asociados a los pacientes que pueden presentarla es una herramienta adecuada para minimizar el posible riesgo.

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS: ESTUDIO DE VARIABILIDAD

FERRER SANTA-CRUZ MARÍA JESÚS.

Centro: Hospital san Juan de Dios del Aljatrafe

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Introducción:- Uno de los grandes retos de nuestro SCCU es fomentar la excelencia clínica aplicando sistemas de calidad.- Prestar una atención sanitaria con los máximos estándares de calidad es un compromiso que debemos a los pacientes.- La medicación es la primera causa de incidentes sobre la seguridad del paciente y son numerosos los motivos que contribuyen a generar dichos incidentes.- Por ello, resulta necesario centrar los esfuerzos en el manejo seguro de la medicación. - - Objetivo:- Identificar la administración de medicamentos por vía intravenosa que proporciona el profesional en la consulta de enfermería del Servicio de Urgencias.- - Comparar los resultados obtenidos con los datos bibliográficos.-

Material y Método: El estudio es descriptivo, transversal. Se realiza una encuesta a 34 profesionales del servicio sobre la administración intravenosa de los 20 medicamentos más utilizados en la consulta de enfermería (Dilución, IV directa, IV intermitente). - Con los resultados obtenidos se crean gráficos estadísticos de la variabilidad de la administración de dichos medicamentos.- Previo a la realización del cuestionario se procede a la búsqueda exhaustiva bibliográfica de datos para realizar estudio comparativo.-

Resultados: Los profesionales de enfermería de la consulta de urgencias administran los fármacos IV directo (sin diluir o diluido), IV intermitente.- El 75% de los medicamentos no se administran de manera unánime por los profesionales del servicio. Sin embargo, solo un 20% (cuatro) de los medicamentos analizados no son administrados según las recomendaciones bibliográficas de los libros, guías y protocolos. Pero cabe destacar, que estos medicamentos son prescritos por los médicos para ser administrados por diluciones no recomendadas o por vías no recomendadas según las guías estandarizadas. Aunque estas guías no prohíben su administración sino que no la recomiendan por no disponer de información evidenciada.-

Conclusiones y discusión: Los profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias realizan una correcta administración segura de medicamentos intravenosos a los pacientes, a la vista de los resultados obtenidos.- La variabilidad en la administración de estos fármacos (dilución, IV directo, IV intermitente) por parte del personal de enfermería no influye en la seguridad en la administración. Además, las guías de administración de medicamentos intravenosos no pretenden describen las pautas particulares de cada Servicio, ni tampoco decantarse por una recomendación excluyente, sino, ofrecer información que se encuentra apoyada en unas bases rigurosas.- - Por último destacar que tras la comparativa de los resultados se llevará a cabo la creación de una tabla-guía de administración de los 20 fármacos más utilizados en la consulta de enfermería, con el propósito de ayudar a los profesionales del servicio y las nuevas incorporaciones a conseguir una administración más segura de los medicamentos en la práctica diaria. Una herramienta para la mejora de la calidad de los cuidados prestados.-

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PADI Y PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ORAL EN UN GRUPO DE ESCOLARES.

VELA CERERO CARLOS JESÚS; VISUERTE SÁNCHEZ JOSÉ MANUEL Y GALANTE JIMÉNEZ MARÍA.

Centro: UGC Salud Bucodental

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: En los últimos 20 años se asiste en España a una reducción de la prevalencia de la historia de caries es escolares, hasta la encuesta nacional del año 2000 donde se ha estabilizado comparándolo con la del 2005.- Asimismo, en las dos últimas décadas asistimos a un incremento de las actuaciones públicas, principalmente de aquellas dirigidas a la población escolar. A partir de los años 90 empiezan a instaurarse en España los sistemas de capitación y lo harán a través del modelo PADI.- En Andalucía el PADI se inició en 2002 y en 2009 ya estaban incluidos todos los escolares.- 1.- Evaluar en escolares de 12 años el perfil de demanda de asistencia odontológica en relación al tipo de dentista visitado en el último año, así como las variables sociodemográficas a éste, con especial énfasis en el PADI.- 2.- Evaluar es escolares de 12 años diferencias de hábitos de salud oral, de salud diagnosticada clínicamente (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones) y salud oral percibida (calidad de vida oral).

Material y Método: 1.- Se han escogido 2 unidades docentes de forma aleatoria de la Z.B.S. del Puerto de Santa María, y dentro de ellas a una de las líneas docentes.- 2.-Cuestionario a los padres.- 3.- Exploración clínica.- 4.- Cuestionarios a los escolares.

Resultados: 1.- El 28.2% no ha visitado nunca al dentista; el 25.6% ha acudido a un dentista privado pagado por la familia y el 46.2% ha utilizado el PADI.- 2.- La satisfacción de los padres con la atención recibida es del 91.2%. - 3.- La atención odontológica se asocia a distintos hábitos de cepillado.- 4.- Hay un gradiente significativo y creciente entre control, privado y PADI en el uso de selladores de fisuras.- 5.- No hay diferencias entre los tres grupos en el índice CAOD en dentición definitiva, aunque sí hay más dientes cariados en el grupo control, que se compensan con un número menor de dientes obturados.- 6.- En niveles bajos de enfermedad el modelo de financiación no afecta en general al nivel de atención odontológica medido mediante el índice de restauración.- 7.- La atención odontológica, ni privada ni PADI, modifica el estado gingival o periodontal; se sitúa en el 11%. - 8.- La atención odontológica, ni privada ni PADI, se asocia al estado oclusivo, medido mediante el DAI, de modo que el 85,2% no presenta maloclusión.- 9.- La atención odontológica, ni privada ni PADI, no modifica la Calidad de Vida Oral, ni medida mediante OIDP ni OHIP

Conclusiones y discusión: Si bien es cierto que no hemos encontrado una mejora de los índices clínicos en los escolares beneficiarios del programa sobre aquellos que no lo son, hay que valorar la visión positiva sobre el PADI, valorando que desde su implantación ha mejorado la accesibilidad al dentista por parte de todos los escolares, que hay más dientes sellados en los escolares del PADI; por tanto, se está fomentando la salud oral a través de medidas preventivas; y por último que no se ha producido un efecto de demanda inducida en el tratamiento restaurador de la dentición temporal que no está incluida dentro del programa.

ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA PROGRAMADA DURANTE LA QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER DE MAMA

BAENA CAÑADA JOSÉ MANUEL; ESTALELLA MENDOZA SARA; GONZÁLEZ GUERRERO MACARENA; ROSADO VARELA PETRA; MORENO CARVAL MARÍA DEL CARMEN Y BENÍTEZ RODRÍGUEZ ENCARNACIÓN.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Atención enfermera y uso de recursos asistenciales son elementos esenciales durante la provisión de cualquier servicio sanitario. Las enfermeras juegan un papel preponderante en la educación de los pacientes y sus familias y esto puede servir para mejorar el grado de información y facilitar el uso eficiente de los servicios sanitarios. El objetivo del ensayo fue evaluar el impacto de una intervención enfermera en cada ciclo de quimioterapia, en utilización de recursos asistenciales, calidad de vida, satisfacción y tolerancia de pacientes con cáncer de mama

Material y Método: 268 pacientes ambulatorias que iniciaban quimioterapia se incluyeron en un ensayo clínico controlado, aleatorizado, no ciego, sobre la aplicación de un programa de información, educación y cuidados de enfermería integrado con la atención estándar, comparado con ésta únicamente. Medir la necesidad de consulta no programada en primaria, especializada, Urgencias u hospitalización, fue el objetivo principal. La calidad de vida fue medida en situación basal y final. Tras la quimioterapia se valoró la satisfacción de las pacientes. La toxicidad fue recogida antes de cada ciclo y en la visita final

Resultados: No hubo diferencias entre los dos grupos, que estaban bien balanceados. 66 pacientes (49.25%) vs 58 (43.28%) precisaron al menos una consulta no programada en el grupo control e intervención (riesgo relativo: 0.70 [IC95%: 0.41-1.18]; p=0.19). 95 vs 85 consultas se generaron en el grupo control e intervención (p=0.54): 16 vs 14 no relacionadas con la quimioterapia (p=0.61) y 79 vs 71 relacionadas (p=0.65). No se observaron diferencias significativas en el número de consultas por ciclo y por recurso. En el análisis de subgrupos las no obesas y operadas se beneficiaron de la intervención enfermera (RR 1.39 [IC95%: 1.03-1.88], p=0.029 y RR 1.31 [IC95%: 1.00-1.72], p=0.050 respectivamente).- La calidad de vida, grado de satisfacción y toxicidad fueron similares en ambos grupos. Se observa influencia favorable de la intervención en la función de rol (p=0.004) y en los síntomas mamarios (p=0.039). 20 pacientes (15%) vs 23 (17.1%) sufrieron reducciones de dosis (p=0.64) y hubo 9 suspensiones (5.2%) vs 14 (10.4%) (p=0.116) en el grupo control y de intervención-

Conclusiones y discusión: La intervención enfermera en cada ciclo de quimioterapia no reduce la necesidad de consulta no programada, ni mejora sustancialmente la calidad de vida, satisfacción y toxicidad. No hay que crear una consulta de enfermería para pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia en cada ciclo, cuando estos servicios son recibidos a demanda. Dada la situación económica actual, los gestores responsables de la asignación de recursos no deberían emplearlos en una consulta de enfermería reglada para atender a todas las pacientes y en cada ciclo de quimioterapia, sino que deberían asegurar una buena atención a demanda. (Financiado por FIS 07/0141. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00964522)

Instrumento de Medida de Riesgo social en Salud

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ M. DOLORES; FERNÁNDEZ SANTIAGO ELOISA; GARCÍA ROLDÁN PATRICIA; POZO CHÍA ANTONIO; BEATO MORENO ANTONIO Y LUQUE CALVO PEDRO LUIS.

Centro: Hospital Virgen del Rocío

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: - OBJETIVO GENERAL- Obtener un instrumento que mida en la familia factores de índole social que influyan en su estado de salud, clasificando a las familias en niveles de vulnerabilidad social.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS- La familia es la unidad de análisis- Determinar los factores sociales que afectan a la salud de la familia- La accesibilidad y uso de los servicios sanitarios son determinantes en salud - Cuantificación y clasificación de la familia en función de su vulnerabilidad social y de salud-

Material y Método: FASE 1: DISEÑO. Selección de un grupo de profesionales- Definición de objetivos y criterios de investigación y del trabajo en grupo- Identificar factores y áreas de riesgo en salud- Definir conceptos y áreas según significación estadística.- Aplicar métodos de validación científica.- Reformular según significación estadística y medición y selección de expertos.- FASE 2: ELABORACIÓN. Hipótesis y determinación de variables- Se establecen 8 áreas de agrupación y 32 variables de tipo binario.- FASE 3: VALIDACIÓN ESTADÍSTICA- El Departamento de Estadística de la Universidad de Sevilla partió del cuestionario e incluyó una variable control que clasifica la familia en normal, vulnerable y excluida.- Validación estadística- Pilotaje Test- Selección de la muestra:tamaño muestral óptimo:300 – 360 cuestionarios.- Aplicación del Cuestionario, tras formación.- Análisis de los resultados:homogeneidad,fiabilidad como consistencia interna, validez del contenido, validez de constructo y validez referida al criterio- Informe del pilotaje y elaboración del cuestionario definitivo- Validación estadística- Retest- Se realizó un nuevo cuestionario con las mismas familias estudiadas. - Recogida de datos- Análisis:homogeneidad, fiabilidad (temporal) y validez- Construcción de la regla de clasificación- Elaboración del programa ejecutable- -

Resultados: Los resultados, en la fase de test y en la fase de retest fueron excelentes por separado y muy positivos en su análisis comparativo:- Homogeneidad:68.9% para familias normalizadas, 63.5% para familias vulnerables y 67.7% para familias excluidas.- Fiabilidad: consistencia Interna 0.877 en el test y del 0.882 en el retest. - Fiabilidad:estabilidad temporal 0.977- Validez:0.876 en el test y 0.870 en el retest-

Conclusiones y discusión: Los datos obtenidos indican que mide de forma excelente la presencia de factores sociales que influyen negativamente en la salud familiar. Es el primer cuestionario de estas características en la literatura y su utilidad se relaciona con el conocimiento de la familia y sus determinantes y con las intervenciones concretas sociosanitarias.- - -

CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (1). INGRESOS PREVENIBLES EN POBLACIONES DESFAVORECIDAS: ZNTS

LOPEZ HERNANDEZ BEGOÑA; CARRASCO RODRIGUEZ PILAR; RUBIN GOMEZ MARIA ANGELES Y ORTIZ ESPINOSA JUAN.

Centro: Distrito Granada

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: El Ingreso prevenible (IPV) es un indicador consolidado que estudia procesos patológicos sensibles a cuidados ambulatorios y se emplea como indicador de la calidad asistencial de la Atención Primaria (AP). - Existen otras variables que modifican los IPV: oferta hospitalaria, criterios de ingreso y características socioeconómicas de la población atendida. Adecuar los recursos de AP a las necesidades de los usuarios implica un aumento de la calidad y de la eficiencia del sistema sanitario público (SSPA). - El OBJETIVO de esta comunicación es ilustrar las diferencias en los Ingresos Prevenibles de los usuarios adscritos a Centros Sanitarios de AP (CAP) según atiendan una Zona de Transformación Social (ZNTS) en su ámbito de influencia.-

Material y Método: Estudio Descriptivo- Se incluyen los IPV de los 725.000 usuarios mayores de 18 años adscritos a los 217 CAP del SSPA y que residen en los 169 municipios de la provincia andaluza. Temporalidad: 2007-2010.- Para medir los IPV se ha utilizado la clasificación "Inpatient y Preventive Quality Indicators" (PQI). Además de los PQI específicos se han analizado los PQI 90, PQI 91 y PQI 92, indicadores compuestos que miden: Tasa IPV global, Tasa IPV por condiciones agudas y Tasa IPV por condiciones crónicas. - Como indicador socioeconómico se ha empleado las ZNTS que clasifica los territorios andaluces en función de la concentración de hogares excluidos.- En nuestra ciudad, 15 CAP poseen, entre su población de referencia, una ZNTS. Estas ZNTS representan el 58% de la población atendida por estos 15 CAP.- Se han comparado tasas brutas (TB) y ajustadas a edad y sexo (TA) mediante método directo a la población provincial. -

Resultados: Los CAP sin ZNTS (CAP 0) atienden 625722 usuarios, el promedio anual de IPV es de 4485. La TB global es de 735,1 y TA de 709,1.- Los CAP con ZNTS (CAP 1) atienden 98687 usuarios, el promedio anual de IPV es de 976. La TB global es de 966,5 y la ajustada de 1067,2.- La razón de TA CAP1/CAP0 es 1,57 por condiciones agudas y de 1,48 por crónicas.- La Razon de Tasas por patologías se reflejarán en tablas.-

Conclusiones y discusión: Los Indicadores de resultados evidencian desigualdades en salud en poblaciones desfavorecidas, a pesar del sesgo de clasificación no diferencial que establece este método de estudio, cuando ajustamos por sexo y edad la diferencia se hace mayor.- La comparación bruta de las tasas manifiesta la necesidad real de adaptación que precisa la atención de estos CAP actualmente. El mayor exceso de ingresos ocurre por Asma y EPOC, seguida de Procesos Agudos.- Para eliminar el sesgo que introduce la edad y sexo se ha ajustado por estas variables, y permanece el exceso de IPV por EPOC, Asma y Procesos Agudos como evidencia de la desigualdad que introduce la condición socioeconómica.- Es necesario introducir cambios estratégicos para mejorar la Calidad de Vida en los usuarios más desfavorecidos. Disminuir el IPV es ineludible en momentos de escasez de recursos para fortalecer la sostenibilidad del SSPA.

CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (2). INGRESOS PREVENIBLES EN POBLACIONES DESFAVORECIDAS: PRIVACIÓN

LOPEZ HERNANDEZ BEGOÑA; GUIJOSA CAMPOS PILAR; DEL MORAL CAMPAÑA CARLOS Y ORTIZ ESPINOSA JUAN.

Centro: Distrito Granada

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: El Ingreso prevenible (IPV) es un indicador consolidado que estudia procesos patológicos sensibles a cuidados ambulatorios y se emplea como indicador de la calidad asistencial de la Atención Primaria (AP). - Existen otras variables que modifican los IPV: oferta hospitalaria, criterios de ingreso y características socioeconómicas de la población atendida. Adecuar los recursos de AP a las necesidades de los usuarios implica un aumento de la calidad y de la eficiencia del sistema sanitario público (SSPA). - El OBJETIVO de esta comunicación es ilustrar las diferencias en los Ingresos Prevenibles de los usuarios adscritos a Centros Sanitarios de AP (CAP) según las características socioeconómicas de la población a la que atienden, estimadas mediante el Índice de Privación

Material y Método: Estudio Descriptivo- Se incluyen los IPV los 725.000 usuarios mayores de 18 años y adscritos a los 217 CAP del SSPA y que residen en los 169 municipios de una provincia de andaluz. Temporalidad: 2007-2010.- Para medir los IPV se ha utilizado la clasificación "Inpatient y Preventive Quality Indicators" (PQI). Además de los PQI específicos por causas se han analizado los PQI 90, PQI 91 y PQI 92, indicadores compuestos que miden: Tasa IPV global, Tasa IPV por condiciones agudas y Tasa IPV por condiciones crónicas. - Como Indicador socioeconómico se ha aplicado el Índice de Privación Material (IP) que califica al municipio según % de analfabetos, desempleados y trabajadores manuales. Los CAP se han clasificado en 4 categorías ordinales (0 a 3), atendiendo al IP del municipio que atienden- Se han comparado tasas brutas (TB) y ajustadas a edad y sexo (TA) mediante método directo a la población provincial. -

Resultados: Los CAP IP0 atienden 526105 usuarios, el promedio anual de IPV es de 3550. La TB global es de 674,8y TA de 730,9. Su pirámide poblacional es joven.- Los CAP IP3 atienden 14152 usuarios, el promedio anual de IPV es de 188. La TB global es de 13302,2 y la ajustada de 958,2. Su pirámide poblacional es estacionaria.- La Razón de TB CAPI3/CAPI0 es 1,81 por condiciones agudas y de 2,041 por crónicas- La Razon de Tasas por patologías se reflejarán en tablas.-

Conclusiones y discusión: Los Indicadores de Resultados evidencian desigualdades en salud en poblaciones desfavorecidas. Los PQI compuestos son mayores en los CAP que atienden a municipios con mayor IP. El gradiente refuerza la consistencia del resultado. - La comparación bruta de tasas manifiesta la necesidad de adaptación que precisan los CAP actualmente. El mayor exceso de ingresos ocurre por EPOC, Neumonía Bacteriana y Angina sin procedimientos,- Para eliminar el sesgo que introduce la edad y sexo se ha ajustado por estas variables, y permanece el exceso de IPV por EPOC como evidencia de la desigualdad que introduce la condición socioeconómica.- Es necesario introducir cambios estratégicos para mejorar la Calidad de Vida en los usuarios más desfavorecidos. Disminuir el IPV es ineludible en momentos de escasez de recursos para fortalecer la sostenibilidad del SSPA.-

SIGLO, herramienta para mejorar la eficiencia de las Unidades de Gestión Clínica.

ROMERO CORCHERO MARINA; LORA MONGE ESTRELLA; CORONADO VAZQUEZ M^a VALLE; MONTERO CARRERA JAVIER; MARTIN GOMEZ M^a PAZ Y ROMERO DIAZ FRANCISCO.

Centro: AGS NORTE DE HUELVA

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: 1. Potenciar la autogestión de recursos materiales en las UGC del AGS Norte de Huelva a partir del Sistema Integral de Gestión Logística.- 2. Configurar la estructura y el coste de los catálogos de cada UGC del AGS Norte de Huelva a partir de los profesionales.- 3. Planificar las necesidades de las Unidades asistenciales para mejorar la eficiencia.- Métodos:-

Material y Método: Para conseguir los objetivos propuestos se procede desde la Dirección del Área:- 1.Configurar los catálogos de productos de cada Unidad de Gestión Clínica, a partir de su consumo en los dos años anteriores. - 2.Revisión conjunta con responsables de las Unidades del listado de productos obtenido, stock y previsión de consumos anual.- 3. Asignación del presupuesto de cada unidad y ajuste al presupuesto asignado a partir de los profesionales. - 4. Seguimiento mensual del gasto que se envía a Directores y supervisores/ coordinadores de las Unidades.-

Resultados: Los profesionales deciden el fungible o material que emplean en su práctica diaria, a partir del presupuesto asignado. - El seguimiento mensual del gasto facilita el ajuste al presupuesto para cumplir los objetivos en la mayoría de las Unidades.- La desviación prevista del AGSNH en Capítulo II y IV es, tras 6 meses de la entrada en el Sistema Integral de Gestión Logística (SIGLO) de un 4,2% (consumos) frente al 12,8% provincial (facturación).-

Conclusiones y discusión: En estos momentos, donde los presupuestos cada vez son más ajustados, es imprescindible contar con los profesionales, desde la realidad de la práctica, para conseguir alcanzar los objetivos económicos. - La información y la transparencia hacia los responsables de Unidades y la coordinación del equipo de Dirección son condiciones indispensables para conseguir una gestión eficiente.- -

PLAN DE ACTUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN Y DE LA CALIDAD EN LAS DIETAS HOSPITALARIAS

CARACUÉL GARCÍA ANGEL; ROQUE NAVARRETE ROSA MARINA Y TRILLO LÓPEZ PALOMA.

Centro: HRU Carlos Haya

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Los resultados obtenidos en las últimas encuestas de satisfacción sobre la comida hospitalaria indican que la característica peor valorada fue la temperatura. Detectándose un área de mejora indispensable para los Servicios de Restauración y de Endocrinología y Nutrición.- Nuestro objetivo principal ha sido corregir y prevenir esas desviaciones respecto a los requisitos del sistema de gestión de calidad del Servicio de Restauración contribuyendo a prevenir la malnutrición hospitalaria.-

Material y Método: Partiendo de la tecnología existente en el mercado, las encuestas de satisfacción sobre la calidad de la comida, la capacidad de adaptación de nuestro personal, la capacidad de las instalaciones existentes y la inversión disponible; se evaluó un sistema que permitiera mejorar la temperatura de los platos elaborados en Cadena Caliente una vez efectuado el emplatado.- Fase 1- -Selección de empresas y del sistema de carros que se quería implantar. - -Selección del emplazamiento. - -Realización del diseño de la prueba comparativa. - -Recogida de datos. - -Estudio ergonómico. - -Estudio de la amortización. - - Información favorable de Enfermería y de los profesionales del Servicio de Alimentación.- Fase 2- Una vez seleccionado el método más eficiente para la distribución de los alimentos se evaluó la satisfacción percibida por los usuarios, así como una cuantificación de la ingesta de los mismos.- - Encuestas de Satisfacción al usuario.- Seguimiento de los resultados- - Comunicación y Difusión de los avances obtenidos-

Resultados: Cumplimiento de la legislación en los sistemas estudiados de las variables: Límites Microbiológicos y Temperatura de Servicio.- No se encontraron diferencias significativas ni entre los sistemas evaluados, ni entre éstos con el sistema tradicional por lo tanto se optó por el que mejor se podía adaptar a nuestras condiciones de trabajo y con un coste compatible con el asignado.- La calificación de la temperatura fue significativamente mejor en los pacientes con carros de retermalización.- Los pacientes con el nuevo sistema comieron "todo" en un porcentaje, significativamente superior, que los pacientes con el sistema convencional-

Conclusiones y discusión: Estos datos confirman la importancia de la temperatura de los alimentos y ponen de manifiesto que su mejora es una medida útil para incrementar la cantidad ingerida y la satisfacción de los pacientes ingresados con la dieta hospitalaria. - El porcentaje de pacientes satisfechos ha ido aumentando año a año desde la implantación del nuevo sistema de retermalización. Aunque el sistema se implantó en 2006, sólo se hizo en el Hospital General, y fue en 2008 y en 2009 cuando se instalaron los nuevos sistemas en los Hospitales Materno y Civil, por lo que es a partir de 2008 cuando se consigue un mayor aumento.- Actualmente se mantienen todos los carros, ya amortizados, las bandejas y la vajilla, y se siguen manteniendo las temperaturas alcanzadas y, por supuesto, los niveles de ingesta y de satisfacción-



CONGRESO CÁDIZ 2012
CALIDAD ASISTENCIAL

27-29
NOVIEMBRE



COMUNICACIONES PÓSTER

REPLANIFICACIÓN DE LAS TRANSFUSIONES URGENTES A PROGRAMADAS EN EL HOSPITAL DE DÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA

BUJALANCE HOYOS JESÚS; MORENO MORENO ANA MARIA; DEL PINO BENITEZ ISABEL; MORENO SANJUÁN DANIEL; FERNÁNDEZ RIOL MARIA JESÚS Y FUENTES GÓMEZ JAVIER.

Centro: Hospital Regional de Málaga. Carlos Haya

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Las transfusiones sanguíneas en el hospitales de día médicos (HDM) suelen ser uno de los tratamientos más habituales para pacientes crónicos y surge como una alternativa a la hospitalización convencional. En el HDM del Hospital Civil de Málaga se trabaja con pacientes previamente citados. Durante el año 2011 se detectó un número elevado de pacientes crónicos que precisan transfusiones asiduamente sin cita previa, dando lugar a limitaciones en la organización del trabajo y que en consecuencia producía que la estancia sea más prolongada, teniendo que derivar al servicio de Urgencias algunos pacientes para finalizar las transfusiones.- - Es por ello que se planteó:- - Detectar todos aquellos pacientes que son crónicos y han necesitado transfusión en el último año.- - Ofrecer unos cuidados seguros. - - Programar y planificar las citas en el HDM de todos los pacientes crónicos.- - Coordinar con Atención Primaria y demás especialidades médicas la citación para transfusiones.- - Evitar en la medida de lo posible la derivación al Servicio de Urgencias para finalización de tratamientos.-

Material y Método: Se realiza estudio cuantitativo descriptivo transversal al año 2011 incluyendo a todos los pacientes transfundidos en el HDM. Se realiza revisión de todas las historias clínicas de dichos pacientes para cuantificar el número total de pacientes atendidos para ser transfundidos diferenciando aquellos que acuden con cita previa de aquellos que acuden de manera urgente para ser valorados y que se han transfundido en consecuencia.- - DATOS 2011- Transfusiones totales—189- Transfusiones con cita previa—118- Transfusiones urgentes—71-

Resultados: Con los datos obtenidos se cuantifica que el 37% de los pacientes acuden al HDM de forma no programada, provocando la alteración en el normal funcionamiento del servicio, y por otro lado se detecta un riesgo clínico para el paciente por ajustar demasiado su nivel sanguíneo, teniendo que ser trasfundido de urgencia, de manera que se va a reforzar la obligatoriedad de asignar cita previa a los pacientes, acompañado de un proceso de reeducación a los clínicos y a los pacientes, mediante un plan específico de comunicación interna adecuado con los demás servicios del hospital y de Atención Primaria para establecer los procedimientos a seguir en la citación de dichos pacientes.- - La puesta en marcha de este plan, a 30 de septiembre de 2012, indica que las trasfusiones urgentes han pasado del 37% al 21%, siendo por tanto dicho plan efectivo.- -

Conclusiones y discusión: Seguridad del paciente: Al citar de manera programada las transfusiones, se proporcionan cuidados más eficientes y seguros al paciente, ya que se garantiza la existencia de su grupo sanguíneo, así como se planifica la actividad para evitar masificación.- - Calidad de vida: es conocido que la actividad programada mejora la conciliación de la vida cotidiana de los pacientes crónicos con sus cuidadores y viceversa, evitando así incidentes en la organización de la vida familiar.- - -

Acreditación de Competencias Profesionales en Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos

CARRASCOSA SALMORAL M^a DEL PILAR; ROJAS DE MORA FIGUEROA ANA; JULIÁN CARRIÓN JOSÉ; GALIOT TORRES ALFONSO; BREA RIVERO PILAR Y ALMUEDO PAZ ANTONIO.

Centro: Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Describir la puesta en marcha del Programa de Acreditación de Competencias de los profesionales que trabajan en Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos (CP) en Andalucía y determinar el grado de desarrollo de sus competencias.

Material y Método: 1. Sujetos de estudio: Profesionales sanitarios de CP en proceso de acreditación.- 2. Campo de estudio: Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)- 3. Periodo de estudio: Mayo-2010 a Septiembre-2012- 5. Tipo de análisis: Descriptivo- - El incremento de la morbimortalidad por el aumento de población y su expectativa de vida impulsó la implantación del Proceso Asistencial Integrado CP, publicado en el año 2002 y reeditado en el 2007, base para formular el Plan Andaluz de CP 2008-2012. Paralelamente, se produjo el desarrollo legislativo sobre diversos aspectos relacionados con los derechos de las personas en la última fase de la vida, como la ley de Muerte Digna publicada en abril de 2010 en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. - En este contexto y siguiendo el Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía creó en ese mismo año, dentro del PACP del SSPA, dos manuales de acreditación para profesionales que trabajan en Recursos Avanzados de CP, como herramienta para la revisión sistemática de su práctica diaria. Ambos manuales se estructuran en 5 bloques y 10 criterios, que incluyen 16 competencias para médicos y 18 para enfermeras, con 30 y 32 buenas prácticas respectivamente que ponen de manifiesto el trabajo de los profesionales que atienden a pacientes en situación terminal: registro en la historia de salud de los valores y deseos manifestados por el paciente en la atención al final de su vida; valoración integral del dolor y de las necesidades espirituales de los pacientes atendidos; identificación y registro de la capacidad de entendimiento de la persona cuidadora principal del paciente, detectando sus necesidades de apoyo.

Resultados: En el periodo de estudio 36 médicos y 31 enfermeras han iniciado el proceso de acreditación de competencias profesionales, habiéndolo finalizado y obtenido la acreditación 12 y 13 respectivamente.- - Los médicos han mostrado un porcentaje de cumplimiento superior al 70% en 6 de sus 18 competencias, destacando las relacionadas con la continuidad asistencial, orientación a resultados y atención sanitaria basada en la evidencia. Las enfermeras han mostrado un porcentaje de cumplimiento superior al 70% en 7 de sus 16 competencias, destacando la oferta de servicios y conocimiento organizativo, personalización de los cuidados y educación para la salud. En ambos se ha detectado como área de mejora la aplicación de técnicas de investigación.

Conclusiones y discusión: El Programa de Acreditación de Competencias para profesionales de Recursos Avanzados de CP constituye una herramienta que está permitiendo el reconocimiento de los logros alcanzados y favoreciendo el desarrollo profesional continuo de los profesionales del SSPA que trabajan en dicho ámbito.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL NUEVO SISTEMA DE COPAGO FARMACEUTICO

BROME GENER CARMEN; PÉREZ DE GREGORIO ÁNGELA; DE ALBA ROSADO ANTONIA; ALONSO HIDALGO CARMEN MARÍA; VAZ CASTILLA DOLORES Y PÉREZ NUÑEZ ROSARIO.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Facilitar la implantación del nuevo modelo de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria, establecido en RD Ley 16/2012

Material y Método: Identificación de cada ciudadano mediante el Número de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA), recogiendo los datos individuales de los mismos.- - Comprobación de la situación de asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), comparando datos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) para la correcta aplicación de las diferentes modalidades de aseguramiento, especialmente de la aportación farmacéutica.

Resultados: Detección de discrepancias de la situación alegada por los ciudadanos y los datos aportados por los diferentes organismos públicos.- - Tramitación de los modelos de desacuerdo a los organismos responsables.- Tramitación de las solicitudes de reintegro de gastos de los usuarios que abonan por encima del límite máximo establecido, o cuyo porcentaje no se corresponde con el que le pertenece.-

Conclusiones y discusión: Consideramos que la implantación del nuevo sistema de aportación farmacéutica ha supuesto un cambio en las modalidades de gestión hasta ahora existentes.- - Esta situación ha generado un elevado número de desacuerdo con los tipos de aportación, así como sus límites máximos, generando gran alarma en la población.- - Este procedimiento, aún no se ha finalizado, por lo que hasta la completa resolución de las incidencias, debemos conseguir la mayor resolución de conflictos posibles, así como satisfacción del ciudadano que atendemos, garantizando la calidad y seguridad de todas las prestaciones sanitarias.- -

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DE RCV EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

GARCÍA GUERRERO ALFONSO; RODRÍGUEZ MORENO SILVIA MARÍA Y MATAS SÁNCHEZ M^a JESÚS.

Centro: UGC Colonia Santa Inés-Teatinos

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1.Disminuir la variabilidad de registro de los profesionales de enfermería de la UGC en la atención al paciente crónico.- 2.Aumentar y mejorar el registro de las actuaciones realizadas.- 3.Aumentar la implicación de los profesionales de enfermería en la intervención oportunista de FRCV.- 4.Disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes crónicos y establecer un algoritmo de actuación que disminuya la frecuentación a consultas médicas y enfermeras, eliminando duplicidades.- 5.Implicar más al profesional de enfermería en la responsabilidad del paciente crónico y dejando más margen de actuación para una correcta valoración de los

Material y Método: Tras la realización de auditoria de historias y observando variabilidad en la práctica clínica de la atención y registro en consulta de enfermería, se decide formar un equipo que protocolice los datos mínimos a recoger en una consulta, bien sea de valoración o de revisión del paciente crónico con diagnósticos relacionados con RCV o de cribado oportunista de RCV. - Se realizan 3 algoritmos de actuación y decisión que se explican en sesión formativa a los profesionales del centro y se distribuyen en las distintas consultas de enfermería.- La decisión antes mencionada, ha supuesto que la UGC tenga dentro de su contrato programa un objetivo con valor de 5 puntos para la enfermería.-

Resultados: Dado que la implantación del nuevo modelo de actuación en la consulta de enfermería se ha comenzado en Mayo, y teniendo en cuenta las características del trabajo en las UGC durante el verano, queremos obtener resultados que se puedan objetivar y valorar en el último cuatrimestre del año.- Algunas consultas del centro han comenzado a trabajar de este modo y durante septiembre se afianzan los algoritmos desarrollados. Se ha notado un incremento de analíticas solicitadas por enfermería y el comienzo de la calendarización de las citas.-

Conclusiones y discusión: Son muchas las referencias bibliográficas que mencionan la importancia de la intervención de enfermería en la detección y tratamiento preventivo, mediante sesiones de educación, tanto individual como grupal, en los pacientes catalogados de RCV.- El funcionamiento de las UGC de A. Primaria, el avance en la prescripción enfermera y el aumento de la demanda en consultas de enfermería, brindan una oportunidad del desarrollo del cribado oportunista de pacientes. Teniendo en cuenta la cultura de la calidad y la seguridad del paciente, se hace necesaria la disminución de la variabilidad clínica.- Los resultados obtenidos en la auditoría realizada en nuestra UGC, nos llevan a intervenir para evitar esa variabilidad y aumentar el registro enfermero.- La apreciación global, es un aumento del registro enfermero en revisiones del paciente crónico y un inicio del cribado oportunista, en algunos de los cupos.

EXPERIENCIA EN MEDICINA PERIOPERATORIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

RUZ ZAFRA MARÍA AURORA; GONZÁLEZ BENÍTEZ MARÍA ÁNGELES; GALLARDO ROMERO INMAULADA; MUÑOZ CLAROS ADELINA; ALBARRACÍN ARRAIGOSA ANTONIO Y RUIZ CANTERO ALBERTO.

Centro: Hospital La Serranía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: La UGC de Medicina Interna (MI), en 2009, planteó a los SQ de nuestro centro la iniciativa de atender de forma proactiva a los pacientes ≥ 70 años ingresados en los SQ. La atención por el internista mejoraba la calidad de la asistencia al paciente y era muy bien valorada por los profesionales y no aumentando la estancia media. Posteriormente esta actividad se ha realizado de forma intermitente por dificultades organizativas. A lo largo de este año hemos intentado retomar la actividad.- **Objetivo:** analizar la actividad del Internista encargado de la Medicina Perioperatoria.

Material y Método: Población de estudio: pacientes ≥ 70 años ingresados en Traumatología, Cirugía General, Urología, e interconsultas de otros SQ desde 01/02/2012 al 30/06/2012. Variables analizadas: edad, sexo, Servicio de ingreso, motivo de ingreso, días de seguimiento, principal problema médico, número de problemas, mortalidad y criterios de pluripatología. Estudio descriptivo, resumiendo las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. - -

Resultados: Fueron atendidos 218 pacientes: 135 mujeres (61.9%), 83 hombres (38.1%), con una edad media de 76.26 ± 11.72 años. La distribución por Servicios fue: Traumatología 113 (51.8%), Cirugía General 94 (43,1%), Urología 8 (3.7%), Ginecología 2 (0.9%), Oftalmología 1 (0.5%). Motivos de ingreso: cirugía de cadera: 54 (24.8%), prótesis de rodilla 34 (15.6%) otras fracturas óseas 19 (8.7%), cirugía oncológica digestiva 21 (9.6%), cirugía biliar: 20 (9.2%), hernias 17 (7.8%), infecciones de vía urinaria 4 (1.9%), otros 49 (22.5%). El 75.2% de los pacientes (164) tuvieron un seguimiento de hasta 10 días. Principales problemas médicos: Anemia 78 (35.8%), Dolor 20 (9.2%); Hipertensión Arterial 20 (9.2%), Insuficiencia Renal 16 (7.3%), Diabetes descompensada 13 (6%), Hepatopatía crónica descompensada 7 (6.3%), Infección Respiratoria/Reagudización EPOC 15 (6.9%), Síndrome Confusional Agudo 9 (4.1%), Cáncer Avanzado 6 (2.8%), otros 23 (10.6%). Media de días de seguimiento fue 9.95 y fueron atendidos una media de 2.56 problemas por paciente. Un 4,1% (9) fallecieron durante el ingreso. Fueron atendidos 49 pacientes pluripatológicos (22.5%), de los cuales el 61.2% tienen dos categorías, el 30.6% tres, el 6.1% cuatro y el 2% cinco. Presentaban: mayor edad ($80.92 / a 72.95$, $p < 0.001$), más días de seguimiento ($11.92 / 9.38$ $p < 0.001$), mayor número de problemas ($3.47 / 2.29$, $p < 0.001$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a mortalidad.

Conclusiones y discusión: El envejecimiento poblacional y el aumento de prevalencia de enfermedades crónicas hacen que los pacientes ingresados en los SQ planteen una elevada complejidad médica, más evidente si son pluripatológicos, ya que presentan mayor edad, estancias hospitalarias más largas y mayor número de problemas d. Estos plantea como necesaria la valoración de forma sistemática de estos pacientes por Medicina Interna.

CREACIÓN DE UNA COMISIÓN INTERCENTROS-INTERNIVELES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: SEGURIDAD Y EFICACIA EN EL PACIENTE

BELDA RUSTARAZO SUSANA; VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA ANA MARÍA; RUIZ FUENTES SALVADOR Y CABEZA BARRERA JOSÉ.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: El Uso Racional del Medicamento se define como la situación en la cual los pacientes reciben fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, en las dosis que satisfagan sus necesidades individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y su comunidad. Para lograr este objetivo, es necesario conocer las prácticas clínicas habituales, utilizar los medicamentos en base a su coste, efectividad y seguridad, identificar las reacciones adversas que puedan aparecer y difundir al resto de profesionales la información necesaria para promover un uso correcto de los fármacos. El mejor modo de cumplir estas funciones es crear una Comisión de Uso Racional del Medicamento, donde existan profesionales que tomen las decisiones adecuadas.

Material y Método: En Octubre de 2011, se reunió por primera vez la Comisión de Uso Racional del Medicamento Intercentros-Interniveles. Está formada por un total de 44 miembros, profesionales médicos, farmacéuticos y enfermeros pertenecientes a los 4 hospitales de la ciudad y representando también a Atención Primaria. Sus principales actividades son tres: selección de medicamentos para incluirlos en la Guía Farmacoterapéutica del hospital, establecer equivalencias terapéuticas entre fármacos con la misma clasificación Anatómica, Terapéutica y Química y valorar la utilización de medicamentos en situaciones especiales.

Resultados: Desde su creación, la Comisión ha incluido 11 medicamentos nuevos en la Guía Farmacoterapéutica, estableciendo para cada uno su protocolo de uso y sus requisitos de prescripción. Respecto a la utilización de medicamentos en situaciones especiales, se han evaluado 67 solicitudes de tratamiento con fármacos en situación off-label, de las cuales se han aprobado 65. Para todos los tratamientos aprobados, la Comisión de expertos ha establecido condiciones de uso y la obligatoriedad de presentar resultados de eficacia. Los servicios que más solicitudes presentaron fueron Oncología (25 solicitudes), Unidad de Enfermedades Sistémicas (10) y

Conclusiones y discusión: La creación de una Comisión de Uso Racional del Medicamento Intercentros-Interniveles con un relevante número de miembros evaluadores y además de diferentes áreas, garantiza que las decisiones tomadas sean las adecuadas. Gracias a esta Comisión, los fármacos se utilizan la forma más eficaz y eficiente posible, y se fomenta la terapia personalizada y segura.

Unidad Funcional de Pacientes Especiales. UGC. SBD Intercentro. Jerez Costa Noroeste-Sierra de Cádiz”.

PASCUAL CODESO FCO. JAVIER; PEREZ FRAILE CRISTINA; ORELLANA CARRASCO JOSE LUIS Y RODRIGUEZ PRIEGO ESTHER.

Centro: DISTRITO JEREZ COSTA NOROESTE

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: En nuestra comunidad autónoma (Andalucía), la atención buco dental a personas con discapacidad es ya una realidad. Estos colectivos se encuentran en desprotegidos y desfavorecidos pues muchas de las intervenciones cotidianas de nuestra vida son inalcanzables para ellos. La propia discapacidad es un hándicap importante para su movilidad y consecuentemente para actuar sobre ellos. En nuestra Unidad de Gestión Clínica Intercentro de Salud Buco Dental. Distrito Sanitario. Jerez Costa Noroeste-Sierra de Cádiz (Sistema Andaluz de Salud) se está trabajando desde hace 15 años con estos colectivos de discapacitados físicos, psíquicos y severos. La unión entre ambos distritos nos ha dado la posibilidad de actuar conjuntamente siguiendo protocolos y guías de práctica clínica conjuntas. No solamente en la atención buco dental con sedación/anestesia general, sino también a través de intervenciones de políticas de actuación a familiares sobre higiene y tipo alimentación, técnicas de cepillado, centros de asistencia especializados, etc. Información y comunicación a padres/madres, educadores y sanitarios del programa establecido. Visitas a centros institucionalizados de UPACE, AFANA, AUTISMO, Colegios de educación especial, etc. La población implicada son personas con discapacidades físicas, psíquicas y severas que no puedan ser atendidas ambulatoriamente y necesiten ser tratadas de sus patologías dentales. Pacientes polimedicados y pluripatológicos. Alto riesgo quirúrgico. Las personas con limitaciones importantes, son las más vulnerables de la sociedad y es en ellas donde se deben de realizar nuestros esfuerzos para poder conseguir la equidad de nuestro sistema sanitario.

Material y Método: 1.- Rehabilitación Oral de las personas con discapacidad con sedación/anestesia general.- 2.- Rehabilitación paciente con necesidades especiales. Enfermedades concomitantes. - 3.- Recomendaciones preventivas y seguimiento de estos pacientes. - 4.- Implantación de una Unidad Funcional de Pacientes Especiales en Atención Primaria.- 5.- Colaboración interniveles asistenciales.-

Resultados: Tratamiento rehabilitador de estas personas. - Mejorar su salud oral y general. - Obtener beneficios en salud en estos pacientes.- Se ha atendido a más de 1700 personas. - Ausencia de complicaciones graves ni médicas ni odontológicas.- Gran aceptación por parte de los familiares del desarrollo de este programa. - Pocas recidivas. - Satisfacción general.- Posibilidad de atender a estos colectivos especiales. - Decisiones compartidas. -

Conclusiones y discusión: Existen ciertos colectivos en “desigualdades en salud”, siendo las personas con discapacidades uno de ellos. Es conocido que la prevalencia de patologías en estos colectivos es más elevada y además difícil de tratar. - 1.- Mejora de la Salud Buco dental de las personas. - 2.- Nivel de adherencia muy elevado. - 3.- Ausencia de complicaciones importantes. Recidivas poco frecuentes. - 4.- Motivación por el desarrollo del trabajo. - 5.- Trabajar en grupo, participación y experiencia.-

CONTRIBUCIÓN EN VISADO DE MEDICAMENTOS EN INDICACIONES NO AUTORIZADAS EN FICHA TÉCNICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

OBEL GIL LOURDES; RODRIGUEZ MATEOS MARIA EUGENIA Y GALLEGO MUÑOZ CRISTOBAL.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Analizar las solicitudes enviadas a la “Comisión para la armonización (CAA) de los criterios de utilización de medicamentos en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica” y la contribución del Hospital Puerta del Mar (HUPM) en la tramitación de las mismas.

Material y Método: La resolución 369/09, establece el procedimiento a seguir para la utilización, en el ámbito del SAS, de medicamentos en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica, cuando se carezca de alternativas terapéuticas para un determinado paciente. Así se constituye la CAA, como órgano interno de asesoramiento de la Dirección de Gerencia del SAS con la función de estudiar y emitir informe técnico sobre las solicitudes que le sean enviadas. La resolución emitida puede dirigirse a un paciente en concreto ó hacer extensiva esta autorización excepcional a todos los pacientes en los que concurren iguales circunstancias. La UGC de Farmacia a través del Centro de Información de Medicamentos (CIM) tramita dichas solicitudes, cumpliendo los requisitos establecidos por dicha comisión: informe del facultativo clínico que justifica la solicitud en el formato estandarizado (Anexo 1), bibliografía de la mejor evidencia científica disponible, consentimiento informado e informe técnico realizado por el CIM. Se realiza una revisión de las resoluciones emitidas por la CAA disponibles en el portal del SAS, y en los registros del CIM del HUPM.

Resultados: La CAA ha evaluado más de 45 solicitudes pertenecientes a los siguientes hospitales: Hospital San Cecilio, Hospital de Antequera, Hospital Juan Ramón Jiménez, Hospital de Jerez, Hospital de Puerto Real, Área Gestión Sanitaria Sur Granada, el Hospital Virgen del Rocío; de las cuales, 16 corresponden al HUPM. Del total, 32 solicitudes se han hecho extensivas: 8 del Hospital San Cecilio (25%), 1 del Hospital de Antequera (0.32%), 7 del Hospital Juan Ramón Jiménez (21.8%), 3 del Hospital de Jerez (9.4%), 2 del Hospital de Puerto Real (6.25%), 3 del Área Gestión Sanitaria Sur Granada (9.4%), 1 del Hospital Virgen del Rocío (0.32%) y 8 del HUPM (25%). Además, en el HUPM, se han autorizado 6 solicitudes individualizadas por paciente, y 3 se han denegado.

Conclusiones y discusión: El elevado número de solicitudes tramitadas por el HUPM, indica una participación activa en el proceso: interviniendo en la viabilidad de la solicitud, en la elaboración de un informe de apoyo a la CAA para la evaluación de la misma y actuando como nexo entre el solicitante y la CAA. La centralización de las autorizaciones de visado en indicaciones al margen de ficha técnica por la CAA juega un importante papel garantizando la equidad en el acceso a dichos medicamentos en la comunidad andaluza. Es importante la intervención de los farmacéuticos en garantizar que las solicitudes presentadas cumplen los requisitos establecidos en la resolución, así como en asegurar la calidad de la evidencia científica en la que se basan las solicitudes elevadas.

ACTITUD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA FRENTE AL RIESGO BIOLÓGICO

SANCHEZ BORJA CARMEN; BOUBETA LEMOS NURIA; SANCHEZ VALDIVIESO ANTONIO ANDRES; MARTINEZ MIRAS MIGUEL; CASTILLO HERNANDEZ ANTONIO BERNARDO Y TORRES ALEGRE PILAR.

Centro: Distrito A.P. Almería

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: -Determinar la situación actual, en materia de prevención de accidentes con riesgo biológico entre el personal de Enfermería de Atención Primaria del Distrito Sanitario Almería-
-Determinar como influyen en la adherencia a las precauciones estándar los siguientes factores: sociodemográficos, grado de conocimientos, grado de formación e historial previo de accidentes con riesgo **Material y Método:** MATERIAL:- Cuestionario específico, elaborado en colaboración con personal experto, analizándose las diferentes causas/motivos que han ocasionado los accidentes registrados en la Unidad Básica de Salud de Atención Primaria en Distrito Poniente- Almería y se consultó a la literatura correspondiente.- **MÉTODOS:**- Diseño epidemiológico: Estudio Descriptivo Observacional.- Variables en estudio- Variables independientes: variables de identificación, variables de formación, variables de percepción, variables de grado de conocimiento, variables de hábitos relacionados con la prevención del riesgo biológico, variables de historial previo de accidentes con riesgo biológico- Variables dependientes: variable de formación total, variable de conocimientos total, variable de hábitos total, variable de historial previo de accidentes con riesgo biológico total y variable total- El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS 19.0-

Resultados: La media de edad de los trabajadores ha sido de 47,74 años, siendo la edad mínima 31 Y máxima de 59 años- El 84,5% de los cuestionarios contestados fueron realizados por mujeres y 15,4% por hombres. - La experiencia media total fue de 24,69 años con un intervalo entre 4 y 37 años.- Formación: A mayor formación, mejores conocimientos y hábitos aunque no son estadísticamente significativos. No observándose una menor relación con los antecedentes en los 5 años previos. Existe una correlación significativa con la puntuación total ($p < 0,01$).- Conocimientos: A mayor conocimiento mejores hábitos, al igual que la formación, aunque ligeramente superior, pese a que no sea estadísticamente significativa. A su vez, no hay una menor relación con los antecedentes previos. Existe una correlación significativa con la puntuación total ($p < 0,01$).- Hábitos: son mejores a mayor experiencia; siendo mejores aquellos que tienen mayor experiencia en atención primaria que en especializada. Aumentan al tener mayor formación y conocimientos, y se observa que aquellos que mejores hábitos tienen su accidentabilidad en los últimos 5 años ha sido menor. Existe una correlación significativa con la puntuación total ($p < 0,01$).

Conclusiones y discusión: Después de haber analizado los datos, se ha observado que pese a que el personal de enfermería (84,6%), cree erróneamente que la probabilidad de contagio ante un accidente con riesgo biológico es moderada - elevada, y pese a que prácticamente la totalidad de los/las trabajadores/ras han afirmado poseer formación en prevención de riesgos biológicos, su adherencia a las normas de seguridad, no es lo suficiente buena como se cabría esperar

LA GESTIÓN DE COBRO A TERCEROS: CIUDADANOS EXTRANJEROS

PÉREZ DE GREGORIO ÁNGELA; BROME GENER CARMEN; MCHUGH LINDA JEAN; GARRIDO MANTAS CARMEN; ANCA GÓMEZ JOSÉ y PÉREZ NUÑEZ ROSARIO.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1. Maximizar los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria de ciudadanos extranjeros, sean asegurados o beneficiarios de estados miembros de la Unión Europea, de países con convenio bilateral suscrito con España o privados.- - 2. Incrementar el grado de satisfacción y la personalización en su atención de este colectivo.-

Material y Método: Captación de datos desde las Unidades de Atención al Ciudadano de las 26 Unidades de Gestión Clínicas pertenecientes a este Distrito Sanitario.- - Recepción y comprobación de documentos aportados: fotocopia de Tarjeta Sanitaria Europea o documento acreditativo del derecho y pasaporte.- - Cumplimentar la Ficha de Prestación y Compromiso de pago o emisión de factura en caso de privados, de forma correcta y detallada.- - Remitir toda la documentación al Departamento de Cobros a terceros del Distrito-

Resultados: Comparación de periodos de tiempo trimestrales y anuales, tanto del volumen de ingresos como de usuarios captados, determinando los errores que se den en el procedimiento para su corrección.- La comparativa del análisis realizado entre el primer semestre de 2011 y 2012, muestra un aumento de las asistencias captadas.- Se ha detectado errores en la recepción de la documentación que se hacen imposible la facturación a través del programa del INSS (FISS WEB), elaborándose un plan de mejora para los Centros de salud que permitan la correcta cumplimentación y remisión de toda la documentación necesaria.-

Conclusiones y discusión: El buen desempeño de las tareas de captación de datos y cumplimentación de la documentación por parte de las UAC son un pilar de apoyo fundamental para el resultado final de la Gestión del Cobro a Terceros.- - Las medidas de mejoras adoptadas han permitido conseguir un mayor número de facturación de esta población externa-

SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

GIL BARRERA INMACULADA.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: El objetivo principal es conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: cansancio del rol del cuidador de los pacientes que realizan tratamiento de hemodiálisis. Se relacionará la sobrecarga del cuidador con el nivel de dependencia del paciente y se valorará el grado de conocimiento que posee éste sobre la enfermedad. Finalmente se relacionará el grado de sobrecarga con la presencia de cuadros de fatiga y/o síntomas depresivos.- -

Material y Método: Es un estudio descriptivo transversal en una muestra con 48 cuidadores de pacientes crónicos. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, relación parentesco y lugar de residencia del cuidador y del paciente; nivel de estudios y trabajo del cuidador. Al grupo de cuidadores se le aplicaron los siguientes instrumentos validados: Test de Zarit, Cuestionario de salud general de Goldberg y un Cuestionario de evaluación de conocimientos generales sobre diálisis; al grupo de pacientes se le aplicó el Índice de Barthel. Posteriormente se procedió a la tabulación y el análisis descriptivo de los datos

Resultados: La edad media de la muestra del grupo de pacientes fue de 67 años y del grupo cuidadores de 60. La distribución de sexos correspondió mayoritariamente en el grupo de pacientes a hombres y en el de cuidadores a mujeres. En relación con el parentesco entre el cuidador y el paciente la mayor parte se corresponde con el conyugue. Respecto al nivel de estudios, encontramos hasta un 63% con estudios primarios o sin estudios. El 79% de los cuidadores no trabaja y residen en la misma vivienda que el paciente. El test de Zarit refiere que el 45% de los cuidadores sienten una sobrecarga leve o moderada. El cuestionario de salud general de Goldberg revela que el 52% de los cuidadores padecen síntomas somáticos y ansiedad e insomnio; no revela una disfunción social y el 76% de los encuestados presentan síntomas depresivos. Según el Índice de Barthel la gran mayoría de los pacientes tienen una dependencia severa a moderada. El 71% de los cuidadores carecen de conocimientos generales sobre la diálisis, cuidados de accesos vasculares, alimentación o administración de medicación domiciliaria.

Conclusiones y discusión: Comprobamos que el perfil del cuidador principal son mujeres con una edad media de 60 años, con un nivel de estudios bajo y que no trabaja fuera del domicilio. No identifican verbalmente el cansancio acumulado pero se comprueba la dependencia severa a moderada de este tipo de pacientes que provoca la presencia de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y en la gran mayoría síntomas depresivos. Cuanto mayor es la dependencia se agudizan más estos síntomas. También se comprueba una falta de conocimientos generales sobre la enfermedad y sus cuidados por lo que su formación podría disminuir la sobrecarga llevada y sus consecuencias, el personal de la unidad comenzará brevemente talleres para paliar esta falta de conocimientos donde se enfocará la nueva forma de vida que conlleva esta enfermedad transmitiendo seguridad, tranquilidad y al mismo tiempo nuevos conocimientos

PROCEDIMIENTO TRIAJE DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA (UGC) SAN PEDRO DE ALCANTARA (MARBELLA)

ARIAS JIMENEZ JUAN CARLOS.

Centro: Centro de Salud San Pedro de Alcantara

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1) Mejorar: accesibilidad, atención en cuidados, percepción de seguridad, y el nivel de satisfacción de los usuarios - 2) Gestionar casos de una forma eficiente, ofreciendo los recursos necesarios de toda la UGC-

Material y Método: a) Recepción: acogida paciente y familia por parte del enfermero: el enfermero es el primer miembro del personal sanitario; el paciente debe presentarse ante él, informándosele del proceso al que va a ser sometido. El enfermero debe identificar el motivo de consulta, antecedentes personales (incluyendo historia de alergias) y la enfermedad. El proceso se realiza en un ambiente adecuado, en una consulta para tal fin dotada de los medios y materiales necesarios. - b) Clasificación: El enfermero de triaje clasifica según la gravedad de la patología, asignándose un nivel de prioridad. Se considerara un proceso continuo, ya que pueden existir variaciones durante toda su estancia. - c) Atención por equipo interdisciplinar: Se intenta dar solución a su problema de salud, derivando si es necesario a otros profesionales de AP.-

Resultados: El período estudiado fue de Marzo 2011- Febrero 2012 en una franja horaria comprendida entre las 09:00 h hasta las 14:00h. Se puede concluir que con respecto al número total de pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias, un 32.5 % fueron atendidos por nuestro triaje de enfermería.- -

Conclusiones y discusión: 1. Recoger datos de la historia clínica del paciente por medio de una entrevista donde se identifica y valora la prioridad del problema.- 2. Derivación del paciente de atención urgente a programada, gestionando cita para su facultativo, enfermera, TS ó EGC.- 3. Activación de circuitos de atención prioritaria: código ictus, dolor torácico y dolor agudo. - 4. Atención sanitaria primaria a pacientes que requieren ser vistos por otro profesional, solicitando pruebas complementarias.-

Consulta externa multidisciplinar de Atención Temprana: simplificar para aumentar la calidad.

LO GIUDICE HENRÍQUEZ MONICA PATRICIA; LOPEZ FIGUERES CRISTINA; STRAN MELZI CARLOS; GARCIA GARCIA MARÍA JESÚS; GARCIA GUIADO VALENTÍN Y RODRIGUEZ GARCIA FRANCISCA.

Centro: Hospital Comarcal Valle de los Pedroches

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1-Dar una mejor respuesta al niño afectado de patología crónica y su familia, a través de la creación de una consulta externa interdisciplinar de Atención Temprana- - 2-Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y su familia- - 3-Optimizar los servicios sanitarios a través de una consulta unificada multidisciplinar- - 4-Coordinar el trabajo de profesionales relacionados con la AT de manera clara y eficiente- - 5-Unificar criterios diagnósticos- - 6-Establecer prioridades y estrategias terapéuticas comunes- 7-Agilizar consultas con centros de mayor complejidad- - 8-Aclarar dudas diagnósticas y pronóstico a la familia- - 9-Reforzar positivamente las mejoras- - 10-Establecer estrategias sociales y de apoyo familiar- - 11-Gestionar una adecuada transición a otras áreas una vez finalizado el programa de AT- - 12-Reducir los gastos de insumos y de personal sanitarios-

Material y Método: Se estableció una consulta externa mensual, hospitalaria e integral, englobando Atención Primaria, Hospitalaria y Centro de atención infantil temprana, en un área cuya estructura cuenta con todas las condiciones para las personas con discapacidad. Se reúnen Pediatra, Rehabilitador, Psicólogo, Fisioterapeuta, Logopeda y Trabajadora Social, con los pacientes de AT y su familia, para evaluar cada caso en particular y resolver la problemática del niño de manera integral. - Se establecen prioridades, cambios de conductas terapéuticas, consultas con hospitales de mayor complejidad, se aclaran dudas diagnósticas y pronóstico, se refuerzan positivamente las mejoras y se establecen estrategias sociales y apoyo familiar. - Se mide el grado de satisfacción a través de una encuesta de opinión de pacientes diseñada específicamente.-

Resultados: Fecha de inicio: octubre 2011. Pacientes evaluados: 63. Evaluación pediátrica y consejo nutricional 63, Intervención de rehabilitación 25. Consulta de mayor complejidad 14, refuerzo positivo a las mejoras, estrategias sociales y apoyo familiar 63. Grado de satisfacción: 8.44/10.

Conclusiones y discusión: Con este procedimiento se ha tratado de alcanzar la calidad óptima del servicio sanitario, teniendo en cuenta todas sus dimensiones: efectividad, eficiencia accesibilidad y aceptabilidad. De esta manera se beneficia al paciente y a sus familias, dándole una respuesta clara, concreta, dinámica, proporcionándoles orientación, mejoras y comodidad. Así ha sido medido por una encuesta de satisfacción con una puntuación 8.44/10.- Por otro lado se han reducido los costes económicos, maximizando la utilización de tiempo tanto de profesionales como del usuario.- Se han agilizado las gestiones administrativas, de consultas, acortando los tiempos de espera, mejorando la utilización de recursos sanitarios y protésicos. - En lo profesional creemos que es un ejemplo claro del buen trabajo realizado en equipo, incentivándonos positivamente a mejorar y animando a esta práctica siempre que sea posible.-

MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS

FLORES DE LA CRUZ ANA BELEN.

Centro: Centro de Salud San Pedro de Alcantara

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Determinar la incidencia y describir las características clínico-epidemiológicas de la mortalidad en un Servicio de Urgencias Extrahospitalario, las patologías más frecuentes que causan el fallecimiento y el porcentaje de muerte judicial o no.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo durante un año, de los avisos a domicilio con la Unidad de SVA tras activación por el Centro Coordinador del 061 y con el diagnóstico de óbito o éxitus inscritos en el libro de registro de mortalidad. Se recogió información también de la historia clínica/informe asistencial del paciente.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes, suponiendo un 2,60% del total de asistencias externas, concretamente 2934.- La edad media fue de 79,24 años (99-28), siendo el paciente más joven una chica de sólo 28 años con causa de muerte registrada como precipitada.- Un 59,46% fueron hombres, con una edad media significativamente menor que las mujeres.- El 29,73% fallecen por un proceso oncológico, el 24,32 % pertenece al grupo de enfermedades cardiovasculares (sobre todo cardiopatía isquémica y edema agudo de pulmón), el 6,76% por patología respiratoria crónica agudizada, un 2,7% por isquemia mesentérica, un 1,35 % por un politraumatismo y el resto, 35,14%, está registrado en nuestro libro como paradacardiorespiratoria (PCR).- Cuatro pacientes se declararon como muerte judicial.- Únicamente se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar en una décima parte de los pacientes (7,4% del total).-

Conclusiones y discusión: El perfil habitual fue el de un paciente de edad avanzada, presentando enfermedades crónicas cuyo fallecimiento era esperado.- La causa más frecuente de muerte fue la neoplasia en fase terminal.- Comentar la necesidad de formación a los facultativos del centro que realizan jornada complementaria de las etiologías inmediata, intermedia e inicial o fundamental como causas de la defunción para un adecuado registro y a su vez cumplimentar correctamente el Certificado Médico de Defunción para su inscripción en el Registro Civil y evitar anotar PCR, dado que no es una causa de fallecimiento.- El alto porcentaje de pacientes que fallecieron como consecuencia de una patología terminal en su domicilio sin traslado hospitalario certifica el excelente circuito de soporte asistencial del que disponemos. - Posiblemente la reciente implantación de CPAP (continuous positive airway pressure) disminuya la mortalidad por EAP de etiología cardiológica y pulmonar, descartando los pacientes no subsidiarios de CPAP (p.e. EAP en paciente terminal).-

Utilidad de la aplicación de una escala de valoración del grado de fragilidad en pacientes dependientes.

ESCALANTE TORRES FRANCISCO; MARTÍN YAÑEZ MARIA VICTORIA; GONZALEZ RUIZ FRANCISCA DOLORES; ROLDÁN LIÉBANA MARIA ANGELES; VALDÉS SOLÍS ANGELES PILAR Y NARBONA RÍOS CRISTINA.

Centro: UGC Antequera-Estación (AGS Norte de Málaga)

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: -Diseñar una escala que permita categorizar a los pacientes frágiles en diferentes grados, según niveles de complejidad de cuidados.- -Establecer para cada nivel de complejidad unas intervenciones mínimas a desarrollar tanto con el paciente como con su cuidadora.- -Gestionar los cuidados adecuándolos a las diferentes necesidades que presentan los pacientes frágiles.-

Material y Método: Por consenso de expertos se realizaron varias reuniones y tras valorar la bibliografía del tema, se creó una escala síntesis del índice de fragilidad de HARP y del índice de co morbilidad de Charlson abreviado, a la que se añadió la escala de valoración sociofamiliar y la inclusión o no inclusión del paciente en el proceso de pluripatológicos. - La aplicación de dicha escala dio lugar a la creación de tres niveles de clasificación de los pacientes frágiles según la puntuación obtenida al realizarle la escala: - nivel bajo: 1-3 puntos.- -

nivel intermedio: 4-6 puntos.- -nivel alto: 7-10 puntos.- La finalidad de la escala es la de determinar para cada nivel de complejidad un plan de atención domiciliaria estándar, que conlleva un régimen de visitas tanto por parte del personal de enfermería como médico, con una serie de actuaciones tipo en función de la categoría de cada grupo, además de aquellas intervenciones específicas características de cada paciente.- De esta forma se creó la escala de planificación de la atención domiciliaria de inmovilizados o "Escala Antequera".-

Resultados: El 33.8% de los pacientes fueron clasificados como nivel bajo, el 54.3% como intermedio y sólo el 10,7% como nivel alto.- Tras analizar los resultados después de 9 meses de implantación de la escala se ha observado que el número de visitas domiciliarias programadas se adecua a las que previamente se determinaban según el nivel de complejidad del paciente, lo cual repercute en la mejora de la gestión de los recursos disponibles para garantizar una buena calidad en los cuidados que éste precisa, así como en aumentar la satisfacción con la atención sanitaria por parte de la cuidadora.- -

Conclusiones y discusión: La utilización de una escala de clasificación de pacientes frágiles resulta útil para obtener información que nos ayude a gestionar mejor los cuidados, aumentando con ello la calidad en la prestación de los mismos.- -

EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

RODRIGUEZ MORALES INMACULADA; FUENTES CEBADA LUIS; CRESPO ESPINOSA ALICIA; FERNÁNDEZ GARCÍA VICTORIA; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ MANUELA Y OROZCO CÓZAR MARÍA JOSÉ.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: General: conocer la efectividad de la intervención de apoyo al cuidador principal en pacientes con daño cerebral adquirido y sus cuidadores.- Específicos:- Identificar mejoras en la calidad de vida.- Identificar el grado de satisfacción de los - Analizar las causas de prolongación de estancia y de reingreso - Disminuir el número de estancias y reingresos de pacientes con daño cerebral adquirido.-

Material y Método: Diseño: cuasi-experimental con grupo control retrospectivo. - El grupo intervención lo componen los pacientes hospitalizados en el Hospital Puerta del Mar por daño cerebral adquirido, que precisaron estabilización clínica en la UCI entre el 1/04/2012 y el 31/03/2013 y su cuidadora principal.- Variable independiente implantación de la intervención de Apoyo al cuidador principal (NIC **Resultados:** El 100% de pacientes tuvo complicaciones durante su estancia, siendo la más frecuente la infección nosocomial (60%). - En el 80% de los pacientes se aprecia un aumento de la estancia hospitalaria asociada a infección nosocomial durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.- El 20% de los pacientes tuvieron un reingreso asociado a la misma causa durante los seis meses posteriores. - Todos los pacientes sufrieron un periodo de coma variable entre 3 y 245 días.- El 60% de los pacientes tuvo que ser traqueostomizado, aumentando así su índice de complejidad, su coste económico y necesidad de cuidados.- El 90% de los pacientes sufrió algún tipo de secuelas. - El 60% de los pacientes presenta un Índice de Barthel indicativo de dependencia total y un 10% de dependencia severa.- Un paciente falleció, otro fue trasladado a otro centro y el resto (80%) tuvo como destino su propio domicilio. - El 50% de las personas cuidadoras del paciente dependiente, eran mujeres.- El 40% la persona cuidadora era el cónyuge, seguido de hijos (20%), padres (20%) y hermanos (10%).- El 30% de las cuidadoras le dedicaba al cuidado del dependiente más de 10 horas diarias durante su estancia en hospitalización.- En cuanto al coste de la prestación sanitaria, el grupo de diagnóstico relacionado (GDR) más frecuente (40%), es el 877, seguido del 530 (20%), 878 (20%) y con un 10% el 533 y 879.- Relacionando el GDR con el índice de complejidad y el coste de la prestación sanitaria en función de los criterios del Ministerio de Sanidad y Política social, la prestación de estas 10 personas ha supuesto un coste directo de 477.717'21 euros.-

Conclusiones y discusión: El estudio descriptivo de las variables del grupo control muestra la dificultad de encontrar en la historia clínica de los pacientes el registro de la intervención de apoyo al cuidador principal) En el 80% de los casos no consta que se haya realizado la intervención de apoyo al cuidador principal y en el 20% restante aparecen determinadas actividades de la misma pero no registradas de forma sistemática. El equipo investigador rediseña la estrategia de implantación de la variable independiente en el grupo intervención.

DESARROLLO DE UN PLAN DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN UN ÁREA SANITARIA

TORRES VERDÚ BÁRBARA; GALÁN RETAMAL CARMEN; GARCÍA ORDOÑEZ MIGUEL ÁNGEL; GARCÍA CISNEROS ROGELIO; AGUILERA AGUILERA FELIPE Y POZO MUÑOZ FRANCISCO.

Centro: C.S. ANTEQUERA ESTACIÓN

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Desarrollar un plan de atención al paciente crónico a partir de la evaluación de nuestra posición de partida y la clasificación de nuestra población diana.

Material y Método: Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar e internivelar, que delimitó la población a estudio: - Pluripatológico (PP): Según la definición del Proceso Asistencial de la Consejería de Salud de Andalucía.- Polimedcado (PM): Paciente en tratamiento con 6 o más fármacos 6 o más meses.- Paciente frágil (PF): Según Índice de Fragilidad o Harp modificado y con Índice de Barthel menor de 60.- Se añadieron criterios de riesgo (CR) de los últimos 12 meses: - Uno o más ingresos- - En seguimiento por 2 o más especialidades hospitalarias- - 6 o más visitas a urgencias hospitalarias- - 12 o más visitas a atención primaria (AP) - Posteriormente el IEMAC (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad) modificado se envió a 239 profesionales de AP y Hospitalaria, para su cumplimentación.- Se evaluaron según grado de implantación y pertinencia 4 dimensiones, con un total de 55 ítems: I Modelo asistencial; II Autocuidado; III Apoyo en la toma de decisiones; IV Sistemas de la información. Tras su análisis se priorizaron, acciones de mejora; y el grupo mediante método Delphi, basado en coste, efectividad, factibilidad y aceptación identificó como intervenciones a realizar. -

Resultados: En base a la población que asciende a 115,100 habitantes y a los CR determinados se realiza la estratificación en 4 niveles:- Nivel 1 : PP y/o PM sin CR: 1,87% - Nivel 2: PP y/o PM con 2 o más CR: 1,17% - Nivel 3: PF y 2 o más CR: 0,35% - Nivel 4: PF y PM o PP con 2 o mas CR: 0,15% - La tasa de respuesta del IEMAC fue del 46.9%. El 85% de AP. 47% médicos y 51% enfermeros. La puntuación media de las dimensiones según pertinencia fue: I: 8.04; II: 7.96; III: 8.08; IV: 8.17 y según implantación: I: 3,87; II: 3.88; III: 3.84; IV: 3.47. La priorización según mayor pertinencia y menor implantación fue:- I : competencias profesionales, trabajo en equipo y seguimiento activo; - II: educación terapéutica estructurada, activación psicosocial y toma decisiones compartida; - III: protocolos compartidos y consultorías; - IV: comunicación entre profesionales. - El grupo priorizó por estrato: - Nivel 1,2,3 y 4: Acciones formativas en profesionales, objetivos comunes en las unidades interniveles.- Niveles 1 y 2: Plan terapéutico y de cuidados individualizado por nivel de riesgo. - Niveles 1, 2 y 3: Vías de comunicación estructuradas interniveles.- Niveles 3 y 4: Talleres dirigidos a cuidadoras.-

Conclusiones y discusión: En la actualidad estamos trabajando en un plan local que incluye un abordaje integral. Clasificar la población nos permite establecer acciones concretas y monitorizar los indicadores de evaluación acordados para cada estrato. - Se usó un instrumento validado, IEMAC modificado, obviando 2 dimensiones de nivel macro (Organización del sistema de salud y Salud comunitaria) por considerar que el plan debe partir desde los profesionales sanitarios.-

Ciclo de Deming aplicado a la mejora en satisfacción del ciudadano en un centro de salud.

SABATEL GÓMEZ-ROMÁN JOSE LUIS; SORIANO CARRASCOSA LETICIA Y VASCO ROA TERESA.

Centro: Centro de Salud La Caleta, Granada

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Conocer la satisfacción del usuario con su centro- Identificar indicadores clave que influyen en la satisfacción- Elaborar e implantar un plan de mejora - Evaluar su impacto en la satisfacción del usuario

Material y Método: En 2011 se valoró la satisfacción de nuestros usuarios basándonos en: Última encuesta de satisfacción de la Consejería, cuestionario interno de 12 ítems y campo de escritura libre y análisis de reclamaciones Se identificaron áreas de mejora y el factor clave más importante en los resultados de satisfacción Se elaboró un plan de mejora con intervenciones concretas que se implantó y desarrolló a lo largo de 2011 En 2012 tras ejecutar las acciones correctoras, se vuelve a evaluar la satisfacción de usuarios, mediante encuesta interna y análisis de reclamaciones Se comparan los resultados al año anterior y se identifican nuevos objetivos de mejora

Resultados: Se recogen 160 cuestionarios de 220 entregados (72%). En 2011 la satisfacción del ciudadano con el servicio recibido es del 97,9%. Los ítems peor valorados con respecto al Distrito son: Recomendación del centro 91,8% Espacio, Ventilación 79,4%, Identificación de los profesionales 90,1% y Horario de consultas Los ítems mejor valorados: Trato, Respeto y Personalización. Los profesionales más valorados son los médicos Los peor valorados, los del SAC. En campo de escritura libre lo peor valorado: Retrasos en consulta, Demoras en extracciones, Lentitud en trámites Se planificaron y ejecutaron acciones de mejora. En la evaluación realizada en 2012 se observa mejora en todos los ítems del cuestionario. El factor clave es el médico, ya que existe una correlación directa entre su valoración y la del centro (diferencia menor 0,2 puntos en el 62% de casos) Los usuarios que dan menor puntuación, son mujeres menores de 30 años. Ha mejorado la valoración de todos los grupos profesionales, la satisfacción con la atención recibida y con el trato otorgado Ítem peor valorado, Comfort/Mobiliario. En campo de escritura libre se detectan nuevas oportunidades de mejora: Accesibilidad telefónica, Cambios de ubicación de médicos, Rotulación

Conclusiones y discusión: DISCUSION- El grado de satisfacción del ciudadano permite valorar si los servicios sanitarios dan una respuesta satisfactoria a sus necesidades y expectativas- El factor clave que más influye en la satisfacción es el médico. No se han encontrado estudios con esta conclusión. Otros factores clave: La organización del centro (horarios, accesibilidad), coincidiendo con otros estudios y además son los ítems peor valorados que necesitan una continua monitorización- Sería necesaria una muestra más amplia para confirmar la importancia del factor clave identificado- CONCLUSIONES- El factor clave que influye en la satisfacción del usuario es el médico - La ejecución de medidas correctoras y su reevaluación de manera continua, aumenta la satisfacción del usuario- Las encuestas internas de satisfacción son de gran utilidad y complementan la información obtenida con la Encuesta de Satisfacción de la Consejería

¿ES RENTABLE LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL?

FERNÁNDEZ ORTEGA CARLOS MARIA.

Centro: Clínica Dental

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: INTRODUCCIÓN:- La Prestación Dental Infantil (PADA) que se está aplicando en nuestra comunidad, así como en otras Comunidades Autónomas, y su tipo de pago por capitación ha suscitado una gran controversia en el ámbito profesional por la duda de la rentabilidad económica de su aplicación.- OBJETIVO:- Aclarar la controversia creada entre los colectivos profesionales y la administración sobre la rentabilidad económica del PADA-

Material y Método: METODOLOGÍA:- Se ha realizado el análisis económico de cada tipo de tratamiento, analizando: los tratamientos que se realizan dentro de la prestación dental infantil, los costes generales de la clínica, los materiales empleados, el tiempo de ocupación del sillón dental empleado para cada tratamiento y el tiempo empleado por el operador para la realización de cada tipo de tratamiento, así como los intervalos de tiempo libre entre pacientes.-

Resultados: RESULTADOS:- Las actividades preventivas representan el 86,3% de la asistencia dental básica desarrollada.- Coste anual medio de la asistencia dental básica prestada a cada paciente PADA 25,79 €, sobre un pago por capitación de 36 €- Rentabilidad anual media de los tratamientos especiales es 1,01 €, y de cada paciente PADA 10,79 €-

Conclusiones y discusión: DISCUSIÓN:- Es imposible el rentabilizar el pago por capitación establecido en una prestación dental infantil si no se ha diseñado y apostado por un buen programa de educación sanitaria bucodental que debe de ser desarrollado, seguido y continuado durante toda la vigencia de la prestación.- La participación de los higienistas dentales dentro de una clínica que presta servicios al PADA es imprescindible para conseguir una buena rentabilidad, la diferencia de que las actividades preventivas y de educación sanitaria sean realizadas por un higienista a que sean realizadas por un odontólogo suponen un sobrecoste de 4,774 €/paciente PADA.- CONCLUSIONES:- El PADA es rentable en sí mismo, con su pago por capitación y los tratamientos especiales suponen un aumento en la rentabilidad.- La figura del higienista dental rentabiliza la realización de un programa de salud bucodental. -

Atención a la diabetes infantil mediante consulta externa de Enfermería en Atención hospitalaria.

RODRÍGUEZ ROJAS M^a DOLORES.

Centro: Hospital de Riotinto

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Generales:- 1. Detección y control de pacientes con diabetes mellitus1.- 2. Unificar criterios de actuación en la consulta de enfermería- Específicos: - - 1. Mantener la glucemia como en el no diabético, por debajo del dintel renal de 180-200 mg/dl.- 2. Adiestrar en el autocontrol.- 3. Motivar al paciente para el cambio de hábito y estilo de vida.- 4. Conseguir adherencia al tratamiento (dieta, ejercicio, tratamiento farmacológico.)- 5. Conseguir adherencia a los controles periódicos.- -

Material y Método: 3.- CONTENIDOS:- - Conocimientos generales sobre la D.M.- - Dieta- - Ejercicio físico- - Autocontrol analítico- - Medicación- - 4.- METODOLOGÍA:- 1.- Entrevistas Clínicas- 2.- Talleres- -

Resultados: Resultados pendientes de realización.

Conclusiones y discusión: La educación sanitaria es un componente esencial del tratamiento del diabético y la consulta de enfermería es el lugar más adecuado para realizarla. Debe proporcionar al paciente y a sus familiares, el seguimiento sobre los conocimientos adquiridos, sobre la enfermedad, su tratamiento y sus complicaciones.- Creemos conveniente que profesionales de enfermería de los centros hospitalarios hagan un seguimiento de la DM1. Por eso nos planteamos la importancia de una consulta de enfermería, basada en la creación de " La guía para niños con DM1" pertenecientes al Area de Salud Norte de Huelva. El fin de este proyecto es continuar la educación diabetológica de los niños y padres de nuestra zona sanitaria.- Pendiente de conclusiones y discusión- -

IMPACTO ECONÓMICO REAL Y POTENCIAL DEL FRACCIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTE

BELDA RUSTARAZO SUSANA; BLÁNQUEZ MARTÍNEZ DAVID; CABALLERO ROMERO ÁLVARO; VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA ANA MARÍA Y CABEZA BARRERA JOSÉ.

Centro: Hospital Universitario San Cecilio

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Conocer el impacto económico que supone el fraccionamiento y reenvasado de determinados medicamentos de alto coste en el Servicio de Farmacia y valorar el ahorro adicional que originaría el mismo procedimiento en otros productos similares.

Material y Método: Se trata de un estudio retrospectivo en el que se analizan aquellos fármacos que se fraccionan y reenvasan en el Servicio de Farmacia desde 2010: entecavir, bosentan y maraviroc. Los datos se obtuvieron del programa de Gestión Económica y de Pacientes Externos. Se contabilizaron las unidades fraccionadas de cada medicamento en dicho período de tiempo y se comparó su coste con el precio real de adquisición. En terapias crónicas, se calculó el ahorro por paciente y año de tratamiento. De igual modo, se estudió la ventaja económica que se obtendría si se realizara el mismo proceso con otros medicamentos de alto coste: lenalidomida y dasatinib.

Resultados: Entecavir: desde 2010 se han dispensado 14.106 comprimidos, lo que ha supuesto un gasto de 90.983€ en lugar de los 176.466€ que cuestan los comprimidos en su adquisición directa a proveedor. Esto significa un ahorro de 85.482€. El coste por tratamiento/año se redujo en 2.212€ por paciente. Maraviroc: el gasto en maraviroc durante el período de estudio ha sido de 81.746€, originándose un ahorro de 81.604€ al compararlo con los costes directos de adquisición. El tratamiento anual de cada paciente costó 2.067.73€ menos. Bosentan: se dispensaron 7.236 unidades de bosentan 62.5mg, cuyo coste de preparación en el Servicio de Farmacia fue de 143.816€ en lugar de los 287.631€ que hubieran costado. El ahorro obtenido al realizar el mismo proceso de elaboración centralizada en la Unidad de Farmacotecnia con otros medicamentos de alto coste hubiera sido de 98.600€, 92.064€ y de 65.848€ para lenalidomida de 5, de 10 y de 15 mg respectivamente. Respecto a dasatinib, al fraccionar la dosis de 70 mg para obtener 50 mg, el gasto hubiera sido de 58.201€, obteniéndose un ahorro de 23.280€.

Conclusiones y discusión: El coste total de estos tratamientos se redujo en un total de 310.902€ mediante el fraccionamiento y la elaboración del medicamento en el Servicio de Farmacia. El ahorro se hubiera incrementado en 279.793€ más si se hubiera realizado el mismo proceso en lenalidomida y dasatinib. Tras estos resultados, se valorará aplicar un sistema similar para otros medicamentos de alto impacto económico.

Estudio serológico frente a sarampión en trabajadores sanitarios en periodo de epidemia

MARTINEZ NOGUERAS RAFAEL.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: - Analizar los resultados del estudio de los niveles serológicos de protección frente al sarampión en los trabajadores menores de 40 años - - -

Material y Método: Estudio descriptivo transversal observacional con una población diana que incluye a todos los trabajadores del Complejo menores de 40 años. Decidimos citar a estos trabajadores, elaboramos un modelo de carta, invitábamos a todos los trabajadores a riesgo para iniciar su estudio. Finalmente, también diseñamos una hoja específica para la recogida de datos, con las siguientes variables a estudio: antecedentes vacunales, si conocían haber pasado la enfermedad, estudio de su estado serológico frente a sarampión.

Resultados: - Identificamos 567 trabajadores (68,3% mujeres). Se presentaron en consulta 115 trabajadores (tasa de respuesta de 20,28%). El colectivo más numeroso es el de médicos, con un 44,3% y el 55,7% restante se reparte entre personal de enfermería, técnicos de laboratorio, celadores, administrativos, personal de cocina y mantenimiento. En el 28,7% del total, pudimos contrastar que estaban correctamente vacunados según calendario vacunal aportado. El 44,1% referían no haber pasado la enfermedad y el 29,7% tenía dudas. Decidimos realizar estudio serológico a 61 trabajadores (68,8% mujeres), resultando tener 59 de ellos (96,7%), anticuerpos protectores frente a sarampión. Los dos casos negativos, resultaron ser trabajadoras de UCI y Hospitalización de Cirugía Vascular. Ofrecimos vacunación, aceptando únicamente la trabajadora asignada a UCI.- - - - -

Conclusiones y discusión: - Consideramos, que la petición de serología frente al sarampión en trabajadores menores de 40 años, han resultado ser una herramienta importante para la toma de decisiones, pues hemos practicado una vacunación selectiva. En cambio, por el alto porcentaje de protección serológica creemos, que este estudio serológico en consultas de Salud Laboral, solo se debe realizar de manera rutinaria, en los trabajadores pertenecientes a zonas de riesgo (UCI, Urgencias, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Enfermedades Infecciosas, entre otras).- - - -

Modelo de programa de calidad asistencial en Cirugía Oral en Pacientes Especiales en la UGC de Salud Bucodental.

VELA CERERO CARLOS JESÚS; VISUERTE SÁNCHEZ JOSÉ MANUEL; GALANTE JIMÉNEZ MARÍA; PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL Y FORJA PAJARES **CENTRO:** UGC SALUD BUCODENTAL

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Calidad asistencial es la capacidad de un equipo de profesionales de la salud para hacer las cosas que hay que hacer, hacerlas bien, en el momento que hay que hacerlas, satisfaciendo las necesidades del paciente y utilizando adecuadamente los recursos disponibles. Es un concepto dinámico, en el que todos los profesionales que componen la UGC se comprometen a trabajar de acuerdo con la metodología de la mejora continua. Es un modelo de compromiso e implicación de todos los profesionales, donde la comunicación y la información tienen un papel esencial. Se actúa habiendo definido previamente qué se quiere hacer, es decir planificando los objetivos y el trabajo a desarrollar para conseguirlos. Para ello hay que:- Definir la calidad de acuerdo con las necesidades de los pacientes.- Diseñar los servicios adecuados para dar respuesta a esas necesidades.- Destinar y organizar los recursos de forma que se puedan dar convenientemente esos servicios.- Diseñar los procesos que sean capaces de producirlos y trasladarlos a las actividades habituales.- Diseñar el sistema de evaluación que permita objetivar la marcha de la UGC y si se están cumpliendo los objetivos de calidad marcados.

Material y Método: La metodología de la mejora continua de la calidad es un proceso que sigue cuatro pasos esenciales: identificar lo que hay que mejorar y cómo hacerlo; implementar la mejora; evaluar la implementación y actuar con base en el resultado obtenido. Dispone de un sistema de información (SIPAD) que proporciona los datos que se necesitan en el momento adecuado. Debe estar integrado en la organización y ser fiable. De él se extraerán los indicadores que permitirán realizar un seguimiento del cumplimiento de los objetivos de mejora que se hayan establecido.

Resultados: Indicadores:- 1)Nº profesionales de la UGC que han recibido formación específica en los últimos dos años/total de profesionales.- 2)Nº sesiones monográficas sobre cirugía oral en pacientes especiales.- 3)Nº personas con cirugía pertenecientes a un grupo de riesgo/nº personas del grupo de riesgo.- 4)Nº personas del grupo de riesgo que reciben información/nº personas pertenecientes al grupo.- 5)Nº pacientes con cirugía incluidos en grupos de riesgo/nº total de pacientes con cirugía.- 6)Nº citas cirugía perdidas.- 7)Presencia de reacción grave durante la cirugía.- 8)Existencia de un incidente relacionado con la cirugía.

Conclusiones y discusión: Estos indicadores pueden ser obtenidos de forma sencilla y su interpretación no resulta complicada, dada la relación directa con la cirugía. El objetivo es establecer indicadores de calidad sencillos de obtener, cómodos de registrar, fáciles de interpretar y útiles para la mejora continua de la calidad.- No hemos tratado de describir indicadores clásicos de salud, basados en morbilidad y mortalidad, dada incluso la falta de criterios unánimes de clasificación de las causas de las mismas. Entendemos que la búsqueda de este tipo de indicadores constituye un reto y una ventana abierta a la investigación.-

IMPACTO DE LA NUEVA LEGISLACIÓN EN EL NÚMERO DE SOLICITUDES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DELGADO MORENO SILVIA; BOADA VERA JUAN CARLOS; BALLESTA GARCÍA MIGUEL; FORJA PAJARES FERNANDO; PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL Y CALERO MORA JOSEFA.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1. Determinar el número de IVES tramitados en un Distrito de AP desde 2009 a 2011, valorando la progresión realizada en ese periodo de tiempo.- 2. Analizar el impacto que la nueva ley con entrada en vigor en 2010 ha podido presentar sobre el ejercicio de este derecho establecido.- 3. Establecer qué grupo de edad es el que más ha solicitado la gestión de IVES.- 4. Conocer en qué municipios se ha producido mayor solicitud de esta petición.-

Material y Método: Recogida del número de IVES tramitados desde los Centros de Salud de este Distrito desde 2009 a 2011.- Se ha establecido una división por frecuencia según se trate de mayor o menor de edad la mujer, así como la estimación de porcentaje de gestiones por municipios respecto al número de habitantes que lo integran.- Se ha llevado a cabo un análisis sobre el impacto que la entrada en vigor de la nueva ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo haya tenido sobre el número de IVES solicitados, desde un año anterior a la entrada en vigor y un año después de la misma en 2010. -

Resultados: Hemos encontrado un total de 969 IVES en 2009, 874 en 2010 y 1026 en 2011, presentando un aumento del 5,8% desde el año anterior a la entrada en vigor la nueva ley y un año posterior a su aplicación, lo que no supone un impacto significativo del aumento de supuestos legalizados para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo.- - Se ha observado que el porcentaje de menores de 18 años oscila entre el 5 y el 6%, sin cambios importantes a lo largo de estos tres años de valoración.- - Respecto a la distribución por municipio, la tasa por 1000 habitantes de IVES presentada en este Distrito ha sido: Cádiz:2,13; San Fernando:2,4; Puerto Real:2,027; El Puerto de Santa María:2,3; Chiclana:1,83; Conil:1,37; Vejer:1,3; Barbate:1,87; y Medina:1,59 - - Podemos interpretar que el número de IVES por población es superior en las localidades urbanas, disminuyendo conforme nos dirigimos a las zonas rurales. -

Conclusiones y discusión: El número de IVES en este Distrito Sanitario ha aumentado de manera poco significativo en los tres últimos años, a pesar de la entrada en vigor de la nueva ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo que presenta un margen más amplio de aplicación.- - La mayoría de mujeres solicitantes, son mayores de edad, con un porcentaje que se ha modificado poco en los años analizados.- - Es más llamativa la tasa presentada en las localidades urbanas, cuya causa podría ser un menor número de embarazos no deseados, o bien, el hecho de continuar con la gestación un mayor porcentaje de mujeres que viven en poblaciones alejadas de la capital.- - Podemos concluir que la interrupción voluntaria del embarazo es un proceso mantenido con niveles de cierta estabilidad con incremento discreto a pesar de la mayor libertad de realización, y que se relaciona con mayor número de embarazos no deseados o al menos en la interrupción de los mismos, en mujeres mayores de edad y mujeres de ámbito urbano.-

Impacto de la implantación de un Programa de Alta Precoz de recién nacidos de extremado y muy bajo peso al nacimiento

AGUIRRE COPANO TOMÁS; LUBIÁN LÓPEZ SIMÓN; BENAVENTE FERNÁNDEZ ISABEL; ALONSO OJEMBARRENA ALMUDENA; MENA ROMERO JUAN JOSÉ Y MATÍAS VEGA MANUEL.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: - Estudiar la efectividad de la implantación de un Programa de Alta Precoz de recién nacidos (RN) pretérmino de extremado/muy bajo peso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz - Estudiar la seguridad del Programa mediante el análisis de las rehospitalizaciones, en los 15 días posteriores al alta, antes y después de la implantación del Programa.-

Material y Método: Estudio retrospectivo de evaluación de procedimiento de alta en los informes de alta de los RN pretérmino de extremado (<1000g) y muy bajo peso (1000-1500g) al nacimiento dados de alta con vida de la UCIN del H.U Puerta del Mar de Cádiz entre los años 2008-2011.- Se analizaron 277 pacientes: 135 dados de alta antes de la implantación del Programa de Alta Precoz en enero de 2010 (periodo 2008-2009), y 142 pacientes dados de alta tras la implantación de dicho programa (periodo 2010-2011). Se registra el número de prematuros de muy bajo y extremado bajo peso que fueron dados de alta, antes y después de la implantación del Programa, con peso: <1800g, 1801-1899g, 1900-1999g, 2000-2099g y >2100g. Se realiza análisis descriptivo de los porcentajes de altas y ingresos en cada grupo. Se utilizó el test Chi-cuadrado para comparación de proporciones independientes.-

Resultados: Se evaluaron 75 RN de extremado bajo peso: 38 preimplantación y 37 postimplantación del Programa, y 202 RN de muy bajo peso: 97 preimplantación y 105 postimplantación del Programa.- El porcentaje de prematuros de extremado bajo peso (<1000g) dados de alta, antes vs. después de la implantación del programa, con peso <1800g fue 4,7% vs 21,3%, peso entre 1801-1899g 0 vs 12,9%, peso entre 1900-1999g 5,25% vs 21,75%, peso entre 2000-2099g 19,45% vs 16,3% y peso >2100g 70,4% vs 27,6%.- El porcentaje de prematuros de muy bajo peso (1000-1500g) dados de alta, antes vs. después de la implantación del programa, con peso <1800g fue 3% vs 13,5%, peso entre 1801-1899g 0 vs 34,45%, peso entre 1900-1999g 13,33% vs 24,94%, peso entre 2000- 2099g 22,72% vs 22,15% y peso >2100g 60,8% vs 21,75%.- El número de rehospitalizaciones en los 15 días posteriores al alta fue de 3 antes y 3 después de la implantación del Programa, todas por patologías leves.-

Conclusiones y discusión: Existe una gran variabilidad intercentros en el momento del alta hospitalaria de los prematuros de muy bajo peso. Tradicionalmente el momento de alta de estos pacientes se ha determinado por el momento en que alcanzan un determinado peso prefijado. En nuestro estudio hemos demostrado cómo tras la introducción de unos criterios de alta para neonatos de muy bajo basados en su estabilidad fisiológica (control de temperatura y ausencia de apneas), la posibilidad de alimentación oral y la capacidad de los padres para el cuidado, estos pacientes son dados de alta en un mayor porcentaje con un menor peso, lo que conllevará una menor estancia hospitalaria. - La introducción del Programa de Alta Precoz en nuestra UCIN se ha mostrado como un procedimiento efectivo y seguro.-

Resistencia psicológica e implicación en el trabajo ante circunstancias laborales difíciles

CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS JUAN JAVIER.

Centro: Hospital de Valme

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1.-Estudiar si la resiliencia y el engagement presentan una correlación positiva estadísticamente significativa en cargos intermedios de hospitales.- 2.-Conocer el grado de predicción del cumplimiento de objetivos de grupo de las variables resiliencia y engagement.- 3.-Identificar programas de mejora de la resiliencia de los trabajadores que puedan ser aplicables en un entorno sanitario. -

Material y Método: Estudio ex post facto sobre 23 profesionales del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla que ocupan puestos de responsabilidad en los servicios quirúrgicos (directores de unidades clínicas, jefes de sección, responsables de cuidados, responsables administrativos). Para medir la resistencia psicológica se utilizó el cuestionario Connor-DavidsonResilienceScale.Para medir la implicación se utilizó el Utrecht WorkEngagementScale. A partir de los sistemas de información corporativos del hospital se obtuvo el grado de cumplimiento en 2011 de los objetivos de las unidades clínicas que dirigen estos cargos intermedios. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson mediante el programa informático SPSS para la correlación entre resiliencia y engagement. Para conocer en qué medida la resiliencia y el engagement predicen el cumplimiento de los objetivos de grupo se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple. Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía para identificar programas que ofrezcan actuaciones concretas que los jefes puedan llevar a cabo para mejorar la resiliencia de los subordinados.

Resultados: Objetivo 1: se encontró una relación positiva y elevada entre la resiliencia y el engagement.- Objetivo 2: no podemos concluir que exista una interacción entre ambas variables que tenga una influencia significativa sobre el cumplimiento de los objetivos de grupo.- Objetivo 3: se encontraron 8 programas de mejora de la resiliencia de los subordinados por parte de los líderes de grupos de trabajo-

Conclusiones y discusión: El ámbito laboral sanitario es altamente estresante por su propia naturaleza y también por las actuales circunstancias de crisis económica. En este trabajo hemos encontrado que la resiliencia y el engagement están relacionados en una población de profesionales sanitarios españoles responsables de grupos de trabajo, pero que ambas variables no pueden predecir el cumplimiento de los objetivos de grupo. Además, hemos encontrado 8 programas de mejora de la resiliencia que pueden ser aplicados por líderes de grupos de trabajo.

“Evidencias de Riesgos Potenciales. UGC. SBD. Intercentro. Jerez Costa Noroeste-Sierra de Cadiz.

PASCUAL CODESO FCO. JAVIER; ORELLANA CARRASCO JOSE LUIS; PEREZ FRAILE CRISTINA Y RODRIGUEZ PRIEGO ESTHER.

Centro: DISTRITO JEREZ COSTA NOROESTE

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Identificar los riesgos potenciales que existen en nuestra UGC de Odontostomatología, que pudieran ocasionar perjuicios al profesional y al paciente y clasificarlos.- Clasificación.- Los tipos de riesgos se encuentran detallados en el “Mapa de Riesgo”.- Riesgos relacionados con la Seguridad.- Riesgos relacionados con el Medio Ambiente- Riesgos ergonómicos- Riesgos psicosociales- Especial énfasis en aquellos riesgos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo: son los denominados riesgos laborales.

Material y Método: Implantación cursos de prevención de riesgos laborales- Clasificación por Priorización. (Por orden de importancia).- 1.- Identificación Inequívoca del paciente.- 2.- Riesgos asociados al diagnóstico- 3.- Uso seguro del medicamento.- 4.- Prevención de Infecciones.- 5.- Riesgos de caídas y accidentes.- 6.- Riesgos relacionados con los aparatos de electromedicina.- Actuaciones para prevenir la aparición futura complicaciones.- 1.- Identificación Inequívoca del Paciente.- Actuar a través del procedimiento de identificación segura del paciente. DNI. Tarjeta sanitaria. - 2.- Riesgos Asociados al Diagnóstico.- Efectuar Historia Clínica.- 3.- Uso Seguro del Medicamento.- Identificación de recetas, dosis, pacientes, etc. Para disminuir el riesgo se debe asegurarse con la tarjeta sanitaria y DNI que el paciente es el beneficiario de la medicación, consultar dosis, alergias, contraindicaciones, etc.- 4.- Prevención de Infecciones.- Lavado de Manos, esterilización, desinfección, etc. - 5.- Riesgos de Caídas y Accidentes.- 6.- Riesgos relacionados con los Aparatos de Electromedicina.- Revisiones periódicas de los equipos. Mantenimiento. -

Resultados: 1.- Identificación Inequívoca del paciente.- Se ha detectado que no siempre se pide el DNI y/o tarjeta sanitaria. Normalmente solo la tarjeta. Dicha actuación suele ocurrir por confianza con los pacientes (muchas veces porque son habituales y conocidos o vienen acompañados de pacientes conocidos).- 2.- Riesgos asociados al diagnóstico.- Área de mejora: Mayor dedicación a la primera visita. Registro de los ítemes de calidad de la UGC. Auditorias de Historias Clínicas cada 2 años. - 3.- Uso seguro del medicamento.- Comprobar registro de alergias, polimedicación, pluripatológicos.- Área de mejora: Comprobar que el medicamento es seguro para ese paciente.- Comprobar dosis.- Preguntar si lo ha tomado antes.- Aclarar las pautas de tratamiento. - 4.- Prevención de Infecciones.- Protocolizar líquidos de desinfección más eficaces.- 5.- Riesgos de caídas y accidentes. - 6.- Riesgos relacionados con los aparatos de electromedicina.-

Conclusiones y discusión: La evaluación de los riesgos potenciales se efectúa a través de las notificaciones efectuadas por los profesionales sobre las incidencias que han ocurrido cada año y en sesión clínica conjunta de la UGC se notificara a todo el personal de la Unidad de Gestión Clínica dichas incidencias. Se consensuarán medidas de corrección y se evaluarán anualmente.

PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA (PADA): ¿UN REFUGIO EN TIEMPOS DE CRISIS?

FERNÁNDEZ ORTEGA CARLOS MARIA.

Centro: Clínica Dental

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: INTRODUCCIÓN:- La prestación dental para la población infantil de Andalucía (PADA) ha sido considerada por la clase política como un logro a alcanzar por el estado del bienestar, significando un gran avance social para la población de Andalucía.- La Prestación Dental Infantil tuvo desde su puesta en marcha en Andalucía, y en todas las Comunidades Autónomas donde se ha instaurado, una gran controversia creándose un fuerte enfrentamiento con parte del colectivo profesional que se la tomaba como un peligro para la subsistencia de la profesión.- OBJETIVOS:- Nuestro objetivo es comprobar como el colectivo profesional ha ido asumiendo progresivamente esta situación, superando los reparos y miedos, adaptándose a las nuevas circunstancias, y estando en la actualidad buscado por los profesionales con clínica privada como un refugio económico en épocas de crisis ante la disminución la demanda asistencial privada. -

Material y Método: MATERIAL Y MÉTODO:- Datos suministrados por la Junta de Andalucía referentes a la Prestación Dental de la provincia de Jaén entre los años 2004/10. Datos clínicos referentes a 3.907 pacientes pertenecientes al PADA y a 39.237 pacientes particulares de la clínica dental DENFORT de Jaén.-

Resultados: RESULTADOS:- Los centros que prestan asistencia han aumentado en un 131% en entre 2004/10.- Los centros públicos han aumentado tan solo un 38% y los centros privados concertados en un 170%. - En la clínica tomada de referencia los pagos por capitación de la Prestación Dental han aumentado entre 2004/10 en un 269%, y su peso dentro de los ingresos de la clínica ha pasado del 8,34% al 27,11%.-

Conclusiones y discusión: DISCUSIÓN:- El peso de la Prestación Dental Infantil es soportado por las clínicas privadas concertadas, sin cuya colaboración sería imposible el normal funcionamiento de la Prestación.- El incremento de centros concertados que realizan la Prestación se debe a que no es tan descabellado el pago por capitación que se recibe y que representa un ingreso fijo para el mantenimiento de las clínicas, lo que se suma a la reducción de ingresos que ha sufrido la profesión motivada por la crisis, al creciente número de profesionales y a la competencia existente en el sector con la entrada en el mercado de las franquicias dentales.- La reducción de ingresos ha evolucionado en una reducción de costes lo que hace que el pago por capitación sea más rentable.- CONCLUSION:- Sí supone un refugio económico para el colectivo profesional la Prestación Dental Infantil.-

En tiempos de crisis: ¿FRANQUICIA DENTAL O PADI?

FERNANDEZ ORTEGA CARLOS MARIA.

Centro: Clínica Dental

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Siempre hemos tenido la creencia de que las franquicias dentales son muy rentables para las personas que las constituyen, estando los profesionales tentados en hacerlo.- **OBJETIVOS:**- Comparar la rentabilidad que ofrecen las franquicias dentales con la que podemos obtener con la aplicación del PADA mediante diversos índices económicos como el EBITDA y MARGEN EBITDA.-

Material y Método: Nuestro estudio lo hemos realizado sobre la Prestación Dental Infantil de Andalucía o PADA, comparando los datos obtenidos por la clínica de referencia en el 5º, 6º, 7º y 8º año de aplicación del PADA con los datos previstos por la franquicia para estos mismos años de funcionamiento.- La clínica de referencia es la clínica dental DENFORT tomando los datos clínicos referentes a la atención continuada de 3.907 pacientes pertenecientes al PADA.- La franquicia dental con la que se compara es la perteneciente a SANITAS, denominada "centros millenium dental".- Para la comparación de rentabilidades se ha utilizado el EBITDA y el ÍNDICE **Resultados:** Resultados económicos de la clínica:- EBITDA: en el 5º año de funcionamiento: 48.015,42€, en el 6º año: 58.705,54€, en el 7º año:- 67.656,44€, y en el 8º año: 72.072,89€.- MARGEN EBITDA: en el 5º año de funcionamiento: 0,59, en el 6º año: 0,61, en el 7º año: 0,62, y en el 8º año: 0,59- Resultados previstos por la franquicia:- EBITDA: en el 5º año de funcionamiento: 206.476€, en el 6º año: 215.699€, en el 7º año: 251.027€, y en el 8º año: 260.564€.- MARGEN EBITDA: en el 5º año de funcionamiento: 0,162, en el 6º año: 0,163, en el 7º año: 0,172, y en el 8º año: 0,172-

Conclusiones y discusión: Con respecto al incremento interanual del EBITDA los datos económicos obtenidos por nuestra consulta referentes al PADA son bastante mejores que las previsiones que realizan las franquicias dentales para los mismos años de funcionamiento: entre el 5º y 6º año nuestro incremento del EBITDA ha sido del 22, 26% frente al previsto de la franquicia de un 4,23%, y entre el 7º y 8º año en que nuestro incremento es de prácticamente el doble que el previsto por la franquicia. El INDICE EBITDA obtenido por nosotros supone unas 5 veces el previsto por la franquicia para cada año.- Nuestro incremento del EBITDA año tras año, así como nuestro INDICE EBITDA, indica que el grado de eficiencia conseguido es bastante superior al previsto por la franquicia.- Además de todo lo anterior debemos de tener en cuenta el gran desembolso inicial que supone el montar una franquicia que no baja, generalmente de los 400.000€ a 450.000€ y el de una clínica suele oscilar de 60-80.000 €, y que además los dos primeros años de funcionamiento de la franquicia presuponen pérdidas.- **CONCLUSIONES:**- La realización de la Prestación Dental Infantil en Andalucía es más rentable que el realizar una franquicia dental y no precisa de una inversión extra a la propia clínica de la que disponemos.- Los EBITDA e ÍNDICE EBITDA obtenidos con la prestación del PADA en Andalucía son muy superiores a los que nos ofrece la franquicia dental.-

Valoración subjetiva de un programa de intervención psicológica para sintomatología ansiosa-depresiva en AP

SANCHEZ BLANCO JOSÉ.

Centro: Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: 1. Analizar la valoración subjetiva que los pacientes de Atención Primaria realizan de un programa de intervención psicológica para el tratamiento de la sintomatología depresiva. - 2. Determinar si el formato multimodal (presencial + telefónico) del tratamiento muestra resultados comparables al tradicional formato presencial.

Material y Método: Se creó un protocolo de selección de pacientes atendidos en la UGC que presentasen los siguientes criterios de inclusión: edades comprendidas entre los 20 y los 55 años, con puntuaciones significativas en la escala de ansiedad-depresión de Goldberg, una duración de la sintomatología de al menos 2 meses, con motivación para participar en el programa de intervención psicológica y que firmaran el correspondiente consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico especializado, cumplir criterios diagnósticos de trastorno psicopatológico, o presentar ideación suicida. - Se elaboró un programa de intervención con una sesión de evaluación y 6 sesiones de intervención psicológica con dos modalidades: Grupo 1 recibía las 6 sesiones en formato presencial y el Grupo 2 recibía tres sesiones presenciales y 3 sesiones telefónicas. La asignación de los pacientes a los grupos fue aleatoria. Las técnicas utilizadas fueron la relajación, la reestructuración cognitiva, resolución de problemas, asertividad y reorganización del tiempo o establecimiento de objetivos. - Fueron derivados 16 pacientes para conformar dos grupos de 8 pacientes. Sin embargo, fueron. Dos de estos pacientes fueron derivados a salud mental uno de ellos por presentar ideación suicida y otro por cuadro psicótico. De los 14 pacientes que iniciaron el tratamiento dos pacientes no realizaron la evaluación final y otros dos, abandonaron a la quinta sesión. Así pues se presentan los datos de 10 pacientes, 5 pertenecientes al grupo 1 y otros 5 al grupo 2.-

Resultados: No se han producido diferencias significativas en la satisfacción subjetiva con el programa de intervención en la modalidad presencial o semipresencial. Así el 90% consideran que les ha ayudado "bastante" a incrementar su calidad de vida, el 80% manifiestan que los resultados obtenidos son superiores o muy superiores a sus expectativas y el 70% que se sienten muy o bastante satisfechos con la mejoría alcanzada. En cuanto a las características del programa, el 90% manifiesta que su interés por los contenidos del programa es alto o muy alto y que la frecuencia de las sesiones es adecuada, el 80% consideran que la duración del tratamiento es insuficiente o muy insuficiente. Por último, el 90% piensan que la modalidad presencial es más eficaz que la semipresencial

Conclusiones y discusión: Se demuestra la satisfacción de los pacientes con su participación en el programa de intervención psicológica. No aparecen diferencias significativas entre aquellos pacientes que participaron en la modalidad presencial y la semipresencial, aunque todos ellos consideran más conveniente y eficaz la presencial.

Perfil docente de los profesionales sanitarios acreditados en Andalucía

Muñoz Castro Francisco Javier; Rojas de Mora Figueroa Ana M^a; Almuedo Paz Antonio; Valverde Gambero Eloisa; Mudarra Aceituno M^a Jose y Villaneva Guerrero Laura.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Analizar el cumplimiento de la competencia “Capacidad Docente” en los distintos mapas de competencias profesionales del modelo andaluz de acreditación.

Material y Método: Análisis descriptivo del cumplimiento de la competencia “Capacidad Docente” en los profesionales acreditados.- Período de estudio: Abril 2005- Febrero 2012 - El programa de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, creado en 2005, dispone de un manual para cada disciplina profesional sanitaria y contempla la acreditación como un proceso voluntario, tipo portfolio, en el que los profesionales revisan su propia práctica, evidenciando un cierto nivel de competencia en su labor asistencial.- Para cada manual se define un mapa de competencias, siendo la “Capacidad docente” común en todos ellos.

Resultados: Hasta Febrero de 2012 se han acreditado 4772 profesionales. El cumplimiento medio de todas las competencias es 55,02% y el cumplimiento medio de la competencia “Capacidad Docente” es de 23,7%, desglosándose este resultado por los mapas de competencias de la siguiente manera:- Mapa de Competencia/% Cumplimiento - Capacidad Docente- - Enfermería de Atención Hospitalaria 43,8- Endocrinología y Nutrición 43,5- Enfermería de Atención Primaria 38,8- Otorrinolaringología 37,2- Análisis Clínicos y/o Bioquímica Clínica 36,3- Medicina intensiva 34,3- Pediatría de Atención Hospitalaria 33,3- Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas 32,8- Nefrología 31,9- Neumología 29,1- Rehabilitación 26,2- Matronas 25,9- Hematología Hospitalaria 25,3- Medicina de Familia de Atención Primaria 24,1- Dentista 23,8- Cirugía General y del Aparato Digestivo 23,1- Medicina Interna 22,9- Traumatología y Cirugía Ortopédica 22,7- Farmacia 22,6- Medicina de Urgencias y Emergencias 22,5- Psicología Clínica 22,1- Enfermería de Emergencias y Urgencias Extrahospitalarias 21,9- Microbiología 21,4- Urología 21,3- Pediatría de Atención Primaria 21,2- Fisioterapia 20,0- Anestesiología 20,0- Cardiología 19,8- Enfermería de Atención Hospitalaria: Atención Ambulatoria 18,8- Anatomía Patológica 18,6- Obstetricia y Ginecología 17,8- Médico/a especialista en Aparato Digestivo 17,5- Oftalmología 17,4- Enfermería de Atención Hospitalaria: Hospitalización y Cuidados Especiales 15,7- Radiología 14,2- Psiquiatría 14,0- Enfermería de Atención Hospitalaria: Bloque Quirúrgico 13,7- Enfermería de Cuidados Infantiles 10,5

Conclusiones y discusión: El cumplimiento medio de la competencia “Capacidad Docente” es inferior al de la totalidad de competencias, por lo que es recomendable continuar con el fomento del perfil pedagógico en todas las categorías sanitarias, con el fin de disminuir el gap competencial en la actualidad. - El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales supone una valiosa fuente de información sobre el desarrollo de las competencias de los profesionales de las distintas disciplinas sanitarias-

Evaluación de Competencias Directivas de Directores de Unidades Clínicas y Responsables de Cuidados

CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS JUAN JAVIER.

Centro: Hospital de Valme

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Proporcionar una herramienta que facilite a los equipos directivos de los hospitales el examen de las competencias directivas de los jefes de su hospital.

Material y Método: Búsqueda en la literatura y preguntando a expertos de experiencias de implantación de modelos de evaluación de competencias directivas de cargos intermedios en el ámbito sanitario.- - Adaptación al ámbito local de un modelo de evaluación de competencias directivas utilizado en un área de atención primaria de Bilbao y de un modelo de evaluación de competencias directivas de jefes de servicio y de sección de la administración pública andaluza.- -

Resultados: Se propone un modelo con dos tipos de competencias: competencias facilitadoras y competencias de resultados. Estas últimas son aquellas competencias de los cargos intermedios que afectan de manera más directa a la consecución de buenos resultados para los objetivos que un servicio tiene planteados. Hay otras competencias que ayudan a la consecución de determinados resultados, pero no de manera tan directa: se trata de las competencias facilitadoras. - - Las competencias facilitadoras se agrupan en dos dimensiones: identificación con los objetivos del hospital y colaboración con los objetivos del hospital.- - Las competencias de resultados se agrupan en tres dimensiones: gestión de personas, gestión de recursos y gestión de resultados.- - En cada una de estas dimensiones se incluyen diversas competencias, hasta un total de 14.- - El total de puntos que pueden obtenerse son 100. A las competencias facilitadoras le corresponde 40, y a las de resultados 60. A cada una de las dimensiones citadas más arriba le corresponde 20 puntos. Estos 20 puntos se reparten entre las distintas competencias que se incluyen en cada dimensión.

Conclusiones y discusión: Proponemos un modelo concreto de evaluación de competencias directivas que permite identificar los comportamientos que predicen un buen desempeño como director de unidad clínica o responsable de cuidados.

ESTUDIO DEL CUMPLIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS GRAVE

OBEL GIL LOURDES; GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA TRIANA; GARCIA MARTIN FATIMA; RODRIGUEZ MATEOS MARIA EUGENIA; RODRIGUEZ CAMACHO JUAN MANUEL Y HUERTAS FERNANDEZ MARIA JOSE.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: Analizar el cumplimiento de un protocolo de utilización de ustekinumab en el tratamiento de psoriasis grave en un hospital de tercer nivel.

Material y Método: Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal humano anti interleucina (IL)-12/23 que está indicado según ficha técnica para el tratamiento de la psoriasis en placa de moderada a grave en adultos que no responden, tienen contraindicado o no toleran otros tratamientos sistémicos (ciclosporina, metotrexato y PUVA). Se estudió retrospectivamente el número de pacientes a los que se dispensaban ustekinumab en el área de Pacientes Externos del servicio de Farmacia en fechas anteriores y posteriores: 1) a la elaboración y difusión de un protocolo sobre el tratamiento de psoriasis grave por la unidad de dermatología (Abril 2010); 2) y a la resolución 403/10 por el que se regula la dispensación de ustekinumab en servicios de Farmacia, por requerir especial vigilancia, supervisión y control (Enero 2011). El protocolo recomendaba la prescripción de ustekinumab en psoriasis grave, en segunda línea, una vez que ha fracasado un anticuerpo anti-TNF. Los datos se obtuvieron de la aplicación Diraya® (Historia de Salud Única), y del programa de dispensación de pacientes externos Dipex®.

Resultados: El número de pacientes que estuvieron en tratamiento con ustekinumab fueron 20. La distribución de los pacientes fue: el 60%(12) comenzaron antes de la aprobación del protocolo (periodo 1), el 15%(3) de los pacientes comenzaron después de la aprobación del protocolo pero antes del inicio de la resolución 403/10 (periodo 2) y el 25%(5) iniciaron el tratamiento después de ésta (periodo 3). En el periodo 1, en el 41,6%(5) de los pacientes se cumplió el protocolo. En el periodo 2 se cumplió en el 33,3 %(1) de los pacientes y en el periodo 3, en el 40%(2). Según los datos analizados, en el periodo 1, hubo un mayor porcentaje de pacientes que cumplieron el protocolo, con respecto a los periodos posteriores (41.6% vs. 37,5%). Sin embargo, a partir de la resolución 403/10 (periodo 3), se produjo un incremento en el cumplimiento del protocolo con respecto al periodo 2, el anterior.

Conclusiones y discusión: La elaboración del protocolo no supuso una mejora en la utilización del ustekinumab. Esto podría deberse a la falta de difusión del protocolo entre los facultativos o a la falta de refuerzo del mismo. La mejora en el cumplimiento del protocolo a partir de la resolución parece deberse por la custodia y control de dispensación de ustekinumab por parte de Farmacia. Es necesario la implicación de los profesionales que intervienen en el circuito de utilización del anticuerpo para el cumplimiento del protocolo y el buen uso del mismo.

MEJORAS PARA IMPLANTACIÓN DEL IHAN EN NUESTRO HOSPITAL

RUBIA ORTEGA SUSANA MARIA; GARCIA ACOSTA NIEVES Y ALBERT CANDEL LORENA.

Centro: APES HOSPITAL DE PONIENTE

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: - Detetar necesidades para implantacion de mejoras requeridas en el programa de IHAN.- Implantar mejoras para la promocion de la lactancia materna..

Material y Método: - Formación de los profesionales en Lactancia Materna.- - Constitución de grupos de trabajo a nivel hospitalario para implantación de mejoras.- - Elaboración de guías, cartelería, folletos....

Resultados: - Con la entrada en vigor de la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía durante el 2006 en nuestro hospital, se realizaron diversas mejoras para la promoción de la lactancia materna, aumentando de forma considerable las tasas de lactancia materna al alta en los años consecutivos.- - Debido a que en el último año hemos detectado una disminución en las tasas de lactancia materna al alta, se han creado distintos grupos de trabajo para implantación de mejoras, y a fecha de hoy las tasas han aumentado de forma considerable con respecto al año anterior.

Conclusiones y discusión: - La formación en Lactancia Materna fomenta el éxito de la lactancia materna al alta, proporcionando una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de cada usuaria.- - La habilitación de habitaciones individuales para fomentar la intimidad durante el proceso de postparto inmediato favorece el establecimiento de la lactancia.- - La elaboración de folletos, cartelería, proporciona información complementaria a las usuarias.

CREACIÓN DE LA PRIMERA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA INTERCENTROS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

MONTERO BALOSA M^a CARMEN; FERNÁNDEZ URRUSUNO ROCÍO; DOMÍNGUEZ CAMACHO JUAN CARLOS; SÁNCHEZ PEDROSA ANA; MONTERO TORREJON JUAN CARLOS Y FLORES DORADO MACARENA.

Centro: DISTRITO ALJARAFE

Área: Gestión Clínica/ nuevos modelos organizativos

Palabras clave

Resumen: La creación de la "Unidad de Gestión Clínica Farmacia Atención Primaria Sevilla" (UGC FAPS), constituida por los Servicios de Farmacia de los Distritos Aljarafe, Sevilla, Sevilla Norte y Sevilla Sur, ha tenido como objetivo optimizar el trabajo de Uso Adecuado del Medicamento (UAM) de una forma coordinada y común en la provincia.

Material y Método: Los Farmacéuticos de Atención Primaria (AP) elaboraron un Acuerdo de Gestión Clínica, sometido a consideración por las gerencias de los distritos implicados. Se establecieron objetivos comunes (ponderación:65%) y específicos (ponderación:35%), enmarcados dentro de las líneas estratégicas del Contrato Programa 2011. Líneas prioritarias de actuación: - 1ª Promoción de actividades relacionadas con el medicamento.- 2ª Gestión y mantenimiento de la calidad de los sistemas de información relativos al medicamento.- 3ª Asesoramiento en el área del medicamento a la Dirección Gerencia y de Salud de los Distritos.- 4ª Fomento de la información y formación a los profesionales en la cultura de la mejora de la calidad de la prescripción.-

Resultados: La UGC FAPS empezó a funcionar en enero de 2011. La evaluación, a final de 2011, arrojó los siguientes resultados:- Cumplimiento del presupuesto asignado en capítulo I:97,8%.- Elaboración de Análisis Farmacoepidemiológico y Plan de UAM provinciales. - - Constitución de una base de datos provincial de directores, cargos intermedios y profesionales prescriptores.- - Investigación y publicaciones: 6 comunicaciones a congresos científicos, 3 artículos en revistas científicas, 6 boletines farmacoterapéuticos, 1 guía de terapéutica antimicrobiana, 6 fichas de información al paciente y desarrollo de 2 proyectos de investigación.- - Elaboración de un listado provincial de medicamentos de urgencias.- - Auditorias de adecuación de tratamientos en las UGC de la provincia: 3.- - Coordinación y elaboración de 5 acuerdos de UAM interniveles. - - Constitución de la Comisión Provincial de UAM con 5 sesiones celebradas.- - Diseño y puesta en marcha de una página Web de la UGC FAPS de acceso libre a todos los profesionales.- - Acreditación de 17 actividades formativas e Impartición de 4.726 horas de docencia.- - Envío de 92 Informes de retroinformación de la prescripción a los profesionales sanitarios.- - Participación en comisiones y grupos de trabajo:13.- - Puntuación alcanzada: - - Perspectiva de los objetivos (comunes y específicos):100% (ponderación:75%).- - Perspectiva de Desarrollo Crítico:71,4% (ponderación:25%). - - Puntuación global:71,4 sobre 100.-

Conclusiones y discusión: La creación de la UGC FAPS ha propiciado la colaboración de los Farmacéuticos de AP en el análisis y desarrollo de actividades encaminadas a mejorar el uso de los medicamentos en la provincia. La utilización de procedimientos normalizados de trabajo, previamente consensuados, el reparto de tareas dentro de la unidad y la posibilidad de compartir recursos dentro de la organización ha posibilitado optimizar la calidad de las actividades desarrolladas y evitar bolsas de ineficiencia.

¿DEBERÍA SER EL DESPISTAJE DE DIABETES OCULTA UN INDICADOR DE CALIDAD EN EL PROCESO SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

DE MORA MARTIN MANUEL; GARCÍA BELLÓN ANA MARIA; BUJALANCE OTEROS MANUELA; GONZALEZ GONZALEZ ANA MARIA; DELGADO PRIETO JOSE LUIS Y PEREZ RUIZ JOSE MARIA.

Centro: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: En los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), que sobreviven al mismo, es un Objetivo de calidad reconocido la prevención secundaria para evitar nuevos eventos, controlando los factores de riesgo modificables. El paciente diabético, exige un control riguroso metabólico y tensional, más riguroso que el no diabético, por ello, sería deseable detectar la diabetes oculta (DMO). Nuestro objetivo fue detectar la prevalencia de alteración del perfil hidrocarbonado en los pacientes no DM ingresados por SCA.

Material y Método: Estudio observacional, prospectivo de pacientes ingresados en planta de Cardiología con diagnóstico de SCA de Mayo de 2010 a Septiembre de 2011. Se incluyeron un total de 578 pacientes (p). A los tres meses del alta hospitalaria todos los sujetos no DM fueron reevaluados desde un punto de vista clínico y realizándose Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) y sobrecarga oral de glucosa (SOG).

Resultados: De los 578 p incluidos: a) 161p (26.6%) eran DM conocidos o tuvieron alteración hidrocarbonada durante el ingreso (glucemia basal ≥ 126 mg/dl o Hb1Ac $\geq 6,5\%$; b) 417p (73.4%) sin alteración hidrocarbonada (aparente normalidad). En el grupo b, la edad media 64 ± 13 años, Índice de masa corporal 28.4 ± 4.7 Kg/m², Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) 6.0%, glucemia en ayunas: 104 ± 24 mg/dl. - En el seguimiento y tras SOG, un 27.6% fueron DMO; 48.3% tuvieron intolerancia oral a la glucosa y 24.1% fueron normales. En cuanto a la Hb1Ac las cifras fueron: en DMO $6.6\% \pm 0.5\%$; Intolerancia a la glucosa $5.7 \pm 0.4\%$ y en pacientes sin alteración glucémica $5.4 \pm 0.3\%$ ($p=0,03$). -

Conclusiones y discusión: Existe un alto porcentaje de pacientes con alteración hidrocarbonada no diagnosticada en nuestro medio, siendo frecuente el debut de la misma con complicaciones cardiovasculares. Sería aconsejable realizar estudios más exhaustivos para cribado de DMO y realizar una prevención secundaria más intensiva en los mismos.

EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL PAI RCV EN DIRAYA. CRIBADO OPORTUNISTA E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

RODRÍGUEZ MORENO SILVIA; GARCÍA GUERRERO ALFONSO Y MATAS SÁNCHEZ M^a JESÚS.

Centro: Centro de Salud Colonia Santa Inés Teatinos

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: -Evaluar la calidad del registro en Diraya para identificar a las personas con FRCV y/o EV conocida, así como el cálculo y registro de RCV por SCORE.- -Describir la intervención enfermera en pacientes incluidos en el PAI de RCV.- -Observar la captación oportunista y registro de otros FRCV, en pacientes no diagnosticados de Dislipemia, HTA, DM tipo2 y/o EV conocida y cálculo del RCV.- -Valorar el registro de las intervenciones de los profesionales y las estimaciones de estadio de cambio del paciente.-

Material y Método: Estudio retrospectivo de datos obtenidos a través de historias (Diraya)- Población: pacientes mayores 14 años que acuden a consultas (médicas y enfermeras) un día- Excepciones: Pacientes desplazados, embarazo, menos de 3 consultas en el año, exitus.- Muestra: 165 pacientes- Variables:- •Registro de FRCV: Edad, sexo, antecedentes de EV precoz, Tabaquismo, HTA, Dislipemia, DM, Obesidad, Sedentarismo y de EV conocida.- •Cálculo RCV con SCORE - •Constantes: TA, Peso, IMC.- •Determinación glucemia basal y colesterol total.- •Profesional que interviene en registro y captación de FRCV- Estadística: Se emplean medidas de centralización-

Resultados: Del 31.3% de la muestra sin diagnóstico de Dislipemia, HTA, DM tipo 2 o EV conocida, sólo tenían registro de SCORE y del nivel de prevención el 31,4%.- La intervención enfermera oportunista en este grupo fue del 19.6%- El registro de TA es 58,8%; TABACO 68,6%; Glucemia basal 76,5%; Colesterol 76,5%; AF de EV precoz 21.6% e IMC 21,6%.- El registro de estadio de cambio del paciente fue del 0%-

Conclusiones y discusión: La intervención enfermera en el PAI de RCV es baja, con escaso seguimiento compartido, y variabilidad en el registro.- El 31.4% de la muestra sin diagnóstico en historia de Dislipemia, HTA, DM tipo 2 y/o EV conocida, tenían SCORE y nivel de prevención. La intervención enfermera oportunista en este grupo fue 19.6%- No existe registro de la estimación de estadio de cambio del paciente considerado fundamental para planificar las intervenciones.- Los resultados se han presentado al equipo planteandose propuestas de mejora-

Experiencia inicial en sedación profunda con propofol administrado por Enfermería en un Hospital de Tercer nivel

RIOS PEREZ ANA; GARCIA FERNANDEZ PILAR; MORENO ALARCON FERMINA; JURADO OÑATE NATIVIDAD Y ROMERO BOCANEGRA FRANCISCO.

Centro: Hospital Regional Carlos Haya

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: 1.- Describir nuestra experiencia inicial con el uso del propofol en nuestra unidad del Endoscopia del Hospital Carlos Haya administrado por una enfermera bajo la supervisión del endoscopista- 2.- Valorar la eficacia y seguridad de la sedación con propofol administrada por personal entrenado no anestesista

Material y Método: Estudio observacional prospectivo de pruebas funcionales digestivas realizadas con sedación profunda en nuestra unidad. El propofol se administró tanto en bolos como en perfusión con bomba ajustando las dosis al peso. Se monitorizaron la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y tensión arterial. La actividad respiratoria se controló de forma visual mediante observación de las excursiones respiratorias de los enfermos. En cada una de las pruebas realizadas bajo sedación con propofol se incluyó registro específico elaborado por la Unidad, donde incluían una valoración exhaustiva del estado del paciente, antecedentes, patología actual, fármacos, etc., incluyendo constantes del paciente antes, durante y después del procedimiento, la dosis del fármaco, así como la valoración del estado del paciente antes de ser dado de alta y la aparición o no de efectos adversos o complicaciones durante todo el proceso, lo que nos ha permitido obtener información muy relevante a cerca de la eficacia y seguridad del empleo del propofol en este tipo de pruebas.

Resultados: Desde que se inicio la sedación con propofol en mayo 2012 hemos hecho un total de 159 exploraciones, mayoritariamente en colonoscopias aunque se han utilizado también en gastroscopias, ecoendoscopias y CPRE. No se produjo ninguna complicación grave, se registraron 12 casos de desaturación y 4 de hipotensión, todos ellos leves, de corta duración y que se solucionaron sin medidas extraordinarias. La dosis media varía dependiendo de la prueba realizada, siendo la menor unos 50 mgrs en el caso de la gastroscopia y la máxima de 200 mgrs para la CPRE. En el caso de las colonoscopias la administración simultánea de midazolam permitió una reducción de la dosis de propofol necesaria para alcanzar un nivel de sedación óptimo y así reducir sus efectos secundarios. Los pacientes que se sometieron a sedación con propofol tienen edades comprendidas entre 16 - 82 años, no se observaron tampoco diferencias entre sexos. La mayoría de los pacientes estudiados tenían ASA I y ASA II

Conclusiones y discusión: La experiencia demuestra que conseguir un nivel óptimo de sedación aporta no solo comodidad sino también seguridad para el paciente, lo que convierte al propofol en un fármaco con un perfil seguro y una excelente tolerancia en pacientes sometidos a endoscopias digestivas, que puede ser manejado por el propio equipo de endoscopia, especialmente en aquellas técnicas de mayor duración y complejidad. Hemos detectado que tras la implantación de la sedación profunda en nuestra Unidad hay una mayor demanda por parte de los usuarios de esta frente a la sedación consciente que es la que se venía realizando habitualmente (Midazolam y/o fentanilo)

PERFIL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO CON ACENOCUMAROL EN UN ÁREA DE SALUD URBANA

PÁEZ SÁNCHEZ LUNA; GRANADOS LÓPEZ BELÉN; PÉREZ ESLAVA MARÍA; MORENO JIMÉNEZ-MENA BEATRIZ; VALLE GALLARDO VERÓNICA Y CASTILLO ORTIZ JOSÉ.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Conocer el perfil del paciente anticoagulado con acenocumarol y analizar los principales motivos de anticoagulación oral en un centro de salud de una capital de provincia.

Material y Método: Diseño: Estudio descriptivo transversal.- Emplazamiento: Centro de salud urbano.- Población y muestra: Se seleccionaron todos los pacientes anticoagulados con acenocumarol de un centro de salud (n=79).- Intervenciones: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes en tratamiento con acenocumarol, recogiendo información sobre los principales indicaciones para la anticoagulación oral, y se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS v17.0.

Resultados: La edad de los pacientes que participaron en nuestro estudio oscilaba entre 38 y 88 años, siendo 74 años la edad media de los mismos. La mayoría eran mujeres (62%) y tomaban una media de 8 fármacos. Tan solo un 18% eran fumadores activos y un 9% eran bebedores importantes. La fibrilación auricular (FA) fue el principal motivo de anticoagulación oral con acenocumarol (57%). El segundo lugar lo ocupaban las prótesis mecánicas (21,5%), seguido de trombosis venosa profunda (14%), tromboembolismo pulmonar (6%) y síndrome antifosfolípido (2,5%). Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron hipertensión arterial (HTA) (72%), insuficiencia cardíaca (IC) (52%), diabetes mellitus (DM) (44%) y valvulopatías (42%). La tasa de sangrado total fue del 6%.

Conclusiones y discusión: El perfil demográfico de los pacientes anticoagulados con acenocumarol fue mujer de 74 años, polimedicada, con HTA e IC. La indicación más frecuente de anticoagulación fue la FA. La tasa de sangrado fue superior a la documentada en la bibliografía.

Checklist con Medidas de Mejora de Urgencias

CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS JUAN JAVIER.

Centro: Hospital de Valme

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Identificar intervenciones efectivas sobre la organización de Urgencias.

Material y Método: Revisión estructurada de la literatura.- Definición de los componentes de un proceso asistencial del paciente atendido en Urgencias.- Clasificación de las intervenciones en las distintas etapas del proceso.-

Resultados: 51 intervenciones.- PRE-HOSPITAL: Campaña en prensa, Proyección social de noticias positivas, Participación ciudadana, adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria.- RECEPCIÓN: Acortar el tiempo de espera para el primer contacto del paciente con un profesional sanitario, Enfermera de traslados.- CLASIFICACIÓN: Segundo puesto de triaje, Pruebas diagnósticas desde triaje, Protocolos de triaje avanzado con directrices médicas específicas, Triaje multidisciplinar, Derivación a Primaria desde triaje.- SALA DE ESPERA: Entretenimientos, Educación sobre uso adecuado de las urgencias, Defensor del paciente.- CONSULTAS: Consultas de visita rápida, Gestor de la espera, Coordinador del proceso del paciente, Enfermera coordinadora del proceso del paciente, Derivar a Atención Primaria desde consultas, Pruebas diagnósticas en la propia Urgencias, Protocolos de colaboración con Análisis Clínicos, Protocolos de colaboración con Hematología, Protocolos de colaboración con Radiología, Plan de intimidad, Política de acompañantes, Protocolo para pacientes con dolor en Urgencias, Adecuación de los ingresos, Educación sanitaria al alta, Enfermera de altas, Eliminar pruebas diagnósticas preoperatorias .- OBSERVACIÓN: Procedimientos escritos, Criterios de ingreso, Controles de calidad.- POST-ALTA: Distribuir el número de intervenciones quirúrgicas con ingreso de manera uniforme a lo largo de toda la semana, Analizar las camas de hospitalización que han sido necesarias durante el año anterior, Reunión diaria para valorar la coordinación entre Urgencias y el Área de Hospitalización, Reunión mensual para valorar la coordinación de Urgencias con el Área de Hospitalización y los Servicios de Apoyo, Seguimiento de los ingresos considerados inadecuados, Elaboración e implantación de protocolos y vías clínicas, Boletín informativo quincenal con un cuadro de mando del servicio, Boletines mensuales con el desempeño de cada uno de los integrantes del servicio, Plan de mejora de las reclamaciones, Comité de gestión participativa, Coordinador de relaciones con otros Servicios, Coordinador de cumplimiento de objetivos, Política de reconocimiento de profesionales del Servicio, Plan hospitalario de actuación ante situaciones de saturación en Urgencias, Programa de formación, Protocolo de actuación en caso de fallecimiento de pacientes, Encuestas de satisfacción, Farmacéutico asistencial en Urgencias.-

Conclusiones y discusión: Existen intervenciones efectivas en todas las etapas del proceso por el que pasa un paciente que acude a Urgencias. Estas se pueden diseñar desde el punto de vista del paciente, y con una visión sistémica de Urgencias.

EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL PROCESO RCV EN LA HISTORIA DIGITAL. CRIBADO OPORTUNISTA E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

RODRÍGUEZ MORENO SILVIA M^a; GARCÍA GUERRERO ALFONSO Y MATAS SÁNCHEZ M^a JESÚS.

Centro: Centro de Salud Colonia Santa Inés Teatinos

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: -Evaluar la calidad del registro en Diraya para identificar a las personas con FRCV y/o EV conocida, así como el cálculo y registro de RCV por SCORE.- -Describir la intervención enfermera en pacientes incluidos en el PAI de RCV.- -Observar la captación oportunista y registro de otros FRCV, en pacientes no diagnosticados de Dislipemia, HTA, DM tipo2 y/o EV conocida y cálculo del RCV.- -Valorar el registro de las intervenciones de los profesionales y las estimaciones de estadio de cambio del paciente.-

Material y Método: Estudio retrospectivo de datos obtenidos a través de historias (Diraya)- Población: pacientes mayores 14 años que acuden a consultas (médicas y enfermeras) un día- Excepciones: Pacientes desplazados, embarazo, menos de 3 consultas en el año, exitus.- Muestra: 165 pacientes- Variables:- •Registro de FRCV: Edad, sexo, antecedentes de EV precoz, Tabaquismo, HTA, Dislipemia, DM, Obesidad, Sedentarismo y de EV conocida.- •Cálculo RCV con SCORE - •Constantes: TA, Peso, IMC.- •Determinación glucemia basal y colesterol total.- •Profesional que interviene en registro y captación de FRCV- Estadística: Se emplean medidas de centralización-

Resultados: En patologías relacionadas con el RCV el porcentaje de pacientes a los que se les ha calculado el RCV mediante la tabla de Riesgo SCORE fue de 83.9% - En este grupo, el registro en historia fue el siguiente: TA 89,3%; tabaco 73,6%; Glucemia basal 88,4%; Colesterol total 94,6%; Antecedentes Familiares de enfermedad cardiovascular precoz 25% e IMC 55,4%- La intervención enfermera en el PAI de RCV es 39.3%- Del 31.3% de la muestra sin diagnóstico de Dislipemia, HTA, DM tipo 2 o EV conocida tenían registro de SCORE el 31,4%.- La intervención enfermera oportunista en este grupo fue del 19.6%- El registro de TA es 58,8%; TABACO 68,6%; Glucemia basal 76,5%; Colesterol 76,5%; AF de EV precoz 21.6% e IMC 21,6%.- El registro de estadio de cambio del paciente fue del 0%-

Conclusiones y discusión: En patologías relacionadas con el RCV existe un porcentaje muy alto de pacientes a los que se les ha calculado el RCV mediante la tabla de Riesgo SCORE y del nivel de prevención (83,9%).- Los FRCV mejor registrados son TA, tabaco, glucemia basal y colesterol total, pero sigue existiendo un bajo registro de AF de enfermedad cardiovascular precoz y del IMC.- La intervención enfermera en el PAI de RCV es baja, con escaso seguimiento compartido y variabilidad en el registro.- El 31.4% de la muestra sin diagnóstico en historia de Dislipemia, HTA, DM tipo 2 y/o EV conocida, tenían SCORE y nivel de prevención. La intervención enfermera oportunista en este grupo fue 19.6%- No existe registro de la estimación de estadio de cambio del paciente considerado fundamental para planificar las intervenciones.- Los resultados se han presentado al equipo planteandose propuestas de mejora.-

PLAN DE ACCIÓN PARA LA ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE TRAUMATOLOGÍA

García de Quevedo Puerta David; Gomez de Aranda y Argal Beatriz; Villanueva Pareja Francisco; Carmona Auriolos Juan y Trillo López Paloma.

Centro: HRU Carlos Haya

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: La elevada y creciente demanda asistencial en el campo de la Cirugía Ortopédica y la Traumatología viene ocasionando una demora equivalente en el tratamiento de los pacientes inscritos en el Registro de Demanda Quirúrgica (RDG). Para la ordenación de la actividad quirúrgica se implanta un nuevo circuito de asistencia dirigido a aumentar la capacidad de resolución y la actividad quirúrgica de la UGC, identificar problemas implementando medidas para la seguridad del paciente, reducir la demora en el Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) y optimizar recursos.- La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) nos va a permitir resolver un elevado número de casos liberando recursos imprescindibles para el tratamiento de patologías complejas y aplicando las medidas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica.-

Material y Método: - Se coordina un equipo multidisciplinar -.- Diseño de un Plan de Acción para la ordenación de la actividad quirúrgica en la UGC. -.- Ampliación del número y de horas de quirófanos. -.- Seguimiento diario de la programación y actividad quirúrgica en AQUA.-.- Elaboración ruta paciente en CMA -.- Identificar e implementar los puntos críticos para la Seguridad del Paciente en la CMA-

Resultados: - Disminución de la demora de la LEQ.-.- Optimización de los recursos, planificación eficiente de la agenda de consultas y flujo- de pacientes, eficiencia en recursos humanos y materiales.-.- Actualización del proceso de Atención al Paciente con CMA asegurando la identificación de los puntos críticos relacionados con la seguridad del paciente.

Conclusiones y discusión: La modificación de pautas de trabajo establecidas siempre implica un esfuerzo por parte de los recursos humanos disponibles y la gestión de una nueva ordenación de la actividad quirúrgica debe tener una base multidisciplinar que asegure una participación de todos los estamentos implicados.- Cumpliendo estos dos requisitos se hace posible eliminar problemas e ineficiencias y proporcionar a un mayor número de pacientes, y con menor demora, el tratamiento quirúrgico que precisan; y a su vez, asegurar la implementación de la seguridad del paciente en todo el circuito.-.-

VALORACIÓN INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA MUESTRA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INCLUIDOS EN EL PROYECTO IMPACTO

ARAHAL TRIGUEROS MARÍA DEL ROCÍO; OLLERO BATURONE MANUEL; NIETO MARTÍN MARÍA DOLORES; BERNABEU WITTEL MÁXIMO; GONZÁLEZ BENÍTEZ MARÍA ANGELES Y BARÓN RAMOS MIGUEL ÁNGEL.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Una aportación esencial del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención al Paciente Pluripatológico (PPP) ha sido la difusión de la valoración integral. - El objetivo es analizar el nivel de implantación del PAI Atención al PPP en Atención Primaria mediante la cuantificación de las valoraciones integrales anuales que se realizan a los PPP del área sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR).

Material y Método: Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: área sanitaria del HUVR. Población: pacientes con criterios de PPP según la definición recogida en el PAI de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y en seguimiento en régimen de hospitalización, hospitalización a domicilio, y ambulatoriamente en Consultas Externas/ Unidad de Día incluidos en el estudio IMPACTO (estudio prospectivo multicéntrico de intervención cuasiexperimental). - Variable de resultado: número de pacientes incluidos en el PAI y que dispongan de una valoración integral realizada anualmente por su médico y/o enfermera de familia, que debe incluir el análisis del área funcional (escala de actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria con el índice de Lawton y Brody), cognitiva (cuestionario de Pfeiffer) y sociofamiliar (escala de Gijón). Variables independientes: género, edad, comorbilidades y categorías de inclusión. Datos extraídos de la Historia Digital de Salud del Ciudadano. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se han incluido un total de 258 pacientes, con una edad media de 76,93 años, de los cuales el 50,39% son mujeres. Las comorbilidades más frecuentes son la insuficiencia cardíaca (70,54%), seguida de la enfermedad respiratoria crónica (46,90%) y de la cardiopatía isquémica (44,96%). Si agrupamos los criterios de PPP en categorías, las más prevalentes son la categoría A (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica) presente en el 86,82% de la muestra, la categoría C (enfermedad respiratoria crónica) en el 46,90% y la categoría B (enfermedad renal crónica, vasculitis y en enfermedades autoinmunes sistémicas) en el 41,86%. Del total de la muestra, el 38,37% está censado e incluido en el PAI de Atención al PPP de Atención Primaria y de éstos, tan solo el 16,16% cuentan con la valoración integral.

Conclusiones y discusión: Una vez analizados los posibles factores que están dificultando seguir las recomendaciones del PAI de Atención a PPP, en lo que a valoración integral se refiere, sería pertinente plantear una segunda fase de implantación que mejorará dichos registros dada la importancia de realizar una intervención precoz sobre enfermos en una situación de fragilidad clínica desde Atención Primaria. - Tras la implantación del PAI de Atención al PPP, hace ahora 10 años, y con motivo de la puesta en marcha del proyecto IMPACTO, comprobamos como los PPP que son reclutados desde Atención Hospitalaria no tienen en su mayoría la valoración integral anual según dictan las recomendaciones del Proceso.

PROCESO ASISTENCIAL DIBETES MELLITUS EN UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA URBANA

FERNANDEZ SANTIAGO ELOISA; PARRA PEREZ MAYRA; BASCUÑANA GARRIDO MARIA; AGUADO DE MONTES CARMEN; GABALDÓN RODRIGUEZ IMMACULADA Y ALVARADO MALDONADO DANNY.

Centro: UGC "Las Palmeritas"

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Se realizó un estudio observacional, descriptivo sistemático entre las consultas de médicos de familia de una UGC urbana utilizando datos de la población de pacientes incluidos en el PA de Diabetes en los últimos 3 años (2009-2011), con el objetivo de evaluar el grado de calidad asistencial que se está aportando a los pacientes, posterior a la aplicación de medidas de mejora del proceso mediante: auditoría de historias, capacitación del personal de salud y sesiones clínicas dirigidas a los profesionales

Material y Método: Se ha evaluado el grado de cumplimiento del proceso asistencial, si se ha generado progreso en los tres últimos años en el control metabólico de pacientes diabéticos, y se ha incidido especialmente en encontrar debilidades que puedan ser modificadas para continuar mejorando en la calidad de la asistencia- Se analizaron datos de pacientes incluidos en el PA Diabetes Mellitas en los últimos 3 años, y el cumplimiento de las normas de calidad.- -

Resultados: La población total de personas con diabetes fue de 1263 en 2009, 1344 en 2010, y 1347 en 2011. Se incrementó en un 6,23% la inclusión de pacientes en el proceso.- Se evaluó los que tenían al menos una determinación de hemoglobina glicada, incrementándose del 2009 al 2011 de un 50,75% a un 57,01% , y de esta población quienes se encuentran con una determinación óptima de HBA1C (<7%) ha pasado de ser del 30,24% en el año 2009 a 32,36% en el año 2011.- El 56,77% de los diabéticos a los que se ha determinado HbA1C anual han presentado cifras menores del 7%.- Los pacientes que presentaban cifras de HBA1C mayores o igual a 8% se encontraban en un 14,97% (2009) 16,35% (2010) y 16,53% (2011). - Se realizó fondo de ojo en los dos últimos años al 32,73% (normal en 81%), que en 2009 había sido del 21%(normal en 83%).En este ítem no se cumple el objetivo propuesto en el Acuerdo de Gestión en relación a PAI Diabetes.- El número de pacientes a los que se les realizó exploración podológica aumentó de 26,36% en 2009 hasta 41,12% en el año 2011 de los cuales se encontraban 15,70% dentro de la normalidad y 89,35% con exploración patológica sin mucha variación con respecto a los años anteriores.-

Conclusiones y discusión: La presencia del PAI Diabetes y las normas de calidad conducen los objetivos de mejora de la asistencia a las personas diabéticas.- Los indicadores del PAI Diabetes facilitan la gestión de esta enfermedad crónica de alta prevalencia.- Con la aplicación de medidas de mejora se ha incrementado la captación de personas diabéticas adscritas a la Unidad Clínica, el control metabólico óptimo, y la realización de exploración de pies y fondo de ojo en los dos últimos años.- Queda comprobar el motivo por el que no se alcanza el objetivo de exploración del fondo de ojo, dado que los datos nos indican que se efectúan retinografías suficientes en el centro de salud.- Se continuará con la implementación de medidas de mejora para conseguir una óptima calidad en la atención- - -

GÉNERO EN PLANES Y PROCESOS ASISTENCIALES RELACIONADOS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ANDALUCÍA.

MARTÍN RUBIO M^a ISABEL.

Centro: Distrito Jerez Costa Noroeste

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Analizar si Planes-Procesos relacionados con enfermedades cardiovasculares reflejan morbi-mortalidad CV diferenciada por sexo, si tienen en cuenta factores psicosociales y de género como determinantes de salud, y si analizan diferencias (brechas de género), que pudieran causar desigualdades. - Conocer si plantean disminuir desigualdades e inequidades por razón de género. - Conocer si plantean estrategias prevención y promoción diferenciadas.- Analizar si toman medidas para disminuir sesgos de género en el conocimiento, en atención sanitaria y en investigación.- Conocer si contemplan perspectiva de género en su gestión calidad.-

Material y Método: Análisis de Planes Integrales: Cardiopatías, Tabaquismo y Procesos Asistenciales Integrados: Riesgo Vascular, dolor Torácico, Ataque Cerebrovascular e Insuficiencia cardíaca. Aplicación a éstos de contenidos de Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en Planes Integrales de salud.

Resultados: En ninguno se integra la perspectiva de género ni plantea reducción de Desigualdades. Análisis Morbi-mortalidad: Sólo datos generales por sexo en PITA y R.Vascular. PI Cardiopatías y R.Vascular diferencias por sexo en FR (diabetes e HTA). No variables de desigualdades (clase social). NO datos Atención sanitaria desagregados por sexo: accesibilidad, frecuentación, satisfacción, utilización de los servicios. Aun considerando a veces Desigualdades, NO las analizan. No medidas para SESGOS de género. PITA sí desigualdades pero no analiza. No plantean estrategias diferenciadas, no en mujeres (PITA embarazadas y jóvenes). No enfoque género en gestión calidad de Planes-P --

Conclusiones y discusión: No consideran género como categoría de relación que ocasiona inequidades pese a la evidencia del diferente impacto de determinantes psicosociales y de género en la salud de H y M. - Morbimortalidad NO todos los datos desagregados por sexo ni tienen en cuenta otros determinantes de salud. No analizan diferencias (brechas de género), ni morbilidad diferenciada. No consideran desigualdades (menor accesibilidad de mujeres a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación cardíaca. Peor situación en Andalucía (accesibilidad a Reha. cardíaca). Mayor letalidad ajustada por edad. Perpetúan Inequidades. No medidas ante sesgos en conocimiento, atención sanitaria e investigación. No contemplan estrategias preventivas diferenciadas (estilos de vida diferentes H y M.). No perspectiva de género en la gestión calidad de Planes-P- - RECOMENDACIONES- Planes-P son referentes en atención ECV en Andalucía, y sus actuaciones NO deben ser neutras al género; Sí deben Desigualdades/Inequidades determinantes para supervivencia . EL SSP debe garantizar EQUIDAD. - Difusión evidencia ECV y determinantes a profesionales y ciudadanía. Formación e Investigación de causas que determinan diferencias/desigualdades. Estrategias preventivas diferenciadas. Valoración RV según SCORE. Adaptar Diraya (usa Framingham, patrón RV masculino). Atención biopsicosocial. -

PROCESO LITOTRICIA-ENDOUROLOGIA en ARCHINET, HISTORIA CLINICA DIGITAL DEL HUSC GRANADA

ARRABAL MARTÍN MIGUEL; ORTIGOSA GARCÍA JUAN CARLOS; RODRÍGUEZ HERRERA JUAN JESÚS; ESCUDERO CASTILLO ANTONIO; LÓPEZ-CARMONA PINTADO FERNANDO Y ZULUAGA GÓMEZ ARMANDO.

Centro: HUSC Granada

Área: Gestión por Procesos

Palabras clave

Resumen: Archinet, aplicación de Historia Clínica Digital, se ha convertido en una verdadera Estación Clínica. Desarrollado en el HUSC, permite la visualización y manejo integral de la historia clínica, dando soporte a la actividad asistencial de las UGC.

Como funcionalidad importante, se implementó el uso de los PAI permitiendo aglutinar de forma ordenada la información relacionada con un proceso asistencial. Cada proceso está formado por una serie de componentes, en cada uno se define previamente Qué se debe hacer, Quién, Dónde, Cuándo y un documento asociado para dar constancia de lo realizado. El OBJETIVO de este trabajo es analizar la aplicación y resultados del proceso Litotricia-Endourología en Archinet-

Material y Método: El proceso Litotricia-Endourología, se desarrolla como una aplicación informática con los siguientes componentes:- - 1ª Visita asociado al doc. Historia Litotricia-Endourología- - Procedimiento, asociado al doc. Intervención y Tratamiento- - Reg. Enfermería asociado al doc. Registro de Enfermería- - Recomendaciones, asociado al doc. Recomendaciones - - Evolución Clínica asociado al doc. Evolución Médica- - Revisiones, al doc. Revisión y Tratamiento Litotricia- - Explor. Complementarias (archivo doc.)- - Alta Proceso, al doc. Informe de Alta Lito-Endo- En esta aplicación informática se han incluido los pacientes asistidos en la Unidad de Litotricia-Endourología del HUSC en el periodo 04/2010-09/2012-

Resultados: En el periodo de 36 meses, se han incluido 1779 pacientes, en el 70% de los casos el proceso está finalizado y cerrado. - El documento Historia Litotricia-Endourología recoge: antecedentes, anamnesis, exploración y características del paciente (IMC, TA, tipo de lesión, tamaño-composición cálculo, función-morfología renal), diagnósticos, exploraciones y/o tratamiento. El documento Intervención y Tratamiento, se genera a partir del anterior, recoge procedimientos realizados (litotricia extracorpórea o endoscópica, sección estenosis...) recomendaciones HDM-HDQ. El Registro de Enfermería recoge parámetros paciente y aplicación procedimientos. El documento Recomendaciones Generales se genera a partir de los anteriores y recoge trat. domiciliario y gestión revisión. - En el 95% de los pacientes existe documento de Intervención y Tratamiento Litotricia-Endourología, Recomendaciones Generales Litotricia, Registro Enfermería, Evolución Médica y/o Revisión.-

Conclusiones y discusión: Archinet aplicaciones de Gestión Tratamiento Farmacológico, petición-visualización análisis clínicos, pruebas de imagen y Anatomía Patológica. Esta aplicación de tipo Cliente-servidor, desplegado usando tecnología Citrix, actualmente cuenta con 20 servidores y 2000 usuarios, 500 de forma simultánea.- El Proceso Litotricia-Endourología integrado en Archinet, recoge datos clínicos y procedimientos, facilita el seguimiento y explotación de resultados. En este periodo ha gestionado la actividad asistencial y sanitaria en 1800 pacientes, con informe de resolución y alta en el 70% de los casos. -

PROYECTO DE TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA EN ATRENCION PRIMARIA

MEJUTO BERNABÉ FRANCISCO JOSÉ Y PEÑALVA MORENO FÉLIX.

Centro: UGC Puerta Tierra I

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: Demostrar la utilidad de la Acupuntura en el tratamiento del dolor, desde la Atención Primaria de Salud

Material y Método: En un principio se pensó en comenzar tratando a pacientes con gonalgia, pero tras revisar la bibliografía disponible, apreciamos que en otros Centros de Andalucía ya se venía utilizando de forma rutinaria para el tratamiento del dolor articular en general, así como para otro tipo de patologías, lo cual nos animó a incluir otro tipo de paciente con problemas de dolor articular de otras localizaciones, procedentes de las consultas de Atención Primaria del Centro de Salud Puerta Tierra I y posteriormente se añadió el Centro de Salud del Olivillo, ambos de Cádiz.- - Se utilizará con dichos pacientes técnicas de acupuntura con agujas estériles de un sólo uso, siguiendo los protocolos establecidos según el diagnóstico por Medicina Tradicional China para cada paciente.- - En el estudio entraron pacientes de ambos sexos y distintas patologías, derivados por sus respectivos Médicos de Familia.- - Se incluyeron 42 pacientes a los que se le trataron 49 patologías, ya que algunos presentaban más de una afección articular.- - La distribución por sexos fue de un 24 % de hombres y un 76 % de mujeres.- - La edad media fue de 56,63 años, con un rango entre 28 y 82 años.- - Las patologías tratadas fueron:- Gonalgia- Lumbalgia- Epicondilitis- Acúfenos- Talalgia- Hombro doloroso- Cervicalgia

Resultados: Para valorar los resultados se utilizó la escala analógica visual del dolor, la mejora en la calidad de vida, el descanso nocturno y la reducción de la toma de analgésicos.- - Los resultados obtenidos fueron.- Importante mejoría 55 %- Mejoría 24 %- No mejoría 7 %- Abandonos 14 %

Conclusiones y discusión: En vista de los resultados, estos pueden catalogarse de muy buenos, ya que entre notable mejoría y mejoría, suman un 79 %.- - Estos

y discusión resultados están acordes con los observados en otros Centros de Andalucía donde se realiza dicha técnica desde hace varios años.- - Esto demostraría la utilidad de dicha técnica para el tratamiento de los procesos dolorosos.

INDICADORES DE CALIDAD EN EL ALMACENAMIENTO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

MARTIN HERRANZ MARIA ISABEL; CALVIN LAMAS MARTA; FEAL CORTIZAS BEGOÑA; RABUÑAL ALVAREZ MARIA TERESA; PEDREIRA VAZQUEZ ISAURA Y MARTINEZ LOPEZ LAURA MARIA.

Centro: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA **Área:** Nuevas Tecnologías
Palabras clave

Resumen: En los últimos años se han implementado en los Servicio de Farmacia Hospitalaria nuevas tecnologías y cambios logísticos para mejorar la eficiencia y seguridad en el proceso de dispensación de medicamentos. Es necesario integrar el concepto de calidad, con una orientación clara hacia la monitorización continua de la prestación del servicio, tras la implementación de estas tecnologías. Nuestro objetivo es evaluar la calidad de los procesos de almacenamiento y dispensación relacionados con los sistemas semiautomáticos de carrusel vertical (SSADV) y horizontal (SSADH) mediante el establecimiento de indicadores de calidad, en un hospital de nivel terciario con 1493 camas.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo. Para cada indicador se define una ficha técnica en la que se determinan los campos: definición del indicador, propósito, ámbito de aplicación, toma de datos, cálculo, responsables, frecuencia de las medidas, frecuencia del calculo, resultado planificado y observaciones. Se establece un valor como objetivo planificado para cada indicador. Periodo de estudio: enero-junio de 2012.

Resultados: Se definieron 5 indicadores de calidad en el proceso de almacenamiento y dispensación de medicamentos relacionados con SSADH Y SSADV: Indicador1- Error de llenado de carro de unidosis con SSADV, Indicador2 - Precisión del llenado de los carros de unidosis utilizando un SSADV, Indicador3 - Fiabilidad del inventario de medicamentos en el proceso de entradas de medicamentos en un SSADH, Indicador4 - Fiabilidad del inventario de medicamentos en el proceso preparación de pedidos de planta de medicamentos en un SSADH, Indicador5 - Precisión del proceso de preparación de pedidos de medicamentos de las unidades clínicas utilizando un SSADH. Los resultados obtenidos para cada indicador se expresan en el siguiente orden: Objetivo planificado 2012; Ene 2012; Feb 2012; Mar 2012; Abr 2012; May 2012; Jun 2012. Indicador1: < 1,67 %; 0,85 %; 0,98 %; 1,47 %; 1,34 %; 1,21 %; 0,65 %. Indicador2 - < 15 %; 12,4 %; 10,8%;13,3%;9,2 %; 10,5%;12,4%. Indicador3 - < 15 %; 3,92 %; 2,22 %; 8,62 %; 3,92 %; 2,4 %; 5,1%. Indicador4 - < 10% ; 3,77 %; 4,54 %; 1,35 %; 0 %; 1,62 %; 0,94 %. Indicador5 - < 10 %; 14,31%; 12,49 % ; 11,84%; 9,72 %; 5,95 % ; 7,93%

Conclusiones y discusión: Definir y medir los indicadores ha permitido valorar la calidad en términos seguridad (errores), de precisión y fiabilidad de los sistemas semiautomáticos para el almacenamiento y dispensación de medicamentos. Ello ha posibilitado establecer acciones de mejora cuando se han detectado desviaciones en los valores obtenidos en relación al objetivo planificado.

LOGISTICA HOSPITALARIA: UNA NUEVA ESTRATEGIA DE GESTION PRARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

GUTIERREZ DIAZ FRANCISCO; ALCALÁ GUTIERREZ PURIFICACION; CANCA SANCHEZ JOSE CARLOS; SIERRA JIMENEZ SUSANA Y GENAVE OSCAR.

Centro: AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: -Diseñar proceso de implantación del sistema de logística hospitalaria en el ámbito de la Agencia sanitaria costa del Sol .- -

Identificar áreas de mejora que liberen recursos personales para dirigirlos a la propia atención sanitaria mediante la implantación del nuevo sistema de logística hospitalaria (SLH).- -Determinar la eficiencia y eficacia del nuevo sistema evaluando impacto y grado de satisfacción del usuario interno.- -Diseñar nuevas líneas de mejora que nos permitan incorporar nuevas tecnologías al **Material y Método:** La Agencia Sanitaria Costa del Sol proporciona servicios sanitarios de calidad y de bienestar a la comunidad, y al mismo tiempo tiene que desarrollar nuevas técnicas de control de gestión para ser eficientes y productivos.- Para ello se implanta del nuevo sistema de logística hospitalaria y se establecieron 5 fases:- 1ª fase (2009-2010) - -Diseño de procesos y mejora en almacenaje mediante - reuniones del responsables de logística y de enfermería para definir catálogo de material fungible y sueroterapia ,revisar consumos por servicio determinando stock así como cantidades de seguridad .- - 2ª fase:Diseño estructural en los servicios para adaptar las dependencias de cada unidad ha necesitado de nueva distribución física del material y nuevos sistemas de almacenamiento y almacenaje.- - 3ª fase: Organización de actividades formativas- del personal de enfermería y auxiliar de enfermería.- - 4ª Fase: Asistencia técnica - Revisión anual del responsable de enfermería y de logística para evaluación de consumos por unidad , rotación de material e incorporación de nuevo material y revisión de stock- - 5ª Fase: Incorporación de nuevas estrategias : programas informáticos para la gestión de peticiones , consultas en base de datos.etc..-

Resultados: El diseño del nuevo circuito ha permitido al personal en las unidades una nueva distribución de los tiempos, tareas y ratios en la atención asegurando la accesibilidad a la dotación material evitando problemas de orden ,inmovilización de material ,control de caducidad o falta de controles de calidad. Se realizaron 289 encuestas a usuarios internos (personal de enfermería , auxiliares de enfermería ,Técnicos , celadores, administrativos, supervisores y responsables de unidad)evaluando - , stocks pactados ,frecuencia de rupturas de stock , tiempo de respuesta , trato recibido , funcionamiento del servicio de almacén- -

Conclusiones y discusión: INNOVACIÓN: Optimización de recursos mejorando la eficiencia asi como un ahorro en el costo aumentando la calidad asistencial y satisfacción del usuarios .- - SEGURIDAD: La disponibilidad ,almacenamiento correcto y reposición garantizada del material proporcionado un aumento de la seguridad en la atención a nuestros pacientes.- - CALIDAD :El balance y análisis del nuevo sistema es positivo. La evaluación a los usuarios del sistema es positiva en el 98% del personal ofreciendo altos niveles de calidad en la atención a pacientes y usuarios.-

Gestión de elección de dietas a pie de cama con tecnología móvil

QUERO HERNANDEZ FRANCISCO; GONZALEZ REVUELTA ESTHER Y SANCHEZ BOSQUET JOSE.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: Optimización del tiempo del personal de cocina y del personal administrativo de Dietética, ampliación de funcionalidades de la elección de mini carta, Introducción de dispositivos móviles (tablets) para realizar la citada gestión.

Material y Método: El proyecto se comenzó realizando reuniones del Servicio de Informática con la Dirección de Servicio Generales. Después de varias reuniones se empezó a realizar el software de Elección de mini carta en dispositivo móvil. El software permite la incorporación de forma inmediata de la elección del paciente en el programa de Dietética, mediante un dispositivo móvil (tablet) conectado a la red WIFI del CHT, permitiendo la centralización del almacenamiento de la información. Se produce una validación del usuario que accede a los mismos, permitiendo que solo los usuarios autorizados, puedan acceder al programa. -

Resultados: Mediante un procedimiento sencillo y fácil, se realiza esta gestión con las consiguientes ganancias de tiempo y coste de personal. El software esta realizado para cualquier navegador Web, para cualquier plataforma y para cualquier tablet con los diversos sistemas operativos que para estos dispositivos existen (Android, Windows, Mac). Se ha probado en todas estas plataformas y solo necesita un navegador Web (cualquiera) para realizar todas sus funcionalidades-

Conclusiones y discusión: La apuesta por una plataforma móvil que permita que las tecnologías de la información se introduzcan en un sector como el de la hostelería hospitalaria que históricamente ha empleado dichas tecnologías, pero de forma general, ha permitido que se reduzcan drásticamente los tiempos de realización de las tareas a pie de cama por parte del personal de cocina y se ahorren horas/administrativo en el servicio de Dietética, permitiendo que ese tiempo del personal se use para la realización otras tareas mas necesarias en dicho servicio.- Permite, además mejorar la gestión de la preparación de dietas en el servicio de Dietética y el de Cocina, con la consiguiente mejora de la calidad del servicio prestado-

HERRAMIENTA ON-LINE PARA EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RESULTADOS EN EL CLIENTE

BUIZA CAMACHO BEGOÑA; ESCOBAR UBREVA ANGELA; FERNÁNDEZ BERMEJO M^a CARMEN; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTARÍA JAVIER Y GALLEGUO DÍAZ MARÍA.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: La evaluación periódica de la prestación de los servicios es una tarea fundamental en la orientación a los clientes de las organizaciones. La medición de la percepción permite: identificación de gaps en la prestación de servicios, detección de requisitos y oportunidades, establecer acciones que permitan fidelización, rediseño de procesos, productos y servicios con un enfoque basado en las expectativas y necesidades de los clientes.- - Ante la heterogeneidad de los servicios prestados, se requiere segmentación de los grupos de interés (obedece a los distintos servicios utilizados y al tipo de cliente interno/ externo). - - Es por ello que se requería una herramienta que facilitase la homogeneización de la información, eficiencia en el desarrollo, simplificación del procedimiento de recogida y análisis, mejorando la capacidad de análisis y extracción de información relevante para la toma de decisiones. -

Material y Método: La implementación se llevó a cabo en varias fases: - - - Elaboración y diseño de cuestionarios para servicios que aún no tenían implantada la evaluación. - - - Migración de cuestionarios a una herramienta on-line de recogida de información especializada en encuestas de software libre: Limesurvey. - - - Configuración en la plataforma y personalización de plantillas. Validación y pilotaje.- - - Configuración de sistema de control de cuestionarios recibidos.- - - Programación de consolidación de datos en Dataware House.- - - Exportación de resultados a herramienta de análisis multidimensional.-

Resultados: El primer estudio en la plataforma se puso en marcha en 2010. En la actualidad se han implementado siete tipos de cuestionarios atendiendo a la población objetivo y la naturaleza del servicio, referidos a los siguientes ámbitos:- - - Programa de Certificación de Profesionales.- - - Programa de Certificación de Centros y Unidades Sanitarias.- - - Programa de Certificación de Páginas Web Sanitarias.- - - Programa Integral para la Acreditación de Formación Continuada.- - - Observatorio para la Seguridad del Paciente.- - - Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud.- - - Se han recibido más de mil cuestionarios para los distintos estudios. Los resultados de dos de ellos están disponibles para consulta y análisis multidimensional on-line, para los responsables de los diferentes programas. - - Se consigue automatizar la grabación de datos (tiempo cero), control de cuestionarios para mejora de la calidad de la información y procesamiento automático de tareas de análisis. La información se consolida en el Dataware House.-

Conclusiones y discusión: La sistematización de la evaluación de las necesidades de los grupos de interés es clave para identificar, priorizar y planificar en prácticas mejoras de los servicios. - - La nueva metodología de recogida de información permite la homogeneización de la información, disminuye el tiempo de disponibilidad de resultados y la capacidad de obtener conclusiones, minimizando los recursos necesarios para ello. -

REGISTRO ON LINE DE CUESTIONARIOS PARA LA VALORACION DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL DISTRITO SANITARIO ALMERIA

TORRES ALEGRE PILAR; GARCIA CAÑADAS MANUEL ANGEL; MARFIL VICENTE CARLOS; RAMIREZ CUERVA RAFAEL Y PEREZ NAVARRO ADELIADA.

Centro: Distrito A.P. Almería

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: Recoger a través de cuestionarios online la valoración que hacen los alumnos y docentes de las actividades formativas organizadas por el distrito Almería de los diferentes aspectos relacionados con el desarrollo de dichas actividades (satisfacción y transferencias de los conocimientos adquiridos a la práctica clínica).- Con ello se pretende conseguir un sistema de recogida de- Información rápido y sencillo y sustituir los formularios en papel por- Formularios electrónicos-

Material y Método: Los cuestionarios se diseñan a finales del 2011 y se ponen en marcha a partir de Marzo del 2012.- Dichos cuestionarios se crean dentro de la WEB que existe en la Intranet del Distrito utilizando el lenguaje PHP que accede a la base de datos de formación del Distrito Almería.- El sistema almacena los datos recogidos en los cuestionarios de manera disociada para preservar la confidencialidad de la valoración que hacen los profesionales.- El Procedimiento de recogida de la información y registro es el siguiente: - . Al finalizar la actividad formativa, el personal de apoyo de la Unidad de formación envía tanto a los alumnos como a los docentes de dicha actividad, un correo electrónico con el enlace a la página que contiene el cuestionario de satisfacción.- .A los 3 meses tras finalizar la actividad los alumnos igualmente recibirán un correo informándoles que podrán realizar la encuesta para valorar las transferencias de los conocimientos aprendidos en su práctica clínica.- - No obstante y en cualquier momento los profesionales pueden acceder a la WEB para consultar las encuestas que tienen pendientes.- - La información recogida por los alumnos/docentes queda registrada en tiempo real en la base de datos de formación pudiendo explotar los datos para su análisis.- -

Resultados: Desde la puesta en marcha de esta herramienta se han realizado 66 actividades formativas registrándose 793 encuestas de satisfacción de un total de 1015 alumnos, es decir que registran un 78% .- - Así mismo se han podido recoger 567 encuestas de transferencias que corresponden a 1412 alumnos, que corresponde a un 40%.-

Conclusiones y discusión: Pensamos que la aceptación de este sistema de registro ha sido en general satisfactoria aunque todavía quedan profesionales que les cuesta utilizar los sistemas informáticos.- - Se ha mejorado la explotación de datos pudiendo analizar los resultados de forma rápida y sencilla.- Y también hay mayor control sobre la cumplimentación de los cuestionarios.- -

Implantación de la Historia Electrónica en la UGCM. Análisis del Uso de la aplicación y Dificultades

HERRADA DELGADO M^aJOSEFA.

Centro: Hospital de Riotinto

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: OBJETIVOS:- Conocer las dificultades que tienen los profesionales de la UGCM referente a informática.- Conocer la opinión de los profesionales de la UGCM sobre el uso de la historia electrónica. -

Material y Método: CONTENIDOS:- Valoración Integral del paciente. - Uso de la Taxonomía NANDA-NIC-NOC - Conocimientos del Registro de la Historia Electrónica- Elaboración encuestas de opinión - METODOLOGÍA:- Estudio descriptivo, de muestra referida a profesionales de enfermería de la Unidad de Gestión MaternoInfantil (UGCM), ámbito de aplicación, usando una encuesta de opinión como instrumento de medida y recogida de información. Finalmente estudio de resultados y conclusiones en función de los objetivos planteados

Resultados: Pendiente de resultados

Conclusiones y discusión: Las nuevas tecnologías aplicadas a la salud están cada vez más presentes en el campo de trabajo de los profesionales de enfermería, por ese motivo debemos estar formados en su uso y ser conscientes de las transformaciones que surgen en nuestras competencias profesionales y nuestro modelo de trabajo.- La Historia clínica electrónica es una herramienta que facilita la mejora de la calidad asistencial, aunque también es motivo de rechazo para muchos profesionales, dado que no todos tienen conocimientos o habilidades sobre informática, de ahí que también sea un obstáculo para algunos y ofrezcan resistencia al cambio. - Nuestro hospital ha iniciado en el mes de Octubre la implantación de la Historia clínica electrónica en hospitalización, tanto para enfermeras como médicos. Nuestra finalidad es identificar los aspectos y negativos que encuentre el personal de enfermería en el uso de la aplicación informática.- Conclusiones pendientes de resultados.-

Detección automática del cociente excavación/papila.

JIMENEZ CARMONA SOLEDAD; FONDON GARCIA IRENE; ALEMANY MARQUEZ PEDRO; SERRANO GOTARREDONA CARMEN; ACHA PIÑERO BEGOÑA Y AGUILAR DIOSDADO MANUEL.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: El Plan Integral de Diabetes permite detectar lesiones de retinopatía en retinografías digitales. Otras lesiones oculares de interés que debemos detectar son la degeneración macular y el glaucoma. En el glaucoma, la pérdida progresiva del borde neurorretiniano del disco óptico (DO), incrementa la excavación papilar y aumenta el valor del cociente excavación/papila (E/P). Evaluamos un algoritmo para la detección automatizada del cociente E/P como ayuda en la detección de los pacientes con glaucoma.

Material y Método: El algoritmo segmenta y extrae los vasos de la imagen. El centro del disco óptico se localiza con una técnica híbrida basada en la difusión anisotrópica y la variación de intensidad. Con un método de contorno activo basado en regiones, se obtiene una primera estimación del DO. El borde papilar se refina mediante una función morfológica multitolerancia hasta obtener el contorno definitivo. Los píxeles internos al área seleccionada, se clasifican basándonos en la distancia de color CIE94. Una primera estimación de la excavación se obtiene mediante la selección del grupo de píxeles de color amarillo brillante. A continuación la excavación se redondea mediante dos métodos: una elipse por mínimos cuadrados y un suavizado gaussiano de la excavación.

Resultados: Probamos esta nueva técnica en 55 retinografías que incluyen individuos normales, sospechosos de glaucoma y pacientes con glaucoma. Entre estas imágenes encontramos excavaciones bien delimitadas, de pendiente progresiva y papilas pequeñas de bordes borrosos. Todas fueron segmentadas manualmente por dos oftalmólogos expertos delimitando la papila óptica y la excavación. El DO se localizó con éxito en las 55 imágenes. En 6 imágenes se produjo un exceso notable en la segmentación del perímetro del DO por la alta saturación en el canal rojo. En las demás imágenes, se alcanzó una segmentación precisa del DO. Hemos encontrado una diferencia menor de 0.2 unidades E/P, respecto a la segmentación manual, en 39 casos elaborados (70,91%) por la elipse y en 43 casos (78,18%) por la suavización gaussiana. Las diferencias de E/P mayores a 0.2 unidades de E/P suponen una cifra similar a la detectada en la variación intraindividual en pacientes con glaucoma.

Conclusiones y discusión: Retinopatía diabética, degeneración macular y glaucoma son las tres causas principales de pérdida irreversible de visión. Recientemente hemos comunicado la detección de glaucomas avanzados en retinografías del PID valoradas como normales. Para este diagnóstico los médicos de asistencia primaria precisan una formación específica. Su capacidad diagnóstica se vería mejorada si un algoritmo seleccionara los casos sospechosos que muestren una relación E/P elevada. Con este trabajo introducimos un nuevo enfoque para la estimación de la relación E/P para el diagnóstico de glaucoma. De acuerdo con los resultados obtenidos para una base de datos de 55 imágenes, el método propuesto se presenta como una alternativa prometedora en el diagnóstico del glaucoma asistido por ordenador.

Cuadro de mandos de Gestión: mensual para la planificación, diario para la solución de problemas

GARRIDO JA; TEROL J; OLIVARES A; PINO A; VIVAS JA Y GARCÍA J.

Centro: Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: I análisis y planificación de actividad de los centros

- Crear un cuadro de mandos accesible a los responsables de las UGC
- Crear un cuadro de mandos dinámico que se adapte a las necesidades del momento de cada UGC

Material y Método: Se identifican con el personal de dirección y mandos responsables de UGC los indicadores críticos para la gestión diaria de los centros así como los indicadores para la planificación. Los datos de los indicadores para la gestión diaria se presentan en formato de cuadro de mandos diario y los de planificación en formato mensual. Se diseña una aplicación Web que nos presenta una serie de cuadros que permiten la visión de los datos agrupados según necesidades, por Nivel de atención, Zona Básica, Unidad, o sección.

Resultados: El cuadro de mandos mensual incluye datos asistenciales para gestión que facilita la planificación de las Unidades ya que realiza no solo un comparado con el mes del año anterior sino que facilita el análisis de la evolución por el acumulado anual. Generan gráficos en los que se pueden observar la evolución en 13 meses (para que incluya el mismo mes del año anterior), siendo gráficos dinámicos que se generan automáticamente según el ítem que se desee visionar bien sea de fila o columna del cuadro. El Cuadro de mandos Diario, da los datos asistenciales del día y una evolución gráfica de los últimos 15 días de actividad.

Existen niveles de acceso diferenciados, cada responsable ve los datos de su área de responsabilidad, sin embargo todos todos tienen acceso a ver el cuadro de mandos diario. Así mismo el cuadro de mandos mensual incluye, datos de los objetivos generales de la Unidad para saber situación de los objetivos de su contrato programa, consumo de urv's y nº de pruebas diagnósticas, estado de Capítulo I y Capítulo II así como, la participación de cada unidad en los objetivos y consumos de farmacia.

Conclusiones y discusión: Los indicadores incluidos en los cuadros de mandos son los indicadores tradicionales de seguimiento, no obstante, al ser un cuadro de mandos con dos vertientes (diaria y mensual) permite el análisis para la resolución inmediata de problemas y para la planificación de objetivos y corrección de tendencias. Las unidades de gestión clínica, se ven beneficiadas de la accesibilidad del entorno Web y de la adaptabilidad a distintos niveles de agregación de datos, así como a las posibilidades dinámicas de creación gráfica. Como herramienta aproxima los datos de gestión al clínico, y al hacerlo de una manera adaptada a distintos modelos de aguzamientos y datos según las necesidades facilita la identificación y corrección de problemas de forma rápida y cercana par el responsable clínico de las Unidades de Gestión.

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ACCESIBILIDAD Y RAPIDEZ EN LA INFORMACIÓN AL CIUDADANO

GARCÍA RODRÍGUEZ SALVADOR; DELGADO MORENO SILVIA; PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL; BALLESTA GARCÍA MIGUEL; FORJA PAJARES FERNANDO Y MONTERO CARMEN CORTÉS.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: 1. Mejorar y acelerar el acceso a la información sobre la Guía de Servicios de los Centros de Salud. - 2. Permitir el conocimiento inmediato de las farmacias de guardia a la ciudadanía desde nuestros Centros. - 3. Dotar del conocimiento necesario sobre los servicios que presta el Distrito Sanitario en los puntos de información turística. - 4. Ofrecer información clara sobre el funcionamiento de este Distrito. -

Material y Método: Para acceder a la información, el procedimiento a seguir será la colocación de un código QR, resistente, de manera clara y visible y que guarde la estética del edificio, en las siguientes ubicaciones y con la información correspondiente:- 1. Entrada de todos los Centros de Salud, Consultorios Locales y Servicios de Urgencias del Distrito, con enlace a la Guía de Servicios de cada uno de ellos.- 2. Entrada de de todos los Centros de Salud, Consultorios Locales y Servicios de Urgencias del Distrito, con enlace a la página de información sobre farmacias de guardia según localidad y día.- 3. Puntos de interés turístico con enlace a la información sobre el Distrito Sanitario y su oferta de Servicios Sanitarios.- 4. Puerta de la sede del Distrito, con enlace a la información de interés sobre el mismo.-

Resultados: Es evidente que las nuevas tecnologías son una herramienta insustituible y de indiscutible valor y efectividad en el manejo de la información. Adaptarse a esta realidad, es imprescindible para toda organización en la actualidad, impactando en la vida del ciudadano, que debe asimilarlo a la vez que le supone una mejora considerable de la calidad asistencial.- El uso del código QR permite a los usuarios de los Servicios de Atención Primaria para la Salud, y a la ciudadanía en general conocer en todo momento de manera rápida y completa y actualizada, la información precisa para responder a las necesidades sanitarias planteadas como pueden ser:- ¿Qué médicos hay disponibles?- ¿Podría seguir un Programa de deshabitación tabáquica en este Centro?- Me encuentro de viaje y necesitaría ser visto por un odontólogo de forma urgente ¿a dónde me dirijo?- Son las 3 de la mañana y tengo las recetas que me ha prescrito el médico, ¿qué farmacia de guardia será la más cercana a este servicio de Urgencias?- ¿Me dirán aquí qué tratamiento tengo que hacer para viajar a Brasil?-

Conclusiones y discusión: Utilizar esta innovación, forma parte de un proceso seguido por nuestro Distrito para la incorporación a las nuevas tecnologías, adaptación al presente y escalón hacia el futuro, permitiendo el acceso a un abanico ilimitado de recursos, de forma rápida y a una gran cantidad de información en tiempo real.- Como vimos anteriormente, la principal ventaja del código QR es su facilidad de uso, tan sólo apuntar con el teléfono móvil hacia el código correspondiente, esperar la lectura que se realiza en escasos segundos, y obtener de manera automática el contenido específico necesario-

CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGÍA EN UNA UGC URBANA

GOMARIZ DE LARA CARMEN; FERNANDEZ SANTIAGO ELOISA; GABALDÓN RODRIGUEZ IMMACULADA; AGUADO DE MONTES CARMEN; BASCUÑANA GARRIDO MARIA Y PARRA PEREZ MAYRA.

Centro: UGC "Las Palmeritas"

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: La aplicación de la Tele dermatología (TD), ha permitido acelerar el diagnóstico y tratamiento de distintas lesiones dérmicas, mejorando la capacidad de resolución de las consultas de los centros de salud.- Este estudio, realizado en una Unidad Clínica de Atención Primaria, urbana, con una población de referencia de 18559 ciudadanos tiene como objetivos:- 1.- Valorar la capacidad resolutoria de la consulta de Tele dermatología para el diagnóstico precoz de lesiones cutáneas potencialmente malignas mediante el análisis de la concordancia diagnóstica entre la sospecha clínica de la imagen inicial y el diagnóstico definitivo.- 2.- Valorar si han sido efectivas las medidas de mejora que se han implantado en la Unidad para que la capacidad de resolución haya aumentado desde el inicio de este programa.-

Material y Método: Métodos.- Se ha estudiado casos de pacientes que fueron incluidos en el programa de TD entre abril de 2009 y septiembre de 2012, a los que se realizó historia clínica y fotografía de las lesiones de la piel.- Para valorar la capacidad resolutoria se han relacionado datos del total de pacientes vistos en la consulta de TD con aquellos en los que no fue necesaria la derivación a la consulta de Dermatología hospitalaria.-

Resultados: Los pacientes incluidos en la consulta de TD entre abril de 2009 y septiembre de 2012 han sido 670.- A los pacientes que asistieron a la consulta de TD, se les realizó historia clínica, fotografía digital de la lesión y formulario de teleconsulta al 32,53%.- De todas las teleconsultas se evalúa la concordancia diagnóstica, siendo ésta en 2009 del 62,79%, en 2010 del 65%, en 2011 de un 74,13% y llegando en 2012 hasta un 83,92%. Durante este intervalo de tiempo se han implantado medidas de mejora consistentes en la renovación de los medios tecnológicos utilizados en TD, formación del personal médico y sesiones clínicas dirigidas a los profesionales.- El diagnóstico más frecuente ha sido el cáncer basocelular con un 33,60%, el segundo corresponde al nevo melanocítico adquirido con un 11,61% y el tercero es la queratosis seborreica con un 17,01%.- El 76,26% de los pacientes atendidos en la consulta de TD, no precisaron acudir a la consulta de Dermatología del hospital, quedando establecido un diagnóstico y un tratamiento en el centro de salud.-

Conclusiones y discusión: 1.-Se aprecia que de todos los pacientes citados en la consulta de TD, sólo el 32,53% han precisado fotografía de la lesión, por lo que se proponen medidas de mejora para los próximos meses para ajustar la indicación de derivación por parte de los médicos de familia del centro de salud a la consulta de TD.- 2.-Se ha valorado la utilidad de la TD como herramienta para la reducción de la demanda asistencial y de consultas hospitalarias innecesarias, así como su eficacia en el diagnóstico precoz de lesiones malignas.- 3.- La consulta de tele dermatología se constata como útil para aumentar la capacidad de resolución de la consulta de Atención Primaria.

SOPORTE INFORMÁTICO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS GENÉTICOS

ESTRADA MORENO ANDRES; ALVAREZ -OSSORIO PIÑERO JUAN JAVIER; BENOT LOPEZ SOLEDAD; CASTRO PALOMO ESTEBAN; PINEDA ORTIZ JORGE Y SIERRA CAMPOS ANTONIO.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: -Implantar un soporte informático de solicitud que recoja toda la información requerida, para que la Comisión de Estudios genéticos y la Dirección del Centro puedan velar por la adecuación del estudio solicitado a la utilidad clínica perseguida.- -Garantizar una correcta información del prescriptor del momento en que se encuentra su solicitud.- -Selección del Laboratorio más adecuado a cada estudio - -Facilitar a las Unidades de Gestión Clínica información relativa al uso de dichas pruebas.-

Material y Método: Software utilizado:- •SharePoint 2007. Plataforma de espacios colaborativos que gestiona la intranet de Hospital Universitario Virgen del Rocío.- •Biblioteca de documento de SharePoint: Contenedor que almacena el formulario de solicitud de E.G.- •Windows Workflow Foundation: Software que gestionan los diferentes flujos de trabajo.- •Microsoft Designer 2007- •Microsoft InfoPath 2007. - •Formulario desarrollado en InfoPath y publicado en el servidor web - •El aplicativo consta de los siguientes perfiles de usuarios:- •Solicitante- •Comité de Estudios Genéticos.- •Unidad de Gestión Clínica de Genética.- •Enfermería- •Gestoría de Usuario- •Unidad de Gestión de CCDD.- •Laboratorios propios- •Subdirección Médica de CCDD.- - Trazabilidad de la solicitud:- El solicitante realiza a través del formulario la petición de un estudio genético. Para poder enviar dicha solicitud el usuario tiene que pertenecer al grupo de facultativos del Directorio Activo de nuestra organización.- El aplicativo valida el contenido de los campos requeridos del formulario y procede a enviarlo en caso afirmativo, pasando a generar un nuevo registro y lanza de forma automática el flujo de trabajo que automáticamente genera una primera tarea de validación por parte del C.E.G.- Para poder validar un estado de la solicitud, el usuario acceder a un formulario web que le permite confirmar la tarea pendiente pasando es a un nuevo estado de flujo de trabajo.- Un vez completado el ciclo de la solicitud y en caso afirmativo de todos los estados, el peticionario recibe un correo electrónico una vez se ha procesado dicha prueba, la cual puede ser consultada a través de la historia digital.-

Resultados: -En la actualidad, se han venido incorporando modificaciones por parte de los actores implicados, en el programa para garantizar una completa información de la prueba demandada y el objetivo clínico perseguido. - -Información on-line garantizada a los facultativos prescriptores mediante correo electrónico de su estado inicial y finalización del proceso. - -Han sido tramitadas 198 solicitudes el 100% de los estudios solicitados no incluidos en la cartera de Servicio- -Se da traslado de las peticiones a la Subdirección Médica del CC DD. Y a los responsables de las Unidades Demandantes.- -

Conclusiones y discusión: ¿Es necesaria la inclusión de las nuevas tecnologías para una mejor comunicación entre los diferentes niveles de decisión del personal Facultativo?.- ¿Mejora la gestión de las pruebas derivadas a centros colaboradores?.-

Uso integrado de las nuevas tecnologías y aplicaciones corporativas para la mejora de la competencias profesionales

MESA GALLARDO MARÍA INMACULADA; GÓMEZ SALGADO JUAN; COMINERO BELDA ALICIA; CARRIÓN DOMÍNGUEZ LUCÍA CARMEN; CRUZ RODRÍGUEZ FRANCISCA Y DE ABAJO BEDMAR FÉLIX.

Centro: Distrito Sanitario Condado Campiña

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: -Promover la innovación en metodologías de aprendizaje y el uso de las tecnologías de información y comunicación como herramientas para facilitar el desarrollo competencial y las actividades formativas.- Utilizar las aplicaciones informáticas y plataforma de teleformación para mejorar la accesibilidad de nuestros profesionales a la formación de calidad.-

Material y Método: 1. Se diseñó en el primer cuatrimestre del año un plan integral de formación para el que abarca todas las etapas formativas (pregrado, formación de especialistas y la formación continuada). - Dentro del plan integral definimos como detectaríamos las necesidades formativas utilizando aplicación GPDI. Dicha aplicación permite realizar los planes de desarrollo individual y los planes de necesidades formativas de las UGC en base a: - Competencias asignadas a los colectivos profesionales definidas en el Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud - - Competencias técnicas asignadas a los puestos de trabajo - - Objetivos de desarrollo pactados entre profesionales y responsables de las diferentes áreas y unidades. Éstos objetivos se vincularán a buenas prácticas dentro de los mapas competenciales de los profesionales. - Diseñamos estrategia de evaluación de las actividades formativas y de su impacto. Para evaluar la satisfacción de las actividades utilizamos aplicación Evalúa.- Evaluar y analizar los resultados de los planes de formación en términos cuantitativos y cualitativos, para incorporar las mejoras oportunas y garantizar su adecuado desarrollo y la satisfacción de los profesionales incluyendo la perspectiva de género. - Evaluar los costes de formación, hacer el seguimiento presupuestario y garantizar la eficiencia de los recursos y actividades. - 2. Realizamos Plan de difusión de la oferta formativa.- 3. Nuestro distrito apostó por utilizar en este año la formación a través de plataforma formativa Moodle (<http://www.fabis.org/aula/course/category.php?id=6>) que permitirá mejorar la accesibilidad de los profesionales a la formación continuada, ampliar la oferta formativa y disminuir el coste de la formación. -

Resultados: -Durante el año 2012 la oferta formativa del Distrito ha sido amplia.- Se han aumentado las actividades semipresenciales y online gracias a la utilización de nuevas tecnologías.- Se está realizando evaluación de las actividades de una forma más transparente y unificada.- Se ha reducido el coste de la formación de nuestro Distrito.-

Conclusiones y discusión: Las nuevas tecnologías facilitan el acceso a la formación de los profesionales.- Las nuevas tecnologías facilitan el acceso a la información y la difusión de los resultados de las actividades formativas.- También permiten una disminución del coste de las mismas al poder realizarse en horario más amplio y si necesidad de desplazamientos.- Sería necesaria seguir investigando el uso de éstas herramientas de formación y comunicación para comprobar los efectos derivados de la creación de entornos virtuales de aprendizaje.

RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS SISTEMAS BUSINESS INTELLIGENCE

ORTEGA RODRÍGUEZ ANTONIA Y BUIZA CAMACHO BEGOÑA.

Centro: Subdirección de Tecnologías de la Información

Área: Nuevas Tecnologías

Palabras clave

Resumen: El Business Intelligence (BI) se apoya generalmente en datos almacenados en repositorios específicos, Data WareHouses, caracterizados por: • Unicidad de la fuente • Almacena solo información relevante para análisis • Facilita perspectiva histórica • Permite profundizar en indicadores a través de múltiples dimensiones • Sistema Integral a partir de los operacionales.- La calidad de la información contenida en los Data Warehouse en el ámbito de la salud, constituye un requisito básico para garantizar la generación de conocimiento, facilitando la correcta toma de decisiones, en los distintos niveles.- Se establece como objetivo definir unas recomendaciones que garanticen la calidad de esta información.-

Material y Método: Normas de explotación: normalizar el acceso y presentación de la información contenida en el sistema:- •El Data Warehouse es el origen de todos los sistemas de explotación: Cuadros de Mando, Reporting, datamining... •Se identifican herramientas de explotación que cubra distintas necesidades de análisis.- •Se definen perfiles de acceso a los sistemas.- Normas de modelado: resolverá cuestiones de modelado necesarias para dotar de uniformidad al proceso de creación de un sistema de explotación que asegure que situaciones similares en distintos ámbitos de negocio se modelan de igual forma. Para ello es necesario:- •Identificación de usuarios funcionales- •Identificación de entidades de negocio: hechos, dimensiones y relaciones entre ellos.- • Identificación de atributos explotables.- • Definición de indicadores: definición, fórmula, unidad de medida...- Normas de construcción de los ETLs: dotar de uniformidad en la construcción de los procesos de carga para facilitar su control y gestión. Se tendrá en cuenta:- •Herramientas para la implementación del Data Warehouse- • Herramientas para la carga del Data Warehouse- •Periodicidad y tipos de cargas (inicial e incremental)- •Uso de tablas de dimensión o estructurales- • Conexión con el operacional- •Estrategia de tratamiento de inconsistencias en datos, Sistemas de control de alertas en el proceso-

Resultados: Documentación:- •Manual de DWH: Modelo de datos del DWH con las entidades de negocio, dimensiones de análisis y relaciones entre ellos, metadatos.- * Procesos ETL: incluye todas las reglas de negocio.- •Manual de usuario: con definición de indicadores, perfiles de acceso, informes, funcionalidades y uso del sistema.-

Conclusiones y discusión: •Disminución de los costes de recursos y tiempo asociados a la explotación con un repositorio único de información para los distintos ámbitos de la organización.- • Aseguramiento de la calidad de la información contenida en los sistemas de explotación a través del consenso entre los responsables funcionales.- •Obtención de un modelo global de explotación que permita la interconexión entre áreas y la unicidad de la información.-

Encuestas de Satisfacción: 2 años de Implantación con experiencia práctica en resultados unificados.

PRADA PEÑA MARTINA; PENCO RAMIREZ CINTA; CAMACHO PIZARRO ANTONIO Y GARCIA DE LA VEGA SOSA MANUEL.

Centro: Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez **Área:** Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: La encuesta de satisfacción del paciente en la consulta externa y en el área de hospitalización se considera como una herramienta sencilla de la evaluación de la calidad percibida. Los indicadores que miden de forma directa los diferentes aspectos de opinión de la ciudadanía en materia de satisfacción como la accesibilidad, Intimidad, seguridad del paciente.

Material y Método: El área hospitalaria Juan Ramón Jimenez tiene una capacidad de 535 camas, que atiende un área sanitaria con una población de 268.245 habitantes. En el año 2010 se inicia el proyecto de medir la satisfacción mediante un modelo de encuesta única para los servicios del área. La encuesta evalúa de forma uniforme, individual, integral y total la calidad percibida de las expectativas de la ciudadanía en cada servicio con el fin de que se puedan tener elementos para poder planificar las actuaciones necesarias de mejora en cada unidad.

Resultados: El desarrollo de la implantación de las encuestas se observa que es viable y factible al incorporarse la encuesta en la aplicación informática del share-point. La implicación de los servicios de forma progresiva y constante a garantizado sus resultados. Los ítems valorados en la encuesta son de accesibilidad, intimidad y confort, trato recibido, información aportada por los profesionales, Identificación de los profesionales y por último sí recomendaría nuestro hospital. En total se ha completado 4702 encuestas: 1529 encuestas de hospitalización y 3173 de consultas externas. Ha participado 80% de los servicios del área hospitalaria. Entre los resultados de globales de las encuestas son buenos entre los que destacamos están: un 97% de los pacientes han considerado el trato enfermer@ y médico entre excelente y bueno. Un 55% de los pacientes han considerado que la información aportada por el médic@ y la enfermera es buena. Un 88% de los pacientes recomendarían el hospital.

Conclusiones y discusión: El tipo de encuesta, el contexto en el que se realizó, y las condiciones de realización dan consistencia a los resultados obtenidos. Nuestro reto es la sostenibilidad de la satisfacción de los pacientes con herramientas de calidad como es la encuesta que nos ayuda a identificar las debilidades y oportunidades de mejora en cada servicio.

PROCESO DE SELECCIÓN DE CIUDADANOS PARA LAS COMISIONES DE PARTICIPACION CIUDADANA EN EL DISTRITO SIERRA DE CÁDIZ

VEGA PÉREZ AURORA; SÁNCHEZ BASALLOTE JOSÉ ENRIQUE; FERNÁNDEZ GARCÍA PEDRO JOSÉ; DELGADO FERNÁNDEZ M^a AUXILIADORA; VILCHEZ PARTIDA REMEDIOS Y RODRIGUEZ SOLANO ROSARIO.

Centro: Distrito APS Sierra de Cádiz

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: El objetivo es describir el proceso de selección de los ciudadanos para las Comisiones de Participación Ciudadana en las UGC del Distrito de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz.

Material y Método: El 23 de mayo de 2012 la Dirección Gerencia del Distrito publica la convocatoria de sorteo público para la selección de ciudadanos que formarán parte de la CPC en cada UGC del Distrito para el 11 de junio de 2012. Ese día se lleva a cabo el acto de selección, de forma aleatoria, de una muestra de 24 personas por cada UGC que cumplieran los requisitos exigidos en la Resolución para seleccionar a 4 hombres y 4 mujeres (2 titulares y 6 suplentes) de la Base de Datos de Usuarios. Hasta el 14 de julio de 2012, las Direcciones de UGC contactaron con las personas seleccionadas en el mismo orden correlativo de selección. De cada contacto quedó registrado el medio de contacto, la fecha y hora y persona que contactó. A continuación, se convocó a una entrevista con el responsable de la UGC, donde se les informó del proceso de selección y se cumplimentó una declaración jurada. De los candidatos que no cumplieran los requisitos o no aceptaban se dejó constancia escrita del motivo, procediéndose a iniciar un nuevo contacto con las personas suplentes seleccionadas, respetando el orden correlativo. A los candidatos que cumplieran los requisitos y aceptaban formar parte de la CPC se les requirió su compromiso por escrito y con fecha 15 de julio fueron designados vocales por el Director Gerente del Distrito por un periodo de 2 años.

Resultados: Se han seleccionado un total de 48 ciudadanos distribuidos en 2 vocales titulares y 6 suplentes para cada una de las 6 UGC del Distrito. Para dicha selección ha habido que contactar con 75 ciudadanos en total, no cumpliendo los requisitos o no aceptando 27 (36%). En la segunda quincena de julio de 2012 se ha procedido a constituir la CPC en cada UGC, quedando concluido dicho proceso el 31 de julio de 2012.

Conclusiones y discusión: El 64% de los ciudadanos contactados han aceptado formar parte de las CPC, lo que consideramos un alto nivel de implicación de la ciudadanía del Distrito Sierra de Cádiz para garantizar la corresponsabilidad ciudadana en la gobernanza en salud. Con la incorporación de ciudadanos como vocales de las CPC se establece un nuevo espacio compartido entre éstos y profesionales sanitarios en las UGC. La presencia activa de ciudadanos en las CPC favorecerá que la práctica asistencial que realizan los profesionales sanitarios tenga en cuenta los criterios de mejora expresados por los propios ciudadanos.

Plan de Participación Ciudadana Estándar

Cerezo Espinosa de los Monteros Juan Javier.

Centro: Hospital de Valme

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Realizar un modelo de plan de participación ciudadana genérico que sirva para ser adaptado a cualquier centro sanitario.

Material y Método: Revisión estructurada de la literatura acerca de experiencias de participación ciudadana en organizaciones sanitarias de países occidentales.- - Consulta a expertos en participación ciudadana.

Resultados: Se propone un plan de participación ciudadana genérico, que cuenta con los siguientes elementos:- - 1.- Definición del concepto de participación ciudadana.- - 2.- Niveles posibles de implicación a la hora de participar: 1) informar y educar, 2) consultar a los ciudadanos, 3) compartir la decisión con el ciudadano, 4) los ciudadanos forman parte de los órganos de seguimiento y control de decisiones de la organización sanitaria.- - 3.- Justificación de la existencia de un plan de participación ciudadana.- - 4.- Funciones que cumplirá el plan.- - 5.- Alcance del plan.- - 6.- Perfil de los participantes.- - 7.- Actividades concretas que se llevarán a cabo clasificadas según el nivel de implicación en la toma de decisiones.- - 8.- Evaluación del plan de participación.

Conclusiones y discusión: En el momento actual no existe un modelo estándar que sirva para orientar a los profesionales que tienen la responsabilidad de elaborar un plan de participación ciudadana a la hora de desarrollar un plan concreto en su centro. El disponer de un documento genérico y sencillo que proporciona los puntos clave que deben tenerse en cuenta a la hora de desarrollar un plan de participación ciudadana ahorra esfuerzos y tiempo de trabajo, y ayuda a aprovechar las mejores experiencias de otros centros. Al disponerse de un documento genérico que recoge estas buenas prácticas, el trabajo de elaborar un plan de participación ciudadana queda reducido a la adaptación de este plan genérico a nuestro centro sanitario en particular.

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA IDENTIFICADOS DURANTE EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

RODRÍGUEZ BENAVENTE ANA; GALIOT TORRES ALFONSO; CRUZ SALGADO OSCAR Y NOGUERAS RUIZ SONIA.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Identificar los mecanismos para facilitar la participación ciudadana en Unidades de Gestión Clínica (UGC) certificadas con el Programa de Certificación de Centros y Unidades (PCCyU).

Material y Método: Estudio transversal descriptivo. - Periodo: Enero 2011 - Septiembre 2012- n= 86. 43 UGC de Atención Primaria y 43 de Atención Hospitalaria - Fuente: registros incluidos en la herramienta online específica para la certificación de UGC. - - Se analiza el cumplimiento de los estándares relacionados con la participación ciudadana:- ES 06.02 La Dirección de la Unidad incorpora la opinión de las personas en su organización. - ES 06.03 La Unidad de Gestión Clínica promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.- - Posteriormente se analizan las actuaciones llevadas a cabo en las Unidades para favorecer y potenciar la participación ciudadana.-

Resultados: Porcentaje de cumplimiento de los estándares en el periodo evaluado:- ES 06.02 50%- ES 06.03 26.7%- - Los principales mecanismos para facilitar la participación ciudadana encontrados en la evaluación de dichos estándares han sido:- - Incorporación de buzón de sugerencias en la Unidad (60%)- - Captación de sugerencias verbales (65%)- - Buzón on-line (12%)- - Grupos focales (23%)- - Encuesta de satisfacción interna (33%) - - Reuniones periódicas con asociaciones o grupos de participación ciudadana (91%)- - Mesas sociosanitarias (22%)-

Conclusiones y discusión: Las UGCs que han Certificado la Calidad de sus servicios a través del PCCyU, ponen a disposición de los ciudadanos mecanismos y herramientas que permiten recoger su opinión y expectativas, permitiendo de esta manera que la atención que se facilita se adecue a sus necesidades.- - Se detectan posibles líneas de mejora en el registro y análisis de las sugerencias captadas; así como la necesidad de proceder a la captación de sugerencias quejas y reclamaciones no oficiales.-

“Únete a LA CLAVE DEL ÉXITO contra la OBESIDAD INFANTIL”

REY DELGADO PILAR; BATURONE PILAR Y ANDRÉS ANA M^a.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población sobre la importancia de frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil, en apoyo al Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2.007-2.012

Material y Método: Desde UGCIP H.U. PUERTRA DEL MAR. PUERTO REAL. CADIZ, se realiza un Análisis de la tendencia ascendente de la Obesidad infantil (aumento del número de pacientes en consultas externas de Obesidad infantil) y de las estrategias utilizadas para prevenir la obesidad infantil en las labores de educación para la salud.- A través de Brainstorming , consenso Philips 66 y priorización en Grupo Nominal, se trabaja en la elaboración de un video dirigido a profesionales y ciudadanos para potenciar el fomento de la actividad física e incorporación de hábitos saludables.-

Resultados: 1º.- El alcance del video “Únete a la clave del éxito” contra la Obesidad Infantil superó nuestras expectativas. El programa de Antena 3 El Estirón lo divulgó en la red y nos otorgó el sello al reconocimiento de la iniciativa más saludable. - 2º.- Se interesaron medios de información (canal sur radio y antena 3 radio local) donde se realizaron sendas entrevistas.- 3º.- Se difundió la noticia en el boletín digital inter@ SAS- 4º.- Diversas asociaciones locales nos solicitaron una copia para su divulgación y uso en la tarea de concienciar de lo importante que es comer sano y evitar el sedentarismo mediante tratamientos conductuales. (AGDEM “esclerosis múltiple”; ASDIGA “diabetes”.- 5º.- Se constituyó como una herramienta entre los enfermeros de Cádiz y provincia para la educación en materia de obesidad infantil.-

Conclusiones y discusión: Las labores de Educación para la Salud (EPS) son fundamentales para evitar la obesidad en los más pequeños. Por eso es necesario desarrollar iniciativas que logren el compromiso de los profesionales y la población en general.- - ¿La clave del éxito? “El compromiso de TODOS para proteger hoy la salud de la infancia que mañana hará crecer esta tierra”.-

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL CIUDADANO EN ATENCIÓN PRIMARIA

GÓMEZ SALGADO JUAN; COMINERO BELDA ALICIA; RODRÍGUEZ FRANCISCA CRUZ; DOMÍNGUEZ LUCÍA CARMEN CARRIÓN; DE ABAJO BEDMAR FÉLIX Y MESA GALLARDO MARÍA INMACULADA.

Centro: Distrito Sanitario Condado Campiña

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: La Atención al Ciudadano supone uno de los pilares básicos de la accesibilidad al sistema sanitario y la equidad en los servicios de salud. La progresiva ampliación de la cartera de servicios y demandas de los ciudadanos así como la complejización de sus necesidades, ha hecho que esta área de atención sea cada vez más compleja y precise de una actualización y dinamización en los centros sanitarios. Los objetivos marcados son:-
- 1.Estandarizar los procedimientos de atención al ciudadano- 2.Cualificar a referentes en los centros capaces de hacer perdurable el modelo a través de una formación para formar.-
- 3.Dinamizar las buenas prácticas en Atención al Ciudadano en el Distrito- 4.Conseguir una red de referentes activa y colaborativa- 5.Aumentar la accesibilidad y satisfacción del ciudadano-

Material y Método: El Distrito Sanitario Condado-Campiña, comprometido con la mejora de la Calidad en la Atención al Ciudadano promueve las buenas prácticas a través de un proyecto articulado en 5 fases. El programa comienza con la estandarización de los procedimientos y protocolos de actuación. En una segunda fase se realiza una primera campaña de sensibilización a través de cartelería, tríptico y la creación de la imagen corporativa de buenas prácticas en atención al ciudadano. En una tercera fase se realiza la cualificación de los referentes de los centros en Buenas Prácticas en Atención al Ciudadano a través de una actividad semipresencial de 30 horas de duración con dos sesiones presenciales. En una cuarta fase y como parte de la evaluación de las competencias adquiridas por el alumno, los referentes deberán replicar una formación básica más aplicada a la realidad de su centro en la que se den herramientas y soluciones a los problemas más frecuentes. Por último, se inicia una fase de apoyo y seguimiento activo en el que a través de la plataforma de formación y comunicación del distrito y dentro de una comunidad de buenas prácticas la red de referentes formados mantendrán el contacto entre ellos y con los referentes del distrito para solventar las dudas que puedan surgir de la puesta en marcha de los conocimientos y habilidades avanzadas aprendidas.

Resultados: De la puesta en marcha de las 3 primeras fases se han obtenido una mejora sensible en la atención con la correspondiente satisfacción del profesional y el usuario.
- En la actualidad nos proponemos evaluar el grado de éxito a través de la evaluación de la satisfacción de los profesionales al mes de la finalización de la fase formativa y la triangulación de los datos derivados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y las sugerencias y reclamaciones de los próximos seis meses.-

Conclusiones y discusión: La monitorización del proceso, las dinámicas de los centros y la satisfacción del ciudadano permitirá ir adaptando el programa de dinamización de las buenas prácticas en atención al ciudadano a lo largo de los años venideros para dar una respuesta adaptada a la realidad del momento y a las necesidades del ciudadano.

La experiencia de puesta en marcha de un nuevo hospital. El caso Hospital Moisés Broggi de Sant Joan Despi

TEJERO CABELLO PALMIRA; JUNCOSA SANDRA; ESTEVE JESÚS; NAVARRO ISABEL MARIA; MIRA JOSÉ JOAQUÍN Y PERALTA ALICIA.

Centro: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Hay un importante número de estudios sobre la percepción de los pacientes con respecto a la atención sanitaria que prestan los hospitales. Los estudios sobre satisfacción del paciente constituyen un eje común en el conjunto de hospitales de nuestro país y de nuestro entorno. Sin embargo, son muy pocas las oportunidades de analizar esas percepciones y las expectativas que despierta la puesta en marcha de un nuevo hospital en su primer semestre de funcionamiento y de compartir esa experiencia. En este estudio se presenta el enfoque y resultados al analizar el punto de vista de los primeros pacientes (atendidos en los primeros dos primeros meses) del Hospital Moisés Broggi de Sant Joan Despi.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio basado en técnicas cualitativas (entrevistas semi-estructuradas) con 2 submuestras de pacientes: 64 que habían presentado una queja formal y 72 de perfil similar (edad, sexo, patología) pero que no habían formalizado ninguna queja. A partir de la información extraída se llevó a cabo un estudio basado en encuestas en el que se pidió su opinión sobre cuestiones clave del hospital a una selección al azar de 150 pacientes (atendidos en Consultas Externas, Urgencias, planta Medicina y de Cirugía). Se recurrió a una escala tipo Likert de 5 pasos.

Resultados: En las 136 entrevistas se obtuvieron 108 comentarios positivos (que correspondieron a valoraciones globales, trato y atención que brindan los profesionales, cercanía al hospital y a la estética y modernidad de las instalaciones) y 38 negativos principalmente entre aquellos pacientes que habían interpuesto formalmente una queja (que correspondieron a la impresión de desorganización y descontrol, insuficiente señalización, fallos del sistema informático y demoras de asistencia).- En las valoraciones a las preguntas de la encuesta no encontramos diferencias significativas en las puntuaciones entre los pacientes que habían interpuesto una reclamación formal y los que no, salvo en la valoración de la organización y coordinación (más negativa por aquellos que habían interpuesto una queja, $X^2=19,22$; $p<0,001$ $X^2=19,22$) y en las puntuaciones sobre la capacidad de respuesta siendo valorada ésta de forma más positiva por aquellos que no interpusieron una queja ($X^2=11,53$; $p=0,001$). El 97% valoró positivamente las instalaciones, el 92,6% el trato recibido, el 92,5% los sistemas de información y el 88,9% la información que brindaban los médicos. Solo el 52,1% valoró positivamente la organización y coordinación de los Servicios y Unidades del hospital.

Conclusiones y discusión: Mientras que la modernidad de instalaciones y equipos sorprendió positivamente a los pacientes y la calidad de la atención, trato e información que ofrecían los profesionales se mantuvo en niveles muy positivos, en línea con otros estudios, estos datos reflejan los problemas inherentes a la puesta en marcha de un nuevo hospital y nos permitieron identificar y poner en marcha 4 acciones de mejora una en cada proceso clave.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE OSUNA (2010-2011)

ROMÁN ROMERA ISABEL; GÁLVEZ BEATERIO MARIA CARMEN Y POZO MARÍN MARIA CARMEN.

Centro:

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: El objetivo principal es conocer el grado de satisfacción y las quejas transmitidas por los usuarios de la Unidad de Gestión Clínica. El objetivo secundario es comparar con el resto de Unidades de Gestión Clínica del Área Sanitaria.

Material y Método: En los años 2010 y 2011 se realizaron 708 encuestas de satisfacción en 18 Consultorios Locales y 8 Centros de Salud del Área de Gestión Clínica. Se exploraron diferentes dimensiones de la calidad percibida: el grado de satisfacción general, la confortabilidad de las instalaciones, el grado de organización del centro, la valoración del trato, respeto y personalización recibidos y, por último, la valoración específica de los distintos profesionales sanitarios. En el año 2011 se registraron 79 reclamaciones en la Unidad. Se ha procedido a realizar un análisis descriptivo del grado de satisfacción extraído de los cuestionarios y de las quejas enunciadas en las reclamaciones.

Resultados: Los aspectos con mayor grado de satisfacción en las encuestas han sido la valoración de los Médicos de Familia (96,4%), del Equipo de Enfermería (99,3%), de los Trabajadores Sociales (96,7%) y del Personal de Atención al Ciudadano (90,4%), la explicación sobre el tratamiento (97,5%), el cuidado de la confidencialidad de los datos (96,4%), la correcta identificación de los profesionales (94,5%), el grado de confianza, intimidad, respeto y amabilidad en la asistencia prestada (91,4%, 99,1%, 99,2% y 91,9%, respectivamente), el entendimiento de la información (91%) y, por último, la satisfacción con los horarios de consulta (90,5%). Los indicadores peor valorados han sido la confortabilidad de las instalaciones (90%), la posibilidad de dar opinión sobre el tratamiento (88,4%), la organización del centro (88%), la disposición de escucha por parte del profesional (87,4%), la facilidad para resolver trámites administrativos (85,6%) y el tiempo de espera hasta entrar en consulta (72,8%).- El principal motivo de reclamación es la atención inadecuada por parte del profesional (71,4%), seguido errores en la organización del centro (17,1%), del incumplimiento de técnicas de enfermería (5,7%), de la no atención de urgencias (4,3%) y, por último, de incumplimiento de confidencialidad de información (1,4%).-

Conclusiones y discusión: No ha habido ningún indicador de satisfacción con puntuaciones bajas. La mayoría de ellos han sido bien valorados, y se encuentran con evaluaciones muy similares a las de otras Unidades de Gestión Clínica del Área, y al promedio de toda Andalucía. Los aspectos peor valorados en las encuestas y las reclamaciones se tendrán en cuenta para implementar el funcionamiento de la Unidad en los próximos años.

ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DEL DUELO

RODRÍGUEZ MORCILLO RAQUEL; MORCILLO NIETO M^a CARMEN; RODRÍGUEZ LIÉBANA JOSÉ JUAN; LAGUNA PARRAS JUAN MANUEL; RAMÍREZ PEREZ CARMEN Y GARCÍA FERNÁNDEZ FRANCISCO PEDRO.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Proporcionar el apoyo necesario a la familia durante el duelo para conseguir un equilibrio emocional ante la realidad de una pérdida.

Material y Método: El duelo es el conjunto de emociones y conductas relacionadas con la pérdida afectiva, que origina en la persona frustración y dolor. Es una reacción adaptativa normal física, conductual, cognitivo-intelectual, efectivo-emocional y espiritual ante la pérdida de un ser querido.- La muerte provoca un sufrimiento en la familia, y el profesional de enfermería debe seguir con el apoyo a estas personas, dándoles las orientaciones oportunas, y realizado una labor de prevención. - El personal de enfermería tiene la formación y la sensibilidad necesaria para ayudar a la persona según su naturaleza humana y sus múltiples dimensiones en la vida, realizando su labor de cuidados desde la proximidad y la cercanía de sentirse afectado por la situación que tiene otra persona.- La intervención de enfermería es fundamental en el duelo anticipado ofreciendo la oportunidad de compartir los sentimientos y prepararse para la pérdida.- El personal de enfermería puede ayudar a canalizar este impacto en la familia para que pueda tener un efecto preparador y controlar su repercusión y prevenir la aparición de sintomatología en un futuro. - Es importante hacer un análisis de los diferentes tipos de pérdida que puede sufrir un individuo y los procesos de duelo que se generan para poder planificar un intervención de enfermería de calidad y efectiva para la persona que lo sufre. - Con su intervención, enfermería puede ayudar a disminuir, aliviar o también modificar la aparición de los efectos que acompañan este tipo de pérdidas; efectos ciertamente distorsionadores del bienestar del paciente.

Resultados: La persona está en un proceso de cambio continuo que desemboca en la autorrealización, afrontando de diferente modo cualquier situación en la vida, siendo el duelo uno de estos casos. El duelo origina un cambio cualitativo en la vida de la persona. - En el duelo la persona necesita del soporte y de la actuación de los profesionales de enfermería para afrontar la situación y conseguir normalizar la vida. Cada persona necesita apoyo emocional en mayor o menor grado para paliar el duelo.

Conclusiones y discusión: La intervención de enfermería en un proceso de duelo mediante la relación de ayuda, irá dirigido a proporcionar soporte a las personas en este tipo de situaciones. Les ayudará a manifestar sus sentimientos y emociones, potenciar sus recursos y capacidades y adaptarse a una nueva forma de vivir.

MANEJO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD CELIACA MEDIANTE MARCADORES BIOQUÍMICOS EN LA ZONA DEL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

BALLESTEROS GARCÍA LOURDES Y FERNÁNDEZ SUÁREZ ANTONIO

Centro: HAG

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: Comparar la utilización y eficacia de las pruebas de cribado bioquímico para la EC (Enfermedad celiaca) en el ámbito de la AP y AE en la zona de Andújar.

Material y Método: Se realizó la revisión de las peticiones para diagnóstico y seguimiento de la EC solicitadas al laboratorio del Hospital Alto Guadalquivir (Andújar, Jaén) a través del número de peticiones de tTG IgA/IgG durante los años 2010, 2011 y los ocho primeros meses de 2012. Se comparó el número de determinaciones serológicas solicitadas desde AP y AE, así como el porcentaje de pruebas positivas encontradas.

Resultados: Se realizó la revisión de las peticiones para diagnóstico y seguimiento de la EC solicitadas al laboratorio del Hospital Alto Guadalquivir (Andújar, Jaén) a través del número de peticiones de tTG IgA/IgG durante los años 2010, 2011 y los ocho primeros meses de 2012. Se comparó el número de determinaciones serológicas solicitadas desde AP y AE, así como el porcentaje de pruebas positivas encontradas.

Conclusiones y discusión: Llama la atención el número tan bajo de determinaciones solicitadas desde AP para el cribado de la EC, siendo una prueba sencilla de realizar y con una alta rentabilidad diagnóstica. - El resultado de cualquier programa de cribado de EC desde AP va a estar condicionado por el grado de conocimiento y de implicación del personal sanitario en el diagnóstico de la enfermedad; es necesario divulgar conocimientos sobre manifestaciones de la enfermedad, métodos serológicos disponibles para el diagnóstico, significado del resultado de los mismos y actitud a tomar ante ellos (derivación o no a especialista de Aparato Digestivo). -

EL DISCURSO DE LOS MEDIOS Y LA SALUD DE LA POBLACIÓN

CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS JUAN JAVIER.

Centro: Hospital de Valme

Área: Participación y ciudadano

Palabras clave

Resumen: 1.- Identificar los temas sanitarios más frecuentemente tratados por la prensa española de internet.- 2.- Describir el tratamiento informativo dado a las noticias más frecuentes.- 2.1.- Describir los aspectos denotativos.- 2.2.- Describir los aspectos connotativos.-

Material y Método: Periódicos elegidos: los que presentaban el mayor número de lectores durante los últimos 3 meses según el Estudio General de Medios.- Términos de búsqueda: en el buscador del archivo de noticias se utilizó "salud", "sanidad", "médico" y "enfermedad".- Periodo de estudio: última semana de abril de 2003.- Selección de noticias según los criterios anteriores.- Para el objetivo 1: distribución de frecuencia de los temas más frecuentemente tratados.- Para el objetivo 2: selección de una noticia de cada uno de los temas identificados en el objetivo anterior. Para cada una de estas noticias: - a.- Descripción denotativa de la construcción gráfica de la noticia, analizando por separado el titular, el cuerpo del artículo, el autor y la fotografía.- b.- Descripción connotativa de la noticia, analizando por separado el titular, el cuerpo del artículo, el autor y la fotografía.-

Resultados: Objetivo 1: se encontraron 155 artículos que trataban temas sanitarios, agrupándose estas noticias en 38 temas diferentes. El 71% de los artículos se pueden agrupar en 7 temas: neumonía asiática (44%), fármacos (7%), servicios de salud (6%), clonación (4%), genética (4%), cáncer (2%) y SIDA (2%). Según el esquema propuesto por el Informe Lalonde, las noticias se clasificaban de la siguiente forma: medio ambiente (51%), biología (31%), sistema sanitario (12%) y estilos de vida (5%).- Objetivo 2: las noticias analizadas destacan lo anecdótico, escandaloso, lo potencialmente dramático, no justifican las afirmaciones polémicas, llamando la atención sobre lo muy novedoso, sobre la tecnología punta, mezclan la política con la salud, y resaltan los últimos avances científicos.-

Conclusiones y discusión: 1.- La promoción de la salud y prevención de enfermedades tiene una importancia marginal en la prensa española de internet.- 2.- El

y discusión tratamiento de las noticias de salud en internet resalta los aspectos raros, excepcionales, conflictivos o polémicos de las noticias.- Se puede paliar este problema mediante estrategias de alfabetización audiovisual, formación científica para periodistas, un código ético periodístico, formación periodística para los profesionales sanitarios, investigación sobre la influencia de los medios en la salud de la población. -

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA PEDIÁTRICA

VERA JUAN CARLOS BOADA; VILLALBA ESPINA ALICIA; DELGADO MORENO SILVIA Y PEÑA DÍAZ MARÍA.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Elaborar un protocolo de actuación, claro y eficaz de aplicación en el ámbito de Atención Primaria y Hospitalaria sobre la atención a niños con crisis convulsivas.

Material y Método: Búsqueda bibliográfica sobre el tema, así como consenso sobre los diferentes protocolos pertenecientes a sociedades científicas reconocidas.

Resultados: Se ha elaborado un Protocolo unificado de opciones determinadas que especifican claramente el circuito a seguir en cualquiera de las circunstancias que puedan darse en el contexto de una crisis comicial infantil.

Conclusiones y discusión: Desarrollo de una herramienta altamente eficaz y accesible, a muy bajo coste, para información rápida a los profesionales de Atención Primaria o Hospitalaria que deban prestar asistencia a niños con esta patología.

NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS MEDIANTE LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA USYR-SIUS. ESTUDIO DE DOS AÑOS.

LOPEZ BARBA JOSE; JOSE ACEDO MARIA ISABEL Y CABEZA ALVAREZ MANUEL R..

Centro: Hospital Universitario de Ceuta

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Estudiar los Efectos Adversos (EA) ligados a la hospitalización notificados a través de la aplicación USYR-SIUS del INGESA durante los años 2010 y 2011.- Valorar el impacto del distinto personal sanitario notificador de EA.-

Material y Método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de cohortes de las notificaciones de EA realizadas a través de la aplicación USYR-SIUS durante 2010 y 2011. Las variables recogidas por el sistema han sido: tipo de profesional que realiza la notificación, Servicio, fecha de detección, lugar/localización, número de historia clínica, tipo de EA, descripción de EA, posibilidad de haberse evitado el EA y observaciones.- Personal médico de la USYR autorizado examino todas las notificaciones de EA. Posteriormente, se realizó una revisión detallada del episodio en la historia clínica, confirmando o no el EA. Este estudio se ha realizado siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud. - El responsable del Estudio estableció las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos han sido procesados mediante el sistema estadístico statgraphics 5.1. -

Resultados: Se han notificados 143 EA en el periodo de estudio, 54 en 2010 y 89 en 2011. Tras el estudio de los casos se consideraron como EA producidos a 9 (6.29%), 3 en 2010 y 6 en 2011.- Se han detectado 5 EA (2 en 2010 y 3 en 2011) relacionados con la medicación, 2 EA relacionados con infecciones nosocomiales (1 en 2010 y 1 en 2011), 1 EA en 2011 relacionado con complicación tras intervención quirúrgica y 1 EA en 2011 relacionado con error de identificación. El Servicio con más notificaciones realizadas ha sido Medicina Interna con 95 (66.43%). El personal sanitario notificador ha sido personal facultativo 80%, DUE 15% y otros 5% de los casos. Sobre el total de altas, un 0.005% de altas sufrieron un EA en 2010, mientras que este dato en 2011 fue de 0.013%. El % de efectos adversos notificados en los que se han aplicado medidas correctoras ha sido del 95%.

Conclusiones y discusión: Tras un primer año de implantación en 2010, las notificaciones de EA a través de la herramienta en 2011 (89 EA) son ya similares a los datos obtenidos con la notificación previa en papel (90 EA en 2009). - Los EA relacionados con la medicación siguen siendo los más frecuentes, lo cual indica la importancia de este capítulo. - Quizás se precise de una mayor difusión y concienciación para obtener unos mejores resultados entre el personal sanitario y no sanitario de la Institución.- A través del sistema pueden ser detectados sólo parte de los EA que se producen, pues es una herramienta más en la búsqueda de los EA. No obstante, la aceptación por parte del personal por su anonimato y la rapidez en la comunicación lo hace una herramienta muy importante en la búsqueda de soluciones a los EA.

CUADRO DE MANDO PARA SEGUIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL C.H.TORRECARDENAS-

Robles Aguilera Consuelo; López García Justa y Antón Molina Francisca.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: 1. Disponer de un registro para el seguimiento de notificaciones sobre eventos adversos (EA) en el Complejo Hospitalario- 2. Conocer el número de notificaciones realizadas por las distintas Unidades del Centro- 3. Conocer el tipo de EA declarados, su matriz de riesgo y el estado de las acciones de mejora puestas en marcha para su prevención - 4. Disponer de una base de datos dinámica para posteriores estudios de incidencia de EA-

Material y Método: Para la elaboración del Cuadro de mando se analizaron en la Unidad de Calidad del Centro los datos existentes en años anteriores sobre EA declarados: tipo, frecuencia, Unidad que notifica y el tratamiento realizado para su clasificación- Se concretaron la inclusión de otros: matriz de riesgo detectada, acciones de mejora propuestas y/o puestas en marcha, seguimiento de las mejoras, registro del localizador de EA declarado en el Sistema de Notificación de EA del Observatorio de Seguridad del Paciente- Se procedió a la organización de los datos y su vuelque en hoja de cálculo-

Resultados: Se ha realizado un Cuadro de Mando en el que se distinguen dos tablas de cálculo, según la clasificación de los EA: una tabla de clasificación según tipo y Unidad declarante, y una segunda tabla que clasifica los EA según su matriz de riesgo.- Cada hoja contiene un mes y en una hoja final se obtienen los cálculos anuales de ambas clasificaciones y sus estadísticas, así como el nº de notificaciones mensuales y el acumulado que se han volcado en el Sistema de Notificación del Observatorio para la Seguridad del Paciente, además cada una de ellas contiene una tabla de registro del localizador asignado por el Observatorio y otra donde se exponen las actuaciones de mejora planificadas.- Una última hoja contiene el seguimiento de las mejoras con cronograma de implantación, responsable y estado de la misma-

Conclusiones y discusión: El Cuadro de Mando ha resultado ser una herramienta ágil, rápida y sencilla para disponer en el seno del Comité para la Seguridad del Paciente de la información sobre EA del Centro en cualquier momento, realizar el seguimiento de las mejoras planificadas y disponer de una estadística actualizada que nos permita actuar sobre los EA mas frecuentes o de mayor riesgo en nuestro entorno.

Cuidados seguros en el Hospital de Poniente: Mapa de Riesgos 2011-2012

TORRES NAVARRO MARÍA DEL MAR; FERNÁNDEZ AYALA JOSE CARLOS; JIMÉNEZ LIRIA M^a JOSÉ; CONTRERAS RODRIGUEZ M^a ANTONIA; CASTILLO LORENTE JOSE IGNACIO Y MORCILLO MUÑOZ YOLANDA.

Centro: APES HOSPITAL DE PONIENTE

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: OBJETIVO GENERAL: Elaborar el Mapa de Riesgos del Hospital de Poniente, mediante la elaboración del mapa de riesgos de sus Áreas Integradas de Gestión consideradas de riesgo- -Realizar el Mapa de Procesos de las siguientes áreas de gestión y unidades del Hospital de Poniente- -Elaborar el listado de incidentes y eventos adversos junto a sus fallos y causas asociadas- -Priorizar los incidentes identificados mediante metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)- -Diseñar las medidas preventivas que ayuden a prevenir los riesgos y eventos adversos -

Material y Método: La metodología de trabajo a seguir en todas las unidades ha sido la misma, con un mínimo de 3 reuniones presenciales por grupo y unidad: -Constitución de grupos de trabajo multidisciplinares- -Soporte metodológico de los grupos de trabajo- -Revisión bibliográfica - -Realización del Mapa de Riesgos de las unidades: mapa de procesos y listado de incidentes/ fallos/causas asociadas- -Refinamiento del catálogo de incidentes/ fallos/causas - -Priorización de incidentes mediante Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) - -Plan de acciones preventivas-

Resultados: En todas las áreas y grupos de trabajo se han obtenido los siguientes resultados: -Diagrama de procesos- -Listado refinado de incidentes/fallos/causas - -Priorización de incidentes mediante AMFE- -Mapa de riesgos por zona de cada área - -Listado de acciones preventivas y responsables de su ejecución-

Conclusiones y discusión: Nuestro proyecto ha supuesto un gran esfuerzo para los más de 50 profesionales de todas las áreas que han participado, y ha supuesto un ejercicio de honestidad y transparencia para reconocer abiertamente los riesgos de sus usuarios y determinar medidas que los eviten en un futuro. - Es sólo el principio de una forma de gestionar los riesgos de nuestros pacientes cuando son cuidados en nuestro hospital, con metodología y apoyo. - - -

Analisis QFD : uso seguro de medicamentos de alto riesgo en Unidades Móviles y puntos de atención continuada.

AVILA GUERRERO JUAN; DE CRISTINO ESPINAR MARISOL; CAMACHO BUENOSVINOS AMELIA; MATAS JIMENEZ ANA Y DÍAZ DÍAZ JOSÉ.

Centro: DCCU Distrito Sanitario Córdoba

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: El objetivo del análisis con QFD aplicado a la medicación potencialmente peligrosa en los Puntos Fijos y Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) son identificar las áreas de mejora más significativas desde el punto de vista del profesional que desarrolla su actividad asistencial en éste ámbito con esta metodología.

Material y Método: Análisis matricial basado en el modelo Quality F D (QFD). Los requerimientos de los profesionales se obtuvieron a través de los integrantes de la Comisión de Seguridad (CS), 4 médicos, 4 enfermeras y 1 celador –conductor. Mediante técnica de grupo nominal se obtuvieron los requerimientos “de los profesionales” (Ques) con los que se confeccionó el QFD. - 9 Ques :Etiquetado claro , envases diferenciados, fácil preparación, Ubicación diferenciada del resto , información verbal clara y ordenada, orden verbal completa,, sobreetiquetado llamativo, no disparidad en farmacia del mismo medicamento que se volcaron a la matriz junto a 11 Comos (particularidades de nuestra unidad que se relacionan con los requerimientos del Profesional).Relacionamos los que y como (9 muy fuerte, 3 fuerte, 1 débil) Completamos el mismo realizando evaluación comparativa con otros servicios de urgencias extrahospitalarios y ponderando el índice de importancia (1-5) para los profesionales. Pasamos luego a evaluar nuestro servicio : el valor numérico, asociado a cada cómo , no indica la importancia que tiene para el profesional cada característica de nuestra unidad, cuales hay que potenciar.--

Resultados: son 5 características para mejorar por orden de puntuación:Confeccionar protocolos individualizados de cada medicamento de alto riesgo donde se recoja mecanismos de acción, indicación, dosis, preparación y vía de administración (realizado), Confeccionar protocolos de revisión, almacenamiento, seobretiquetado y ubicación de los medicamentos de alto riesgo (actualización de los antriores), programar actualizaciones anuales en el uso de medicamento de alto riesgo que respalden la capacitación de los profesionales sanitarios de la plantilla (abordado desde la formación en Procesos Asistenciales Integrados), programar la formación a los profesionales de nueva incorporación y eventuales en el uso de medicamentos de alto riesgo(difícil por factor tiempo suplido con visitas guiadas a Unidades Móviles, Planes de Acogida) y organizar formación reglada en seguridad clínica del paciente, que garantice la implementación paulatina de prácticas seguras (anual). Además se ha pasado un cuestionario de impacto a los profesionales para valorar el resultado de las mejoras implementadas .

Conclusiones y discusión: La aplicación del QFD tiene bajo coste para la organización , la limitación es conocerla previamente. Su adaptación a cada requisito de los profesionales nos permite utilizar las necesidades de estos en los planes de mejora relacionados con la medicación de alto riesgo.

MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES EN UN HOSPITAL COMARCAL: SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARTOS ROSA ALBA; MORALES MOLINA JOSÉ ANTONIO; FAYET PÉREZ ANNA; FERNÁNDEZ MARTÍN JESÚS M^a; MARTÍNEZ PLATA ENRIQUE Y ACOSTA ROBLES PEDRO.

Centro: APES HOSPITAL DE PONIENTE

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Evaluar los conocimientos sobre el manejo de la medicación estéril (jeringas y mezclas IV) en las plantas de hospitalización, así como la manipulación, administración y conservación de la misma en condiciones adecuadas.

Material y Método: Estudio transversal realizado en las Áreas de Hospitalización de Cirugía General y Medicina Interna de un Hospital Comarcal durante Mayo de 2012. Se seleccionaron estas dos plantas por la idiosincrasia y variabilidad tanto en los pacientes ingresados como en la medicación a preparar. Para llevar a cabo el objetivo planteado, el Área de Farmacia elaboró una encuesta, que constó de 28 preguntas dicotómicas agrupadas en 3 bloques (manejo, preparación-administración, conservación), el cuál fue difundido al personal de enfermería.

Resultados: Se realizaron 20 encuestas, el 50% en el Área de Cirugía General y el resto en el Área de Medicina Interna. A) En cuanto al manejo de la medicación estéril en el hospital: 20 (100%) enfermeras conocían la existencia de zonas especializadas en la preparación de medicamentos estériles. Sin embargo, 17 (85%) de ellas desconocían la existencia de un grupo de medicamentos elaborados por el Área de Farmacia en base a un protocolo de trabajo. B). Respecto a la preparación de jeringas y mezclas IV en las plantas de hospitalización, 8 profesionales (40%) lo realizaban en una zona especial y diferenciada adecuándose a los protocolos de desinfección y limpieza, mientras que 12 enfermeras (60%) desconocían la presencia de dicha zona. No se observaron diferencias entre las dos plantas de hospitalización evaluadas. C) En relación al manejo y conservación de medicación en condiciones adecuadas, el 70 % de los encuestados aseguró usar guantes como medida higiénica en la preparación de medicamentos estériles, mientras que el resto utilizaba soluciones hidroalcohólicas. Todo el personal encuestado refería la utilización de mascarilla y gorro. El 97% del personal preparaba la medicación IV en su turno y antes de la administración. En el 100% de los casos se utilizaron envases unidosos. En el caso de ampollas y viales que no han sido terminadas, se reutilizaron en el 35% de los casos.

Conclusiones y discusión: La mayoría del personal de enfermería comunicó conocimientos óptimos en el manejo de la medicación parenteral. Sin embargo, en ocasiones reconoce manipular la medicación en zonas no habilitadas. Alrededor del 60% cumple con las condiciones de esterilidad establecidas. Por ello, sería aconsejable impartir actividades formativas para concienciar de la importancia del uso de medidas higiénicas en el manejo de la medicación, así como realizar controles microbiológicos para prevenir la transmisión de enfermedades entre los pacientes hospitalizados. - Palabras clave: medicamentos estériles, pacientes ingresados, seguridad del paciente.

DABIGARTRAN Y RIBAROXABÁN EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

GRANADOS LÓPEZ BELÉN; PÁEZ SÁNCHEZ LUNA; CASTILLO ORTIZ JOSÉ; POPE OANA; CABRAL FERNÁNDEZ PILAR Y MORENO LAMELA JORGE.

Centro: DISTRITO DE AP BAHIA DE CADIZ LA JANDA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Analizar que pacientes con fibrilación auricular (FA) y en tratamiento con acenocumarol se beneficiarían de un tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (Dabigatran y Ribaroxaban).

Material y Método: Diseño: estudio descriptivo transversal.- Emplazamiento: centro de salud urbano.- Población y muestra: se seleccionaron todos los pacientes anticoagulados con acenocumarol de un centro de salud (n=79).- Intervenciones: se realizó una revisión de las historias clínicas de dichos pacientes, recogiendo información sobre las indicaciones y contraindicaciones de los nuevos anticoagulantes orales, y se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS v17.0.

Resultados: Un 73,4% de pacientes anticoagulados con acenocumarol presentaban FA, siendo éste el único motivo de anticoagulación en la mayoría de los casos (78%), y apareciendo asociada a prótesis valvular mecánica o tromboembolismo pulmonar en un 19% y en un 3% de los casos respectivamente. Del total de pacientes que presentaban FA aislada, todos ellos mayores de 18 años, algo más de la cuarta parte (27%) presentaban algún tipo de valvulopatía y ninguno tenía cifras de filtrado glomerular inferior a 15 ml/min, lo que permitió identificar un alto porcentaje de pacientes (73%) en los que se podría sustituir el acenocumarol por uno de estos anticoagulantes. Si se consideraba el total de pacientes anticoagulados con FA, más de la mitad de los casos (53%) se beneficiarían de la terapia con un nuevo anticoagulante, sin presentar contraindicaciones para ello.

Conclusiones y discusión: Casi el 75% de los pacientes con FA no valvular, en tratamiento con acenocumarol, son subsidiarios de terapia con los nuevos anticoagulantes orales, los cuales, han demostrado una eficacia al menos no inferior al acenocumarol, con menores tasas de sangrado.

ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD EN UNA FÓRMULA MAGISTRAL PARA EL PRURITO SEVERO

ROMERO HERNÁNDEZ IRENE; RODRÍGUEZ CAMACHO JUAN MANUEL; FERNÁNDEZ ANGUITA MARÍA JOSÉ; GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA TRIANA; OBEL GIL LOURDES Y SUÁREZ CARRASCOSA FRANCISCO JOSÉ.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Estudio de la seguridad de una fórmula magistral (FM) para el prurito severo tras la aparición de una Reacción Adversa Medicamentosa (RAM) grave en un paciente que requirió ingreso hospitalario.

Material y Método: El Servicio de Dermatología comunicó a Farmacia la sospecha de una RAM producida en un paciente que había recibido una loción para el prurito elaborada por la Unidad de Farmacotecnia. Se procedió a la revisión de la historia clínica del paciente para estudiar si la RAM era atribuible a la loción utilizando el Algoritmo Karch y Lasagna modificado por Naranjo y col., así como la de todos los pacientes a los que se administró esta FM para estudiar su tolerancia y seguridad. La composición de la FM (fenol 0,5%, alcanfor 0,5%, mentol 0,5%, urea 5-10% y lanolina 7% en vaselina líquida) fue analizada para registrar las posibles RAM documentadas de cada principio activo.

Resultados: Varón de 62 años que ingresó por bicitopenia, fiebre y lesiones cutáneas, diagnosticado por dermatología de piodermis y xerosis cutánea por lo que se inicia tratamiento con sulfadiazina argéntica, levofloxacino y un emoliente. A los 11 días de tratamiento refirió prurito intenso en espalda y miembros inferiores siendo diagnosticado de prurigo del adulto, por el que inició tratamiento con dexclorfeniramina comprimidos 2 mg/8h, betametasona crema/12h y la FM/8h. Una vez dado de alta, el paciente reingresó tras cuatro días debido a una marcada eosinofilia acompañada de lesiones pruriginosas y eritrodermia generalizada en las zonas de aplicación de la FM. Se retiró la FM e inició tratamiento con corticoides orales y aceite de almendras, presentando mejoría clínica de los síntomas y alta tras ocho días. La aplicación del Algoritmo Karch y Lasagna obtuvo un resultado de "posible" RAM atribuible a la FM. Se comunicó dicha RAM al Centro Andaluz de Farmacovigilancia mediante la tarjeta amarilla electrónica. La FM fue administrada en seis pacientes antes de la aparición de la RAM. En ninguno de ellos se evidenció la aparición de efectos adversos relacionados con la FM. Tras este suceso centinela se realizó un seguimiento clínico prospectivo a tres pacientes que recibieron la FM sin hallarse ninguna RAM. La búsqueda bibliográfica sobre las RAM de cada componente mostró que el mentol y el fenol pueden producir alergia de contacto; el alcanfor y el mentol no deben aplicarse sobre heridas, mucosas ni piel lesionada; y el fenol en aplicaciones prolongadas o en áreas extensas puede producir absorción sistémica y necrosis de la piel.

Conclusiones y discusión: Son escasos los estudios publicados para evaluar la seguridad de las FM. Por ello, se requiere una vigilancia más estrecha durante su administración para identificar posibles RAM desconocidas. La relación beneficio/riesgo de la loción fue favorable en la mayoría de nuestros pacientes, aunque la descripción de este caso nos alerta a realizar un seguimiento hospitalario y al alta de los pacientes tratados con esta FM.

Diseño de un Cuestionario para la Elaboración de un Mapa de Riesgos

CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS JUAN JAVIER Y PRADA PEÑA MARTINA.

Centro: Hospital de Valme

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Crear un cuestionario que facilite la elaboración de mapas de riesgos de los servicios clínicos.

Material y Método: 1. Revisión de la literatura publicada en relación con la elaboración de mapas de riesgos (National Patient Safety Agency).- 2. Consenso entre los profesionales encargados del diseño del cuestionario-

Resultados: El cuestionario incluye las siguientes preguntas:- A. Identifique los eventos de seguridad más frecuentes en su ámbito:- B. Clasifíquelos siguiendo la escala de riesgo que le presentamos a continuación. Para ello, escriba en la casilla que corresponda las palabras clave que identifiquen cada evento:- CONSECUENCIAS FRECUENCIA- Excepcional Poco probable Probable Frecuente Muy frecuente- Catastrófico - Grave - Moderada - Menor - Ninguna - *Catastrófico: muerte, daño irreversible en un órgano (p.e. pérdida de visión).- *Grave: incapacidad de larga duración, incremento en los días de hospitalización >15 días, baja laboral > 14 días, puede afectar a muchos pacientes a la vez.- *Moderada: incremento en los días de hospitalización 4-15 días, baja laboral 4-14 días, puede afectar a pocos pacientes a la vez. - *Menor: incremento en los días de hospitalización 1-3 días, baja laboral < 3 días.- *Ninguna: no genera baja laboral y se requiere una intervención mínima.- B. ¿Cuáles son las causas de estos eventos? Describa las causas para cada uno de los eventos que ha citado.- C. Proponga acciones de mejora que nos ayude a prevenir estos eventos.-

Conclusiones y discusión: No hemos encontrado herramientas que permitan la elaboración de mapas de riesgos de una forma estandarizada. La creación de un cuestionario único para elaborar mapas de riesgos facilita la realización de los mismos por parte de los servicios Clínicos y la comparación entre ellos.

PREVENCIÓN CUATERNARIA (PC) Y ENFERMERÍA

GORDO ORTEGA JOSEFA; ÁGUILA BARRANCO JOSÉ CARLOS Y MARTINEZ NOGUERAS RAFAEL.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: PC es el conjunto de actividades que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Cualquier actividad en salud comporta riesgo. La aplicación inadecuada de medidas preventivas puede desencadenar cascadas de acciones que generan un círculo vicioso dañino. Las medidas preventivas se dirigen generalmente sobre poblaciones sanas por tanto solo es aceptable un pequeño riesgo de sufrir eventos adversos.- **OBJETIVO-** Identificar el papel que la enfermería puede aportar al desarrollo de PC analizando los factores que inciden en la aparición de eventos adversos relacionados con las medidas de prevención para mejorar la seguridad de la población atendida-

Material y Método: Revisión Bibliográfica. Estrategia de búsqueda en PUBMED y CINAHL. Palabras claves: prevención cuaternaria, prevención, evento adverso, sobrediagnóstico, cascada diagnóstica, seguridad del paciente y enfermería-

Resultados: Del examen de los artículos se extraen los siguientes datos: no existe ningún artículo que detalle las actividades que pueda desarrollar la enfermería. El mayor conjunto de artículos sobre PC están realizados por profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria. Numerosas y populares actividades de prevención están inmersas en controversias. Existe mediatización para la realización de actividades de prevención en las que sólo se resaltan los aspectos positivos

Conclusiones y discusión: ·La introducción del concepto de factor de riesgo ha supuesto que gran parte del esfuerzo preventivo se centre sobre ellos mas que sobre los propios factores desencadenantes, aun cuando actuar sobre los factores no asegura que la enfermedad no aparezca.- ·Los eventos adversos mas importantes están en las actividades de prevención basados en cribados que puedan dar lugar a la aparición del proceso de cascada diagnóstica y terapéutica.- ·Los principales recursos para la prevención se dirigen hacia las inmunizaciones preventivas, quimioprevención y cribado.- ·Del análisis de la función propia de la enfermería, nuestras aportaciones pueden ir hacia:- ·Desarrollo competencial que permita autonomía de su función de cuidado dentro del marco de los principios de la bioética y seguridad del paciente.- ·Capacidad para orientar, informando de forma veraz los pros y contras de las medidas preventivas, reconociendo la capacidad de los individuos para gestionar su propia salud sin imposiciones- ·Formación en análisis y lectura crítica que permita emitir juicios independientes- ·Fomentar las medidas de autocuidado que tienen marcados y demostrados efectos en la prevención de la enfermedad (alimentación, ejercicios, estilos de vida, etc) sin eventos adversos conocidos- ·Recuperar el factor humano entre el personal sanitario y los usuarios del sistema de salud dedicando tiempo al diálogo, la empatía y la escucha activa.-

PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE CRONICO POLIMEDICADO: TRANSICION SEGURA DE ATENCION HOSPITALIZADA A ATENCION PRIMARIA

BELDA RUSTARAZO SUSANA; GONZALEZ GARCIA LORENA; GARCIA LIROLA M^aANGELES; GARCIA FERNANDEZ CRISTINA; GOMEZ PEÑA CELIA Y CABEZA BARRERA JOSE.

Centro: HU SAN CECILIO

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Describir la puesta en marcha de un programa de atención y seguimiento al paciente crónico polimedicado tras su paso de atención hospitalizada a atención primaria.

Material y Método: Programa llevado a cabo desde un hospital de segundo nivel junto con el distrito de atención primaria desde Abril de 2012. Los pacientes incluidos son aquellos ingresados en el servicio de medicina interna mayores de 65 años que tomen ≥ 4 medicamentos de forma crónica.- Transcurridas 24 horas del ingreso del paciente, el farmacéutico de hospital realiza la conciliación de su medicación, obteniendo la historia farmacoterapéutica completa y consultando las discrepancias con el prescriptor. Antes de producirse el alta, el farmacéutico se entrevista con el paciente proporcionándole información de forma oral y escrita sobre su tratamiento crónico y sobre el nuevo prescrito, la indicación de la medicación, la pauta posológica, la forma de administración, los efectos adversos frecuentes y la duración del tratamiento, incluyendo un plan de horarios de administración. - Con el objetivo de prevenir, detectar y resolver los posibles problemas relacionado con la medicación el farmacéutico de atención primaria junto con el de hospital estudian el caso clínico de cada paciente realizando 2 acciones: - Remisión al médico de primaria de un informe con la historia farmacoterapéutica completa del paciente así como recomendaciones sobre interacciones, ajuste posológico en insuficiencia renal y prescripciones potencialmente inadecuadas.- Comunicación telefónica con el paciente transcurridos 7 días del alta para conocer la adherencia al tratamiento o aparición problemas relacionados con la medicación. -

Resultados: La conciliación al ingreso se realizó en 58 pacientes (40% mujeres). La edad media fue 80,4 años. El consumo medio de medicamentos al ingreso fue de 10,6 (6-15). El 68,9% (n=40) de los pacientes presentó al menos una discrepancia no justificada detectándose un total de 111 discrepancias no justificadas de las cuales: 86% fueron omisiones, 6% diferente vía, dosis o pauta del medicamento, el 4% prescripción de diferente medicamento, el 1% duplicidad y el 0,4% inicio de medicación no justificado. El 75% de las intervenciones farmacéuticas realizadas fueron aceptadas.- Respecto a la conciliación al alta, se realizó en 33 pacientes a los que se les dio información oral y escrita sobre su tratamiento, dosis, pauta posológica, etc. El 30,3% (n=10) presentaron al menos una discrepancia no justificada detectándose en total 14 discrepancias no justificadas. De ellas, el 71,4% (10) fueron omisiones y el 28,5% (14) fueron errores de dosis de los cuales 3 fueron casos de sobredosificación.-

Conclusiones y discusión: Mediante este programa enfocado al paciente polimedicado se pretende educar en el uso racional de los medicamentos así como favorecer la adherencia terapéutica y prevenir posibles problemas derivados de estos tratamientos, incrementando de esta forma, la efectividad y la eficiencia del Sistema de Salud.

“SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN EL C.H.TORRECÁRDENAS”

LÓPEZ GARCÍA JUSTA; ROBLES AGUILERA CONSUELO Y ANTÓN MOLINA FRANCISCA.

Centro: Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Evaluar el grado de implantación del Procedimiento de Identificación- Conocer el nivel de conocimientos de los profesionales sobre el Procedimiento de Identificación y expectativas- Comprobar el grado de aplicación del procedimiento en las distintas Unidades- Identificar áreas de mejora en la aplicación del Procedimiento-

Material y Método: Observación directa de pacientes ingresados para comprobar si portan la pulsera identificativa y si los datos eran correctos. Se diseñó una plantilla de recogida de datos para aplicar en todas las Unidades al mismo tiempo- Distribución y análisis de encuestas entre los implicados en el Procedimiento: sanitarios, administrativos y celadores Se diseñaron tres modelos de encuesta con preguntas relacionadas sobre el contenido y modo de aplicación, así como sugerencias de mejora.-

Resultados: El 18 de abril se recogieron los datos resultando lo siguiente: pacientes observados 526, el 78.71% ingresó por Urgencias, el 21.29% fueron programados. El 27.05% de urgentes y el 94.64 de programados portaba la pulsera identificativa. En resumen, de los pacientes del Centro: el 41.44% de estaba identificado y el 58.55% no. El 99.08% de las pulseras contenían datos correctos- Se realizaron 752 encuestas, 693 eran personal sanitario, 52 celadores y 7 administrativos. El 89% de sanitarios, el 80% de celadores y el 100% de administrativos dispone y conoce el contenido del Procedimiento. A las preguntas para evaluar su aplicación se obtuvieron los siguientes porcentajes, el 65% de sanitarios, el 50% de celadores y el 100% de administrativos lo aplica correctamente. A un 100% de administrativos y un 65% de sanitarios y celadores les parece útil el procedimiento de identificación, recibiendo sugerencias relacionadas con la ampliación de la información y mejora del material de la pulsera de identificación-

Conclusiones y discusión: Se observó que los pacientes provenientes de urgencias estaban identificados en un porcentaje mejorable, a diferencia de los programados en los que todos portaban su identificación. Tras el análisis de las causas de este resultado, hemos detectado áreas de mejora relacionadas con la dotación y funcionamiento del sistema de impresión de las pulseras en Urgencias- La corrección de los datos de identificación de las pulseras, es un dato muy positivo respecto a la fidelidad de la identificación en nuestro Centro- Según la encuesta a profesionales, y aunque el nivel de difusión del Procedimiento arroja resultados aceptables, hay Unidades donde los porcentajes han sido inferiores, precisando intensificar en ellas las estrategias de difusión. Así mismo el grado de aplicación es variable de unos colectivos a otros, siendo preciso reforzar las actuaciones de concienciación en estrategias de seguridad en estos profesionales- Se pretende repetir este seguimiento tras haber puesto en marcha las distintas actuaciones de mejora establecidas con el fin de analizar su impacto y el objetivo de seguir mejorando en Seguridad del Paciente en nuestro Centro Hospitalario- -

USO DE OPIOIDES EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA DURANTE UN PERÍODO DE 18 MESES.

ORELLANA CARRASCO RODRIGO; ZÁJARA PORRAS MILAGROSA; MARTÍN MARTÍN REMEDIOS;
PÉREZ-MONTAUT MERINO IGNACIO; ÁLVAREZ FERNÁNDEZ ALEJANDRO Y BÁEZ CABEZA ANTONIO.

Centro: CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DE ALCÁNTARA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: A fin de establecer unas bases sólidas de adecuación terapéutica para aumentar la calidad y eficacia en la atención sanitaria basada en la seguridad del paciente, nos proponemos averiguar la utilización de opioides extrahospitalario dentro de nuestra Unidad.

Material y Método: Revisión del formulario de uso de opioides desde enero 2011 a julio 2012, de obligatorio cumplimiento.- Con el resguardo para la restitución al stock de un nuevo vial, constatamos el arquetipo de fármaco elegido, patología indicada, fecha de administración y nombre y dos apellidos del facultativo prescriptor, con su número de colegiado o C.N.P., como medio cifrado para consignación en documento normalizado.-

Resultados: Durante 18 meses estudio de revisión, se han administrado 374 ampollas, 210 de hidrocloruro de petidina, 119 de morfina hidrocloruro 1% y 45 de fentanilo.- El 62% de la morfina usada ha sido en pacientes en el ámbito de una enfermedad en situación terminal, 17,65% en edemas agudo de pulmón, 8,4% en fracturas y luxaciones y 5% en SCACEST (el 83% de cara inferior).- El 88,9% del fentanilo en patología traumatológica, siendo el porcentaje más alto las fracturas de cadera, pero también luxaciones de hombro, rodilla, cadera y rótula y fracturas de tibia, rodilla, clavícula, escafoides, tobillo, pelvis y costal.- La patología prínceps de la meperidina ha sido la crisis renoureteral con un 34%, 20% en paciente oncológico, 16,7% en abdominalgias incluyendo pancreatitis, cólico biliar, suboclusión intestinal, dolores abdominales inespecíficos con remisión posterior al Hospital, dolor ovárico y hernia encarcelada, 6,7% en migrañas, 6,2% en trauma, 4,28% en ciáticas, 2,86% en odontalgias, 1,9% en SCACEST, 0,95% en fisura anal-crisis hemorroidal, 0,48% en neuralgia del trigémino y 0,48% (sólo un caso) en una picadura de pez araña.-

Conclusiones y discusión: - La morfina es poco liposoluble, tardando más tiempo en alcanzar el efecto máximo. Produce vasodilatación, pudiendo provocar hipotensión severa. Es muy útil en el tratamiento del EAP.- La meperidina es diez veces menos potente que la morfina, pero más liposoluble y por su acción vagolítica es el analgésico de elección en IAM inferior y de ventrículo derecho.- - El fentanilo es menos sedante que la morfina, pero unas 80 veces más potente que la morfina y con menos efectos secundarios. Es muy lipofílico, con un efecto máximo a los 4-5 minutos. Los efectos hemodinámicos son escasos.- - En el politraumatizado es importante que una vez se haya estabilizado al enfermo, se instaure cuanto antes una analgesia suficiente.- - Destacar el alto porcentaje de cloruro de morfina que hemos administrado en los SCACEST, cuando teóricamente el de elección sigue siendo el hidrocloruro de petidina.- - Es destacable también la necesidad de aumento de prescripción de opiáceos por parte de los Médicos de Atención Primaria en pacientes en fase terminal.- - Son fármacos indispensables en Urgencias de Atención Primaria por su eficacia, seguridad y potencial reversibilidad (naloxona).-

ERRORES DE DOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

GONZÁLEZ BENÍTEZ MARÍA ÁNGELES; GODOY GUERRERO MONTSERRAT; LUQUE AMADO CAROLINA; RUZ ZAFRA AURORA; ALBARRACIN ARRAIGOSA ANTONIO Y RUIZ CANTERO ALBERTO.

Centro: HOSPITAL LA SERRANIA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Determinar la prevalencia de insuficiencia renal al ingreso en los pacientes ingresados en Medicina Interna y valorar si la prescripción de fármacos estaba correctamente ajustada a la función renal.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo incluyendo a los pacientes ingresados por cualquier causa en la UGC de Medicina Interna del Hospital de La Serranía (Ronda) en ocho cortes transversales. Se definió insuficiencia renal como filtrado glomerular (calculado mediante la fórmula MDRD) menor a 60 ml/min/1.73m². Las variables analizadas fueron: sexo, edad, creatinina sérica al ingreso, filtrado glomerular al ingreso e insuficiencia renal. Entre los pacientes con filtrado glomerular menor a 60 se recogió además la siguiente información: número de fármacos prescritos al ingreso, si se habían prescrito fármacos que precisan ajuste de dosis en insuficiencia renal, si había errores de dosificación ajustada por función renal, número de errores de dosificación y en qué fármacos se habían producido dichos errores. Se resumieron las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar (mediana y rango intercuartílico en las variables asimétricas) y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se realizó mediante el programa R versión 2.15.0.

Resultados: Fueron incluidos un total de 301 pacientes (133 mujeres, 44.2%), con una mediana de edad de 73 años (60, 80). La mediana creatinina sérica al ingreso fue de 1,12 mg/dl (0.9, 1.5). La media de filtrado glomerular al ingreso fue 60.60; 26.05 ml/min/1.73m². Presentaban insuficiencia renal al ingreso 151 pacientes (50.2%), 43 de ellos con filtrado glomerular por debajo de 30. Entre los pacientes con insuficiencia renal, la mediana de fármacos prescritos fue de 8 (6, 10). Se prescribieron fármacos que precisaban ajuste de dosis en 115 casos (76.5%), con dosis excesivas de fármacos (ajustada por función renal) en 48 casos (32%), detectándose un total de 63 errores de dosificación (con una mediana de un error por paciente y un máximo de 4 errores por paciente). Los fármacos implicados en los errores de dosificación fueron, en orden de frecuencia: enoxaparina 28 casos (18.7%), antibióticos 13 (8.7%), antieméticos 11 (7.3%), espirolactona 5 (3.3%), digoxina 2 (1.3%) y otros errores aislados (ranitidina, memantina, anti-retroviral).

Conclusiones y discusión: La insuficiencia renal es un problema frecuente entre los pacientes ingresados en Medicina Interna. Se detectaron errores de dosificación, por exceso de dosis, en uno de cada tres pacientes con insuficiencia renal. El error más frecuente fue el exceso de dosis de enoxaparina, con el consiguiente riesgo de complicaciones hemorrágicas. Tras obtener estos datos, se planteó una sesión informativa en nuestro Servicio, con especial hincapié en el ajuste de dosificación de enoxaparina, para prevenir errores en el futuro. La vigilancia de los errores de medicación es fundamental mejorar la seguridad del paciente en nuestro centro.

Seguridad del paciente Pediátrico: Identificación de alergias por colores.

LOBO DÍAZ ISABEL.

Centro: Hospital de Ríotinto

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: 2.- OBJETIVOS:- Generales:- 1. Detección y control de pacientes infantiles con Alergias .- - Específicos: - 1.- Clasificación de alergias comunes y asignación de colores.- -

Material y Método: 3.- CONTENIDOS:- - Conocimientos generales sobre los tipos de alergias más habituales en niños.- - Identificación de los pacientes durante la estancia hospitalaria- - Asignación de colores a los diferentes tipos.- - 4.- METODOLOGÍA:- - Entrevistas Clínicas para la Valoración Integral de los pacientes.- - Colocación individual de pulseras.-

Resultados: Trabajo en desarrollo, sin poder presentar resultados

Conclusiones y discusión: Hablamos de seguridad del paciente cuando podemos asegurar que los tratamientos y cuidados que reciben no les suponen ningún daño, lesión o complicación más allá de las derivadas de la evolución natural de la propia enfermedad que padezcan, y las necesarias y justificadas para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad.- A veces los pacientes pueden sufrir alguna complicación en su evolución, por falta de identificación de los riesgos. Esta falta de identificación de riesgos puede alterar la evolución favorable del paciente con diferentes grados de importancia y gravedad (conocido por eventos adversos).- Esto nos motiva a plantearnos este proyecto de identificación de riesgos relativos a las alergias infantiles durante su estancia hospitalaria.- Pendiente de conclusiones y discusión

ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGO EN LA UGC DE SALUD BUCODENTAL: ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

VELA CERERO CARLOS JESÚS; VISUERTE SÁNCHEZ JOSÉ MANUEL; GALANTE JIMÉNEZ MARÍA; PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL Y FORJA PAJARES CENTRO: UGC SALUD BUCODENTAL

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: OBJETIVOS DEL MAPA DE RIESGO:- General: Garantizar la seguridad de nuestros pacientes, mejorando la calidad de la asistencia y disminuyendo la incidencia de daños accidentables atribuibles a nuestros cuidados.- Específicos: Disponer de una herramienta que facilite a la UGC, una adecuada administración de los riesgos y fomentar que los profesionales de la UGC, busquen y apliquen acciones de control, encaminadas a prevenirlos.-

Material y Método: METODOLOGÍA UTILIZADA PARA SU ELABORACIÓN- 1.- Fase cognoscitiva: Conocer los factores de riesgo a los que puedan estar expuestos nuestros pacientes. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar. Cronograma de trabajo y reuniones. Análisis de la situación de la UGC. Elaboración de un primer listado de riesgos.- 2.- Fase analítica: Analizar datos obtenidos en la fase anterior, fijando prioridades de intervención. Primer listado de riesgos. Listado definitivo. Elaboración de los diferentes "Análisis de modos de fallo y sus efectos" (AMFE).- 3.- Fase de intervención: Cómo llevar a la práctica los planes de intervención programados. Registro de "acciones recomendadas" y "acciones tomadas o a tomar" para prevenir y/o evitar los diferentes modos de fallo.- 4.- Fase de evaluación: Analizar resultados de las acciones llevadas a cabo. Creación de un Comité de Seguridad en la UGC, con reuniones trimestrales. Vigilancia del estado de las acciones, así como de las dificultades encontradas para su cumplimiento.-

Resultados: EVENTOS ADVERSOS ESTUDIADOS Y MEDIDAS TOMADAS PARA PREVENIRLOS- - Caídas- Implementación procedimiento "Prevención de Caídas".- - Errores derivados del uso de medicación- Comprobación diaria de prescripciones. Atención al prescribir.- Confirmación ante letra ilegible. - Adecuadas medidas de identificación y almacenaje. Identificación de la medicación administrada. - Errores derivados de la falta de comunicación.- Correcta identificación de los profesionales. Personalización de la atención.- Adecuada cumplimentación de registros. Reuniones mensuales.- - Identificación inequívoca del paciente.- Aplicación del procedimiento "Identificación de pacientes".- - Demoras en citas de consultas- Evitar anulación de consultas. Ajustar hora de comienzo- -Infecciones nosocomiales.- Obtención del distintivo Manos Seguras.-

Conclusiones y discusión: La elaboración de este Plan de Seguridad o Mapa de Riesgos, nos ha permitido:- - Ser conscientes de los riesgos a los que pueden estar expuestos nuestros pacientes.- - Programar intervenciones que hagan más segura nuestra práctica clínica.- Todo ello, se traduce en una MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.-

EL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN LA MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SORIANO CARRASCOSA LETICIA; MOLINA GARCÍA MARÍA VICTORIA Y SABATEL GÓMEZ-ROMÁN JOSÉ LUIS.

Centro: C.S. Góngora

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Aplicar un análisis causa raíz (ACR) a un incidente. Identificar la causa y proponer acciones para evitar o minimizar el riesgo de eventos similares

Material y Método: En septiembre de 2011, un facultativo del centro atiende a una paciente perteneciente a otro cupo para valorar un análisis que previamente se le había entregado un profesional del SAC. Al valorar el análisis, la cifra de Hemoglobina era 7,2, y viendo el historial clínico registrado en Historia Digital, la médico suplente lo deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración y transfusión en su caso. Tras realizarle en el hospital un nuevo control de hemoglobina, -de urgencias- esta presentó resultados normales. Devuelven a la paciente al Centro de Salud y entonces se comprueba que la analítica valorada en el Centro de Salud tenía fecha Enero 2011.- Metodología: El análisis Causa-Raíz (RCA) es un método de resolución de problemas dirigido a identificar las causas o acontecimientos que lo provocan. Al dirigir las medidas correctivas a las causas primarias, se minimiza la probabilidad de ocurra un evento similar. La RCA es usada como una herramienta de mejora continua. Se estructuró la investigación del incidente, realizando el análisis Causa-Raíz conectándolo con tres preguntas básicas: ¿Cuál es el problema?, ¿Por qué ocurrió?, ¿Qué se hará para prevenirlo-

Resultados: A la pregunta ¿Cuál es el problema?: hay DOS CAUSAS por una parte el profesional del SAC, que le dió la analítica a la paciente no miró la fecha, ni si había más analíticas del mismo paciente. Por otra parte el médico cuando interpretó el análisis, tampoco miró la fecha. ¿Por qué ocurrió?: porque el profesional del SAU, era nuevo y nadie le dió instrucciones al respecto. ¿Por qué le ocurrió al facultativo?: Porque al no ser su paciente no tenía la carpetas con las analíticas del otro médico, y no pudo ser él mismo quien seleccionara la analítica. Por protocolo si falta un médico se le adelantaban las analíticas en el SAU, antes de entrar en la consulta. ¿Qué se hará para prevenirlo?: Sesión formativa al equipo y de forma especial al SAC de que antes de entregar un documento deben comprobar: a) Su identidad b) Verificar que no hay más análisis a nombre del solicitante c) Verificar fecha de la analítica . Y Remitir, el caso al Comité de Seguridad de la Unidad Clínica que realiza análisis Causa Raíz del acontecimiento adverso. Se programa sesión clínica en Septiembre se acuerda que los MAP revisen cada dos meses sus carpetas de analíticas y descarten los análisis fechados de mas de dos meses de antigüedad

Conclusiones y discusión: 1. El análisis Causa-Raíz (RCA) permite establecer medidas correctoras de las causas primarias, disminuyendo la probabilidad de repetición del problema.- 2.La causa primaria de este incidente fué que no había un Plan de Formación al equipo del centro, sobre la importancia y responsabilidad de la identificación correcta de pacientes y pruebas realizadas- 3. Generalmente hay más de una causa en un determinado problema.

IMPACTO PERCIBIDO DE LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES CLÍNICAS SOBRE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REYES ALCÁZAR VÍCTOR; CARRASCO PERALTA JOSÉ ANTONIO Y HERRERA-USAGRE MANUEL.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Analizar el impacto percibido por profesionales sanitarios que han experimentado la acreditación de su Unidad de Gestión Clínica (UGC), sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Material y Método: A través de entrevistas cualitativas semi-estructuradas a 47 profesionales de 10 UGC certificadas en diferentes provincias andaluzas se recogió información sobre los cambios percibidos tras la certificación de su UGC. Se realizó un análisis de los registros de las entrevistas basado en la estrategia de la Grounded Theory o Teoría Fundamentada. Para el análisis de los textos y su codificación se utilizó el software Atlas.Ti en su versión 6.

Resultados: Al contrario de otros aspectos tratados las entrevistas –como cambios observados en la comunicación e información al paciente, cambios organizativos internos, en los resultados asistenciales, etc.- en el caso de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, los profesionales encuentran un consenso casi absoluto sobre las mejoras observadas en la cultura de la seguridad del paciente de la Unidad.- El esfuerzo invertido en la seguridad del paciente se asocia a: - •una efectiva reducción de los riesgos y eventos adversos; - •una correcta identificación del paciente; - •una relación más sincera con los familiares y pacientes; - •un mayor compromiso y sensibilidad del profesional; - •una mejora de las dinámicas organizacionales; - •el registro; - •y otros aspectos como mejoras en la intimidad del paciente y en el clima laboral. - Los cambios son aquí percibidos con mayor nitidez, identificando acciones concretas de cada especialidad que, tras la acreditación, reducen y, en algunos casos, eliminan los riesgos. La prescripción de los medicamentos es percibida de un modo más seguro dado que los estándares obligan a la identificación efectiva de los pacientes.-

Conclusiones y discusión: Las mejoras en la cultura de la seguridad del paciente tienen una faceta multidimensional y transversal a todos los profesionales, independientemente de la especialidad o el rol que ejerzan. Bien es cierto, que no se han confirmado esas mejoras en los indicadores de seguridad del paciente, pero un gran número de los entrevistados así lo perciben. Estudios que confirmen esa dinámica de mejora se hacen pues necesarios.

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ACETATO DE ABIRATERONA EN CÁNCER DE PROSTÁTA METASTÁSICO POR USO COMPASIVO.

LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA MARGARITA; ROMERO HERNÁNDEZ IRENE; OBEL GIL LOURDES; RODRÍGUEZ MATEOS M^a EUGENIA; RODRÍGUEZ CAMACHO JUAN MANUEL Y BULO CONCELLÓN ROCÍO.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Analizar la eficacia y seguridad de acetato de abiraterona en adenocarcinoma de próstata estadio IV, por uso compasivo.- -

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata metastático que habían progresado a terapia de privación de andrógenos y docetaxel, y con un ECOG <2, tratados con acetato de abiraterona previa autorización por uso compasivo.- Se recogieron los siguientes datos demográficos, farmacoterapéuticos y clínicos: edad, valor PSA previo inicio de tratamiento con acetato de abiraterona y a las 12 semanas, líneas previas de tratamiento, ECOG, reacciones adversas y progresión ósea mediante gammagrafía; a partir del programa Oncowin® y la Historia de Salud Única Digital (Diraya®). La toxicidad se evaluó de acuerdo con la Common Toxicity Criteria 3.0. Para evaluar la eficacia se midieron como variables el tiempo hasta progresión y la respuesta al tratamiento. Definiéndose la respuesta completa como el valor del PSA mayor o igual a un descenso de un 50% a las 12 semanas del valor inicial y ausencia de progresión ósea; respuesta parcial: disminución del valor de PSA: 30-50% y ausencia de progresión ósea; y no respuesta: aumento y/o disminución del PSA<30% y/o progresión ósea.- - -

Resultados: Se trataron con acetato de abiraterona y prednisona/prednisolona vía oral tres pacientes, con una mediana de edad de 68 años. Todos presentaron un ECOG de 0-1. A la fecha de análisis los tres pacientes mostraron progresión radiológica, dos de ellos a las 12 semanas de iniciar el tratamiento con abiraterona, y el tercero a los nueve meses de inicio. Dos de los pacientes no obtuvieron respuesta según los criterios establecidos, y en uno se objetivó respuesta completa. Uno de los pacientes mostró diarrea, astenia, vómitos alimenticios y cefalea de grado 1.

Conclusiones y discusión: El cáncer de próstata es el tercer tumor más frecuente en varones españoles y su incidencia aumenta con la edad. El objetivo del tratamiento farmacológico en el cáncer de próstata metastático es paliativo, buscándose incremento de supervivencia con calidad de vida. No existe un tratamiento estándar tras la quimioterapia de primera línea, actualmente existen dos medicamentos cabazitaxel y acetato de abiraterona, o en algunos casos volver a tratar con docetaxel. Abiraterona ha demostrado su superioridad frente a placebo aumentando la supervivencia global de los pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración y que han progresado a docetaxel, obteniendo una HR de 0,65 (0,54-0,77) 14,8 meses vs 10,9 meses.- Los resultados en términos de respuesta obtenidos en nuestros pacientes han sido inferiores al ensayo pivotal, pero debido al reducido tamaño de la muestra no podemos determinar su validez en la población real, siendo necesario la ampliación del estudio con un mayor número de pacientes.- El tratamiento con acetato de abiraterona y prednisona/prednisolona fue bien tolerado sin efectos adversos graves que obligaran a su suspensión.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CIDOFOVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE VÍA INTRALESIONAL

LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA MARGARITA; RODRÍGUEZ MATEOS M^a EUGENIA; RODRÍGUEZ CAMACHO JUAN MANUEL; FERNÁNDEZ ANGUIA M^a JOSÉ; OBEL GIL LOURDES Y MANZANO MARTIN M^a VICTORIA.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Evaluar la eficacia y seguridad de cidofovir intralesional postcirugía láser CO2 en papilomatosis laríngea, indicación fuera de ficha técnica, a propósito de un caso.-

Material y Método: Mujer de 78 años que ha sido sometida en cuatro ocasiones de microcirugía endolaríngea con láser CO2 por papilomatosis respiratoria recurrente en el último año. Febrero de 2012 se solicita a la Comisión de Farmacia Permanente la utilización fuera de ficha técnica de cidofovir intralesional como terapia adyuvante. Tras su autorización la paciente recibió tres inyecciones: febrero 2012: microcirugía endolaríngea con láser CO2 e infiltración de cidofovir 2,5mg/mL (6 mL) en varias zonas laríngeas. Abril 2012: mediante visión con fibroendoscopio flexible se realiza instilación de cidofovir 7,5 mg/mL (3 mL). Julio 2012: microcirugía e inyección de cidofovir intralesional (3 mg) en 5 pequeñas lesiones.- -

Resultados: La paciente no ha presentado reacciones adversas destacadas y se ha conseguido disminuir el número y grado de evolución de las lesiones previas, así como el número de intervenciones quirúrgicas requeridas al año.

Conclusiones y discusión: La administración de cidofovir intralesional, en nuestro caso, ha sido eficaz y seguro. Es necesario ampliar el número de casos y el tiempo de seguimiento para confirmar la efectividad y seguridad observadas, y establecer el número y la dosis efectiva de cidofovir adyuvante.- DISCUSIÓN: El tratamiento de elección es la resección quirúrgica mediante láser CO2, aunque se calcula que un 10% de los pacientes van a requerir la realización de una terapia adyuvante como interferón, terapia fotodinámica, indol-3-carbinol y antiviricos como ribavirina, aciclovir o cidofovir. La utilización de cidofovir intralesional postcirugía láser CO2 en papilomatosis laríngea no está indicada en ficha técnica. En enero de 2011, el laboratorio fabricante realizó un comunicado referente a los efectos adversos (neurotoxicidad, neutropenia, oncogenicidad algunas múltiples) de cidofovir derivados de su uso fuera de ficha técnica, sin especificar la gravedad de las complicaciones registradas ni las indicaciones ni la vía de administración utilizada. El procedimiento quirúrgico presenta inconvenientes como la necesidad de anestesia general y la posibilidad de producir lesiones en el ligamento vocal que conduzcan a alteraciones en la fonación. La evidencia científica que sustenta el uso de cidofovir se resume en series de casos y casos, no hallándose ningún ensayo clínico con significación estadística que compare cidofovir adyuvante y placebo. En algunos estudios se notifica éxito terapéutico con remisión completa o parcial de las lesiones papilomatosas, sin efectos adversos relevantes a corto plazo. En nuestro caso la administración de tres dosis de 15 mg, 22,5 mg y 3 mg a diferente concentración (2,5-7,5 mg/mL) distribuidas por las lesiones papilomatosas ha conseguido remisión completa.

VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES CRÓNICOS. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL COMARCAL AXARQUÍA.

DE TORRES GARCÍA MARIA JOSÉ; VÁZQUEZ CERVILLA MARIA CAYETANA; VÍAS MARTÍNEZ YOLANDA; BAENA RUIZ M^a CARMEN Y CAMPOS MADRONA M^a JOSÉ.

Centro: HC Axarquía

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: El neumococo es un colonizador habitual de las vías respiratorias humanas desde donde se disemina por vía aérea o por contacto con objetos recientemente contaminados. Puede causar enfermedad invasiva, siendo los pacientes con enfermedades crónicas más susceptibles a padecerla y también a beneficiarse de la capacidad protectora de la vacuna.- 1.- Identificar pacientes crónicos susceptibles de vacunación.- 2.- Inmunizar correctamente a la población identificada.- 3.- Registrar de forma individualizada la vacunación, la patología concurrente y la procedencia de la derivación.

Material y Método: Se utiliza la vacuna antineumocócica 23-valente que incluye el 90% de serotipos causantes de infecciones.- Se administra vía IM ó SC en el deltoides.- Los susceptibles proceden de: Servicios hospitalarios, Vigilancia de la Salud y de Atención Primaria.- El procedimiento consiste en: Valoración individualizada de pauta y dosis, apertura de ficha, administración, registro y mecanización.

Resultados: Desde 1991 a 2011 se han administrado 1585 dosis. 1489 corresponden a los años 2001-2011.- Dos aumentos importantes: 2001 por incorporación de nuevo facultativo preventivista y 2009 al formar parte del proceso EPOC.- Los pacientes proceden: 40% de digestivo; 36,5% de neumología; 27,7% de M.I; 7,7% de cirugía.- Las patologías crónicas inmunizadas son: hepatopatías, diabetes, cardiovasculares, EPOC, tabaquismo, VIH, esplenectomizados.- 60% de inmunodeprimidos frente al 33,4% de inmunocompetentes.- Mayores de 65 años en 28,5% y 16,8% con neumonías previas.

Conclusiones y discusión: La estrategia vacunal comienza minoritariamente en 1991 porque la vacuna era de importación extranjera. Aumenta en 2002 con el cambio de facultativo produciéndose las primeras revacunaciones en 2006 según pauta del momento.- Desde 2009 forma parte del proceso EPOC del SAS.- Se conocen mejor las indicaciones de vacunación por los facultativos, se comercializa la vacuna en España y aumenta la derivación de pacientes a Medicina Preventiva a partir de 2001.- Se han revacunado el 46% de los pacientes incluidos en el programa.- Servicios de digestivo y neumología son líderes en derivaciones.- El 95% de los pacientes crónicos inmunizados no son sanitarios.- Medicina Preventiva se consolida como referente de las inmunizaciones del área de gestión sanitaria y se encarga de toda la logística vacunal

PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

LAGUNA PARRAS JUAN MANUEL; JOVER CASAS JOSÉ MARÍA; CARRASCOSA GARCÍA MARÍA ISABEL; GÓMEZ GALVÉZ VICTORIA FUENSANTA; SORIANO PÉREZ ANGELA MARÍA Y NUEVO LARA EMILIANO A..

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: •Garantizar la seguridad de los pacientes que van a ser intervenidos.- •Obtener el distintivo de “Prácticas Seguras en Cirugía” otorgado por la ACSA.-

Material y Método: Las complicaciones perioperatorias son una de las tres causas más comunes de eventos adversos según se pone de manifiesto en el estudio ENEAS. A pesar de que muchos eventos relacionados con estos procedimientos son difíciles de evitar, se han ensayado acciones capaces de reducir algunos de ellos.- Estas actuaciones se relacionan con el segundo reto mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: La cirugía segura salva vidas.- En 2009 se inició la implementación de un listado de verificación de seguridad quirúrgica de acuerdo con el proyecto de la OMS. Éste se configuró como una herramienta que tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo, haciendo partícipe al usuario de su propia seguridad.- Se realizó un análisis en profundidad sobre el cumplimiento de las recomendaciones claves de la OMS, que se centraron en aspectos como la constitución de un grupo de trabajo para el desarrollo de las labores de implementación, la planificación de las actividades de formación necesarias para la puesta en marcha del listado de verificación, así como la implantación de mecanismos que permitieran conocer el grado de cumplimiento de esta iniciativa y establecer los planes de mejora pertinentes orientados a la mejora continua.

Resultados: Los profesionales del bloque quirúrgico han sido formados en materia de seguridad del paciente, capacitándolos para la correcta notificación de situaciones de riesgo, la aplicación del listado de verificación quirúrgica, así como en otras estrategias en seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico.- Actualmente, todas las operaciones de cirugía, ya sean de cirugía mayor o ambulatoria, siguen este protocolo de actuación que redundará en una mayor calidad de la atención sanitaria.- El hospital ha recibido este año 2012 el distintivo “Prácticas Seguras en Cirugía” concedido por la ACSA, proponiéndose además la consideración de centro mentor dado el nivel de cumplimiento alcanzado.

Conclusiones y discusión: El reconocimiento reconoce a aquellos centros del SSPA que han implantado acciones de mejora de la seguridad en sus quirófanos, así como la correcta implantación del listado de verificación quirúrgica, como práctica orientada a mejorar la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica.

BROTE NOSOCOMIAL DE SARM EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS. HIGIENE DE MANOS.

MORENO ÁLVAREZ MARÍA DEL MAR; RUIZ CAYUSO PILAR Y SILLERO BORRAS BELEN.

Centro: UGC Dr. Cayetano Roldan

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: 1. Disminuir la incidencia de SARM (Estafilococo aureus meticilin resistente) en los pacientes institucionalizados y control de la infección.- 2. Conocer las intervenciones o el conjunto de intervenciones más adecuadas para controlar la infección.- 3. Cambio de conducta entre los profesionales, conseguir la adherencia en la práctica de higiene de manos.

Material y Método: Se realiza un estudio transversal en una residencia geriátrica ubicada en nuestra área de influencia. - A partir de un brote epidémico, 5 pacientes, de dicha población, infectados por SAMR. Periodo de estudio desde noviembre de 2011 hasta agosto de 2012.- Se realiza una recogida de muestras a todos los pacientes con deterioro de la integridad de la piel ya sea con úlceras por presión y/o heridas quirúrgicas. Con nivel de dependencia alto.- Las muestras se recogen en todos los casos de fosas nasales, axilas, inglés y heridas.- Se considera paciente infectados-colonizados, con cualquier cultivo positivo a SARM.- Método: revisión de protocolos para SARM de los Hospitales Puerta del Mar, y de Jerez y del Distrito Bahía de Cádiz-la Janda.- Selección de intervenciones a realizar: Aislamiento de infectados-colonizados.- Taller formativo sobre higiene de manos.- Dotación de solución hidroalcohólica para las habitaciones de todos los residentes. - Recogida de muestras de posibles portadores.- Recogida de muestras de los profesionales sanitarios en contacto con los residentes.- Descolonización de los afectados.-

Resultados: Se realiza recogida de muestras a los 29 pacientes con deterioro de la integridad de la piel. De los cuales 13 pacientes están colonizados en algunos de las regiones estudiadas, se hace un seguimiento a dichos pacientes, con aislamiento, descolonización y seguimiento semanal.- Durante el periodo se producen 5 exitus.- Recogida de muestras a portadores sanos: 40 profesionales sanitarios en contacto con los residentes.- 14 profesionales sanitarios están contaminados con SARM, se reúne para información y refuerzo en medidas preventivas.- Todos los pacientes colonizados se han negativizado después de tres cultivos, en tres semanas consecutivas, en todos los puntos y no se han producido mas casos.- Los profesionales durante el periodo de estudio han adquirido el hábito de la higiene de manos en los cinco momentos y el uso de la solución hidroalcohólica.

Conclusiones y discusión: La transmisión nosocomial del SAMR, se produce fundamentalmente, a través de las manos del personal sanitario y, en menor grado por la contaminación de superficies y/o material sanitario. El uso de protocolos específicos consigue la descolonización del paciente usando gran cantidad de recursos.- Sabemos que estas infecciones están relacionadas con prácticas inapropiadas de cuidados a los pacientes y la mejora de estas prácticas implica con frecuencia la modificación de las conductas del personal sanitario, este cambio de hábitos es un desafío crucial para el control de la infección por SARM y lograr de forma eficiente la prevención de la infecciones cruzadas.-

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

LAGUNA PARRAS JUAN MANUEL; PÉREZ CRUZ MARGARITA; CRUZ CALDERÓN ROSARIO; LUQUE BARONA RAFAEL; GODOY CHICLANA MARÍA JOSÉ Y JOVER CASAS JOSÉ MARÍA.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: •Garantizar la seguridad de los pacientes que sufren un estado de agitación psicomotriz y/o conducta disruptiva.- •Disminuir la variabilidad de actuación de los profesionales implicados.-

Material y Método: Los estados de agitación psicomotriz y las conductas disruptivas son situaciones que se pueden presentar en cualquier unidad del hospital. El equipo terapéutico debe orientar sus intervenciones a proteger a la persona agitada y quiénes le rodean en el momento de la agitación y procurar un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico.- En marzo de 2011 se plantea en la Comisión de Seguridad del Paciente la necesidad de protocolizar la actuación de los profesionales en estos casos, ya que si bien en la unidad de salud mental existen unas directrices para ello, no ocurre lo mismo en el resto del hospital. Se forma un grupo de trabajo multidisciplinar, que tomando como base el protocolo de contención mecánica del programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud se encarga de la elaboración del protocolo. El grupo se reunió tres veces durante el año 2011, siendo asesorado por el Comité de Ética Asistencial de Jaén-Sur.

Resultados: En abril de 2012 se presenta y aprueba el protocolo de contención por parte de la Comisión de Seguridad del Paciente, entrando en vigor en junio de este mismo año. El documento recoge los aspectos legales y éticos relacionados con la contención, así como una descripción pormenorizada de las diferentes fases de la contención, su registro y cuidados. Recoge en uno de los anexos todos los materiales que se pueden usar en la contención mecánica e incorpora además como novedad, un algoritmo de decisión que engloba todo el proceso y resume en un panel todas las actuaciones a llevar a cabo en cada uno de los momentos, que sirve como guía breve visual de todo el proceso de contención.

Conclusiones y discusión: La protocolización de la contención nos ha servido para recoger en un solo documento toda la evidencia sobre la misma, unificando los criterios de actuación y evitando la variabilidad en la actuación de los profesionales del hospital, así mismo garantiza la seguridad de los pacientes y limita las dudas e inseguridad por parte de los profesionales en esta actividad terapéutica.

REACCIONES ADVERSAS A ANTIRRETROVIRALES COMO MOTIVO DE CONSULTA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES EXTERNOS

VAZQUEZ VELA VICTORIA; HUERTAS FERNANDEZ MARIA JOSE; OBEL GIL LOURDES; GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA TRIANA; ROMERO HERNÁNDEZ IRENE Y GALLEGO MUÑOZ CRISTOBAL.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Análisis de las reacciones adversas (RAM) a fármacos antirretrovirales (ARV) en pacientes con infección por VIH y/o coinfectados VHC/B, como motivo de consulta de atención farmacéutica(AF) en una unidad de atención a pacientes externos. Intervenciones farmacéuticas(IF) realizadas.

Material y Método: Estudio retrospectivo analítico-observacional. Periodo de estudio: 2007-2010. Se registraron de forma prospectiva las RAM que motivaron la consulta de los pacientes, relacionadas con su tratamiento ARV. Para la imputación de causalidad se utilizó el algoritmo de Naranjo con 4 categorías para estimar la probabilidad de causalidad de las RAM: definida, probable, posible o dudosa.

Resultados: El 23,83% de las consultas realizadas estuvieron relacionadas con RAM de la terapia ARV. Grupos terapéuticos implicados en su aparición: ITIANN(45), ITINAN(42), IP(29), ITINAN/IP(9), I. Fusion(4) e I. Integrasa(2). En 36 casos por molestias gastrointestinales(náuseas, vómitos y/o diarreas), 20 reacciones alérgicas/dermatológicas(rash, prurito), 28 alteraciones SNC(insomnio, neuropatías, confusión, mareo), en 12 casos por alteraciones del tejido adiposo(lipodistrofia o lipoatrofia), 10 alteraciones metabólicas(perfil lipídico, hiperglucemia), 8 alteraciones renales, 6 hepáticas, 3 reacciones en el punto de inyección y 2 casos de astenia, 2 anemia y 2 artralgia respectivamente. En todos los casos el farmacéutico intervino informando al paciente, fomentando la adherencia a la terapia y derivándolo al médico cuando estimaba necesario. En 111 ocasiones el paciente fue remitido al especialista, en 13 al médico de atención primaria y en 15 fue suficiente con la información sobre el manejo de efectos adversos dada por el farmacéutico. Un 56% de las RAM detectadas fueron imputadas al tratamiento ARV como probables y 44% posibles.

Conclusiones y discusión: El gran desarrollo de la terapia ARV en la última década ha logrado un valioso control de la infección por VIH llegando a ser una infección crónica aunque no exenta de efectos adversos que comprometen la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. La AF en la consulta de pacientes VIH tiene por objeto lograr la máxima tolerancia posible a la medicación favoreciendo la adherencia al tratamiento, y reduciendo así la aparición de resistencias. Desde la perspectiva de seguridad, es fundamental minimizar los efectos adversos e interacciones con otros medicamentos de prescripción frecuente en estos pacientes. Es importante la farmacovigilancia, el papel del farmacéutico se puede orientar hacia los fármacos que con mayor frecuencia presentaron RAM.- La mayoría de las RAM que motivaron la consulta de pacientes VIH, se encontraban descritas en la ficha técnica de los medicamentos, lo que nos permitió identificar su aparición. El tratamiento ARV en la mayoría de los casos se pudo imputar como causa probable o posible de las RAM detectadas. Las IF realizadas contribuyen a una mejora de la calidad de vida de los pacientes y refuerzan la adherencia al tratamiento.-

INTERACCIONES ENTRE LITIO Y MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN PACIENTES CON LITEMIAS FUERA DEL RANGO ÓPTIMO

GALLEGO MUÑOZ CRISTÓBAL; SUAREZ CARRASCOSA FRANCISCO JOSÉ; GARCÍA MARTÍN FATIMA; ROMERO HERNÁNDEZ IRENE; OBEL GIL LOURDES Y RODRÍGUEZ CAMACHO JUAN MANUEL.

Centro: H.U. PUERTA DEL MAR

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: El objetivo primario es estudiar las posibles interacciones que puede presentar el litio con el resto del tratamiento domiciliario en pacientes de psiquiatría con niveles de litio en sangre fuera del rango óptimo. El objetivo secundario es estudiar si las litemias fuera del rango óptimo tienen significación clínica, es decir, si los pacientes presentan signos y/o síntomas derivados de dicha situación.

Material y Método: El litio se emplea para tratar la manía, el trastorno bipolar y la depresión recurrente. El rango terapéutico es estrecho y, por ello, las dosis se ajustan con el fin de obtener unas concentraciones séricas dentro de este rango. Se realiza un estudio observacional retrospectivo. Se solicita a la U.G.C. de Análisis clínico la relación de pacientes a los que se les ha tomado niveles de litio en sangre en el periodo comprendido desde Enero hasta Marzo de 2012. Se selecciona a aquellos pacientes que cumplen el siguiente criterio de inclusión: litemia fuera del rango terapéutico óptimo que, tras consultar fuentes bibliográficas, se fija entre 0,7-1,5 mmol/L. Para conocer la medicación concomitante que toman y los posibles signos y síntomas derivados de litemias bajas o altas, consultamos la Historia de Salud Única Digital (Diraya), las historias clínicas en soporte papel y la aplicación Azahar, donde se puede consultar anotaciones de enfermería.

Resultados: Tenemos 10 pacientes durante el periodo de estudio, los cuáles cumplen nuestro criterio de inclusión. El 80 % son varones. La mediana de edad es de 40 años (PC50:36). El 90 % de los pacientes presenta algún tipo de interacción. El 90 % de los pacientes presentan litemias por debajo de 0,7 mmol/L, mientras que el 10 % presentan litemias por encima de 1,5 mmol/L. El único paciente con litemia $\geq 1,5$ mmol/L no presenta ningún signo o síntoma clínico derivado de la intoxicación por litio. De los 9 pacientes con litemias $\leq 0,7$ mmol/L, el 33,3 % presentan algún signo o síntoma que puede relacionarse con niveles bajos de litio, y el 66,7 % no presentan ningún signo o síntoma.

Conclusiones y discusión: La mayoría de los pacientes en estudio presenta algún tipo de interacción entre el litio y otros principios activos y, en determinados casos, estas interacciones podrían tener una significación clínica. El farmacéutico hospitalario puede tener un papel muy importante en la detección de interacciones entre principios activos que forman parte del tratamiento domiciliario del paciente, además de hacer una conciliación con la medicación prescrita durante su estancia hospitalaria.- -

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE PRÁCTICAS DE AISLAMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES

ANTÚNEZ DOMÍNGUEZ MARÍA JOSÉ; NARANJO CORTÉS PILAR; ALEX SÁNCHEZ MARÍA DOLORES; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ CARMEN; LUPIÓN MENDOZA CARMEN Y GARCÍA BRIZ CARIDAD.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: La calidad asistencial tiene una gran relevancia en la atención sanitaria actual. Desde los servicios sanitarios hay que desarrollar y potenciar la seguridad y la calidad de la atención prestada, siendo ésta una atención eficaz para conseguir los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de los usuarios.- En el sistema sanitario, una parte importante de las personas que atienden a los usuarios son los profesionales de enfermería, por lo que tienen un importante papel para el desarrollo y consecución de la calidad asistencial y seguridad del paciente. - En todas las instituciones sanitarias existen políticas y procedimientos utilizados para el control de infecciones, desarrollando normas básicas de bioseguridad. En el ámbito hospitalario se ha generalizado la práctica del aislamiento como medida eficaz para la prevención y control de infecciones. Según la OMS, los mayores costes asociados a infecciones hospitalarias fueron por cuidados de enfermería, de ahí la importancia que tiene el que los profesionales dispongan de una buena información y formación en este campo. - Por todo ello con el siguiente estudio se pretende analizar el conocimiento, información y opiniones del personal de enfermería que atiende a los pacientes sometidos a aislamiento hospitalario para detectar áreas de intervención y mejora.

Material y Método: Estudio descriptivo mediante técnicas cualitativas. Han participado 21 profesionales seleccionados mediante un muestreo intencional no probabilístico. La recogida de información se realizó desde noviembre de 2010 a noviembre de 2011 en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Se utilizaron entrevistas individuales semiestructuradas, con una duración de 20-25 minutos. A la información obtenida se le ha practicado un análisis de contenido, en base al modelo de Giorgy (1997), validando los resultados personal experto.-

Resultados: En general, los profesionales se consideran desinformados para realizar adecuadamente la práctica de aislamiento, como por ejemplo la localización de los protocolos de aislamiento en la unidad, conocimiento y manejo del tipo de microorganismo o el uso adecuado de las medidas de prevención, lo que les produce inseguridad, que repercute en el trato con los pacientes aislados.- Por otro lado, aunque la mayoría afirma que atienden las necesidades de estos pacientes de igual manera que los no aislados, reconocen que limitan al máximo el número de entradas en las habitaciones de los pacientes aislados, tanto para preservar su propia seguridad como la de los demás pacientes no aislados.

Conclusiones y discusión: Es necesario instaurar y desarrollar acciones formativas con los profesionales sobre la práctica de aislamiento para la prevención y control de infecciones, siendo fundamental la formación sobre manejo de protocolos y medidas de protección y prevención. Asimismo, también se considera necesario sensibilizarles en las necesidades percibidas por los pacientes sometidos a aislamiento para poder garantizar así unos cuidados de calidad.

PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS SIMILARES

VILLALBA MORENO ANGELA MARÍA Y SANTOS RUBIO MARIA DOLORES.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Diseñar una estrategia de difusión entre profesionales sanitarios, de la lista oficial y estandarizada de nombres de medicamentos similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas resaltadas elaborada por el Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos- Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre la utilidad de letras mayúsculas resaltadas y el grado de implantación en su lugar de trabajo-

Material y Método: La estrategia de difusión se realizó a través de sesiones clínicas y la divulgación de la relación de nombres a todas las Unidades de Gestión Clínica que estaban en proceso de acreditación del centro. - Se realizó una encuesta posterior a las sesiones clínicas impartidas a los profesionales sanitarios que asistieron y que recogía la siguiente información:- Datos de la persona que responde a la encuesta y su Unidad de Gestión Clínica (UGC): puesto de trabajo (facultativo/DUE/Auxiliar o Técnico/Otros), hospital (General/Maternal/Infantil/Rehabilitación y Traumatología) y tipos de nombres (principio activo/nombre registrado/Ambos) utilizados en su UGC. - Datos sobre la utilidad de letras mayúsculas resaltadas: opinión sobre utilidad y necesidad de implantación, nombres de medicamentos (principio activo/nombre registrado/ambos) donde debería implantarse, estrategias donde se considera efectiva la implantación, opinión sobre el beneficio de que la industria farmacéutica implantase la relación de nombres de medicamentos similares en los etiquetados de los medicamentos y en caso afirmativo, estrategias de implantación. - Los datos se procesaron y analizaron mediante estadística descriptiva a través de Excel - -

Resultados: Se impartieron 2 sesiones clínicas, la primera en la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia y la segunda en la Comisión de Seguridad Clínica del hospital. - Se recogieron 11 encuestas de las cuales 8 corresponden a facultativos y residentes y 3 a enfermeros. - En la mayoría de los lugares de trabajo (8) utilizan principios activos y registrados. En 3 utilizan principios activos.- Entre las unidades en proceso de acreditación que incorporaron las letras mayúsculas resaltadas para diferenciación de nombres con apariencia similar, se incluye la Unidad Clínica de Farmacia siendo un servicio central del hospital y su repercusión elevada.-

Conclusiones y discusión: La utilidad de letras mayúsculas resaltadas ha sido favorablemente valorada entre los profesionales sanitarios- Las áreas que más se beneficiarían de su implantación según la opinión de los encuestados serían las pantallas de prescripción informatizada, prescripciones preimpresas y las etiquetas de gavetas o estantes de almacenamiento. Los nombres de medicamentos en los que debería implantarse el sistema de letras mayúsculas serían principio activo y registrado.-

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA INFORMACIÓN QUE LOS ENFERMOS CRÓNICOS RECIBEN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

SABATEL GÓMEZ-ROMÁN JOSE LUIS; SORIANO CARRASCOSA LETICIA Y FERNANDEZ ISLA LINA.

Centro: Centro de Salud La Caleta, Granada

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Conocer la información que reciben los pacientes crónicos respecto a su enfermedad y al tratamiento prescrito- Evaluar el grado de satisfacción del paciente con la información recibida- - Identificar áreas de mejora en la información ofrecida por los profesionales sanitarios

Material y Método: Elaboración de un cuestionario para realizar una encuesta en la que se interroga sobre ítems cualitativos y dicotómicos (sí/no), que hacen referencia a aspectos relacionados con las prescripciones y dos ítems cuantitativos que valoran (1 a 10) la satisfacción con la información recibida sobre su proceso patológico y sobre el tratamiento prescrito (indicadores de satisfacción)- Los enfermeros del Centro realizan las encuestas (Sept. 2011) mediante captación oportunista en las consultas de crónicos entrevistando a pacientes que habían sido valorados por el médico y a los que se les había prescrito tratamiento en ese mismo día

Resultados: Se han encuestado a 64 pacientes, 27 hombres y 37 mujeres La edad media es de $58,5 \pm 19,54$ años. Se les dio información sobre el tratamiento al menos al 80% de pacientes con un margen de error de 0.030; de su proceso asistencial al menos al 75% (error 0.026) Recibieron información verbal al menos el 80% (error 0,012) y escrita <50%. El aspecto de la información más relevante ha sido en el ítem: "¿Le han indicado el momento de las tomas? Lo que se hizo al menos al 95% (error 0.077) y el aspecto en que se ha dado menor información ha sido en el ítem: ¿Le han informado de posibles efectos secundarios?, se informó a menos del 50%- La calidad de la información recibida sobre el proceso asistencial y sobre el tratamiento prescrito alcanza puntuaciones de $8,8 \pm 3,1$ y $7,71 \pm 2,58$ respectivamente- - Método estadístico: Las variables cualitativas han sido evaluadas con la tabla abreviada para el uso de la distribución binomial en estudios de monitorización de calidad

Conclusiones y discusión: DISCUSION- - Entre profesionales sanitarios existe la sensación de que los pacientes no reciben suficiente información de su tratamiento Los resultados muestran que un alto porcentaje de pacientes se consideran suficientemente informados de su proceso asistencial y del tratamiento prescrito, coincidiendo con los resultados obtenidos en la Encuesta de Satisfacción de la Consejería (2009) con 98% de usuarios satisfechos en ambos ítems - - Sin embargo hay que destacar que los pacientes están más satisfechos con la información referente a su proceso asistencial que con la de su tratamiento Se da poca información sobre los posibles efectos secundarios y en muy pocas ocasiones información escrita.- - CONCLUSIONES- - Los pacientes están satisfechos con la información que reciben del proceso asistencial y del tratamiento prescrito- - - Se debe mejorar la información referente a los posibles efectos adversos de los medicamentos- - Se debe insistir en la necesidad de dar información escrita, como herramienta para la seguridad del paciente- - El análisis de encuestas de calidad percibida identifica oportunidades de mejora

CAMBIO DD SONDA PEG EN ATENCION PRIMARIA

MARTIN TELLO JUAN MANUEL.

Centro: UGC Puerta Tierra I

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Difundir la realización de la técnica de cambio periódico de la sonda PEG a fin de que sea más conocida entre el personal de Atención Primaria.

Material y Método: Realización de talleres en Centros de Salud, para explicar la técnica de cambio, dirigidos a personal de Enfermería y cuidadores- - Sonda PEG- Lubricante- Agua destilada- Jeringas- Guantes- Apósitos- Esparadrapo- Antisépticos- - Retirar sonda anterior. Preferiblemente que no haya comido recientemente.- desinflar el balón aproximadamente 12 cc según tipo de sonda- Aplicar lubricante en el estoma- Extraer la Sonda- limpiar bien el Estoma, utilizar antiséptico- Lubricar la sonda nueva (técnica lo más estéril posible)- Introducir unos 8 cm., referencia de profundidad por la sonda anterior- Inflar el balón con agua destilada- poco a poco retirar hacia afuera, para evitar enclavar en duodeno, hasta notar el tope.- Adaptar el fijador al estoma- asegurar con una precilla, si se dispone. - Fijar con esparadrapo a la piel

Resultados: Después de realizar sesiones explicativas de la técnica a los distintos profesionales y cuidadores, se observó una menor demanda de traslados hospitalarios para este tipo de técnica

Conclusiones y discusión: Esto nos demuestra que una buena explicación a los profesionales de las técnicas a utilizar redundó en una mejora en la utilización de recursos, ya que se descarga de trabajo al nivel hospitalario

RECURSOS ENFERMEROS PARA FACILITAR UNA ASISTENCIA DE CALIDAD INTEGRAL

TENA GARCIA BEATRIZ; RUIZ BAYO LIDIA; CABELLO ROMERO CONCEPCION; RODRIGUEZ PAÑOS M^a TERESA; LOPEZ MARCO M^aJOSE Y GARCIA NUÑEZ ELISA.

Centro: H.U.V. MACARENA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: -Incorporar el entorno del paciente a los cuidados enfermeros, así como utilizar los recursos que nuestra disciplina enfermera nos facilita para proporcionar cuidados seguros y de calidad. --Crear una cartera de servicios en la Unidad de Medicina Interna exclusivamente enfermeros dirigidos a aumentar la seguridad y calidad de los cuidados prestados a los usuarios de nuestro sistema de salud.--Garantizar la seguridad del paciente a través de numerosos recursos enfermeros disponible en el hospital Virgen Macarena y área-

Material y Método: Formación de grupos de Trabajo y a través de un análisis de situación se detectaron las necesidades en cuanto a seguridad y atención integral, de la que eran deficitarios nuestros pacientes. - Con los recursos de los que disponíamos en el H.V Macarena se realizó una cartera de servicios exclusivamente enfermeros.- Utilizando la metodología enfermera y a través de la Valoración Inicial , se realizan P. de cuidados que facilitarán el diagnóstico y nos servirán de guía para activar los dispositivos y recursos, incluidos en esta cartera de servicios:- - 1-UNIDAD DE ATENCIÓN AL CUIDADOR. Dirigido a cuidadores dependientes que permanecen con el paciente durante el periodo de hospitalización.- 2-ENFERMERA GESTORA DE CASOS. Enlace entre los diferentes niveles asistenciales- 3-UNIDAD DE ULCERAS POR PRESIÓN. Prevención y tratamiento de úlceras por presión.- 4-SERVICIO DE INFORMACIÓN PERIOPERATORIA que incluye visita prequirúrgica . realizada antes de la intervención por enfermeras especializadas, que minimizan los DX .E. Ansiedad y el Temor- 5-INTERCONSULTAS DE ENFERMERÍA. Dirigidas a los profesionales de enfermería de cualquier Unidad del Hospital y C. Externas. - 6-LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRURGICA. Comenzó siendo exclusivamente de enfermería y actualmente es multidisciplinar- 7-VOLUNTARIADO: DONACIÓN DE TIEMPO. Personal voluntario, que donan su tiempo a pacientes que durante su ingreso no tienen compañía.- 8-VALORACIONES INICIALES- 9- INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS . Dirigidos a A. Primaria.- 10-RECOMENDACIONES AL ALTA. Específica de medicina interna.- 11-ACOGIDA AL PACIENTE . Realizado por las Aux de enfermería- 12-PLANES DE CUIDADOS- 13-REGISTRO DEL ESTADO DE LA PIEL. Realizado por Aux de enfermería- - -

Resultados: Durante el año 2011, se dio el impulso necesario a estos recursos, utilizando para ello carteles informativos y formación al 93% de los profesionales. Como resultado se realizaron un total de - 1- 22% - 2- 33%- 3-20,5% - 4- 85%- 5- 43%- 6-80%. - 8- 99%- 9- 85%- 10- 65%- 11- 100%- 12- 72%- 13-98%-

Conclusiones y discusión: La aceptación ha sido muy buena por parte de todos los profesionales, que no dudan promover la innovación en los cuidados enfermeros.- La importancia de las acciones enfermera y sus consecuencias en el estado de salud de los usuarios, hace patente la necesidad de controlar estas acciones y valorarlas en sí mismas, garantizando su calidad, de ahí la importancia de hacer uso de toda esta batería de recursos-

Análisis de los cuidados a pacientes en aislamiento hospitalario para la prevención de las infecciones nosocomiales

LUPIÓN MENDOZA CARMEN; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ CARMEN; GARCÍA BRIZ CARIDAD; ROMERO BRIOSO CONCEPCIÓN; ANTÚNEZ DOMÍNGUEZ M^a JOSÉ Y ALEX SÁNCHEZ M^a DOLORES.

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Los aislamientos hospitalarios son un instrumento necesario como mecanismo de prevención en la transmisión de microorganismos, pero como toda intervención sanitaria pueden acompañarse de efectos adversos que comprometen la seguridad del paciente. Debido a esto y a la ausencia de estudios en nuestro país que aborden las necesidades del paciente en aislamiento, y de la percepción de los profesionales sanitarios que los atienden, hemos realizado un estudio que tiene como objetivo la identificación de los posibles déficits de cuidados asociados al aislamiento en nuestro centro.

Material y Método: El estudio se realizó en un hospital terciario de 950 camas. La enfermera de control de infecciones visita diariamente a los pacientes en aislamiento y a los profesionales de la planta donde está a fin de vigilar su cumplimiento y proporcionar información. Estudio de casos (pacientes en aislamiento) y controles (1 por caso, apareados por tiempo previo de ingreso, índice Charlson y personal de enfermería responsable) que comenzó a principios de 2011. Se excluyeron pacientes con déficit cognitivo. Las variables estudiadas son: variables sociodemográficas, registros de constantes e incidencias en la historia clínica del paciente, así como úlceras por presión y caídas, entrevista de satisfacción validada de 26 preguntas relacionadas con la atención recibida, profesionalidad, limpieza, comida y condiciones de confort, y escala de depresión y ansiedad hospitalaria para evaluar su bienestar psicológico. Se presentan datos preliminares. Las variables categóricas se compararon mediante el test de chi cuadrado.-

Resultados: Se han incluido por el momento 36 casos y 36 controles. Encontramos diferencias entre casos y controles en: consta el registro diario de la tensión arterial entre casos y controles (65.8% vs. 85.7%, $p=0.04$), se le proporciona la comida de forma correcta en tiempo y forma (68.4% vs. 91.4%, $p=0.04$), retirada inmediata de la bandeja después de comer (65.8% vs. 94.3%, $p=0.003$), retirada en momento adecuado de los contenedores de basura de la habitación (68.4% vs. 91.4%, $p=0.01$). No encontramos diferencias en otros registros o eventos adversos de la hospitalización. La opinión sobre la profesionalidad de la enfermera fue buena o muy buena en el 71.1% de los casos y en el 94.3% de los controles ($p=0.02$). La información sobre la realización de higiene de manos fue adecuada en el 68.4% de los casos y en el 31.4% de los controles ($p=0.004$). La valoración del ambiente de calma y tranquilidad en la habitación fue buena o muy buena en el 94.7% de los casos y en el 68.6% de los controles ($p=0.004$).-

Conclusiones y discusión: En este análisis preliminar se confirman algunos de los datos esperados, como déficits en la calidad de cuidados de los pacientes en aislamientos. Sin embargo, los pacientes aislados tenían mejor información sobre higiene de manos en relación a la información facilitada por la enfermera de control de infecciones, y valoraron como positiva el ambiente de calma y tranquilidad en la habitación.

RESULTADOS DE LA VALORACION DE LQAS RETINOPATIAS REALIZADAS EN LA UGC PUERTA TIERRA 1 EN EL AÑO 2011

MEJUTO BERNABÉ FRANCISCO JOSÉ Y COTORRUELO SÁNCHEZ CARMEN.

Centro: UGC Puerta Tierra I

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Comprobar la utilidad de la realización de retinografías de forma sistemática a los pacientes diabéticos y la fiabilidad de dicha interpretación desde Atención Primaria de Salud

Material y Método: Se realizan retinografías a los pacientes diabéticos tipo II procedentes de todos los cupos de los médicos e Atención Primaria del Cengtro de Salud Puerta Tierra 1, del Distrito Sanitario Cádiz Bahía la Janda, utilizando el retinógrafo habilitado para ello de forma centralizada en Centro de Atención Primaria de dicho Distrito Sanitario- - Se hace posteriormente lectura de las mismas por médico de Atención Primaria del propio Centro de Salud, remitiendo las retinografías en las que se aprecian alteraciones compatibles con retinopatía diabética para su valoración por el ostalmólogo asignado a tal efecto a través de la aplicación- - Para este proceso se utiliza el progrma informático del Plan Integral de Diabetes (PID).

Resultados: Se realizaron un total de 222 retinografías- - De estas se observaron los isguientes resultados:- Normales el 70.7 %- No valorables el 11.3 %- Con anomalías el 18 %- - De las retinografías con anomalías, que fueron 40 en total, se enviaron por la aplicación al oftalmólogo obteniendo los siguientes resultados:- No confirmadas 4, que es un 10 %- Confirmadas 25, que representa el 62,5 %- No respondidas 11, que representa el 27,5 %- - De las no repsondidas, luego se comprobó que fue por un fallo del programa informático, y más adelante se confirmaron todas con anomalías.

Conclusiones y discusión: Los resultados obtenidos confirman la gran uilidad de dicha técnica aplicada desde Atención Primaria, ya que el porcentaje de errores fue solamente de 4 casos, que representaría solo el 1,8 % del total de retinografías realizadas, mientras que se detectaron de forma precoz un 16.2 % de retinopatías diaéticas, lo cual facilita el tratamiento precoz de dicha patología, que es una de las principales causas de ceguera.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CRIBADO DE RIESGO DE PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

VELAZQUEZ SALAS ANTONIO; PONCE GONZALEZ JOSE MARIA; RAMOS CALERO EFREN; NAVARRO MALDONADO CESAR Y COMINERO BELDA ALICIA.

Centro: Distrito AP Sevilla Sur

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Es necesario establecer estrategias relacionadas con la Seguridad del paciente.

En nuestro distrito, tras diseñar un mapa de riesgo, se priorizan áreas críticas entre las que destacamos el ámbito domiciliario con énfasis en : riesgo de caídas, heridas por presión, manejo terapéutico paciente y familia, resumido en un cuestionario de cribado de riesgo en domicilio que forma parte de la cartera de servicios de los profesionales de enfermería para el total de la población incluida en Atención domiciliaria. Los objetivos son conocer los diagnósticos enfermeros, factores causales y riesgos mas prevalentes en estas areas de estudio; describir los conocimientos basales y conductas de cumplimiento así como analizar potenciales asociaciones como generador de hipótesis para **Material y Método:**

Elaboración de encuesta de valoración de riesgo de pacientes domiciliarios atendiendo a la prevalencia de diagnósticos y criterios de resultados en la literatura científica. Está asociada a los objetivos clínicos del contrato programa de las Unidades Gestion Clinica y se accede mediante un botón variable dentro de la propia Historia individual del paciente en DIRAYA. La encuesta administrada mediante selección de respuestas múltiples, combos, etc, queda asociada a las variables sociodemográficas del individuo. Estos datos se trasladan a una base SQL para análisis y explotación

Resultados: Población participante: 1704 usuarios distribuidos en 31 Centros con cuotas participación entre 0.2% y 14,1%. Edad media 79,6 (+/- 10,8); nº medicamentos que toma 1,42 (+/-2.7);NORTON 8,49(+/- 6.3). Un 69% son mujeres. El 42% tiene una gestión ineficaz de la propia salud(GIPS), un 32% una gestión ineficaz del régimen terapéutico (GIRT), un 63% sufre riesgo de deterioro de la integridad cutánea(RDIC) y un 83% sufre riesgo de caídas(RC). Las causas de la GIPS mas prevalentes son la complejidad del régimen terapéutico y el déficit de conocimientos verbalizado como dificultad de los tratamientos prescritos y elecciones ineficaces. Respecto al GIRT las causas mas frecuentes son la complejidad del régimen terapéutico y la del propio sistema sanitario. Los factores asociados al RDIC son la edad e inmovilidad física en un 70%. Encontramos una asociación fuerte ($p < 0,001$) mediante regresión logística multivariante entre GIPS y el nº medicamentos prescritos (OR:1,7),RC(OR:2.3) y RDIC (OR:2,1). Así mismo los factores asociados al RC ($p < 0,001$) son la edad (4% por año),GIPS(OR:2.3) y NORTON como factor de protección frente a caídas (10% por cada punto de más IC95% (8-13%)

Conclusiones y discusión: Los datos que arroja nuestro estudio descriptivo están en la línea de la literatura científica. Es indispensable conocer los factores causales que en nuestros pacientes provocan el buen o mal manejo del régimen terapéutico y de la propia salud junto a la identificación del riesgo de caídas para establecer estrategias de intervención. Sería relevante investigar en modelos predictivos para actuar en prevención y promoción de salud.

PLAN DE MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS CORNEALES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA.

ORELLANA CARRASCO RODRIGO; LÓPEZ DÍAZ ANTONIO; MARTÍN MARTÍN REMEDIOS; FLORES DE LA CRUZ ANA BELÉN; ARIAS JIMÉNEZ JUAN CARLOS Y PÉREZ-MONTAUT MERINO IGNACIO.

Centro: CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DE ALCÁNTARA

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: El epitelio corneal es vulnerable y propenso al trauma y la infección, siendo susceptible de ulceración, provocando un importante número de consultas por este motivo en nuestro Centro.- Establecer un plan de mejora en la exploración y tratamiento de las úlceras corneales en una Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. -

Material y Método: Se solicitó al Servicio de informática de nuestro Distrito Sanitario el listado de pacientes registrados en la BDU del Diraya Módulo de urgencias con la codificación diagnóstica (CIE-9) 370, durante el período de diciembre de 2011 a julio de 2012. Posteriormente un médico de familia auditó los informes asistenciales en la Historia Digital del Usuario.

Resultados: - Se identificaron un total de 37 úlceras de córnea, distribuidas de la siguiente manera: 20 secundarias a cuerpos extraños (4 metálicos con el característico anillo de óxido y 3 de origen vegetal), 1 por agente químico (causticación), 3 por agente físico (queratoconjuntivitis actínica), 1 queratitis por herpes simple dendrítica y el resto de origen desconocido. - - Se describe en el informe asistencial la localización de la misma en un 56,76%, siendo el 82% marginales y el resto centrales.- El test de fluoresceína se usó en el 100% de los pacientes, anotándose la utilización de luz azul de cobalto (luz de Wood) en sólo 5 de ellos. - - Sólo se realiza la prueba de Seydell en 3 pacientes del total (un 8,10%). - - Usamos pomada epitelizante ocular en el 97,3%, asociándose cobertura antibiótica con colirio en 4 pacientes (en dos de ellos con dos antibióticos diferentes). - - Un 75,67 % tuvieron oclusión ocular compresiva, no tapándose el ojo en la causticación y en una úlcera vegetal. - - La instilación de colirio ciclopéjico se limitó a un paciente. - - 14 pacientes acudieron a revisión a las 24 horas, con resolución del problema en un 64,28%. - - El 10,81% pacientes fueron derivados a urgencias hospitalaria, concretamente los cuerpos metálicos.-

Conclusiones y discusión: Hay muchas causas de ulceración corneal y es importante reconocerlas para identificar la causa subyacente de inmediato y evitar así las secuelas. Como medidas de mejora en la eficacia se toman las siguientes:- Es importante revisarlas en 24 horas para comprobar la reepitelización corneal y en caso contrario remitir al oftalmólogo para descartar infección secundaria. - - Cuando exista anillo de óxido habrá que derivar a Oftalmología para realizar fresado asistido con lámpara de hendidura. - - Reseñar el poco uso de ciclopéjico a pesar de la clara indicación en las queratoconjuntivitis fotoeléctrica y en las úlceras por cuerpo extraño. - - Insistir en la importancia del uso de una luz azul, dado que con la blanca pueden pasar desapercibidas. - - No se debe ocluir el ojo en lesiones de alto riesgo de infección (por material vegetal); sólo si la lesión es mayor a un 20% de superficie corneal. - - Debe descartarse la presencia de un cuerpo extraño enclavado en conjuntiva tarsal (debajo del párpado) mediante la eversión del párpado superior-

MEJORA DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES Y LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA MENTORÍA EN AP

GÓMEZ SALGADO JUAN; COMINERO BELDA ALICIA; CARRIÓN DOMÍNGUEZ LUCÍA CARMEN; CRUZ RODRÍGUEZ FRANCISCA; DE ABAJO BEDMAR FELIX Y MESA GALLARDO MARÍA INMACULADA.

Centro: Distrito Sanitario Condado Campiña

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: El programa de mentoría es una herramienta de formación inicial a través del cual se facilita la adaptación del profesional novel al nuevo rol. El mentor es un profesional con amplia formación y experiencia que asume la responsabilidad de orientar y apoyar al “mentorizado” en su desempeño profesional. Este trabajo plantea el diseño de un programa de mentoría para profesionales de nueva incorporación en Atención Primaria de Salud. Se pretende con ella: -Proporcionar apoyo e información en períodos de transición de la formación inicial al trabajo, dentro de un contexto laboral específico- -Facilitar la orientación, asesoramiento y refuerzo necesarios para el desarrollo de las competencias básicas para el desarrollo profesional- -Servir de apoyo ante las demandas del ejercicio de la profesión en un contexto concreto- -Promover el desarrollo personal y social: mejorar la autoestima, promover las relaciones interpersonales y la -

Material y Método: -Dentro de los programas de mentoría clínica para médicos y enfermeras se proponen dos modalidades: - - BÁSICO- -Duración: 10h- -Destinada a personal contratado temporal- -Integración en el horario de trabajo- -Formación básicas de los programas desarrollados en AP- -Seguimiento y asesoramiento de un mentor/tutor- -Evaluación de competencias- - AVANZADO- -Duración: 40h- -Destinada a profesionales con contrato de larga duración- -Formación avanzada en programas y planes de salud - -

Acreditación competencial- -Evaluación continua- -Participación/ integración de los nuevos miembros del equipo- -Desarrollar una mayor implicación, compromiso y colaboración entre los miembros de una organización o institución-

Resultados: Los resultados esperados con la implementación de este programa de formación son: - - •Para la institución- - Garantía de cuidados de calidad - - Fomento de la seguridad en la atención al usuario - -Motivación de los profesionales - -Para los profesionales noveles - - Apoyo, asesoramiento y orientación - -Complemento a la formación básica - - • Para los profesionales mentores- - Reciclaje en conocimientos - -Oportunidad de intercambiar experiencias - -Reconocimiento formal de su labor docente- - •Para los usuarios- - Aumento de la seguridad clínica- - Mejora de la satisfacción con los servicios recibidos a través de profesionales altamente cualificados- - Aumento de la confianza en el sistema-

Conclusiones y discusión: El programa de mentoría es una herramienta fundamental para garantizar la adaptación y formación a nivel asistencial de los profesionales de Enfermería noveles. A través de este sistema se reducen el riesgos de errores y de estrés profesional y ayuda a potenciar unos servicios sanitarios de calidad integrando la formación teórica y práctica, planteando un sistema de actualización de conocimientos, habilidades y destrezas basado en la Evidencia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: LOS MEDICAMENTOS

MERINO ROMERO JOSÉ; ESCUDERO MERINO RAQUEL Y SÁNCHEZ GARCÍA M^a CARMEN.

Centro: AGS Norte de Córdoba

Área: Seguridad del Paciente

Palabras clave

Resumen: Estudiar la influencia del tratamiento farmacológico como factor de riesgo de las caídas en el anciano- institucionalizado.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo en el que se comparan dos grupos homogéneos de pacientes de una residencia de ancianos.- La muestra, formada por 54 residentes que habían sufrido una o más caídas durante el primer trimestre de 2012 se comparó con otros tantos ancianos institucionalizados en la misma residencia, que no habían sufrido caídas.- La variable principal de estudio fué el tratamiento farmacológico administrado, además del sexo, edad, capacidad funcional, estado de nutrición, comorbilidad y sensoperceptividad.-

Resultados: La edad media fué de 80 años, el 67% correspondió a mujeres.- En los pacientes de la muestra se encontraron las siguientes características fisiopatológicas: un 58% tenían deterioro cognitivo, el 35% utilizaban silla de ruedas, el 31% sufría de hipoacusia y el 32% de alteraciones visuales. La patología asociada más frecuente fué la incontinencia urinaria (81%) y la hipertensión arterial(77%).- La prescripción de Benzodiazepinas es superior en el grupo de estudio (61.5% vs 50%), así como de hipotensores (77% vs 61%). En la prescripción conjunta de Benzodiazepinas e hipotensores se observa una diferencia a favor del grupo de estudio de 42% vs 16.6%. - Un 63.6% han sufrido dos o más caídas, sin diferencias entre los grupos. La prescripción de tres o más medicamentos depresores del SNC, supone un 30.7% en el grupo de estudio, frente al 27.7% del grupo control.-

Conclusiones y discusión: La alta prescripción de medicamentos que, por uno u otro mecanismo, ocasionan depresión del SNC en ancianos institucionalizados, unida a las características físicas y comorbilidad de los mismos, predispone a un mayor riesgo de caídas.- Esto conlleva a una peor calidad de vida para los pacientes y a un incremento del gasto sanitario al aumentar las necesidades asistenciales.- La elaboración de Guías Farmacogeriátricas podría ser una herramienta de utilidad para minimizar estos riesgos.-

LA CALIDAD DE LA ESPIROMETRÍA EN LA VIGILANCIA LABORAL COMO PRUEBA FUNCIONAL

RODRÍGUEZ MORCILLO RAQUEL; RODRÍGUEZ LIÉBANA JOSÉ JUAN; MORCILLO NIETO M^a CARMEN; GARCÍA FERNÁNDEZ FRANCISCO PEDRO; RAMÍREZ PÉREZ CARMEN Y RODRÍGUEZ TORRES M^a CARMEN.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Determinar el efecto de la intervención de enfermería en la calidad de las espirometrías.

Material y Método: La espirometría es la prueba funcional que mide el volumen y la tasa del flujo de aire que respira una persona, y que sirve para evaluar la capacidad respiratoria y pulmonar.- Estudio descriptivo transversal de las espirometrías realizadas en reconocimientos médicos durante el año 2012. Técnica: Se informa a la persona de la acción a realizar y su necesaria colaboración y serenidad. Se registra talla, peso y edad. Se comprueba si ha tomado medicación en las horas anteriores, especialmente broncodilatadores de acción corta o prolongada, que no haya fumado ni ingerido bebidas con cafeína, o alimentos pesados durante las 4 a 6 horas antes del examen. Se sitúa en posición sentada, se le coloca una pinza nasal, se comprueba si la boca está libre de elementos que impidan la buena colocación de la boquilla (prótesis dentales). Se le invita a realizar una inspiración relajada pero máxima, al finalizarla se coloca la boquilla en la boca (sin morderla) y se le da la orden para que inicie la espiración forzada hasta que expulse todo el aire que pueda de forma continuada manteniendo un flujo constante al menos 6 segundos. - Se considera que la espirometría debe repetirse cuando la diferencia entre el mayor FVC y el siguiente es menor o igual de 0,150 L y la diferencia entre el mayor FEV1 y el siguiente es menor o igual de 0,150 L. Cuando los valores de FVC son menores de un litro la variación aceptable en FEV1 y FVC llega hasta 0,1 L. Si estos criterios se cumplen en dos de las tres maniobras aceptables se considera válida la prueba y si no se debe continuar hasta un máximo de 8 intentos. Los espirómetros más modernos disponen de notas de advertencia sobre el cumplimiento o no de los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad.

Resultados: El total de personas que se les ha realizado la espirometría ha sido 234; de las cuales 67 eran mujeres y 167 hombres, con una media de 45,80 años y un rango máximo de 63 y mínimo de 19 años. De las 234 espirometrías, han sido ejecutadas de manera satisfactoria 230 (98,29%). 4 no han podido ser validadas debido a que las personas no colaboraban (1,71%), la edad media es 49 años (rango: 61 años máx. y 43 años min). De las 234 espirometrías, 164 fueron realizadas satisfactoriamente durante la primera sesión (70,09%), 44 se realizaron en dos sesiones (18,80%) y 26 se realizaron en tres sesiones (11,11%).

Conclusiones y discusión: La intervención de enfermería en la realización de las espirometrías es fundamental, debido a que una explicación detallada de la prueba y su ensayo previo, originan que se obtengan unos resultados satisfactorios.- En este proceso es esencial la cooperación de la persona que se realiza la prueba. Hay que tener buena capacidad de comunicación para transmitir las habilidades necesarias para realizar la prueba de forma satisfactoria.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE CONSEJERIAS PARA LA FORMACIÓN DEL ALUMNADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

MORCILLO NIETO MARÍA DEL CARMEN; CARRASCOSA GARCÍA MARÍA ISABEL; JOVER CASAS JOSÉ MARÍA; ÁGUILA BARRANCO JOSE CARLOS; LENDÍNEZ CARRILLO JUAN Y NUEVO LARA EMILIANO ANTONIO.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Desarrollar los acuerdos de las alianzas necesarias con la Delegación de Empleo y la Delegación de Innovación, Ciencia y Empresa, con la finalidad de participar en los planes provinciales de colaboración institucional incorporando las necesidades de nuestro centro en la formación de profesionales sanitarios

Material y Método: Desde el año 2006 dentro del plan estratégico de formación integral del Sistema Público de Andalucía se suscribió un programa de colaboración entre la Consejería de Salud y la Consejería de Educación para el impulso de la Calidad de la Formación Profesional y las prácticas de este alumnado. Nuestro centro hospitalario ha colaborado y participado activamente en el desarrollo de dichas de las prácticas. - Se han desarrollado durante el año 2011 Y 2012 las siguientes líneas de acción- Implantación de tutores de Formación Profesional basándose en la Instrucción 1/2011):- -Cumplimiento del desarrollo de los acuerdos de colaboración establecidos entre la delegación de Salud y la Delegación de Empleo de la provincia para la adecuada realización de las prácticas de los alumnos de programas de formación profesional ocupacional en nuestro Hospital. - -Integración en la Comisión Provincial del Programa de colaboración entre la Delegación de Salud y la Delegación Educación participando en los planes de colaboración anuales o plurianuales que ésta establece.- -Incorporación del reconocimiento de la labor docente de los profesionales sanitarios por parte de las instituciones aliadas en los modelos de colaboración establecidos - -

Resultados: Se han llevado acabo 2 resoluciones de convocatoria en nuestro centro para Tutor de Formación Profesional en los años 2011 y 2012, siendo el nº de tutores autorizados de 135 para 8 titulaciones y un total de 166 de alumnos. - En el marco los acuerdos de colaboración Salud y Empleo se han desarrollado en nuestro hospital con 6 centros y con un total de 117 alumnos. -

Conclusiones y discusión: La participación de nuestro Centro Hospitalario en los planes provinciales de colaboración interinstitucionales, han permitido garantizar nuestra participación en los mecanismos establecidos para la colaboración con las instituciones educativas, así como establecer y afianzar las alianzas necesarias con Delegaciones de Educación, Empleo e Innovación, Ciencia y Empresa.

SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS EN ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA

ÁGUILA BARRANCO JOSE CARLOS; DEL RINCÓN VALLEJO ANTONIA; LENDÍNEZ CARRILLO JUAN; MORENO PAULANO CAPILLA; FUENTE GARCÍA JOSÉ Y VILLÉN ANGUITA ASUNCIÓN.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Analizar los Indicadores de satisfacción de los alumnos que asisten a los cursos de formación continuada, en el marco del Plan Anual de Formación

Material y Método: Auditoria de resultados obtenidos en Cuadro de Mandos del Plan de Formación, sobre indicadores de satisfacción de alumnos medidos mediante los cuestionarios "Evaluación del alumno de la planificación y desarrollo de la actividad formativa" y "Evaluación del docente por los alumnos" de enero-2010 a noviembre-2011. El primer cuestionario calcula porcentaje medio de respuestas a los indicadores: EXPECTATIVAS, media de 3 subcriterios: cobertura de expectativas, logro de objetivos y satisfacción general con el curso; ORGANIZACIÓN, media de 3 subcriterios: satisfacción con la difusión e información de la actividad, materiales y organización general del curso; METODOLOGÍA, media de 3 subcriterios: satisfacción con la documentación aportada, los medios didácticos empleados, los ejercicios y casos prácticos presentados; APLICABILIDAD, media de 3 subcriterios: interés de los temas, grado de aprendizaje conseguido percibido, utilidad para el puesto de desempeño actual. Para el segundo cuestionario, se calcula porcentaje medio de las respuestas recibidas a los indicadores: COMPETENCIA, media de 2 subcriterios: nivel de competencia demostrado y nivel de los temas tratados; ASPECTOS PEDAGÓGICOS, media de 3 subcriterios: claridad de los temas expuestos, estructuración, adaptación a las necesidades del grupo, mantenimiento del interés

Resultados: La aplicación de ambos instrumentos de Evaluación, ofrecen resultados globales medios superiores al umbral de 75%. La Valoración Global de satisfacción del alumno con la planificación y desarrollo de la actividad formativa, ofrece resultados promedio en 2010 de 85,99% y en 2011 de 84,46%. Por apartados, las valoraciones se sitúan por encima del umbral de 75%: EXPECTATIVAS: promedio año 2010 de 84,60%; promedio año 2011 de 84,84%; ORGANIZACIÓN: promedio año 2010 de 82,88%; promedio año 2011 de 82,40%; METODOLOGÍA: promedio año 2010 de 84,48 %; promedio para el año 2011 de 84,66%; APLICABILIDAD: promedio año 2010 de 87,04%; promedio año 2011 de 86,30%- La Valoración Global de los alumnos con los docentes, ofrece unos resultados promedio el año 2010 de 87,39%; promedio para el año 2011 de 88,46%- Por apartados, las valoraciones igualmente se sitúan por encima del umbral de 75%:- COMPETENCIA: promedio año 2010 de 88,09%; promedio año 2011 de 88,26%; ASPECTOS PEDAGÓGICOS: promedio año 2010 de 88,22%; promedio para el año 2011 de 88,42%-

Conclusiones y discusión: La Unidad de formación y calidad obtiene unos resultados globales medios de satisfacción del alumnado de, al menos, el 75 % tal y como requiere el Estándar [ES 3 09 .01_02] del modelo de Acreditación de Centros y Unidades de Formación continuada

MEJORA DE LOS INDICES DE LA SATISFACCIÓN DE ALUMNOS Y DOCENTES DE ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA

CARRASCOSA GARCÍA MARÍA ISABEL; ÁGUILA BARRANCO JOSÉ CARLOS; JOVER CASAS JOSÉ MARÍA; DEL RINCÓN VALLEJO ANTONIA; MORENO PAULANO CAPILLA Y MORCILLO NIETO MARÍA DEL CARMEN.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Analizar para su mejora los resultados obtenidos en los indicadores de satisfacción de alumnado y docentes de actividades de formación continuada en el marco del Plan Anual de Formación (PAF), para mantener y mejorar, los índices de satisfacción de los profesionales que realizan las actividades

Material y Método: La Unidad de Formación y Calidad, dispone de un Cuadro de Mandos (CM) de seguimiento de los resultados del PAF, en el que se incorporan los datos obtenidos en los indicadores globales y de cada actividad formativa realizadas, siendo esta información útil para el seguimiento y la mejora continua, siguiendo el procedimiento "PR.05 Mejora Continua" de su Manual de Gestión de Calidad de la Formación.- Se realiza auditoria de resultados obtenidos en CM del PAF, sobre los indicadores globales de satisfacción de los alumnos con el curso (dimensiones de expectativas, organización, metodología y aplicabilidad) y con los docentes (competencia y aptitud pedagógica), así como de docentes con la organización y el alumnado. Se comparan los resultados globales obtenidos de enero a octubre de 2011, respecto a los estándares de calidad del Modelo de Acreditación de Unidades de Formación de la ACSA. Análisis cualitativo mediante Pareto sobre los resultados de satisfacción obtenidos, para explorar qué dimensiones tienen mayor impacto sobre los resultados globales

Resultados: Ambos indicadores ofrecen datos en el rango considerado de calidad por la ACSA (satisfacción alumnado mayor a 75% y satisfacción de docentes superior a 80%), en nuestro caso Satisfacción de alumnos 84,46% y Satisfacción de docentes 90,37%. El análisis de Pareto ha identificado las 6 primeras causas que condicionan el 80% de problemas de satisfacción con las actividades formativas: organización, metodología utilizada, respuesta a las expectativas del alumno y aplicabilidad de la formación recibida, todas ellas referidas a satisfacción del alumno con el curso; respecto a satisfacción con docentes, es la capacidad pedagógica la principal causa de insatisfacción a mejorar; respecto a la satisfacción del docente con el curso, son los aspectos organizativos los que habría que abordar de manera prioritaria. Se ha planteado un Plan de Acción con 10 acciones de mejora, asignando responsabilidades, fechas de inicio y fin, nivel de contribución a la efectividad en la solución del problema y prioridad en su desarrollo, cuyas medidas han sido incorporadas para la mejora del Plan Anual de Formación 2012. A fecha de 30 de junio, ha mejorado la satisfacción de alumnos 6,67 puntos y de docentes 1,8 puntos)

Conclusiones y discusión: La Unidad de formación y calidad lleva a cabo un proceso de mejora continua de su oferta formativa que permite incorporar áreas de mejora derivadas del análisis de los resultados de satisfacción de alumnos y docentes con la finalidad de mantener y/o mejorar en su caso dichos resultados, tal y como requiere el Estándar [ES 3 11 .02_02] del modelo de Acreditación de Centros y Unidades de Formación Continuada de la ACSA

MEJORA DE LOS INDICES DE ASISTENCIA Y ABSENTISMO EN ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUADA

CARRASCOSA GARCÍA MARÍA ISABEL; ÁGUILA BARRANCO JOSÉ CARLOS; JOVER CASAS JOSÉ MARÍA; DEL RINCÓN VALLEJO ANTONIA; LENDÍNEZ CARRILLO JUAN Y MORCILLO NIETO MARÍA DEL CARMEN.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Analizar para su mejora los resultados obtenidos para los indicadores de absentismo y asistencia a los cursos de formación continuada, en el marco del Plan Anual de Formación de nuestro Centro, con el objetivo de mantener y mejorar, en su caso, los índices de asistencia y absentismo de los profesionales que realizan actividades de formación continuada.

Material y Método: La Unidad de Formación y Calidad, dispone de un Cuadro de Mandos de Seguimiento de los resultados del Plan Anual de Formación, en el que se incorporan los datos obtenidos en los indicadores de cada una de las actividades formativas realizadas anualmente, y asimismo ofrece los datos globales generados por cada una de estas actividades, lo que permite conocer el nivel de cumplimiento del Plan Anual de Formación, siendo esta información útil para el seguimiento y la mejora continua, siguiendo el procedimiento PR.05 Mejora Continua de su Manual de Gestión de Calidad de la Formación.- Se ha efectuado una auditoria de los resultados obtenidos en el Cuadro de Mandos del Plan de Formación, sobre los indicadores de asistencia y absentismo. Se han comparado los resultados globales obtenidos en los mismos para las actividades de formación continuada realizadas en el marco del Plan Anual de Formación desde enero a octubre de 2011, con respecto a los estándares de calidad establecidos en el Modelo de Acreditación de Unidades de Formación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Resultados: Tras identificar que ambos indicadores ofrecen datos en el rango considerado de calidad por la ACSA (absentismo inferior al 10% y asistencia superior al 85%), en nuestro caso 2,38% absentismo y 97,88% de asistencia, nos hemos propuesto analizar las posibilidades de mejora de dichos datos, para lo cual hemos realizado un análisis cualitativo construyendo una matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) que nos permitiesen planificar acciones de mejora para dichos resultados.- De este análisis, se ha planteado un Plan de Acción que incorpora 8 acciones de mejora asignando responsabilidades y fechas de inicio y fin, con identificación de su posible nivel de contribución a la efectividad en la solución del problema y por lo tanto, prioridad en su desarrollo, cuyas medidas se aplicaron para la mejora del Plan Anual de Formación 2012; a fecha 30 de junio, el índice de asistencia ha mejorado 0,81 puntos respecto a 2011 y el absentismo se mantiene.-

Conclusiones y discusión: La Unidad de formación y calidad lleva a cabo un proceso de mejora continua de su oferta formativa que le permite incorporar áreas de mejora derivadas del análisis de los resultados de asistencia del alumnado y de la tasa de abandono con la finalidad de mantener y/o mejorar en su caso dichos resultados, tal y como requiere el Estándar [ES 3 11 .01_02] del modelo de Acreditación de Centros y Unidades de Formación continuada.

SOSTENIBILIDAD DE LA TUTORIZACIÓN EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

OVIES FERNÁNDEZ ALBERTO; ROJAS DE MORA FIGUEROA ANA; CARRASCOSA SALMORAL M^a DEL PILAR; MARTÍN GARCÍA SHEILA M^a; VILLALÓN HABA EVA M^a Y BREA RIVERO PILAR.

Centro: Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Analizar la evolución de la satisfacción de los profesionales con su Tutor-Guía (TG) y con la tutorización durante el Proceso de Acreditación de Competencias Profesionales (PACP).

Material y Método: A través de este proceso, desarrollado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), los profesionales revisan su propia práctica asistencial demostrando el nivel de competencia que tenían previamente o que alcanzan durante el mismo. - - Los profesionales tienen habilitada una zona de comunicación en su proyecto de acreditación a través de la cual y mediante mensaje, el TG que tienen asignado les orienta y resuelve sus dudas en un plazo máximo de 48h.- - Análisis descriptivo de la satisfacción del profesional con su TG en relación al aumento del volumen de mensajes y del número de profesionales asignados a cada TG.- - Ámbito: Sistema Sanitario Público de Andalucía.- - Tamaño de la muestra: 3109 cuestionarios de satisfacción cumplimentados en los que los profesionales sanitarios en PACP indicaron el grado de satisfacción con el servicio prestado por su TG.- - Periodo de estudio: 2007-2011.

Resultados: El número de profesionales en PACP, así como los mensajes recibidos, han ido incrementándose en el periodo de estudio.- - Mientras en 2007 415 profesionales enviaron 9834 mensajes, en 2011 se alcanzaron 34461 mensajes remitidos por 2685 profesionales. En cambio, el número de tutores disminuyó de 10 a 7 en el mismo periodo, variando la satisfacción de los profesionales de 8.91 puntos sobre 10 a 8.27.- - En este mismo periodo se introdujeron de forma progresiva las siguientes mejoras:- - • Aumento de aclaraciones en las evidencias que generaban más dudas.- • Desarrollo del maestro de mensajes: base de datos con los mensajes de respuesta a las cuestiones más frecuentes accesible a todos los TG.- • Contratación de 2 técnicos que apoyan la tutorización en periodos de mayor actividad. - • Incorporación y ampliación de información sobre los distintos tipos de pruebas existentes en el PACP y su modo de cumplimentación.- • Creación de una herramienta que permite a los distintos centros de trabajo utilizar plantillas elaboradas por la ACSA, que facilita la emisión de los certificados que el profesional desea aportar en su proceso de acreditación.- • Acuerdo del cumplimiento de un objetivo anual para los TG, con un plazo máximo de respuesta.- • Envío de mensajes automáticos con información general sobre aspectos formales de las pruebas y sobre la formalización del nivel de acreditación.- • Habilitación de una herramienta que permite al profesional calcular la caducidad de sus pruebas.

Conclusiones y discusión: Los cuestionarios de satisfacción y los mensajes de los profesionales permiten a los TG de la ACSA detectar áreas de desarrollo y, siguiendo el ciclo completo de garantía de calidad, incorporar nuevas mejoras que hacen más eficiente su labor diaria asegurando la sostenibilidad de ésta, a pesar del incremento sufrido, sin detrimento de la satisfacción del profesional respecto al servicio prestado por su TG.

Cuestionario para Evaluar la Repercusión Económica de una Nueva Práctica Médica

CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS JUAN JAVIER.

Centro: Hospital de Valme

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Proporcionar un cuestionario que ayude a los jefes clínicos y a los gestores de los hospitales a valorar los aspectos económicos a la hora de decidir la introducción de una nueva tecnología en la práctica médica hospitalaria.

Material y Método: Revisión de instrumentos similares en la literatura.- Consulta a gestores hospitalarios y profesionales clínicos.-

Método

Resultados: Se propone un instrumento en que deben seguirse estos 3 pasos: 1. Primer paso: describa la práctica médica que quiere introducir en su hospital, y compárela con lo que se hace hasta el momento en la misma situación clínica. 2. Segundo paso. Realizar evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias es difícil. Por ello, lo mejor será que busque estudios ya realizados e intente extrapolar los resultados a su hospital. Para ello, le propondremos fuentes de información donde buscar. 3. Tercer paso. A pesar de que una intervención sanitaria sea eficiente desde el punto de vista de la sociedad o del sistema sanitario, el presupuesto del hospital es limitado. Por ello, el tercer paso consistirá en que calcule el coste inicial de la puesta en marcha de la nueva práctica médica y el coste de continuar realizándola después.

Conclusiones y discusión: Si siempre es importante buscar el manejo eficiente de los recursos públicos, en época de restricciones económicas esta necesidad adquiere mayor relevancia. Los médicos clínicos no están acostumbrados a manejarse con información económica cuando se habla de salud, les parece un aspecto muy alejado de su cultura de trabajo. Un breve cuestionario adaptado al lenguaje y mentalidad de los médicos puede ayudarles a incluir los argumentos económicos en su reflexión.

Factores asociados a “No conformidades” en las auditorías del proceso de acreditación de competencias profesionales.

CEBALLOS POZO MANUEL; BUIZA CAMACHO BEGOÑA; ÓRPEZ RAMÍREZ ÁNGEL Y OVÍES FERNÁNDEZ ALBERTO.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Durante su autoevaluación, los profesionales aportan pruebas de “evidencias” (estándares) que muestran sus buenas prácticas y competencias. Algunas de estas pruebas se basan en registros. Se entiende por registros las informaciones vertidas por los profesionales en Hª de Salud (HS) u otros registros clínicos oficiales, que recogen sus actuaciones clínicas. - Dentro de las pruebas que se basan en registros, se encuentran las “Autoauditorías” (AA) (Revisión que hace el propio profesional de una muestra de registros) y los “Informes de Práctica” (IP) (Resumen de cuál ha sido su actuación registrada en determinadas situaciones). - Semestralmente, tras las evaluaciones se llevan a cabo auditorías externas estableciendo si las anotaciones existentes en los registros referenciados por un profesional en su proyecto de acreditación, como parte de las pruebas aportadas, se corresponden con las informaciones incorporadas al mismo.- Se considera “No Conformidad” (NC) a la ausencia de registros atribuibles al profesional correspondientes a evidencias (AA) o apartados (IP); cuando las NC superan el porcentaje máximo fijado en el procedimiento, el registro se rechaza. - Los objetivos que se plantean son analizar posibles factores asociados a: - -la presencia de NC en los registros - -el % de registros rechazados- -el % evidencias NC. - Más del 90% de las auditorías realizadas en 2011 obtuvieron resultado favorable.

Material y Método: 1. Población: Registros empleados en procesos de acreditación de competencias profesionales auditados.- 2. Ámbito: Acreditación de competencias profesionales de SSPA- 3. Periodo: 01/01/2010 al 1/04/2012- 4. Muestra: 3.168 registros correspondientes a 441 proyectos de acreditación de competencias profesionales auditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía- 5. Análisis: descriptivo, tests chi-cuadrado, tests de medias. Nivel de confianza:95%- 6. Variables dependientes:% registros rechazados, % NC, % evidencias no conformes- 7. Factores: Tipo de registro (AA/IP), manual de competencias, evidencias aportadas- 8. Muestreo: aceptación de lotes por atributos mediante muestreo simple(UNE 66020)

Resultados: Promedio % NC sobre nº ítems auditados por registro:3 puntos de diferencia, IP>AA- Registros rechazados: 3 puntos de diferencia, IP>AA- Evidencias no conformes:12 puntos de diferencia, IP>AA - Factores relacionados: manual de competencias y % registros rechazados están relacionados de forma altamente significativa (confianza: 99%). % NC está relacionado con el tipo de prueba y el manual de forma significativa(95%)- Evidencias: % rechazos difiere según la evidencia auditada.

Conclusiones y discusión: El nivel de NC es mayor en IP respecto a AA. En determinados manuales se da mayor número de rechazos de registros, de evidencias y de NC. Existen evidencias más proclives a que resulten NC en una auditoría. Resultaría necesario profundizar en esta línea de investigación.- Se detectan opciones de mejora tanto en los manuales de competencias como en el empleo de registros en el SSPA.

TITULO: LA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO MEDIO FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

LOPEZ ESPINOSA ENRIQUE; GALLARDO MONTORO MERCEDES; GOMEZ GOMEZ ANTONIO; MARTIN AFAN DE RIVERA JUAN CARLOS Y MARTI TUÑÓN FRANCISCO J.

Centro: Hospital Infanta Margarita

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Los objetivos pasan por proporcionar a los profesionales del centro de una herramienta que partiendo de principios como la integración, la personalización y la eficacia, permitan reducir los tiempos “muertos” administrativos que se emplean en la recopilación de información clínica del paciente, para ser empleados en su atención. Así como, la posibilidad de incluir en dicha información indicadores (a través de aplicaciones propias del hospital) que no es posible a través de las aplicaciones corporativas; proporcionando la posibilidad de realizar una explotación posterior para extraer conclusiones que no tienen otro objeto que el aumento de la calidad en la atención al paciente. - Esta filosofía puede hacerse extensible a las necesidades de cada UGC, proporcionando una solución temporal ante posibles necesidades que no puedan ser resueltas de forma corporativa debido a la actual **Material y Método:** El desarrollo de esta herramienta se ha pensado para que pueda ser usada desde cualquier dispositivo y cualquier profesional del hospital que esté autorizado para ello. La aplicación puede ser invocada desde CAE (Consultas Atención Especializada) o DAE. En esta invocación dichas aplicaciones envían el NUHSA del paciente, así como, la identificación del operador que realiza la invocación. La herramienta muestra una página web personalizada para cada paciente, desde la cual se accederá a toda la información del mismo. Todo esto es posible gracias a que la integración se realiza a través del NUHSA del paciente como identificador de toda la información que hay en el sistema acerca del mismo. Además, la página también queda adaptada al profesional en cuestión o mejor dicho a las necesidades propias de su UGC.

Resultados: En el Hospital Infanta Margarita se realizan anualmente una media de 200.000 consultas externas. Si en trámites administrativos de cada consulta se han reducido una media de 3 minutos se consiguen 600.000 minutos de tiempo que pueden dedicarse en una atención más personalizada a los pacientes, así como, conseguir mayor calidad en la acción de completar la historia de salud digital del mismo.- Al final el resultado se podría resumir: “Más cosas en el mismo tiempo-

Conclusiones y discusión: La posibilidad que permite esta herramienta, de poder acceder a información de pacientes desde una misma ventana eliminando los pasos de tener que introducir un nombre de usuario y realizar una búsqueda de pacientes, así como, poder incluir nuevos indicadores con los datos del paciente proporcionados por la aplicación corporativa proporciona las siguientes ventajas: - •Los profesionales sólo se autentican una vez- •Reducción de tiempo administrativo en consulta- •Seguridad en el acceso a los datos de paciente debido al uso del NUHSA como medio de comunicación entre los sistemas.- •Posibilidad de explotar nuevos indicadores destinados a servir como medio para la toma de decisiones en la organización, redundando esto último en la calidad de atención al paciente.-

“Mejora de las relaciones interprofesionales. UGC. SBD. Distrito Sanitario. Jerez Costa Noroeste-Sierra de Cádiz”.

PASCUAL CODESO FCO. JAVIER; RODRIGUEZ PRIEGO ESTHER; ORELLANA CARRASCO JOSE LUIS Y PEREZ FRAILE CRISTINA.

Centro: DISTRITO JEREZ COSTA NOROESTE

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: La Unidad de Gestión Clínica Intercentro (UGC) del Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste-Sierra de Cádiz, esta constituida por un equipo de profesionales (odontólogos y auxiliares) con un objetivo común, ofrecer a nuestros pacientes los mejores conocimientos. Desde hace muchos años, este conjunto de profesionales vienen desarrollando proyectos colectivos e individuales de promoción, prevención y asistencia a la demanda que nuestra población requiere. Ello ha conllevado a la formación de un equipo de profesionales altamente cualificados y comprometidos con su trabajo, lo cual ha repercutido en la creación de diferentes “Centros de Especialidades” donde se realizan las intervenciones más complejas y se estudian los casos que requieren una mayor atención. Las reuniones de equipo, las sesiones clínicas y la fácil accesibilidad de consultas con los miembros del equipo, hacen posible un mayor contacto humano, fundamental para resolver dudas y para mantener un clima de total confianza. Base fundamental de las unidades intercentros.

Material y Método: El trabajo en equipo, la intersectorialidad, las políticas multifactoriales, la responsabilidad de los profesionales de la Odontostomatología de nuestra Unidad de Gestión Clínica, hace que estemos orgullosos de poder trabajar en unas condiciones que nos permiten diagnosticar, tratar y comprobar los buenos resultados de nuestro trabajo, apoyándonos en todos los profesionales implicados a través de políticas intersectoriales con las demás unidades de Atención Primaria y Especializada (hospital). Hemos establecido diferentes convenios de colaboración con hematología, medicina preventiva, cirugía maxilo facial y UCEIM.

Resultados: Una nueva filosofía de trabajo se ha creado en nuestra labor diaria. La implicación de nuevos profesionales, la toma de decisiones compartidas y la responsabilidad de estas nuevas unidades intercentros, hacen que nuestros pacientes sean tratados de una manera más integral, objetiva y eficaz. Creemos firmemente que las unidades intercentros siempre que estén bien gestionadas son una de las áreas de mejoras futuras de nuestra gestión clínica. La labor del director de la unidad es fundamental para el buen desarrollo de las políticas sanitarias y de la integración, participación y buen ambiente diario.-

Conclusiones y discusión: La unificación de profesionales hace tener mas fuerza para sobre llevar las condiciones de trabajo que muchas veces son agotadoras. La creatividad en las decisiones son mas evidentes en nuestras sesiones clínicas y la aportación de ideas enriquece mucho más nuestra filosofía de trabajo.- Conclusiones.- Creemos en la gestión como complemento de una buena odontología, como complemento de una buena medicina y como elemento de unión y efectividad y creemos en las personas (nuestros profesionales) como base de esta unión y eficacia. Nos sentimos orgullosos de ser pioneros en este tipo de unidades y esperamos que nuestra experiencia sea enriquecedora y base de nuevas Unidades de Gestión Clínica. -

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO E INFORMACIÓN DE LA MORTALIDAD EN UN UCCU.

ORELLANA CARRASCO RODRIGO; FLORES DE LA CRUZ ANA BELÉN; MARTÍN MARTÍN REMEDIOS; PÉREZ- MONTAUT MERINO IGNACIO; BÁEZ CABEZA ANTONIO y FLORIDO JIMÉNEZ CRISTOBAL.

Centro: CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DE ALCÁNTARA

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Evaluar en nuestro registro de mortalidad los datos de: - Pacientes en situación administrativa de estado pasivo- - Pacientes que continúan con medicación activa en receta XXI- Con la intención de identificar posibles deficiencias en BDU, desarrollar estrategias para corregirlas y evaluar su impacto en términos de eficiencia.-

Material y Método: Cuatro años después de iniciarse un registro de mortalidad, se analiza durante el período de junio 2011 a julio 2012, recogiendo 2 ítems de carácter dicotómico no ordinario, paciente pasivo o no y medicación activa o no. La recogida de datos fue realizada por una médico de familia en una hoja de Microsoft office Excel, usando posteriormente la Historia de Salud Digital del usuario como base para comprobar el objetivo del estudio.

Resultados: - El 5,40% de los pacientes del libro de registro se encontraban en activo.- El porcentaje de usuarios con medicación activa en receta digital fue del 6,76%, siendo el 100% de éstos pacientes pasivos.- - La medicación activa se encontraba dentro de los siguientes grupos farmacológicos: antiagregantes, heparinas, complementos normoproteicos, apósitos, absorbentes, inhaladores, insulinas, soluciones electrolíticas y antibióticos.- - El ahorro potencial habría sido de 874,35 euros, ya que no se ha dispensado el fármaco.-

Conclusiones y discusión: - La eficiencia del registro de mortalidad en la BDU favorece el seguimiento y adecuado cumplimiento de la Historia digital del paciente una vez fallecido, por lo que su mejora contribuirá a una mejor calidad en la Base de Datos de un Usuario.- - Creemos que el circuito de información desde el médico del dispositivo de urgencias a administración y a su médico de cabecera debe ser si cabe aún más fluido para de este modo poder anular la prescripción de la tarjeta del siglo XXI y "pasar" al paciente a pasivo.- - Debemos destacar los excelentes resultados obtenidos por el alto porcentaje de pacientes dados de baja del sistema informático, dato que si no fuera sido de ésta manera, el gasto sanitario habría aumentando de forma muy considerable.- - Si extrapolamos el gasto farmacéutico al total de población estudiada sería de 12.940,38 euros, habiéndose producido un ahorro ficticio, por tanto, de 12.066,03 euros, secundaria a la fluidez del mecanismo de información a administración, por posible mal uso de la medicación activa en paciente pasivo.-

Ventajas de la estandarización de equipamiento y material quirúrgico en quirófanos de ORL

JIMÉNEZ FIERRO ROSARIO; OLIVENCIA PÉREZ MIGUEL Y ALEMÁN MORENO MERCEDES.

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Analizar las ventajas de la estandarización del material quirúrgico (equipos, instrumental y fungibles) y del aparataje, utilizado en las intervenciones quirúrgicas más habituales de un servicio de ORL.- -

Material y Método: Mediante el análisis, retrospectivo y prospectivo, de salud y económico, de intervenciones quirúrgicas previas, su resultado y evolución posterior del paciente, y basándonos en la experiencia profesional de médicos y enfermeros de la especialidad de ORL, se elabora un protocolo útil, de fácil manejo, claro y conciso donde queda recogido:-
-instrumental, fungibles y aparataje utilizado en cada intervención quirúrgica.-prioridad de uso de cada elemento.--cantidad mínima necesaria previa a la cirugía.-localización exacta, dentro de quirófano, del aparataje necesario según el tipo de - intervención quirúrgica.-

Resultados: Al fijar un protocolo estándar que determina las necesidades de material y equipo en cada procedimiento quirúrgico, observamos una mejora en diferentes aspectos de la práctica diaria -Aumenta la seguridad del paciente.--Aumenta la seguridad del personal sanitario -Facilita el control de gasto- - Todo el personal implicado asume mayores responsabilidades en la gestión del puesto de trabajo y sus recursos generando una mayor organización y una mejora continua. -

Conclusiones y discusión: La mayor ventaja del proceso de estandarización es que logra beneficios importantes para todas las partes implicadas. - mayor seguridad del paciente y mejores resultados postquirúrgicos.-mayor seguridad para el personal sanitario.- mayor valoración objetiva y subjetiva del profesional.-mejoras económicas importantes para la empresa. -el esfuerzo que implica la elaboración y seguimiento del proceso de estandarización es mínimo en - relación a la importancia de los resultados obtenidos.- - Todo esto convierte al proceso de estandarización en una herramienta económica y muy útil en el trabajo diario de un área quirúrgica.-

EFECTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA

VELA CERERO CARLOS JESÚS; VISUERTE SÁNCHEZ JOSÉ MANUEL Y GALANTE JIMÉNEZ MARÍA.

Centro: UGC Salud Bucodental

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando a diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.- Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos se utilizan para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, se emplean para correlacionarlos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos.- El objetivo de este estudio es comparar la utilidad de dos instrumentos de CVO; el OHIP-14 (Perfil del impacto de la salud oral) y el OIDP (Impacto Oral en la Vida Diaria). Ambos se basan en el modelo de Locker sobre la salud oral, que jerarquiza las consecuencias de la patología oral, como defectos orgánicos, que pueden conllevar cierto grado de dolor o limitación funcional y que pueden acabar discapacitando física, psicológica o socialmente al portador.

Material y Método: El OHIP-14 está constituido por 14 preguntas que explora siete dimensiones de impacto (limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológico, discapacidad física, psicológica y social y minusvalía) en los que los participantes responden a cada pregunta según la frecuencia del impacto.- El OIDP mide el impacto de la salud oral valorando la frecuencia de aparición y severidad de impactos de los individuos para la realización de ocho actividades diarias. La severidad, la frecuencia y duración de cada impacto se anotaron para las diferentes dimensiones (comer, hablar, higiene, actividades ocupacionales, relaciones sociales, relajación para dormir, sonreír y estado emocional), siendo también recogida la causa de impacto dentro de cada ítem.- Otros datos recogidos fueron: sociodemográficos, conductuales, clínicos y también datos subjetivos. Estos parámetros subjetivos, se utilizaron para explorar la validez del constructo y criterio de ambos indicadores.- También, los participantes fueron interrogados acerca del grado de satisfacción global oral en una escala EVA de 0 a 10.

Resultados: La media de edad fue de 52.4, el 83% se cepillaban los dientes al menos una vez al día y el 14.2% acudían a revisión una vez al año. El 64.6% percibía necesidad de tratamiento dental, el 14.1% no tenía queja con su boca.- El OIDP mostró una menor validez aparente ya que contiene filtros de frecuencia y severidad que dificultan la autocumplimentación. El OHIP-14 está diseñado para ser autocompletado. Ambos tienen una adecuada validez de contenido ya que están centrados en actividades físicas, psicológicas y sociales que pueden ser deterioradas por la salud oral.- Ambos indicadores mostraron gran validez de criterio y constructo, ya que los sujetos que percibían necesidad de tratamiento dental o tenían alguna queja sobre su boca obtuvieron una mayor puntuación total tanto en el OIDP como en el OHIP-14 que los que no.

Conclusiones y discusión: Ambos indicadores son instrumentos válidos para describir el impacto de las condiciones orales en la calidad de vida.

MEJORA ADMINISTRATIVA EN LA DERIVACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TOPOGRAFÍAS CORNEALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA

MORENO SANJUÁN DANIEL; BUJALANCE HOYOS JESÚS; RUANO GUERRERO ADELA; RUIZ FERNÁNDEZ NURIA MAR; MESA SEMPERE ELISA Y GÓMEZ PÁEZ FRANCISCO.

Centro: Hospital Regional de Málaga. Carlos Haya

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Cuantificar el coste directo generado como consecuencia de la realización de topografías corneales, solicitadas por la UGC del Oftalmología del Hospital Regional de Málaga, atendiendo a los criterios de derivación y asignación de centro dentro del SSPA según el protocolo de la Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial del SAS, versus modificación del trámite de asignación de centro por principios de eficiencia asistencial y económica.

Material y Método: A finales del año 2011 se han medido y evaluado un total de 9 topografías corneales realizadas en el año 2011. Según el protocolo, y así fue, debían ser autorizadas centralizadamente y realizadas en el topógrafo del Hospital Torrecárdenas de Almería.- Debido a la distancia geográfica entre las 2 ciudades, el coste del desplazamiento es muy superior a la realización de dicha prueba en clínicas no concertadas de Málaga. El coste medio (sin incluir coste de realizar la topografía en el hospital de referencia ni su consecuente coste de oportunidad) era de 196 euros (autobús con acompañante de Málaga a Almería, junto con media dieta) Por otro lado, el coste total de realizar esa prueba en centro no concertado de Málaga, según lo presupuestado, es 60 euros, no precisando pago de dietas ni viajes con acompañante.

Resultados: El coste total para las topografías corneales en 2011 fue de 1764 euros sin incluir coste de realización de la topografía. (Exclusivamente pago de dietas) El coste total de esas pruebas en Málaga habría sido de 540 euros. Dicha comparación identifica un área de ineficiencia económica de 1224 euros, a la que habría que añadir el coste de realizar la topografía en el Hospital de Almería junto con la incomodidad de los pacientes en el desplazamiento

Conclusiones y discusión: Los costes, evidentemente, no justifican la adquisición de un topógrafo corneal en la UGC de Oftalmología del Hospital, pero sí hacen patente la necesidad de autorizar la realización de dicha prueba en centros no concertados de la ciudad de Málaga. Así fue planteado ante los Servicios Centrales del SAS y, posteriormente, fue autorizada la modificación del trámite administrativo conllevando una mejora en la eficiencia y comodidad de los pacientes a la hora de realizarse la topografía corneal, ahorrando así costes evitables.- A partir del año 2012 todas las topografías corneales han sido realizadas en centros ajenos al SSPA dentro de la ciudad de Málaga atendiendo al criterio de cercanía para el paciente y de presupuesto más bajo.-

Análisis de las buenas prácticas con mayor potencial de desarrollo en el colectivo de Enfermería Hospitalaria.

FERÁNDEZ - SACRISTÁN GARRIDO BLANCA; GARCÍA RIOJA FILOMENA; ESPÓSITO GONFÍA THOMAS; GALLARDO MOLINA VERÓNICA Y PERIAÑEZ VEGA MAYTE.

Centro: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Potenciar una formación eficiente destinada a las buenas prácticas con mayor margen de mejora, para el desempeño óptimo de los puestos de trabajo de Enfermería de atención hospitalaria.

Material y Método: Partiendo de la definición de los mapas de competencias realizados en las UGC del SAS, 4412 enfermeras de atención hospitalaria, han identificado de manera individual sus necesidades de desarrollo profesional, a través de una autoevaluación online. Se ha realizado un análisis de los perfiles competenciales medios, teniendo en cuenta un total de 56 buenas prácticas que se dan en los 3 tipos de hospitales (regionales, de especialidades y comarcales). Además nos centramos en aquellas donde el posicionamiento de los profesionales se sitúa en un nivel básico o medio, descartando los niveles alto y muy alto, y que al menos se recojan en 400 registros.- La información ha sido actualizada a fecha de 10 de octubre 2012 procedente del sistema de información de la Agencia de Calidad Sanitaria (CMO). -

Resultados: Del análisis realizado se detectan 4 buenas prácticas, en las que estos profesionales se sienten con una menor fortaleza: - El/la profesional está comprometido con la función docente de su trabajo en el SSPA. 3538 registros.- Lleva a cabo acciones concretas para impulsar la investigación 2987 registros.- El/la profesional participa en el diseño, implantación, desarrollo, o mejora de los procesos asistenciales o de soporte y/o planes integrales en su ámbito asistencial. 1219 registros.- Acredita el nivel de su competencia profesional mediante el Manual de Competencias de su disciplina. 655 registros. -

Conclusiones y discusión: Identificar buenas prácticas con mayor margen de mejora permite focalizar la formación en aquella con mayor posibilidad de generar impacto en el profesional, en la organización y sobre todo, en la atención al ciudadano.- Actualmente estamos trabajando en una propuesta formativa que de respuesta directa a las necesidades identificadas.- Este mismo ejercicio está siendo realizado con los diferentes colectivos del SSPA desde el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.-

IDENTIFICACIÓN DE COSTES EVITABLES EN LA REALIZACIÓN DE EXPLORACIONES RADIOLOGICAS EN LAS CONSULTAS DE ANESTESIA

BUJALANCE HOYOS JESÚS; MORENO SANJUÁN DANIEL; GARCÍA-AGUA SOLER NURIA; GÓMEZ MÁRQUEZ MARIA JOSÉ; CANSINO CAMPUZANO AUXILIADORA Y MEDINA JIMÉNEZ JULIA.

Centro: Hospital Regional de Málaga. Carlos Haya

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Cuantificar el costedirecto generado como consecuencia de la duplicidad de radiografías de tórax AP-L (anteroposteriores y laterales) solicitadas para los vistos buenos en anestesia de los pacientes quirúrgicos del Hospital Civil de la ciudad Málaga durante el **Material y Método:** Se han identificado todos aquellos pacientes que tras haberseles realizado una radiografía de tórax en el Servicio de Urgencias (ajenas a su procedimiento quirúrgico y sin hallazgos significativos) posteriormente, en menos de 45 días, se les ha realizado otra radiografía de tórax para su visto bueno de anestesia.

Resultados: De todos los pacientes analizados se detectaron un total de 261 casos con duplicidad de radiografía de tórax. Teniendo en cuenta que el coste de una radiografía simple, ajustado por Unidad Relativa de Valor (URV), en este Hospital es de 12,68 euros y que la radiografía AP-L son 2 unidades radiológicas, el coste total es de 25,36 euros (sin impresión de placas). Por lo que se ha detectado un coste radiológico directo evitable por URV de 6.619 euros en dicho hospital durante el año 2011.

Conclusiones y discusión: Se observa que existe realización innecesaria de pruebas radiológicas, identificando así un área de ineficiencia. Es cierto que el importe, aunque bajo en si para los presupuestos de los Hospitales Generales, si se extrapolara al resto de hospitales y a otras pruebas diagnósticas mostraría una cuantía económica superior nada desdeñable. - Tras su cuantificación se plantea para finales de 2012 la necesidad de mejorar en registro de esta actividad en el programa quirúrgico AQUA, de manera que se reduzca sensiblemente dicha ineficiencia, y sensibilizar a los anestesiistas del centro sobre la no pertinencia de la duplicidad de determinadas exploraciones radiológicas-

CONTROL INTEGRAL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO CON ALTO RIESGO: UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL.

BLANCO ABRIL SARAY Y RODRIGUEZ GONZALO ANA.

Centro: HOSPITAL RAMON Y CAJAL

Área: Sostenibilidad y/o eficiencia

Palabras clave

Resumen: Determinar el porcentaje de pacientes que consiguen el objetivo terapéutico de control de la PA, LDL-colesterol e indicación de antiagregación o anticoagulación, en el momento de la inclusión en la Unidad y después de seis meses de seguimiento.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo, realizado en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular. (UICARV). - Pacientes >65 años, en seguimiento mínimo de 6 meses, que muestren riesgo de evento cardiovascular, previa firma del consentimiento informado. - Los datos se recogen desde 2010 al 2011 a través de la historia clínica informatizada: variables sociodemográficas, clínicas, parámetros físicos y analíticos, comorbilidades, riesgo de síndrome metabólico, riesgo de evento coronario. Los datos se cumplimentan en la primera visita a la unidad y se evalúan de nuevo a los seis meses. - Partiendo del porcentaje de casos que alcanzan el control clínico, se deberían reclutar 115 pacientes, (asumiendo pérdidas del 20%, potencia 90%). El análisis de datos, se realiza a través del programa SPSS.-

Resultados: Participan 150 pacientes. Al comparar el control adecuado de la PA en la visita basal y a los 6 meses de seguimiento, las diferencias son significativas para la población general ($p=0.00$) y el grupo de diabéticos ($p=0.04$). No hemos encontrado diferencias significativas para el resto de parámetros, si bien la indicación de antiagregación o anticoagulación muestra diferencias significativas para los pacientes diabéticos ($p=0.03$). - El diagnóstico de síndrome metabólico disminuye de manera significativa desde la visita basal a los 6 meses de seguimiento ($p=0.00$). - El grado de progresión de la disfunción renal no es significativo entre ambas visitas, sin embargo la evolución en la progresión de la microalbuminuria, si es significativa ($p=0.070$). - La frecuentación a Urgencias y Hospitalización con respecto a un periodo similar previo a su inclusión en la Uicarv, se reduce de manera significativa ($p=0.001$).-

Conclusiones y discusión: De los resultados se desprende que los pacientes tienen un buen control de los valores deseados de PA, sin embargo, no muestran un control significativo del LDL-colesterol y HbA1c después de seis meses de seguimiento, esto nos hace reflexionar sobre la implantación de estrategias de mejora. - Consideramos que la PA es automedible y autocontrolado por el paciente en su domicilio, proporcionando un feedback inmediato, sin embargo los otros objetivos requieren mayor espacio de tiempo para percibir cambios. - Encontramos que la frecuentación a los servicios de Urgencias y hospitalizaciones disminuye de manera considerable en el periodo de tiempo que el paciente permanece en seguimiento en la Unidad con respecto a periodos similares previos, independientemente del motivo de consulta. Esto podría explicarse por el cuidado integral y continuo que recibe el paciente por los profesionales de la UICARV, que conlleva una repercusión en el coste sanitario y una reducción en el gasto intrahospitalarios.-



CONGRESO CÁDIZ 2012
CALIDAD ASISTENCIAL

28-30
NOVIEMBRE

Infografía
2012

sadeca

sadeca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial



CONSEJERÍA DE SALUD
Y BIENESTAR SOCIAL



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

COLABORAN



ÍNDICE DE AUTORES

ACHA PIÑERO BEGOÑA	P-54
ACOSTA FERRER MARGARITA	C-41
ACOSTA GARCÍA HÉCTOR	C-22
ACOSTA DELGADO DOMINGO	C-22
ACOSTA ROBLES PEDRO	C-53 C-74 P-78
AGUADO DE MONTES CARMEN	P-44 P-57
ÁGUILA BARRANCO JOSÉ CARLOS	P-82 P-111 P-112 P-113 P-114
AGUILAR DIOSDADO MANUEL	P-54
AGUILAR LUNA LUCIA	C-43
AGUILERA AGUILERA FELIPE	P-17
AGUIRRE COPANO TOMÁS	C-60 P-25
ALBAR MARÍN M ^ª JESÚS	C-26
ALBARRACÍN ARRAIGOSA ANTONIO	P-5 P-86
ALBERO SERRANO MARIA PILAR	C-41
ALBERT CANDEL LORENA	P-34
ALCALÁ GUTIERREZ PURIFICACION	P-49
ALEMÁN MORENO MERCEDES	P-121
ALEMANY MARQUEZ PEDRO	P-54
ALEX SÁNCHEZ MARÍA DOLORES	P-99 P-104
ALFARO LARA EVA ROCÍO	C-22
ALFONSO DALDA SUSANA	C-33
ALJAMA ALCÁNTARA MANUEL	C-10
ALMANSA-LÓPEZ JULIO	C-60
ALMUEDO PAZ ANTONIO	C-5 C-19 P-2 P-31
ALONSO HIDALGO CARMEN MARÍA	P-3
ALONSO-OJEMBARRENA ALMUDENA	C-60 P-25
ALVARADO MALDONADO DANNY	P-44
ALVARADO MORALES MANUEL JESÚS	C-27
ALVAREZ SERGIO	C-35
ÁLVAREZ FERNÁNDEZ ALEJANDRO	P-85
ALVAREZ- MORUJO DE SINDE GUADALUPE	C-31
ALVAREZ -OSSORIO PIÑERO JUAN JAVIER	P-58
ALZA ROMERO DOLORES	C-43

ANCA GÓMEZ JOSÉ	P-10
ANDRÉS ANA M ^a	P-66
ANTÓN MOLINA FRANCISCA	P-75 P-84
ANTÚNEZ DOMÍNGUEZ MARÍA JOSÉ	P-99 P-104
ARAHAL TRIGUEROS MARIA DEL ROCÍO	P-43
ARCO TALLÓN MARÍA BELÉN	C-4
ARIAS JIMENEZ JUAN CARLOS	P-12 P-107
ARRABAL MARTÍN MIGUEL	P-46
ARRIAZA GESTOSO MARCELINO	C-20
ARTERO LOPEZ CONSUELO	C-13
AVALOS SERRANO ENCARNACIÓN	C-31
AVILA GUERRERO JUAN	P-77
AVILA RODRIGUEZ FRANCISCO JOSÉ	C-18
BAENA CAÑADA JOSÉ MANUEL	C-1 C-81
BAENA RUIZ M ^a CARMEN	P-93
BÁEZ CABEZA ANTONIO	P-85 P-120
BALLESTA GARCÍA MIGUEL	C-14 C-23 C-24 P-24 P-56
BALLESTEROS GARCÍA LOURDES	P-71
BARÓN RAMOS MIGUEL ÁNGEL	P-43
BARRERA VARGAS ÁLVARO	C-6
BARRIENTOS TRIGO SERGIO	C-48
BARRIOS RODRIGUEZ LAURA	C-21
BARROT CORTES EMILIA	C-2
BASCUÑANA GARRIDO MARIA	P-44
BATURONE PILAR	P-66
BEATO MORENO ANTONIO	C-82
BELDA RUSTARAZO SUSANA	C-69 P-6 P-21 P-83
BELLANCO ESTEBAN PILAR	C-20
BENAVENTE-FERNÁNDEZ ISABEL	C-60 P-25
BENDICHO LÓPEZ MARÍA JESÚS	C-76
BENITEZ MORERA ANA MARIA	C-72
BENITEZ RIVERO JAVIER	C-20
BENÍTEZ RODRÍGUEZ ENCARNACIÓN	C-1 C-81
BENOT LOPEZ SOLEDAD	C-2 P-58

BERMÚDEZ DE LA VEGA ISABEL	C-23 C-24
BERNABEU WITTEL MÁXIMO	P-43
BLANCO ABRIL SARAY	P-126
BLANCO NIEVES JOSÉ LUIS	C-33
BLANCO SÁEZ ISIDRO	C-76
BLÁNQUEZ MARTÍNEZ DAVID	P-21
BLASCO MIRA PILAR	C-45
BOADA VERA JUAN CARLOS	P-24
BOUBETA LEMOS NURIA	P-9
BREA RIVERO PILAR	P-2 P-115
BROME GENER CARMEN	P-3 P-10
BUFORN CRESPO PEDRO	C-16
BUIZA CAMACHO BEGOÑA	P-51 P-61 P-117
BUJALANCE HOYOS JESÚS	P-1 P-123 P-125
BUJALANCE OTEROS MANUELA	P-36
BULO CONCELLON ROCIO	C-50
BULO CONCELLÓN ROCÍO	P-91
CABALLERO ROMERO ÁLVARO	P-21
CABELLO ROMERO CONCEPCION	P-103
CABEZA ALVAREZ MANUEL R.	P-74
CABEZA BARRERA JOSE	P-83
CABEZA BARRERA, J	C-69 P-6 P-21 C-70
CABRAL FERNÁNDEZ PILAR	P-79
CABRAL GARCÍA JOSE M ^a	C-46
CALERO MORA JOSEFA	C-14 P-24
CALVIN LAMAS MARTA	P-48
CAMACHO BUENOSVINOS AMELIA	P-77
CAMACHO JUAN LUIS	C-21
CAMACHO PIZARRO ANTONIO	P-62
CAMPA VARELA FRANCISCO	C-8
CAMPILLOS ROSUA RAMÓN	C-16
CAMPOS MADRONA M ^a JOSÉ	P-93
CANCA SANCHEZ JOSE CARLOS	C-73 P-49
CANO ANTELO MARÍA DOLORES	C-52

CANO RODRÍGUEZ TRINIDAD	C-62
CANSINO CAMPUZANO AUXILIADORA	P-125
CANTO MANGANA JOSÉ	C-53 C-64
CAPEL BONACHERA YOLANDA	C-13
CARABALLO CAMACHO NURIA	C-39 C-51 C-52
CARACUÉL GARCÍA ÁNGEL	C-86
CARMONA AURIOLAS JUAN	P-42
CARRANZA MIRANDA EVA	C-30
CARRASCO PERALTA JOSÉ ANTONIO	C-7 C-44 P-90
CARRASCO RODRIGUEZ PILAR	C-83
CARRASCOSA GARCÍA MARÍA ISABEL	P-94 P-111 P-113 P-114
CARRASCOSA SALMORAL MARÍA DEL PILAR	C-6 C-19 P-2 P-115
CARRIÓN DOMÍNGUEZ LUCÍA CARMEN	P-59 P-108
CASADO MEJÍA ROSA	C-26
CASTELLANO ZURERA MAR	C-77
CASTILLO LORENTE JOSE IGNACIO	P-76
CASTILLO CASTILLO RAFAEL	C-3 C-29 C-30
CASTILLO HERNANDEZ ANTONIO BERNARDO	P-9
CASTILLO ORTIZ JOSÉ	P-39 P-79
CASTRO ARAGÓN JOSE LUIS	C-8
CASTRO CAMPOS JOSE LUIS	C-3 C-29
CASTRO GARRIDO CLARA	C-3
CASTRO PALOMO ESTEBAN	P-58
CASTRO VIDA M ^a ÁNGELES	C-74
CEBALLOS POZO MANUEL	P-117
CENTENO ASTUDILLO JUSTO	C-37
CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS JUAN JAVIER	P-26 P-32 P-40 P-64 P-72 P-81 P-116
CHACÓN VILLANUEVA REMEDIOS	C-27
CHICO LÓPEZ ALEJANDRO	C-30
COBO OCAÑA MARIA ANTONIA	C-72
COMINERO BELDA ALICIA	P-59 P-67 P-106 P-108
CONSEGLIERE CASTILLA FRANCISCO JAVIER	C-40
CONTRERAS RODRIGUEZ M ^a ANTONIA	P-76
CONTRERAS TORRADO ISABEL	C-39

CÓRDOBA GARRIDO LAURA	C-4 C-54 C-57
CÓRDOBA MARTÍNEZ ROSARIO	C-28
CORONADO VAZQUEZ M ^a VALLE	C-85
CORRALES GUERRERO MARIA LUISA	C-75
CORTÉS MONTERO CARMEN	P-56
COTORRUELO SÁNCHEZ CARMEN	P-105
COTRINA LUQUE JESÚS	C-22
CRAVIOTTO MANRIQUE ISABEL	C-12
CRESPO ESPINOSA ALICIA	P-16
CRUZ SALGADO ÓSCAR	C-61 C-77 P-65
CRUZ CALDERÓN ROSARIO	P-96
CRUZ RODRÍGUEZ FRANCISCA	P-59 P-108
CUETO SAAVEDRA DOLORES	C-41
DÁVILA FAJARDO, CL	C-69 C-70
DE ABAJO BEDMAR FÉLIX	P-59 P-67 P-108
DE ALBA ROSADO ANTONIA	P-3
DE BURGOS POL RAMÓN	C-7
DE CRISTINO ESPINAR MARISOL	P-77
DE IRIGOYEN DÍAZ ANA	C-27 C-38 C-49
DE LA CASA PONCE MARINA	C-21
DE MESA BERENGUER YOLANDA	C-34
DE MIER MORALES MIGUEL	C-31
DE MORA MARTIN MANUEL	P-36
DE TORRES GARCÍA MARIA JOSÉ	P-93
DE TOVAR M ^a MAGDALENA	C-68
DEL MORAL CAMPAÑA CARLOS	C-84
DEL PINO J.I. C-8	
DEL PINO BENITEZ ISABEL	P-1
DEL RINCÓN VALLEJO ANTONIA	P-112 P-113 P-114
DELGADO FERNÁNDEZ AUXILIADORA	C-49 P-63
DELGADO PRIETO JOSE LUIS	P-36
DELGADO MORENO SILVIA	C-14 C-23 P-24 P-56 P-73
DELGADO RAMOS ROSARIO M.	C-47
DÍAZ DÍAZ JOSÉ P-77	

DÍAZ OJEDA JULIO	C-65
DOMÍNGUEZ CAMACHO JUAN CARLOS	C-58 P-35
DOMÍNGUEZ LUCÍA CARMEN CARRIÓN	P-67
DORADO DEL ÁGUILA LUIS FERNANDO	C-52
DOTOR GRACIA MARISA	C-54
DUEÑAS FUENTES JOSE RAUL	C-3 C-29
ESCALANTE TORRES FRANCISCO	P-15
ESCOBAR UBREVA ÁNGELA	C-36 P-51
ESCUDERO CASTILLO ANTONIO	P-46
ESCUDERO MERINO RAQUEL	P-109
ESPÓSITO GONFIA THOMAS	C-15 C-32 P-124
ESTALELLA MENDOZA SARA	C-1 C-81
ESTEVE JESÚS P-68	
ESTEVEZ MORALES MARIA TERESA	C-13
ESTRADA MORENO ANDRES	P-58
EXPÓSITO ÁLVAREZ INMACULADA	C-1
FAYET PÉREZ ANNA	C-53 C-64 C-67 C-74 P-78
FEAL CORTIZAS BEGOÑA	P-48
FERÁNDEZ - SACRISTÁN GARRIDO BLANCA	P-124
FERNÁNDEZ ANGUIITA MARÍA JOSÉ	P-80
FERNÁNDEZ AYALA JOSE CARLOS	P-76
FERNÁNDEZ GARCIA PEDRO JOSÉ	C-38
FERNÁNDEZ ANGUIITA MARIA JOSE	C-50 P-92
FERNÁNDEZ BERMEJO M ^a CARMEN	P-51
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ MIGUEL A.	C-28
FERNÁNDEZ GARCÍA PEDRO JOSÉ	P-63
FERNÁNDEZ GARCIA RAQUEL	C-2
FERNÁNDEZ GARCÍA VICTORIA	P-16
FERNÁNDEZ ISLA LINA	P-101
FERNÁNDEZ MARTÍN JESÚS M ^a	P-78
FERNÁNDEZ MARTÍNEZ M. DOLORES	C-82
FERNÁNDEZ NISTAL ÁNGEL	C-71
FERNÁNDEZ ORTEGA CARLOS MARIA	P-19 P-28 P-29
FERNÁNDEZ ORTEGA SONIA	C-56

FERNÁNDEZ RIOL MARIA JESÚS	P-1
FERNÁNDEZ ROCHE JOSÉ MANUEL	C-31
FERNÁNDEZ SANTIAGO ELOISA	C-82 P-44 P-57
FERNÁNDEZ SUÁREZ ANTONIO	P-71
FERNÁNDEZ URRUSUNO ROCÍO	C-42 P-35
FERNÁNDEZ-SACRISTÁN GARRIDO BLANCA	C-15
FERRER SANTA-CRUZ MARÍA JESÚS	C-79
FERRERO-ÁLVAREZ-REMENTERÍA JAVIER	C-36 P-51
FLORES DORADO MACARENA	C-42
FLORES DE LA CRUZ ANA BELEN	P-14 P-107 P-120
FLORES DORADO MACARENA	C-71 P-35
FLORIDO JIMÉNEZ CRISTOBAL	P-120
FONDON GARCIA IRENE	P-54
FORJA PAJARES FERNANDO	C-11 C-14 C-23 C-25 C-78 P-23 P-24 P-56 P-88
FUENTE GARCÍA JOSÉ	P-112
FUENTES CEBADA LUIS	P-16
FUENTES GÓMEZ JAVIER	P-1
FUENTES OLIVARES CAMILA	C-55
GABALDÓN RODRIGUEZ IMMACULADA	P-44 P-57
GALÁN GONZÁLEZ-SERNA JOSÉ MARÍA	C-40
GALÁN RETAMAL CARMEN	P-17
GALANTE JIMÉNEZ MARÍA	C-80 P-23 P-88 P-122
GALLOT TORRES ALFONSO	C-61 C-77 P-2 P-65
GALLARDO ABOLLADO MARIA ÁNGELES	C-75
GALLARDO ARCAS ISABEL	C-45
GALLARDO GINÉS M. PILAR	C-38 C-49
GALLARDO MOLINA VERÓNICA	C-15 P-124
GALLARDO MONTORO MERCEDES	P-118
GALLARDO ROMERO INMACULADA	C-2 P-5
GALLEGO DÍAZ MARÍA	P-51
GALLEGO MUÑOZ CRISTOBAL	P-8 P-97 P-98
GALVÁN BANQUERÍ MERCEDES	C-22
GALVAN MELERO GUSTAVO	C-56
GALVÁN PARRA ISABEL	C-76

GÁLVEZ BEATERIO MARIA CARMEN	C-4 P-69
GAMERO DE LUNA ENRIQUE JOSÉ	C-58
GAMERO ESTÉVEZ ENRIQUE	C-58
GARCÍA BRIZ CARIDAD	P-104
GARCIA CAÑADAS MANUEL ÁNGEL	P-52
GARCÍA GUERRERO ALFONSO	P-4
GARCÍA MARTÍN FATIMA	P-98
GARCÍA RIOJA FILOMENA	C-15 P-124
GARCIA ACOSTA NIEVES	P-34
GARCÍA BELLÓN ANA MARIA	P-36
GARCÍA BRIZ CARIDAD	P-99
GARCÍA CISNEROS ROGELIO	P-17
GARCIA CORCOLES CRISTOBALINA	C-45
GARCIA DE LA VEGA SOSA MANUEL	P-62
GARCIA DE QUEVEDO PUERTA DAVID	P-42
GARCIA FERNÁNDEZ CRISTINA	P-83
GARCÍA FERNÁNDEZ FRANCISCO PEDRO	P-70 P-110
GARCIA FERNÁNDEZ PILAR	P-38
GARCIA GARCIA MARÍA JESÚS	P-13
GARCÍA GUERRERO ALFONSO	P-37 P-41
GARCIA GUISADO VALENTÍN	P-13
GARCÍA GUTIÉRREZ MANUEL	C-62
GARCÍA HERNÁNDEZ RAFAEL	C-3 C-29 C-30
GARCÍA J P-55	
GARCIA LIROLA M ^a ÁNGELES	P-83
GARCIA MARTIN FATIMA	P-33
GARCIA NUÑEZ ELISA	P-103
GARCÍA ORDOÑEZ MIGUEL ÁNGEL	P-17
GARCIA PANIAGUA JOSE	C-13
GARCÍA RODRÍGUEZ SALVADOR	P-56
GARCÍA ROLDÁN PATRICIA	C-30 C-82
GARCIA TORMO CONSUELO	C-16
GARCIA, C C-69	C-70
GARCÍA-AGUA SOLER NURIA	P-125

GARNACHO MONTERO JOSE	C-2
GARRIDO JA P-55	
GARRIDO MANTAS CARMEN	P-10
GARRIDO MARIA BASCUÑANA	P-57
GARRIDO PEÑA FRANCISCO	C-48
GAVILAN CARRASCO JUAN CARLOS	C-16
GENAVE OSCARP-49	
GERMÁN BES CONCEPCIÓN	C-26
GIL BARRERA INMACULADA	P-11
GIL GARCÍA EUGENIA	C-48
GIMENO JORDA MARIA JOSE	C-67 C-74
GODOY CHICLANA MARÍA JOSÉ	P-96
GODOY GUERRERO MONTSERRAT	P-86
GOMARIZ DE LARA CARMEN	P-57
GÓMEZ PARRA FAUSTINO	C-27 C-38
GÓMEZ BARRACHINA JAIME	C-3
GOMEZ DE ARANDA Y ARGAL BEATRIZ	P-42
GÓMEZ GALVÉZ VICTORIA FUENSANTA	P-94
GOMEZ GOMEZ ANTONIO	P-118
GÓMEZ MÁRQUEZ MARIA JOSÉ	C-75 P-125
GÓMEZ PÁEZ FRANCISCO	P-123
GOMEZ PEÑA CELIA	P-83
GÓMEZ SALGADO JUAN	P-59 P-67 P-108
GOMEZ, C C-69	C-70
GONZÁLEZ ANAC-21	
GONZÁLEZ BENÍTEZ MARÍA ÁNGELES	C-2 P-5 P-43 P-86
GONZALEZ GONZALEZ ANA MARIA	P-36
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ CARMEN	P-99 P-104
GONZALEZ GARCIA ALICIA	C-16
GONZALEZ GARCIA LORENA	P-83
GONZÁLEZ GUERRERO MACARENA	C-81
GONZALEZ PINEY DOLORES	C-72
GONZALEZ REVUELTA ESTHER	P-50
GONZALEZ RUIZ FRANCISCA DOLORES	P-15

GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA TRIANA	P-33	P-80	P-97
GORDO ORTEGA JOSEFA	C-1	P-82	
GRANADOS LÓPEZ BELÉN	P-39	P-79	
GUARDIA CANO M ^A LOURDES	C-12		
GUERRERO RUIZ CARMEN	C-35		
GUIJOSA CAMPOS PILAR	C-84		
GUIL LOPEZ FRANCISCA	C-13		
GUILABERT MORA MERCEDES	C-66		
GUTIERREZ DIAZ FRANCISCO	P-49		
GUTIERREZ M.L.	C-8		
GUTIÉRREZ MARÍN M ^A JOSÉ	C-63		
GUTIÉRREZ RIVERO SONIA	C-62		
HEREDIA GALAN MARIA DE LA VILLA	C-1		
HERRADA DELGADO M ^A JOSEFA	P-53		
HERRERA USAGRE MANUEL	C-7	C-19	C-44 C-47 P-90
HERREROS LOPEZ FRANCISCA M ^A	C-46		
HUERTAS FERNÁNDEZ MARIA JOSE	P-33	P-97	
JIMÉNEZ LIRIA M ^A JOSÉ	P-76		
JIMÉNEZ MÁRQUEZ MARÍA DOLORES	C-39		
JIMENEZ CARMONA SOLEDAD	P-54		
JIMÉNEZ ESTRADA M ^A CARMEN	C-68		
JIMÉNEZ FIERRO ROSARIO	P-121		
JIMÉNEZ MÁRQUEZ MARÍA DOLORES	C-51		
JIMÉNEZ MARTIN VICENTE	P-38		
JOSE ACEDO MARIA ISABEL	P-74		
JOVER CASAS JOSÉ MARÍA	P-94	P-96	P-111 P-113 P-114
JULIÁN CARRIÓN JOSÉ	C-6	C-19	P-2
JUNCOSA SANDRA	P-68		
JURADO MATEOS SOLEDAD	C-42		
JURADO OÑATE NATIVIDAD	P-38		
LADRON DE GUEVARA GARCIA MARGARITAC	50	P-91	P-92
LAGUNA PARRAS JUAN MANUEL	P-70	P-94	P-96
LEMUS GORDILLO ESTRELLA	C-46		
LENDÍNEZ CARRILLO JUAN	P-111	P-112	P-114

LEÓN VERGARA M. REYES	C-37 C-47
LIMPO DE LA IGLESIA PILAR	C-62
LO GIUDICE HENRÍQUEZ MONICA PATRICIA	P-13
LOBO DÍAZ ISABEL	P-87
LÓPEZ ARANDA JAVIER FRANCISCO	C-24
LÓPEZ PÉREZ CARLOS	C-8
LOPEZ BARBA JOSE	P-74
LÓPEZ DE LYS CARMEN	C-27 C-49
LÓPEZ DÍAZ ANTONIO	P-107
LOPEZ ESPINOSA ENRIQUE	P-118
LOPEZ FIGUERES CRISTINA	P-13
LÓPEZ GARCÍA JUSTA	P-75 P-84
LOPEZ HERNANDEZ BEGOÑA	C-83 C-84
LOPEZ MARCO Mª JOSE	P-103
LÓPEZ MORENO JUAN LUIS	C-11
LÓPEZ ORIA IRENE	C-45
LÓPEZ PALOMINO JESÚS	C-11 C-25 C-78
LÓPEZ REDONDO ROSARIO	C-43
LÓPEZ-CARMONA PINTADO FERNANDO	P-46
LORA MONGE ESTRELLA	C-85
LOZANO MOYA FLORENTINO	C-55
LUBIÁN LÓPEZ SIMÓN	C-60 P-25
LUPIAÑEZ PEREZ YOLANDA	C-3
LUPIÓN MENDOZA CARMEN	P-99 P-104
LUQUE AMADO CAROLINA	P-86
LUQUE BAREA Mª ANTONIA	C-56
LUQUE BARONA RAFAEL	P-96
LUQUE CALVO PEDRO LUIS	C-82
LUQUE OLMEDO ALFONSO	C-76
MACHUCA ALBERTOS Mª JOSE	C-56
MANZANO MARTIN Mª VICTORIA	C-50 P-92
MARFIL VICENTE CARLOS	P-52
MARIN, MC C-69	C-70
MARQUEZ FERNÁNDEZ ELOISA	C-71

MÁRQUEZ FERRANDO MANUELA	C-11 C-25 C-78
MÁRQUEZ GARCÍA M ^A ISABEL	C-9
MARTI TUÑÓN FRANCISCO J	P-118
MARTIN HERRANZ MARIA ISABEL	P-48
MARTÍN RUBIO M ^A ISABEL	P-45
MARTIN AFAN DE RIVERA JUAN CARLOS	P-118
MARTÍN GARCÍA SHEILA M ^A	P-115
MARTÍN GARCÍA SHEILA MARÍA	C-6
MARTIN GOMEZ M ^A PAZ	C-85
MARTIN HERRANZ ISABEL	C-17
MARTÍN MARTÍN REMEDIOS	P-85 P-107 P-120
MARTÍN MATEOS ANTONIO JESUS	C-31
MARTIN TELLO JUAN MANUEL	P-102
MARTIN VÁZQUEZ JOSÉ MANUEL	C-16
MARTÍN YAÑEZ MARIA VICTORIA	P-15
MARTÍNEZ DE LA PLATA JUAN ENRIQUE	C-53 C-64 P-78
MARTÍNEZ GUTIÉRREZ EMILIO	C-31
MARTINEZ LOPEZ LAURA MARIA	P-48
MARTINEZ MIRAS MIGUEL	P-9
MARTINEZ NOGUERAS RAFAEL	C-1 P-22 P-82
MARTOS ROSA ALBA	C-64 C-67 P-78
MATAS JIMENEZ ANA	P-77
MATAS SÁNCHEZ M ^A JESÚS	P-4 P-37 P-41
MATÍAS VEGA MANUEL	P-25
MCHUGH LINDA JEAN	P-10
MEDINA CARMONA JOSE ANTONIO	C-3
MEDINA JIMÉNEZ JULIA	P-125
MEJUTO BERNABÉ FRANCISCO JOSÉ	P-47 P-105
MENA ROMERO JUAN JOSÉ	P-25
MÉNDEZ ESTEBAN MARÍA ISABEL	C-71
MERINO ROMERO JOSÉ	C-9 P-109
MESA GALLARDO MARÍA INMACULADA	P-59 P-67 P-108
MESA SEMPERE ELISA	P-123
MIRA SOLVES JOSÉ JOAQUÍN	C-66 P-68

MOLINA GARCÍA MARÍA VICTORIA	P-89
MONTERO BALOSA M ^A CARMEN	C-42 P-35
MONTERO CARRERA JAVIER	C-85
MONTERO TORREJON JUAN CARLOS	P-35
MONTES GARCÍA ENRIQUE	C-3
MONZÓN RUIZ MARIANA	C-51
MORA BANDERAS ANA	C-73
MORALES FERNÁNDEZ ÁNGELINES	C-73
MORALES MOLINA JOSE ANTONIO	C-67 P-78
MORCILLO MUÑOZ YOLANDA	P-76
MORCILLO NIETO M ^A CARMEN	P-70 P-110 P-111 P-113 P-114
MORENO SANJUÁN DANIEL	C-45 C-75 P-123
MORENO ALARCON FERMINA	P-38
MORENO ÁLVAREZ MARÍA DEL MAR	P-95
MORENO CARVAL MARÍA DEL CARMEN	C-81
MORENO JIMÉNEZ-MENA BEATRIZ	P-39
MORENO LAMELA JORGE	P-79
MORENO MARTIN GABRIEL	C-73
MORENO MORENO ANA MARIA	P-1
MORENO PAULANO CAPILLA	P-112 P-113
MORENO SANJUÁN DANIEL	P-1 P-125
MORILLO MARTÍN MARÍA SOCORRO	C-40
MUDARRA ACEITUNO M ^A JOSE	C-5 C-32 C-37 P-31
MUÑOZ CASTRO FRANCISCO JAVIER	C-5 C-32 C-37 P-31
MUÑOZ CLAROS ADELINA	C-2 P-5
MUÑOZ LUCERO TERESA	C-72
NARANJO CORTÉS PILAR	P-99
NARBONA RÍOS CRISTINA	P-15
NAVARRO ISABEL MARIA	P-68
NAVARRO DE LA NOVAL OLGA	C-39
NAVARRO MALDONADO CESAR	P-106
NAVARRO RODRÍGUEZ ANTONIO	C-62
NAVARRO SOLER ISABEL MARÍA	C-66
NIETO HERNANDEZ JOSEFINA	C-12

NIETO MARTIN MARÍA DOLORES	P-43
NIETO MORENO MARINA	C-28
NOGUERAS RUIZ SONIA	C-61 C-77 P-65
NUEVO LARA EMILIANO A.	P-94 P-111
NÚÑEZ GARCÍA DIEGO	C-7
OBEL GIL LOURDES	P-8 P-33 P-80 P-91 P-92 P-97 P-98
OLIVARES A P-55	
OLIVENCIA PÉREZ MIGUEL	P-121
OLLERO BATURONE MANUEL	P-43
ORELLANA CARRASCO JOSE LUIS	P-7 P-27 P-119
ORELLANA CARRASCO RODRIGO	P-85 P-107 P-120
OROZCO CÓZAR MARÍA JOSÉ	P-16
ÓRPEZ RAMÍREZ ÁNGEL	P-117
ORTEGA RODRÍGUEZ ANTONIA	P-61
ORTIGOSA GARCÍA JUAN CARLOS	P-46
ORTIZ ESPINOSA JUAN	C-83 C-84
OVIES FERNÁNDEZ ALBERTO	P-115 P-117
PADILLA MARÍN VICTORIANO	C-54
PÁEZ SÁNCHEZ LUNA	P-39 P-79
PAJARES CONDE DIEGO	C-28
PALANCO PARREÑO AMPARO	C-39
PALMA MORGADO DANIEL	C-58
PARRA ESTRADA ALFONSO JOSE	C-59
PARRA PEREZ MAYRA	P-44 P-57
PASCUAL BARRERA ANA MARGARITA	C-65
PASCUAL CODESO FCO. JAVIER	P-7 P-27 P-119
PAYÁ GINER CAROLINA	C-71
PAZ LEÓN URBANO	C-10
PEDREIRA VAZQUEZ ISAURA	P-48
PEDROSA GARCÍA PEDRO	C-3
PENCO RAMIREZ CINTA	P-62
PEÑA DÍAZ MARÍA	P-73
PEÑALVA MORENO FÉLIX	P-47
PERALTA ORTEGA ALICIA	C-66 P-68

PEREA RODRIGUEZ MARTA	C-21
PEREIRO HERNÁNDEZ RAFAEL	C-11 C-14 C-23 C-25 C-78 P-23 P-24 P-56 P-88
PEREJON DIAZ NIEVES	C-20
PÉREZ JOVER VIRTUDES	C-66
PÉREZ CRUZ MARGARITA	P-96
PÉREZ DE GREGORIO ÁNGELA	P-3 P-10
PÉREZ ESLAVA MARÍA	P-39
PEREZ FRAILE CRISTINA	P-7 P-27 P-119
PEREZ NAVARRO ADELIADA	P-52
PÉREZ NUÑEZ ROSARIO	P-3 P-10
PÉREZ PÉREZ PASTORA	C-66
PÉREZ RIDAO PEDRO JESÚS	C-35
PEREZ RUIZ JOSE MARIA	P-36
PEREZ TRUEBA ENRIQUE	C-73
PÉREZ-MONTAUT MERINO IGNACIO	P-85 P-107 P-120
PERIAÑEZ VEGA MAYTE	C-15 C-32 P-124
PERTEGUER HUERTA INMACULADA	C-46
PÉREZ TROYA RAMÓN	C-43
PICAZO SOTO LUCAS	C-76
PINEDA ORTIZ JORGE	P-58
PINO A P-55	
POLANCO MUÑOZ M ^A DOLORES	C-46 C-72
PONCE GONZÁLEZ JOSÉ M ^A	C-10 C-33 P-106
POPE OANA P-79	
POZO MUÑOZ FRANCISCO	C-4 C-54 C-57 P-17
POZO CHÍA ANTONIO	C-82
POZO MARÍN MARIA CARMEN	C-4 P-69
PRADA PEÑA MARTINA	P-62 P-81
QUERO HERNANDEZ FRANCISCO	P-50
QUERO PERABA JUAN	C-34
QUINTERO DOMÍNGUEZ RAFAEL	C-23
RABUÑAL ALVAREZ MARIA TERESA	P-48
RAMIREZ CUERVA RAFAEL	P-52
RAMÍREZ DAFFÓS PATRICIA	C-1

RAMIREZ PEREZ CARMEN	P-70 P-110
RAMOS CALERO EFRÉN	C-10 C-33 P-106
RAMOS DOMÍNGUEZ MARÍA VICTORIA	C-51
RAMOS GUERRERO ROSA M ^a	C-11 C-25 C-78
RECHE GONZALEZ FRANCISCO	C-13
REY DELGADO PILAR	P-66
REYES ALCÁZAR VÍCTOR	C-7 C-19 C-44 P-90
RIOS PEREZ ANA	P-38
RIVAS BEGINES JOSÉ PABLO	C-33
RIVAS RUIZ FRANCISCO	C-73
ROBLES AGUILERA CONSUELO	P-75 P-84
ROBLES MONTES BEGOÑA	C-72
RODRÍGUEZ HERRERA JUAN JESÚS	P-46
RODRÍGUEZ ROJAS M ^a DOLORES	P-20
RODRÍGUEZ BENAVENTE ANA	C-61 P-65
RODRIGUEZ CAMACHO JUAN MANUEL	C-50 P-33 P-80 P-91 P-92 P-98
RODRÍGUEZ FRANCISCA CRUZ	P-67
RODRIGUEZ GARCIA FRANCISCA	P-13
RODRIGUEZ GONZALO ANA	P-126
RODRÍGUEZ LIÉBANA JOSÉ JUAN	P-70 P-110
RODRIGUEZ MATEOS MARIA EUGENIA	P-8 P-33 P-91 P-92
RODRIGUEZ MORALES INMACULADA	P-16
RODRÍGUEZ MORCILLO RAQUEL	P-70 P-110
RODRÍGUEZ MORENO SILVIA MARÍA	P-4 P-37 P-41
RODRIGUEZ PAÑOS M ^a TERESA	P-103
RODRIGUEZ PAPPALARDO VICENTE	C-42
RODRIGUEZ PRIEGO ESTHER	P-7 P-27 P-119
RODRÍGUEZ SALAMANCA JUAN ANTONIO	C-9
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ MANUELA	P-16
RODRIGUEZ SOLANO ROSARIO	P-63
RODRÍGUEZ TOQUERO JUAN	C-3 C-29 C-30
RODRÍGUEZ TORRES M ^a CARMEN	P-110
RODRÍGUEZ-CONTRERAS HABIBULLAH	C-36
ROJAS PARRAS PEDRO H.	C-28

ROJAS DE MORA FIGUEROA ANA Mª	C-6	P-2	P-31	P-115
ROJAS TORREÑO MARTA	C-4			
ROLDÁN LIÉBANA MARIA ÁNGELES	P-15			
ROMÁN ROMERA ISABEL	C-4	P-69		
ROMERO BOCANEGRA FRANCISCO	P-38			
ROMERO HERNÁNDEZ IRENE	P-80	P-98		
ROMERO BRIOSO CONCEPCIÓN	P-104			
ROMERO CORCHERO MARINA	C-85			
ROMERO DIAZ FRANCISCO	C-85			
ROMERO HERNÁNDEZ IRENE	P-91	P-97		
ROMERO SERRANO ROCÍO	C-40			
ROQUE NAVARRETE ROSA MARINA	C-86			
ROSADO VARELA PETRA	C-1	C-81		
ROSANO DUARTE LUISA	C-24			
RUANO GUERRERO ADELA	P-123			
RUBIA ORTEGA SUSANA MARIA	P-34			
RUBIN GOMEZ MARIA ÁNGELES	C-83			
RUBIO SANDOVAL TRÁNSITO	C-9			
RUIZ ARIAS ESPERANZA	C-26			
RUIZ BAYO LIDIA	P-103			
RUIZ CANTERO ALBERTO	C-2	P-5	P-86	
RUIZ CAYUSO PILAR	P-95			
RUIZ FERNÁNDEZ NURIA MAR	P-123			
RUIZ FUENTES SALVADOR	P-6			
RUIZ GÓNGORA JOSEFA	C-35			
RUIZ ROMERO VICTORIA	C-40			
RUIZ ZAFRA AURORA	C-2	P-5	P-86	
SABATEL GÓMEZ-ROMÁN JOSE LUIS	P-18	P-89	P-101	
SAMPEDRO ABASCAL CONSUELO	C-21			
SÁNCHEZ ALCALÁ ÁLVARO	C-18			
SÁNCHEZ ALEX MARÍA DOLORES	C-14			
SÁNCHEZ BASALLOTE JOSE ENRIQUE	C-27	C-38	C-43	P-63
SÁNCHEZ BLANCO JOSÉ	C-8	C-10	P-30	
SANCHEZ BORJA CARMEN	P-9			

SANCHEZ BOSQUET JOSE	P-50
SANCHEZ CESPEDES ENCARNI	C-67
SÁNCHEZ GARCÍA M ^a CARMEN	C-9 P-109
SÁNCHEZ GONZÁLEZ ANA M ^a	C-28
SÁNCHEZ MÉNDEZ RAFAEL	C-2
SÁNCHEZ OCAÑA CARMEN	C-26
SÁNCHEZ PEDROSA ANA	P-35
SANCHEZ RAMOS, J	C-70
SANCHEZ RIVAS MARGARITA	C-45
SANCHEZ VALDIVIESO ANTONIO ANDRES	P-9
SÁNCHEZ-SAUCO MIGUEL FELIPE	C-60
SANTANA LÓPEZ VICENTE	C-36
SANTANA VILLANUEVA MARIA VICTORIA	C-75
SANTOS RAMOS BERNARDO	C-22
SANTOS RUBIO MARIA DOLORES	P-100
SERRANO GOTARREDONA CARMEN	P-54
SERRANO SÁNCHEZ BEATRIZ	C-33
SIERRA CAMPOS ANTONIO	P-58
SIERRA JIMENEZ SUSANA	P-49
SILLERO BORRAS BELEN	P-95
SORIANO CARRASCOSA LETICIA	P-18 P-89 P-101
SORIANO PÉREZ ÁNGELA MARÍA	P-94
SORROCHE LOURDES	C-71
STRAN MELZI CARLOS	P-13
SUÁREZ CARRASCOSA FRANCISCO JOSÉ	P-80 P-98
TEJERO CABELLO PALMIRA	P-68
TENA GARCIA BEATRIZ	P-103
TEROL J	P-55
TOBIAS MANZANO ANA	C-12
TORIBIO ONIEVA JUAN RAMÓN	C-3 C-29
TORRES ALEGRE PILAR	C-41 P-9 P-52
TORRES ENAMORADO DOLORES	C-26
TORRES MARÍN MARÍA DOLORES	C-39 C-51
TORRES NAVARRO MARÍA DEL MAR	P-76

TORRES VERDÚ BÁRBARA	P-17
TRIGO JIMENEZ ANTONIA	C-75
TRILLO LÓPEZ PALOMA	C-86 P-42
URQUÍZAR RODRÍGUEZ OLIVIA	C-53 C-64 C-74
URREA GILABERT ISABEL	C-64
VALDÉS SOLÍS ÁNGELES PILAR	P-15
VALERO UBIERNA CARMEN	C-55
VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA ANA MARÍA	P-6 P-21
VALLE GALLARDO VERÓNICA	P-39
VALVERDE GAMBERO ELOISA	C-5 C-32 C-37 P-31
VARGAS IGLESIAS SOFÍA	C-58
VASCO ROA TERESA	P-18
VAZ CASTILLA DOLORES	P-3
VÁZQUEZ CERVILLA MARIA CAYETANA	P-93
VAZQUEZ VELA VICTORIA	C-50 P-97
VÁZQUEZ-VÁZQUEZ MARTA	C-36
VEGA PÉREZ AURORA	C-43 P-63
VELA CERERO CARLOS JESÚS	C-80 P-23 P-88 P-122
VELAZQUEZ SALAS ANTONIO	C-10 P-106
VERA JUAN CARLOS BOADA	P-73
VERDEJO RECHE FRANCISCA	C-53 C-67 C-74
VÍAS MARTÍNEZ YOLANDA	P-93
VIDA BLANCA JESÚS	C-62
VILCHEZ PARTIDA REMEDIOS	P-63
VILLALBA ESPINA ALICIA	P-73
VILLALBA MORENO ÁNGELA MARÍA	P-100
VILLALÓN HABA EVA MARÍA	C-6 P-115
VILLALTA ANDUJAR TOMAS	C-17
VILLANEGO BELTRÁN ISABEL	C-46
VILLANUEVA GUERRERO LAURA	C-5 C-32 C-37 P-31
VILLANUEVA PAREJA FRANCISCO	P-42
VILLÉN ANGUITA ASUNCIÓN	P-112
VISUERTE SÁNCHEZ JOSÉ MANUEL	C-80 P-23 P-88 P-122
VIVAS JA	P-55

WINKLER GUDRUN	C-58	
ZÁJARA PORRAS MILAGROSA	P-85	
ZAMBRANO DOMINGUEZ ENCARNACIÓN M ^a		C-63
ZUFRI RODRÍGUEZ GISELA	C-35	
ZULUAGA GÓMEZ ARMANDO	P-46	
ZURERA MARÍA DEL MAR CASTELLANO	C-7	