



**COMUNICACIONES
ORALES Y PÓSTERS**

Libro de comunicaciones

16 Congreso de Calidad Asistencial Huelva 2011

© Sadeca 2011

ISBN13: 978-84-694-9463-9

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

HECHOS

ÚNICO.- Con fecha 3 de marzo de 2011, la *Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial* presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto del acto 16º Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial a celebrar en Huelva, del 9 al 11 de noviembre de 2011.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

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

SEGUNDO.- Examinada la memoria y objetivos, así como el programa de la actividad presentados por la entidad organizadora, se 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 y Modernización en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999 de 13 de enero.

Sevilla, 15 de marzo de 2011

LA DIRECTORA GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO



Fdo.: Carmen Cortes Martínez

Exp 114/11

Índice General

Índice de Comunicaciones.....	5
Mejore experiencias.....	26
Comunicaciones orales.....	31
Comunicaciones póster.....	170
Índice de autores.....	340

Índice de mejores experiencias

E-1	SEGURIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE NEUROPROTECCIÓN MEDIANTE HIPOTERMIA. EL PUNTO DE VISTA ENFERMERA
E-2	¿ES POSIBLE MEDIR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ?
E-3	GESTION CLINICA DE CRITICOS Y URGENCIAS Y COORDINACION INTERNIVELES EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST
E-4	CALIDAD ASISTENCIAL EN LA UCI DEL HOSPITAL “JUAN RAMÓN JIMÉNEZ” DE HUELVA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA DE 30 AÑOS

ÍNDICE DE COMUNICACIONES ORALES

Índice interactivo: Pulse sobre el nombre de la comunicación o póster (c-x o p-x) para ir directamente a esta. También puede desplegar la ventana de marcadores en su lector de PDF.

- C-1 ANALISIS ASISTENCIAL Y CLÍNICO DE LA PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA
- C-2 MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES (PAI) EN UN ÁREA DE SALUD: DIMENSIÓN USO ADECUADO DEL MEDICAMENTO (UAM)
- C-3 MEJORA DE LA ATENCIÓN AL SÍNDROME CORONARIO MEDIANTE CAMBIOS EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y MODIFICACIONES ORGANIZATIVAS
- C-4 ENGAGEMENT Y SATISFACCIÓN LABORAL ENTRE FACULTATIVOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO
- C-5 EVOLUCIÓN 2004-2010 DE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIOS ACTIVOS Y DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN UNA UGC DE PEDIATRÍA
- C-6 GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN: EVALUACIÓN AGREE
- C-7 EFECTIVIDAD DE UNA CONSULTA DE CEFALEAS EN UN CENTRO DE SALUD ACUERDOS INTERNIVELES DEL SERVIICO DE NEUROLOGIA Y LA UGC
- C-8 RESULTADOS DE APLICAR LA GESTION CLINICA EN LAS LISTAS DE ESPERA DE PACIENTES ONCOLOGICOS SOMETIDOS A RADIOTERAPIA.
- C-9 ESTANDARIZACIÓN DE LAS AUDITORIAS CLÍNICAS SIGUIENDO LOS PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO POR LOTES.HOSPITAL DE JEREZ
- C-10 ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON PATOLOGÍAMUSCULOESQUELETICA DE ALTA PREVALENCIA.
- C-11 DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE NO PRESENTADOS EN UNA CONSULTA DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGÍA
- C-12 EL CLIMA LABORAL COMO ELEMENTO DE DESARROLLO ORGANIZATIVO DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA
- C-13 PLAN DE MEJORAS Y METODOLOGÍA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECILIZADA.
- C-14 RESOLUCIÓN SC: 0403/10 DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA: OPORTUNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA.
- C-15 EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN A UN PROTOCOLO DE ANTIFÚNGICOS
- C-16 COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES:DISMINUCIÓN DEL GASTO EN TIRAS REACTIVAS DE GLICEMIA Y MEJORA DE LA ASISTENCIA.

- C-17 USO ADECUADO EN LA TOMA DE DECISIONES?COSTE DE ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS EN DMAE??DE OPIOIDES EN BLOQUE QUIRÚRGICO?
- C-18 PLANIFICACIÓN Y ACTUACIÓN DE LAS AUSENCIAS Y LA REINCORPORACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SUBALTERNO DEL H.G.(HUVR)
- C-19 INFORME SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y CALIDAD DE LA SALA DE LINFEDEMA DEL H.I.E.
- C-20 CREACION DE UN MODELO DE GESTION QUE ASEGURE LA ATENCION INTEGRAL Y DE CALIDAD DEL PACIENTE UROLÓGICO POR UGC UROLOGIA
- C-21 AUTOANÁLISIS GLUCEMIA CAPILAR. ¿CUÁNDO?, ¿DÓNDE?, ¿PORQUÉ?
- C-22 PROGRAMA DE BACTERIEMIA ZERO DESDE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS
- C-23 GESTION CLINICA DE CRITICOS Y URGENCIAS Y COORDINACION INTERNIVELES EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST
- C-24 GESTIÓN EFICIENTE DE ESTOCAJES. EL PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO AUTÓNOMO.
- C-25 ¿ES POSIBLE MEJORAR LA PLANIFICACIÓN DE AGENDAS MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA?
- C-26 PROYECTO DE ORDENACION ADMINISTRATIVA EN LA UGC OFTALMOLOGIA
- C-27 ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN CCEE DE UGC APARATO LOCOMOTOR.
- C-28 IMPLANTACIÓN DE LA FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA EN EL D.A.P. CONDADO-CAMPIÑA DE HUELVA.
- C-29 COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL EN LA PROVINCIA DE HUELVA
- C-30 VALORACIÓN DE LOS ABANDONOS DE PACIENTES EN UN PROGRAMA PADI
- C-31 ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN Y ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOS.
- C-32 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE APLICACIÓN DE PLANES DE DESARROLLO INDIVIDUAL (GPDI).
- C-33 LA COMISIÓN DE FARMACIA PERMANENTE COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

- C-34 ¿CUMPLE CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES MAGNÉTICOS EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL DE SEVILLA?
- C-35 NUCLEO DE CALIDAD: COMISION DE COMISIONES
- C-36 CONSULTA DE ENFERMERIA DE ANTICOAGULACION ORAL: UN MODELO DE PRÁCTICA AVANZADA
- C-37 CICLO DE MEJORA CONTINUA EN LA PLANIFICACIÓN DE LA DIVISIÓN DE GESTIÓN DEL HOSPITAL DE JEREZ.
- C-38 LA INFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
- C-39 METODOLOGÍA PARA LA AUDITORÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA
- C-40 INFLUENCIA DE LOS PLANES DE PARTO EN LA SATISFACCIÓN DE LAS MADRES
- C-41 PLANES DE MEJORA A PARTIR DE LAS RECLAMACIONES Y LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN
- C-42 MEDICIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD Y RESULTADO EN CIRUGÍA MENOR EN FRIGILIANA (UGC DE NERJA)
- C-43 GOOGLE COMO HERRAMIENTA PARA FACILITAR LA PARTICIPACION EN LA ACREDITACION DE NUESTRA UGC
- C-44 ¿ES POSIBLE MEDIR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ?
- C-45 PAUTAS DE CALIDAD EN PÁGINAS WEB DE CONTENIDO SANITARIO ORIENTADAS A LA
- C-46 PLAN DE ATENCION A PACIENTES INMOVILIZADOS: MONITORIZACION DE LA ATENCION SANITARIA PARA ESTANDARIZAR LOS CUIDADOS
- C-47 MÉTODO DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA EN HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS
- C-48 INDICE SINTÉTICO PARA LA NORMALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA
- C-49 ESTIMACIÓN COSTE UTILIDAD MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE LA CVRS: EL EJEMPLO DE LA EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA
- C-50 DESCRIPCIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LOS MELANOMAS DIAGNOSTICADOS MEDIANTE TELEDERMATOLOGÍA DIFERIDA
- C-51 PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

- C-52 VALIDEZ Y EFECTIVIDAD DE LA TELEDERMATOLOGÍA Y TELEDERMATOSCOPIA DIFERIDA EN EL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA
- C-53 GESTION EFICIENTE DE LA INFORMACIÓN
- C-54 MONITORIZACIÓN DE LA VALORACIÓN DE PIEL Y MUCOSAS EN UN SCCU
- C-55 LA MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (HUVN): UN PROCEDIMIENTO PARTICIPADO
- C-56 INFORMACION VERSUS CALIDAD
- C-57 REPERCUSIONES BUCODENTALES DE LA ENFERMEDAD CELIACA
- C-58 AREA DE MEJORA EN LA ASIGNACIÓN DE POBLACIÓN A LA ENFERMERA DE FAMILIA: ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS
- C-59 VALIDEZ DEL CMBD EN EL SEGUIMIENTO DE LA TROMBOLISIS INTRAVENOSA (TIV) EN EL SCACEST
- C-60 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO. MAPA DE COMPETENCIAS PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO
- C-61 SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EL HOSPITAL U. VIRGEN MACARENA Y ÁREA
- C-62 PROGRAMA SISTEMATIZADO DE ASESORAMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UGC EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ
- C-63 AUTORIZACIÓN DE TUTORES DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS PARA LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
- C-64 CALIDAD DE PÁGINAS WEB SANITARIAS: ANÁLISIS DE FACTORES CONDICIONANTES BASADOS EN LA EXPERIENCIA DE ACREDITACIÓN
- C-65 INNOVACIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS. APLICACIÓN PRÁCTICA DE MAPAS DE CUIDADOS EN EL ÁREA HOSPITALARIA JRJ
- C-66 DESARROLLO COMPETENCIAL ENFERMERO: PROGRAMA RADIOFONICO "CÚRATE EN SALUD"
- C-67 ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN TIPO ?COACHING? Y ?SEMINARIOS?: UN VALOR AÑADIDO PARA EL H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES (HUVN)
- C-68 AUDITORÍAS DE REGISTROS CLÍNICOS EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: TENDENCIAS DE RESULTADOS.
- C-69 ESPACIOS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- C-70 FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN UNIDADES Y CENTROS DE FORMACIÓN CONTINUADA
- C-71 LA PARTICIPACIÓN ASOCIATIVA EN SALUD: ELEMENTO DE MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA SANITARIO
- C-72 LA REALIDAD DIARIA REVELA CONTINUAMENTE OPORTUNIDADES DE MEJORAR: CREACION GRUPO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN
- C-73 GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA DE NUTRICIÓN COMO HERRAMIENTA EN LA COORDINACION INTERNIVELES .
- C-74 EXPERIENCIAS DE PRÁCTICA AVANZADA EN URGENCIAS. GESTIÓN DE CASOS.
- C-75 SOLUCIONES APORTADAS EN EL SEGUIMIENTO DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LAS INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- C-76 SEGURIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE NEUROPROTECCIÓN MEDIANTE HIPOTERMIA. EL PUNTO DE VISTA ENFERMERA.
- C-77 INTEGRIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ARCHIVO CLÍNICO PARA UNA MAYOR SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES
- C-78 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE VANCOMICINA FRENTE A INFECCIONES NO ESTAFILOCÓCICAS A NIVEL HOSPITALARIO
- C-79 INFECCIÓN NOSOCOMIAL, ¿LA LLEVAMOS PUESTA?
- C-80 EVENTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) Y PROCESOS ASISTENCIALES
- C-81 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MENTORING EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN .
- C-82 LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA REALIZACIÓN DE LA GLUCEMIA CAPILAR
- C-83 AUDITORIA DE CONTROL DE ACCESOS A LA HISTORIA CLÍNICA EN SOPORTE PAPEL
- C-84 COMPATIBILIDAD DE PERFUSIONES ENDOVENOSAS UTILIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- C-85 ESTUDIO DE RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA EN PACIENTES INMOVILIZADOS EN SU DOMICILIO
- C-86 ¿CÓMO ELABORAR UNA MATRIZ DE RIESGOS?

- C-87 CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN DIABETES INSULINODEPENDIENTE Y SU TRATAMIENTO EN UN ENTORNO RURAL: FRIGILIANA (UGC NERJA)
- C-88 ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN DE MEDICAMENTOS PARA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: BLOQUE QUIRÚRGICO, AGS ESTE DE MÁLAGA-AXARQUÍA
- C-89 NUEVOS SISTEMAS DE MEJORA EN EL CONTROL TRANSFUSIONAL
- C-90 LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
- C-91 ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL AL MANEJO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS POR UNIDOSIS
- C-92 ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO (APQ) MODELADO CON BPMN
- C-93 MECANISMOS DE SEGURIDAD INCORPORADOS AL USO DE MEDICAMENTOS
- C-94 PLAN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA
- C-95 EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA GLOBAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA
- C-96 REVISIONES ESTANDARIZADAS: CUIDANDO SEGUROS
- C-97 ESTUDIO DE MORTALIDAD A UN AÑO Y FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES POLIMEDICADOS ANCIANOS
- C-98 LA NECESIDAD DE UN PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO DE CONTENCIÓNES FÍSICAS.
- C-99 PROYECTO HOSPITAL SEGURO: IDENTIFICANDO EL MAPA DE RIESGOS EN EL HAR SIERRA NORTE
- C-100 ANÁLISIS MODAL PARA LA PREVENCIÓN DE HERIDAS POR PRESIÓN EN EL DOMICILIO
- C-101 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN ANALGESIA INVASIVA DOMICILIARIA TRAS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
- C-102 ATENCIÓN PACIENTE CODIGO ICTUS EN JAEN PROVINCIA
- C-103 ANÁLISIS DE RIESGOS Y ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL AREA DEL MEDICAMENTO EN EL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR
- C-104 RECOMENDACIONES A LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO
- C-105 AVANCES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE SCACEST EN JAEN PROVINCIA

- C-106 IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE COLON-RECTO EN UN HOSPITAL DE NIVEL II
- C-107 AUDIOVISUAL SOBRE BRIEFING EN ATENCION PRIMARIA
- C-108 INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS
- C-109 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SAHOS: UNA APUESTA SEGURA
- C-110 ABORDAJE DEL DUELO ANTICIPADO: SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA
- C-111 BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE UROLÓGICO.
- C-112 ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
- C-113 PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE RUIDOS ESTRESANTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- C-114 RESULTADOS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL
- C-115 SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.
- C-116 ANALISIS CAUSA RAIZ: SUCESOS CENTINELA.
- C-117 LA PARTICIPACIÓN COMO ELEMENTO DE CALIDAD: PERFIL DE ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES EN ANDALUCÍA
- C-118 DISMINUCION CONSUMO DE AINES TRAS REALIZACION DE TALLER DE LUMBALGIA EN ATENCION PRIMARIA.
- C-119 DETECCION DE PUNTOS CRITICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DOLOR TORACICO
- C-120 ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA.UNA EXPERIENCIA DE CALIDAD
- C-121 TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES DURANTE SU TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS
- C-122 PROGRAMA INTERNIVELES DE EPS PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE IAM. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA ÉSTE DE MÁLAGA AXARQUÍA.
- C-123 DESCRIPCIÓN DE LAS FORMULAS MAGISTRALES ELABORADAS A PACIENTES PEDIÁTRICOS POR UN SERVICIO DE FARMACIA
- C-124 MEDICIÓN DE LA DIFUSIÓN DE UNA GPC PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

- C-125 CONTINUIDAD DE CUIDADOS COMO GARANTIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- C-126 ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA
- C-127 ADHESION A LA HIGIENE DE MANOS EN LA UGC DCCU MOVIL CONDADO-CAMPIÑA
- C-128 GESTIÓN INFORMATIZADA DE LA INFORMACIÓN A TRABAJADORES SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN CENTROS HOSPITALARIOS.
- C-129 LAS ENFERMERAS AYUDAN A REDUCIR EL CANSANCIO DE LAS CUIDADORAS MEDIANTE LA INTERVENCIÓN POR TELÉFONO
- C-130 ELABORACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE DOSIFICACIÓN GONADOTROFINAS PARA PACIENTES REPRODUCCIÓN ASISTIDA
- C-131 EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
- C-132 IDENTIFICACION INEQUIVOCA DEL PACIENTE EN EL AREA DE GESTION SANITARIA SERRANIA.
- C-133 IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA ELECTRÓNICA.
- C-134 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION A DOCETAXEL. A PROPÓSITO DE UN CASO
- C-135 IMPULSO A LA CREACIÓN DE UNA ASOCIACIÓN DE PADRES DE GRANDES PREMATUROS EN EL MARCO DE PARTICIPACIÓN DE UNA UGC.
- C-136 SATISFACCIÓN DE LOS USUÁRIOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE ALTA RESOLUCIÓN MEDIANTE METODOLOGÍA CUALITATIVA
- C-137 UNA MIRADA HACIA LA FIBROMIALGIA. COLABORANDO CON LA COMUNIDAD
- C-138 EL RETO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO: IMPACTO DE LAS ÁREAS DE MEJORA REALIZADAS.

COMUNICACIONES
POSTER

- P-1 LA BARRERA CUTÁNEA EN NUESTROS MAYORES TRAS EL IMPACTO DE LA INCONTINENCIA ? EXCESO DE HUMEDAD
- P-2 INTRODUCCION DE ENCUESTA PREOPERATORIA PARA DESPISTAJE DE MUJER GESTANTE CANDIDATA A ANALGESIA EPIDURAL
- P-3 LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA ACREDITADA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL
- P-4 SALUD ORAL EN ENFERMOS DE ALZHEIMER DE LA UGC DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CÁDIZ LA JANDA.
- P-5 ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE AVISO EN UNA SALA DE ESPERA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD
- P-6 INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO EN ANDALUCÍA A TRAVÉS DE LA LÍNEA TELEFÓNICA ?QUIT LINE? EN EL DISTRITO SEVILLA SUR
- P-7 EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN TERAPIA SECUENCIAL: OMEPRAZOL, PARACETAMOL Y LEVOFLOXACINO
- P-8 VALORACIÓN DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN LABORAL DE PROFESIONALES DEL LABORATORIO
- P-9 USO DE LA CROMOTERAPIA EN EL EQUILIBRIO DE LAS EMOCIONES DEL PACIENTE EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE TRASPLANTE RENAL
- P-10 MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMÁTICA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO
- P-11 ANÁLISIS DEL CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA
- P-12 MODELO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE HEPATITIS VIRALES EN EL AREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ
- P-13 IMPACTO ECÓNOMICO DE LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE TRATAMIENTOS HORMONALES DE INFERTILIDAD Y TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS
- P-14 ANALISIS FARMACOECONOMICO DE ETANECERPT Y ADALIMUMAB COMO AYUDA A LA GESTION CLINICA.
- P-15 OPTIMIZACION DEL GASTO FARMACEUTICO TRAS LA PREPARACION CENTRALIZADA DE TERAPIAS BIOLOGICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA
- P-16 IMPORTANCIA DEL HOSPITAL COMO CENTRO DE APOYO LOGISTICO EN SITUACIONES DE CATASTROFES.

- P-17 CUIDADOS DE CALIDAD EN LA HUMIDIFICACIÓN ACTIVA
- P-18 ¿ES ASUMIBLE EL TRATAMIENTO DE LAS PIEZAS TEMPORALES DENTRO DE UN PROGRAMA PADI?
- P-19 LA INCENTIVACIÓN POSITIVA COMO BASE PARA CONSEGUIR UN AUMENTO DE LOS PACIENTES EN UN PROGRAMA PADI
- P-20 ADECUACIÓN CON LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MENINGITIS
- P-21 EFECTIVIDAD DE LA CITA SIMULTANEA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DIRIGIDA A INCREMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN MUJERES VIH
- P-22 -PERFIL Y SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE LOS PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE EN LA COSTA OCCIDENTAL DE HUELVA -
- P-23 IMPLICACIÓN ECONÓMICA EN UGC: ACUERDOS DE CONSUMO COMO HERRAMIENTA DE CORRESPONSABILIDAD EN LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA
- P-24 CALIDAD PRESTADA A LOS ENFERMOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
- P-25 REINGENIERIA DEL PAI INCLUSIONES DENTARIAS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD BUCODENTAL JEREZ COSTA NOROESTE
- P-26 ELIMINAR TEJIDO FIBRINOSO EN UNA ULCERA VENOSA DE DOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD CON PIEL PERILESIONAL FRÁGIL
- P-27 EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL PACIENTE CARDIACO EN LA TOMA DE ANTIAGREGANTES ORALES
- P-28 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA FRENTE A CIRUGÍAS
- P-29 PLAN DE IMPLANTACIÓN Y EVALUACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SEGÚN LA ORDEN 8 DE JULIO DE 2009.
- P-30 DOSIS DIARIAS DEFINIDAS: HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA VALORACIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS
- P-31 DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD EN UN ÁREA SANITARIA
- P-32 CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
- P-33 REALIZACION Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN LA UNIDAD INFANTOJUVENIL DE LA UGC SALUD MENTAL . HUELVA
- P-34 CORRECTA UTILIZACIÓN DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO
- P-35 NUEVAS COMPETENCIAS DE LA MATRONA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO:UN PASO MÁS HACIA LA CALIDAD ASISTENCIAL

- P-36 IMPACTO SOBRE LA FORMACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN ADOLESCENTES DESDE EL PROGRAMA FORMA JOVEN
- P-37 ELABORACION DE UN PLAN DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
- P-38 EVOLUCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE OPINIÓN DEL USUARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)
- P-39 ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN MARCHA DE LA FACTURA INFORMATIVA EN EL HOSPITAL LA INMACULADA
- P-40 PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE INCIDENCIAS EN LA UNIDAD TÉCNICA DE RECURSOS MATERIALES DE LA PLATAFORMA LOGÍSTICA DE HUELVA
- P-41 ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
- P-42 PROTOCOLO DE ACOGIDA A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION A LABORATORIOS DE
- P-43 COMUNIDADES DE PRÁCTICA VIRTUALES PARA EL TRABAJO COLABORATIVO Y EL APRENDIZAJE COMPARTIDO
- P-44 DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA DESCENTRALIZAR LA GESTIÓN DE PLANES DE VACACIONES Y RECURSOS HUMANOS
- P-45 EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS RESPONSABLES DE UGC SOBRE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DE PACTOS DE CONSUMO
- P-46 ADECUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA AL NUEVO "CONSENSO" DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
- P-47 ADECUACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA AL NUEVO CONSENSO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.
- P-48 ACEPTABILIDAD DE LA FACTURA INFORMATIVA POR PARTE DEL PACIENTE INTERVENIDO EN EL HOSPITAL LA INMACULADA
- P-49 IMPACTO EN EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UNA FORMACIÓN EN EL MÓDULO DE CUIDADOS AZAHAR
- P-50 ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE TERAPEUTICA ANTIMICROBIANA ELECTRÓNICA PARA EL ABORDAJE DE LAS INFECCIONES EN LA COMUNIDAD
- P-51 UN BOLETIN SEMANAL DE NOTICIAS EN UNA U.G.C. QUE TIENE "PROBLEMAS" CON LA WEB 2.0 (Y CON LA INFORMÁTICA EN GENERAL)

- P-52 GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LA MEDICACIÓN QUE APARECE EN LA HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA Y LA REAL
- P-53 AUDITORÍA INTERNA DE CODIFICACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA ÚTIL EN UN SISTEMA DE INFORMACIÓN, CALIDAD Y MEJORA DEL CMBD
- P-54 CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA OPTIMIZAR EL PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS
- P-55 NUEVO RETO, LA CALIDAD PERCIBIDA COMPROMISO DE TODOS
- P-56 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA ASISTENCIA ANTICONCEPTIVA (ESTERILIZACIÓN) EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA
- P-57 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO DE LA FORMACIÓN EN MÓDULO DE CUIDADOS AZAHAR EN LAS AUX. DE ENFERMERÍA
- P-58 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA ATENCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA
- P-59 CUIDADOS CULTURALES. CALIDAD Y EFICACIA DE LA ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
- P-60 HOSPITAL PLATÓ: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITACIÓN DE VISITAS Y RECORDATORIO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA POR SMS.
- P-61 ESTANDARIZACIÓN DE LAS AGENDAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN DIRAYA, AGS NORTE DE HUELVA
- P-62 ANALISIS DE PRESENCIA DE DISPOSITIVOS PROTÉSICOS EN PACIENTES CON INFECCIONES POR GERMENES RESISTENTES A FARMACOS.
- P-63 ANÁLISIS DEL INDICADOR POA EN INFECCIONES POR GÉRMEENES CON RESISTENCIA A FÁRMACOS.
- P-64 MONITORIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS
- P-65 SOLUCIONES DE LAS UGC PARA ADAPTARSE A LAS MEDIDAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL
- P-66 IMPLANTACIÓN DE PLANES ASISTENCIALES EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA QUIRÚRGICA: RUTA DEL PACIENTE.
- P-67 VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA)

- P-68 DECÁLOGO DE GESTIÓN AMBIENTAL DEL DISTRITO CONDADO-CAMPIÑA PARA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA ACREDITACIÓN DE SUS CENTROS.
- P-69 PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI): MEJORAS CENTRADAS EN LA PERSONA.
- P-70 LA CONTINUIDAD EN LA ATENCION SANITARIA: MEJORA EN LA COMUNICACIÓN Y COORDINACION ENTRE PROFESIONALES
- P-71 LACTANCIA MATERNA.ANALISIS DE LA SITUACIÓN EN HIE
- P-72 NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR LOS PROFESIONALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.
- P-73 ANÁLISIS DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DEL SSPA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ÉTICA ORGANIZACIONAL
- P-74 LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN LA ACREDITACION DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE GESTION CLINICA
- P-75 LA LUCHA POR LA EXCELENCIA: EL ASTIGMATISMO Y LA CIRUGÍA DE CATARATAS.
- P-76 ADECUACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS SÉPTICA.
- P-77 IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE COMPRAS
- P-78 ACREDITACION DE CALIDAD DE LA UGC PACIENTE ONCOLOGICO EN EL AREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ. HUELVA
- P-79 PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA LACTANCIA MATERNA DE LAS PUÉRPERAS CON PARTOS POR CESÁREA
- P-80 IMPLANTACIÓN DE MEJORAS EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE TRAS UN PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD CLÍNICA
- P-81 AUDITORÍA PROSPECTIVA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICAIÓN.
- P-82 PROCEDIMIENTO DE APOYO A PROFESIONALES DURANTE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPENTECIAS PROFESIONALES
- P-83 PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PARTOS POR CESÁREA FAVORECIENDO EL VINCULO MADRE-RECIEN NACIDO.
- P-84 LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN UN ALIADO EN LA DIFUSIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD SANITARIA
- P-85 SISTEMA PARA AGILIZAR EL PROCESO DE ACREDITACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DE OSUNA

- P-86 SITUACION ACTUAL EN MATERIA DE PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL EN ANDALUCIA
- P-87 ATENCIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA AL PACIENTE ONCOLÓGICO: ANALGESIA PALIATIVA
- P-88 CALIDAD ASISTENCIAL CON LA UTILIZACION DE PYXIS EN LAS UNIDADES DE INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CRUCES
- P-89 "RHIPICEPHALUS SANGUINEUS" COMO TRANSMISOR DE ENFERMEDADES EMERGENTES: UN NUEVO PROBLEMA PARA LA SALUD PÚBLICA
- P-90 PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO OCUPACIONAL AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
- P-91 EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PACIENTE POLIMEDICADO ACERCA DE SU MEDICACIÓN
- P-92 PROTOCOLIZACIÓN DE LA VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN
- P-93 PROTOCOLO PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LOS TRATAMIENTOS DE ELECTROTERAPIA
- P-94 LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL: ELABORACIÓN DE UN CATÁLOGO DE ALERTAS DE
- P-95 DISMINUCION DE ERRORES PREANALÍTICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA.PROYECTO DE INVESTIGACION.
- P-96 CALIDAD EN LA PRESCRIPCION DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
- P-97 IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN EN UNA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA
- P-98 MEDICIÓN DE LA HEMOLISIS IN VITRO COMO ESTIMACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS URGENTES DE UN AREA HOSPITALARIA
- P-99 IMPACTO CLÍNICO TRAS IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN DE DIGOXINA A TRAVÉS DEL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS
- P-100 SESIONES FORMATIVAS A FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
- P-101 VALOR AÑADIDO DEL FARMACÉUTICO EN EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE QUIMIOTERAPIA
- P-102 ELIMINACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS. INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS.

- P-103 MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE REUNIONES MULTIDISCIPLINARES EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA.
- P-104 INTEGRACION DEL EQUIPO Y MEJORA DE LA PRÁCTICA A TRAVÉS DEL BRIEFING
- P-105 USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS: REENVASADO EN DOSIS UNITARIA DE FORMAS FARMACÉUTICAS ORALES LÍQUIDAS
- P-106 FARMACOS SOUND ALIKE & LOOK ALIKE UN PROBLEMA DE SEGURIDAD
- P-107 MEJORA DEL VÍNCULO DE APEGO MADRE-RECIÉN NACIDO: CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ.
- P-108 BAREMACIÓN DE LA FORMACIÓN DESDE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS: EXPERIENCIA DE LA AGENCIA SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE
- P-109 ÁREAS DE MEJORA: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES
- P-110 POR EL BUEN CAMINO: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS EN LOS HOSPITALES
- P-111 IDENTIFICANDO NECESIDADES: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA
- P-112 ANÁLISIS DE TERAPIA DE FIBRINOLISIS EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA MEDIANTE EL CMBD PARA UNA ASISTENCIA SANITARIA DE CALIDAD.
- P-113 REGISTRO Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACION EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
- P-114 IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO EN LA DEVOLUCION DE FÁRMACOS DESDE LAS UNIDADES Y ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS NEGATIVAS
- P-115 TRABAJO DE INVESTIGACION SEGURIDAD AMBIENTAL EN EL PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO. PRESENTACION DE RESULTADOS
- P-116 EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAUDETE
- P-117 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR
- P-118 DISMINUCIÓN DE LA TASA DE CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
- P-119 NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO. COMPARTIENDO INFORMACIÓN.

- P-120 REHABILITACIÓN ORAL A PACIENTES DISCAPACITADOS FÍSICOS, PSÍQUICOS Y SEVEROS CON ANESTESIA GENERAL/SEDACIÓN.
- P-121 ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS DE LA ENFERMERA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
- P-122 SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL PROGRAMA DE VACUNACIONES DE ANDALUCIA
- P-123 PUNTOS CRÍTICOS EN SEGURIDAD EN EL PACIENTE Y ELABORACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN EN EL PAI INCLUSIONES DENTARIAS
- P-124 FACTORES RELACIONADOS CON LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL DEL PERSONAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO
- P-125 MAPA DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE GESTION CLINICA DE ATENCION PRIMARIA
- P-126 ESTUDIO PARA LA ELABORACION DE UNA GUÍA DE CUIDADOS A PACIENTES DEPENDIENTES
- P-127 CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN CENTROS EDUCATIVOS EN LA DIABETES INFANTIL
- P-128 EJEMPLO DE PREVENCIÓN DE ERROR ASOCIADO AL USO DE RECURSOS MATERIALES
- P-129 UNIDAD TÉCNICA DE RECURSOS MATERIALES: HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD, EFICIENCIA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL
- P-130 ANALISIS DEL GRADO DE SEGURIDAD PERCIBIDA POR LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE PEDIATRIA
- P-131 UTILIDAD DE TECNICAS COMPLEMENTARIAS PARA ALIVIAR EL DOLOR/ STRESS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN
- P-132 SI TE COMUNICAS DE FORMA ADECUADA REDUCES LOS DAÑOS QUE PUEDE SUFRIR EL PACIENTE
- P-133 PROTOCOLO DE ANALGESIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. PRESENTACIÓN DE PRIMEROS RESULTADOS.
- P-134 EL PACIENTE GERIÁTRICO EN LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL.
- P-135 REGISTRO Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS DECLARADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER
- P-136 LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- P-137 PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA
- P-138 BRIEFING COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA
- P-139 INTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 SEGÚN DETERMINANTES DE DESIGUALDAD SOCIAL
- P-140 DISEÑO DE UN MAPA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE AUDITORIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
- P-141 IMPLANTACIÓN DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
- P-142 PARTICIPADOR/PARTICIPANTE EN CURSOS DE RCP PARA CIUDADANOS. ¿LA CALIDAD ESTÁ EN EL NUMERADOR O EN EL DENOMINADOR?
- P-143 UN AÑO DESPUES DE LA IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA
- P-144 PCNI UNA APUESTA POR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL SOMETIDA AL EFECTO DE LA HUMEDAD.
- P-145 CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS DE ALTO RIESGO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- P-146 PROYECTO:FOMENTO DEL AUTOCUIDADO
- P-147 PARTICIPACION CIUDADANA EN EL DESARROLLO DE UN PLAN DE SEGURIDAD PARA PACIENTES EN LA UCG DE FUENGIROLA OESTE
- P-148 MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE AMIODARONA-ESTATINAS MEDIANTE LA INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS
- P-149 TOMA DE MEDICACIÓN CORRECTA Y AUTONOMÍA
- P-150 INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA A SOLICITANTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
- P-151 PLAN DE PARTICIPACION CIUDADANA EN UN DISTRITO DE ATENCION PRIMARIA
- P-152 ACTUACIÓN FARMACÉUTICA ANTE UNA NOTA DE SEGURIDAD DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
- P-153 IMPLANTACIÓN DE LA INICIATIVA MANOS SEGURAS EN EL HOSPITAL SAN AGUSTIN DE LINARES
- P-154 ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

- P-155 SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO.SEÑALIZACION DE LA ZONA A INTERVENIR
- P-156 ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA CUIDADORAS DE PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA
- P-157 NUTRICIÓN PARENTERAL INDIVIDUALIZADA VERSUS NUTRICIÓN PARENTERAL COMERCIAL. VENTAJAS E INCONVENIENTES
- P-158 ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE MICOFENOLATO DE MOFETILO EN SÍNDROME NEFRÓTICO
- P-159 COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS: ORDENES ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- P-160 DECLARACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL
- P-161 BROTE DE SARAMPIÓN EN UN ÁREA SANITARIA
- P-162 EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS
- P-163 EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
- P-164 REPERCUSIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DE NEUROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE
- P-165 UTILIZACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1
- P-166 INNOVANDO EN LOS CUIDADOS NEONATALES:GUIA PARA PADRES DEL METODO MADRE CANGURO DESDE LA WEB
- P-167 RED EUROPEA DE HOSPITALES LIBRES DE HUMO DE TABACO Y EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ
- P-168 ESPACIOS DE SALUD 2.0, UNA NUEVA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA DE MÁLAGA
- P-169 INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE LOS SERVICIOS DEL LABORATORIO CLINICO. UN DERECHO DEL PACIENTE Y UN DEBER DEL LABORATORIO

Presentación

Huelva acoge en 2.011 el XVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Desde la Dirección de la SADECA y los Comités Organizador y Científico deseamos animaros a participar. Solo la presencia de los profesionales puede garantizar que este Congreso, que desea convertirse en un foro de participación, intercambio de ideas y aprendizaje, pueda resultar un éxito.

Participación, intercambio de ideas y aprendizaje como bases para la mejora compartida. Mejoras en todos los ámbitos de nuestra práctica asistencial contemplada desde diferentes perspectivas: la gestión clínica como elemento vertebrador de nuestro modelo organizativo, el desarrollo competencial de los profesionales, la seguridad del paciente, la evaluación de nuevas tecnologías, el desarrollo de los sistemas de información, la participación ciudadana y otras; serán áreas en las que los conocimientos de reconocidos expertos, pero fundamentalmente el intercambio de experiencias de todos los profesionales, nos permitirán adquirir herramientas prácticas que aplicar en el día a día de nuestra labor, encaminadas en última instancia a mejorar nuestra atención a los ciudadanos.

Huelva es una hermosa ciudad, que sin duda os acogerá con los brazos abiertos, facilitando en gran medida el trabajo que desde la Dirección de la Sociedad y los Comités locales estamos desarrollando con enorme ilusión, con el objetivo de que paséis unos días inolvidables, y de provecho, en nuestra tierra.

Os esperamos.

Ramón Linares Armada Presidente del Comité Organizador

Antonio Camacho Pizarro Presidente del Comité Científico



MEJORES COMUNICACIONES

SEGURIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE NEUROPROTECCIÓN MEDIANTE HIPOTERMIA. EL PUNTO DE VISTA ENFERMERA.

Autores:

GOMEZ JIMENEZ, CM; PEREZ ASENSIO, D; LUBIAN LOPEZ, S; AGUIRRE COPANO, T; ANDRADE MATEOS, AM y BENAVENTE FERNANDEZ, I.

Palabras Clave:

HIPOTERMIA SEGURIDAD CUIDADOS DE ENFERMERIA

Resumen:

El mantenimiento de la temperatura corporal ha sido un paradigma en la enfermería neonatal. En los últimos años se ha demostrado que la hipotermia inducida es una medida neuroprotectora eficaz en los casos de encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) neonatal moderada-severa. El papel de la enfermería es fundamental en la seguridad del procedimiento. La Unidad de Cuidados intensivos neonatales del H.U Puerta del Mar de Cádiz ha sido pionera en España en poner en marcha esta estrategia neuroprotectora. Si tenemos en cuenta que el número necesario a tratar (NNT) de esta medida neuroprotectora es 6, en la provincia de Cádiz evitaríamos 3-5 discapacidades severas al año. Dado que un caso de parálisis cerebral infantil supone un costo anual de un millón de euros, y que la puesta en marcha de este programa no ha supuesto a nuestra Unidad incremento alguno de personal ni inversión en recursos materiales, es clara su eficiencia. Objetivo: Describir cómo el personal de enfermería ha implantado el programa de neuroprotección mediante hipotermia y monitorizar la correcta ejecución del procedimiento y las complicaciones del mismo que podría haberse prevenido con un adecuado cuidado enfermero. Material y Método: Análisis del proceso de implantación del programa de neuroprotección mediante hipotermia y revisión de las historias de enfermería de los pacientes enfriados en los últimos dos años. Resultados: Las fases del proceso de implantación del programa han sido cuatro: Planteamiento, preparación, implementación y evaluación. Se ha realizado hipotermia en 37 casos de EHI neonatal moderada-severa. En todos los casos se ha mantenido la temperatura en rango terapéutico (33-34°C) durante más del 98% del tiempo de las 72 horas de duración del procedimiento. No se han registrado episodios de temperatura mayor de 35°, relacionados éstos con mal pronóstico neurológico. Con el uso de morfina se ha evitado la aparición de disconfort por la hipotermia en el 90% de los casos. No se han producido casos de necrosis grasa subcutánea, úlceras por decúbito u obstrucción de tubo endotraqueal por secreciones espesas. Conclusiones: Se ha conseguido implantar con éxito el programa de neuroprotección mediante hipotermia para casos de EHI neonatal moderada-severa. Con los adecuados cuidados de enfermería, y siguiendo nuestro protocolo, se ha mostrado como un procedimiento seguro, al tiempo que efectivo y eficiente, ya que no se requirieron más recursos ni humanos ni tecnológicos en la implantación del programa.

¿ES POSIBLE MEDIR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ?

Autores:

Balongo García, R; Naranjo Rodríguez, P; Tejada Gómez, A; Merino Godoy, A; Rodríguez Perez, M y Abreu Sánchez, A.

Palabras Clave:

Postoperatorio, Calidad de Vida, Short-Form 36

Resumen:

Objetivos: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un resultado usado para medir la efectividad de un procedimiento y para ajustar riesgos. En el postoperatorio precoz ha presentado limitaciones por la rapidez de los cambios y la falta de instrumentos adecuados para su medición. El propósito de este estudio es probar que es posible medir la CVRS en dicho periodo con la elaboración de un instrumento específico. **Material y método:** Mediante un metodología estandarizada y previamente publicada, se obtuvo un instrumento específico estructurado en dominios con el uso consecutivo de tres fuentes: la revisión bibliográfica, la entrevista con pacientes y métodos de consenso con profesionales (Técnica Delphi). El instrumento es validado mediante una pre-prueba (n=36) y mediante un estudio observacional prospectivo (n=250) analizando su capacidad de discriminar cohortes de pacientes por tipo de intervención, presencia y tipo de complicaciones postoperatorias, y estado clínico medido mediante la escala trasformada del ECOG, siendo sensible a la evolución temporal. Sus propiedades como medida (coherencia, consistencia interna, idoneidad, convergencia). Se usó como medida de control el Short Form 36. **Resultados:** El instrumento mostró sensibilidad al cambio y discriminó por diferentes cohortes de paciente según las variables estudiadas, además de demostrar facilidad de uso, alta coherencia interna (alpha de Cronbach 0,88), ausencia de redundancia entre dominios (ρ 0,29-0,84) y adecuada convergencia con la opinión de los pacientes. **Discusión:** Los resultados en la validación de la herramienta confirman que la puntuación global y la de la casi totalidad de los dominios tienen suficiente capacidad de discriminación, para grupos de pacientes sometidos a diferentes intervenciones, por la presencia de complicaciones y por su estado clínico cuantificado por la intensidad de los síntomas, siendo consistente con los cambios temporales predichos en el modelo de recuperación del estrés quirúrgico. Respecto a sus cualidades psicométricas la nueva herramienta es fácil de usar, aplicable en diferentes periodos, con alta consistencia interna sin redundancia y convergente con la opinión de los pacientes respecto a la convalecencia, analizando medidas de efecto discrimina grupos a partir de 19 pacientes **Conclusiones:** Desarrollo de proyectos como este provee a las personas de herramientas de comunicación en salud a un costo muy bajo y con unos niveles de calidad y accesibilidad excelentes. El proyecto aporta Calidad, Accesibilidad, Innovación, Seguridad y potencia la Participación Ciudadana.

GESTION CLINICA DE CRITICOS Y URGENCIAS Y COORDINACION INTERNIVELES EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST

Autores:

de la Torre Prados, MV; Trujillano Fernández, C; Pérez Vacas, J; Zamboschi, N; García Alcántara, A y ARIAM, .

Palabras Clave:

gestión clínica, coordinación interniveles, indicadores calidad

Resumen:

Objetivos: Analizar las actividades asistenciales relacionadas con la precocidad, reperfusión coronaria y resultados clínicos en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) **Material y Método:** Estudio prospectivo de intervención cualitativa. Desde 2009 se desarrollan reuniones interniveles asistenciales con 061, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), Distritos Sanitarios, Urgencias, UCI y Hemodinámica planificándose intervenciones de entrenamiento y asistenciales extra e intrahospitalario. La muestra la constituye 2901 pacientes ingresados en UCI por SCACEST desde enero 2001 a septiembre 2011. El registro de análisis del retraso del infarto agudo de miocardio (ARIAM) permite analizar el periodo 2001 a 2008 (n=2166) y un segundo periodo, al inicio de la UGC CC y U de CC y U, del 2009 a 2011, n=735. Aplicamos análisis bivalente según el perfil de las variables evaluadas, SPSS-v15. **Resultados:** La edad media es de 62,4 años, p=ns. Se aprecia aumento significativo del uso del Sistema Sanitario (68% vs 79%, p=0,002) y de la angioplastia coronaria terapéutica percutánea (ACTP) primaria (15% vs 42%, p=0,01) con disminución de fibrinólisis (Fx), 61% vs 43%, p=0,005. La Fx por 061 muestra incremento significativo (13,7% vs 30,4%, p=0,001), y la Fx a las 3 horas del inicio del dolor (63% vs 73%, p=0,01). El porcentaje de Intervención Percutánea Coronaria (IPC) global aumenta significativamente en UCI del 50,7% al 82%, (p=0,000) y el de no reperfusión coronaria descende del 26,75 al 14%, p=0,01. Las variables de tiempo (en valores de P50) como inicio síntomas llegada hospital disminuyen de 133 a 131 minutos (p=ns), a la Fx en general de 148 a 135 minutos (p=0,007) o, a la Fx por 061 de 92 a 83 minutos (p=0,02); la variable llegada hospital a Fx descende de 25 a 24 minutos (p=ns) y a la apertura de arteria por ACTP primaria de 125 a 114 minutos, p=ns. Mayor uso al alta de UCI de estatinas (53% a 85%, p=0,01), Bbloqueantes (61% a 78%, p=0,000) e IECAs (55% vs 75%, p=0,01) con diferencias significativas al comparar los dos periodos. La estancia y la mortalidad intrauci e intrahospitalaria disminuyen de forma significativa, (3,3 vs 1,9 días, p=0,002; 7,2 vs 4,8 días, p=0,000) y (5,7% vs 4,9%, p=0,01; 7,8% vs 5,2%, p=0,02). **Conclusiones:** Existe un impacto beneficioso de esta intervención interniveles mantenida en el tiempo en el SCACEST, con mejora significativa en las actividades asistenciales relacionadas con la precocidad, la reperfusión coronaria, la estancia y mortalidad.

CALIDAD ASISTENCIAL EN LA UCI DEL HOSPITAL “JUAN RAMÓN JIMÉNEZ” DE HUELVA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA DE 30 AÑOS

Autores:

Manuel Herrera Carranza. Jefe de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. HJRJ. Huelva, .

Palabras Clave:

Resumen:

La Medicina Intensiva es la parte de la medicina que se ocupa de la observación, cuidado y tratamiento de los pacientes con enfermedades, lesiones o complicaciones que representen una amenaza actual o potencial para sus vidas y para los que la recuperación sea posible. Su práctica habitual se desarrolla en las unidades de cuidados intensivos (UCI), que son áreas hospitalarias con especial concentración de personal cualificado y equipos de monitorización, que permiten una más frecuente y detallada vigilancia e intervenciones sobre los pacientes que persisten gravemente enfermos después de ser atendidos en otras áreas hospitalarias o extrahospitalarias.

Las UCIs, son organizaciones de servicio que deben de satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios. Esto no solo debe ser percibido por ellos sino que también deben ser evaluadas objetivamente y por tanto requieren definiciones específicas de su estructura, de la organización de la actividad y procesos que desarrollan y de los resultados que obtienen.

Desde hace 30 años la UCI del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva ha trabajado con planes de calidad asistencial integrados en la práctica clínica diaria y con implicación de todo el equipo de atención a los pacientes. Se considera una herramienta de mejora continua y rutinaria del servicio que se ha desarrollado a lo largo de todo este tiempo, del cual resaltamos sus hitos más importantes, hasta constituir la esencia de la cultura del servicio.



COMUNICACIONES ORALES

ANÁLISIS ASISTENCIAL Y CLÍNICO DE LA PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA

Autores:

Fernández Ortega, C; Marchena Rodríguez, L; Bermudez Bravo, Z; Rivas Pérez, D; Lledó Villar, E y Castaño Seiquer, A.

Palabras Clave:

Educación Sanitaria Incentivación Fidelización

Resumen:

OBJETIVOS: Aportar datos los clínicos y asistenciales del PADA con su valoración
MATERIAL Y MÉTODO: La población estudiada han sido de 3.907 pacientes realizandose la revisión de sus historias clínicas durante el periodo 2003/10 **RESULTADOS:** -NÚMERO DE PACIENTES: El incremento de pacientes ha sido de un 631,11% -ASISTENCIA A CONSULTA: se han realizado 55.399 citas, de las cuales el 11,01% han sido a demanda, el 68,96% han sido con cita previa y han acudido, el 15,75% no acuden a su cita sin avisar y el 4,28% no acude avisando con anterioridad -ASISTENCIA DENTAL BÁSICA :Se ha realizado en 50625 ocasiones. Su índice se ha reducido a la mitad pasando del 4,55 al 2,23. La EDUCACIÓN SANITARIA ABUCODENTAL tiene un índice de 1,49. La FLUORACIÓN tiene un índice de 6,84, la aplicación de FLÚOR tiene un índice de 0,99 y el BARNÍZ tiene un índice de 5,84. Los SELLADOS tienen un índice de 2,84. La TARTRECTOMÍA tienen un índice de 0,01. Las EXTRACCIONES EN DEFINITIVOS tienen un índice de 0,003, y EN DECÍDUOS tienen un índice de 1,19. Las EXTRACCIONES DECIDUAS tienen un índice de 1,19. Las OBTURACIONES tienen un índice de 0,49. Las ENDODONCIAS tienen un índice de 0,04. Las RECONSTRUCCIONES tienen un índice de 0,05 -TRATAMIENTOS ESPECIALES: Su índice de utilización es 0,19 **DISCUSIÓN:** EL INCREMENTO DE PACIENTES en comparación con el experimentado en Andalucía y en la provincia de Jaén ha sido de prácticamente triple, y con respecto al distrito sanitario al que pertenecemos del doble. El incremento de nuestra participación en nuestro distrito sanitario pasado de un 13,56% en 2003 a un 28,57% en 2010. EN LA ASISTENCIA DENTAL BÁSICA nuestros índices son siempre superiores a los de Andalucía y Jaén, el ÍNDICE DE SELLADOS es muy superior, en LAS FLUORACIONES hasta 2006 se han realizado 25 veces más fluoraciones y desde 2007 3 veces más. el ÍNDICE DE EXTRACCIONES DE DEFINITIVOS es diez veces inferior, el ÍNDICE DE OBTURACIONES es la mitad y el ÍNDICE DE ENDODONCIAS es de más del doble **CONCLUSIONES:** ¿Creemos que las 3 cifras obtenidas de obturaciones, extracciones y endodoncias, dan al traste con la controversia creada de que no sería costeable para una clínica privada la demanda asistencial? La educación sanitaria de los pacientes consigue aumentar el número de pacientes, disminuir las necesidades de tratamiento y de citas, disminuir el número de extracciones y de obturaciones necesarias? Se pueden alcanzar grandes índices de utilización si somos capaces en primer lugar de implicarnos los propios profesionales

MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES (PAI) EN UN ÁREA DE SALUD: DIMENSIÓN USO ADECUADO DEL MEDICAMENTO (UAM)

Autores:

TORRES* PADILLA*, FJ; GALAN RETAMAR, C; TORO TORO, C y POZO MUÑOZ, F.

Palabras Clave:

Resumen:

-Objetivos: - Seleccionar opciones fármaco-terapéuticas adecuadas para distintos PAI, según criterios de efectividad, seguridad y eficiencia. - Definir y medir a través de indicadores de calidad, el grado de adhesión a estas recomendaciones. - Establecer áreas de mejora para la promoción del UAM y proponerlas como objetivos de las Unidades de Gestión Clínica (UGC). Material y Método: Mediante técnica de grupo nominal se seleccionó un grupo de 6 profesionales (representantes médicos de los 2 niveles asistenciales, dirección de calidad y farmacia), se priorizaron aquellos PAIs que presentaban mayores áreas de incertidumbre en cuanto al UAM y los de mayor prevalencia: Riesgo vascular (RV), Diabetes, EPOC, Asma. En una primera fase, se realizó una búsqueda sistemática para localizar las mejores evidencias, de forma eficiente; se aprovechó el trabajo ya hecho y publicado en Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas e Informes de Agencias y se definieron indicadores de UAM. Posteriormente se incluyeron en las normas de calidad de cada PAI, midiéndose mediante auditoría de historias clínicas durante 2010, para lo que se estimó una muestra representativa de la población de referencia para cada proceso, a través del programa Epidat versión 3.1. Los resultados obtenidos se compararon con un estándar de calidad, permitiendo fijar objetivos a las distintas UGC para 2011. Resultados: Una vez definidos los indicadores (ej. PAI RV: % Pacientes con indicación de estatina adecuada; PAI Diabetes: % Pacientes con metformina como primera elección; PAI EPOC y ASMA: % Pacientes con adecuación del tratamiento según estadio?), se calcula el tamaño muestral para la auditoría de HHCC resultando: PAI RV: N=4983 n=323 IC 95% ER± 0,05; PAI diabetes N=7988 n=322 IC 95% ER ± 0,01; PAI EPOC: N =2269 n=295 IC 95% ER ± 0,05; PAI ASMA: N=1984 n=250 IC 95% ER ± 0,05. Conforme a los resultados obtenidos se priorizaron una serie de acciones de mejora (objetivos UGC 2011): formación continuada, talleres dirigidos a pacientes (ej. manejo de inhaladores), incrementar registro en HHCC de estadios de gravedad en HTA, EPOC y asma, favorecer el uso de tablas de RV, incrementar el uso de espirometría⁹⁰⁺ Conclusiones: La monitorización de los distintos PAI en cuanto al UAM, ha permitido implementar acciones para la mejora de los resultados de los pacientes (morbi-mortalidad), reducir la variabilidad en la práctica clínica y permitir un uso más eficiente de los recursos.

MEJORA DE LA ATENCIÓN AL SÍNDROME CORONARIO MEDIANTE CAMBIOS EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y MODIFICACIONES ORGANIZATIVAS

Autores:

RUIZ SAN BASILIO, JM; ORTEGA ANGULO, R; MUÑOZ MORENO, B; JIMENEZ FERNÁNDEZ, D; OROZCO MARQUEZ, I y GUTIERREZ RUIZ, I.

Palabras Clave:

síndrome coronario agudo, reperfusión precoz, calidad

Resumen:

OBJETIVOS: * Describir el perfil de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). * Conocer cómo se maneja al paciente con SCA y evaluar la calidad de la atención prestada. * Valorar la efectividad de las propuestas de mejora. **MATERIAL Y MÉTODO** Población: pacientes con SCA en Coín (2005-2011). Estudio retrospectivo (2005-2009), detectando las oportunidades de mejora y los problemas de calidad mediante métodos grupales. Posteriormente se hace un análisis de las causas y propuestas de mejora. Reevaluación a los 18 meses de implantarlas. Variables: tipo de SCA, modo de acceso al sistema, factores de riesgo previos, cronas, score atención prehospitalaria y pacientes reperfundidos (fibrinolisis, icp, complicaciones fibrinolisis). Fuente de datos: ARIAM y Diraya. Limitaciones del estudio: sesgo de información en ARIAM, muestra pequeña. **RESULTADOS:** Tras analizar los resultados del estudio retrospectivo detectamos un retraso en el contacto del paciente con el sistema. Además, un 25% de los pacientes candidatos no recibían reperfusión. La crona síntoma-fibrinolisis era de 172 minutos y síntoma-balón de 592 minutos. Se detectó un infraregistro de en nuestra historia clínica. Tras implantar las propuestas de mejora se comprueba una mejora en la atención prehospitalaria global, una disminución del 20% de los paciente que no reciben reperfusión y una disminución de 52 minutos en la fibrinolisis y de 137 minutos en la ICP. Sin embargo, persiste un notable retraso en el contacto del paciente con el sistema. **DISCUSIÓN:** El SCA tiene una mortalidad durante el primer mes del 50%, ocurriendo la mitad durante las primeras 2 horas. La mortalidad prehospitalaria no ha cambiado en los últimos años. Por otra parte, la reperfusión precoz reduce la morbimortalidad, siendo más eficaz cuanto más precoz. Tras el análisis inicial se plantearon propuestas de mejora: formación en la población y primeros intervinientes, formación a los profesionales sanitario, Hoja de anamnesis tipo Check-list y Protocolo de reperfusión precoz consensuado con el hospital de referencia, incluyendo fibrinolisis extrahospitalaria en nuestra unidad. Tras 18 meses se ha constatado una notable mejora en la calidad de nuestra asistencia, con una reducción de las cronas y un aumento de pacientes que se benefician de la reperfusión precoz. **CONCLUSION** Los cambios en la práctica asistencial y las modificaciones organizativas consensuadas con otros niveles asistenciales permiten una mejora de la calidad asistencial prestada al paciente con SCA.

ENGAGEMENT Y SATISFACCIÓN LABORAL ENTRE FACULTATIVOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Autores:

BALLESTER SOLIVELLAS, A; ROMERO FRAIS, A; COMAS DIAZ, B y MANCHO IGLESIAS, J.

Palabras Clave:

satisfacción, engagement, facultativos, urgencias

Resumen:

Objetivos Conocer el nivel de Satisfacción laboral y Engagement en facultativos de un servicio de urgencias hospitalario, y su relación con variables sociodemográficas. Material y Método Se utilizó una batería de cuestionarios que cumplimentaron de forma anónima 52 facultativos de un servicio de urgencias. La batería estaba compuesta por tres cuestionarios: uno con variables sociodemográficas. Otro para medir la satisfacción laboral que constaba de 24 ítems y agrupa 9 dimensiones (Font Roja). El 3º fue UWES (Utrecht Work Engagement Scale) de 17 ítems que incluye las tres dimensiones del constructo: el vigor, la dedicación y la absorción. Se relacionaron los valores obtenidos con las variables sociodemográficas, obteniéndose relaciones según nivel de significación (analizado con el SPSS y pruebas t-student y Correlación de Pearson) Resultados La participación fue del 100% y predominó el sexo femenino con 54%. El 52% se encuentra entre los 30-40 años y un 52% es fija. El 46% lleva más de 7 años en el servicio. Un 67% tiene uno o más hijos y un 27% disfruta de una reducción de jornada. Los valores del Font Roja son niveles medios. La mayor puntuación se obtiene del factor presión en el trabajo (3.04) y el de menor sobre relaciones entre compañeros (1.77). Los valores del Engagement son bastante elevados al alcanzarse puntuaciones <4 en 2 dimensiones y cercana a 4 en la absorción. En vigor se obtuvo (4.06), dedicación (4.32) y absorción (3.71). En cuanto al contraste de hipótesis, no obtenemos ninguna relación entre la satisfacción y variables sociodemográficas. Sin embargo, encontramos una asociación entre variables como la reducción de jornada, la antigüedad o el tipo de contrato. Discusión Con un índice de participación muy elevado, podemos decir que los trabajadores se sienten medianamente satisfechos con su trabajo. Las relaciones interpersonales es el factor peor valorado por los participantes. En cuanto al engagement obtenemos niveles medios en vigor, dedicación y absorción. En cuanto, a la relación entre variables y el engagement, destacar la relación entre la reducción de jornada y las tres dimensiones del constructo; el tipo de contrato con la dedicación y la absorción; y la antigüedad con la dedicación. Conclusiones Los facultativos están medianamente satisfechos con su trabajo, aunque hay áreas como las relaciones interpersonales que podrían mejorar. En cuanto al engagement los niveles están en la media, aunque FALTA TEXTO

EVOLUCIÓN 2004-2010 DE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIOS ACTIVOS Y DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN UNA UGC DE PEDIATRÍA

Autores:

AGUIRRE COPANO, T; MANZANO MARTIN, V; REY DELGADO, P; BULO CONCELLÓN, R; VÁZQUEZ VELA, V y HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, A.

Palabras Clave:

gestión clínica. calidad. área medicamento

Resumen:

La unidad de gestión clínica (UGC) de pediatría del hospital Puerta del Mar (HUPM) de Cádiz está autorizada desde 2007 por los SSCC del SAS, habiéndose concretado en 2011 el proceso de certificación de calidad avanzada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, año en el que también se ha establecido un acuerdo como unidad intercentros de pediatría con el Hospital de Puerto Real. OBJETIVOS.- Evaluar el periodo 2004-2010 para conocer si en el marco de la nueva estructura organizativa se han conseguido mejores resultados en los indicadores de calidad del área del medicamento. MATERIAL Y MÉTODO.- La UGC de pediatría del HUPM está constituida por las secciones de Urgencias, Hospitalización, Neonatología-UCIN y UCIP. En su conjunto, se ha hecho un seguimiento por cada periodo anual entre 2.004 a 2.010 de los siguientes indicadores: - % de prescripción por principios activos en la UGC. - Consumo de medicamentos por estancia hospitalaria en la UGC. RESULTADOS.- En relación al % de prescripción por principios activos, la UGC obtuvo un 14,83% en 2.004, siendo a partir de 2.007 cuando se incrementa el porcentaje de recetas por principios activos hasta alcanzar un 82,72% en 2.010. Comparativamente, el HUPM pasó de un 40,66% en 2.004 a un 60,71% en 2.010. En cuanto al consumo de medicamentos por estancia hospitalaria, que marcaría el grado de eficiencia de la unidad en este área de la calidad asistencial, se paso de 15.469 euros en 2.004 a 14.714 euros en 2.010 y ello contando con una disminución de estancias en la unidad, ya que pasaron de 23.257 en 2.004 a 15.259 en 2.010. DISCUSIÓN.- Los resultados muestran una mejora evidente de ambos indicadores que relacionamos con la mayor implicación y motivación de los profesionales, pediatras y enfermeras pediátricas, de la UGC de pediatría del HUPM, a expensas del acuerdo sobre objetivos individuales y de grupo pactados con la dirección, junto con un planteamiento de trabajo multidisciplinar con la UGC de Farmacia Hospitalaria, traducido en un seguimiento de ambos indicadores en sesiones clínicas conjuntas durante este periodo así cómo en sesiones individualizadas con aquellos profesionales que mostraban dificultades para alcanzar los resultados del grupo. CONCLUSIONES.- La dirección por objetivos en una unidad de gestión clínica es una potente herramienta para la mejora general de los indicadores de calidad asistencial. Así se demuestra también con los indicadores de calidad del área de medicamento.

GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN: EVALUACIÓN AGREE

Autores:

Gil Aguilar, V; Fontalba Navas, A; Cordoba Garrido, L; Ruiz Serrano, M; Navarrete Martinez, JJ y Parra Jimenez,

Palabras Clave:

Guías Práctica Clínica Depresión AGREE

Resumen:

Objetivo: Evaluación crítica de GPC sobre trastorno depresivo mayor (TDM) utilizando el instrumento AGREE **Método:** Se consultó con Servicio de Salud Mental de nuestra área, que propusieron tres de las guías más relevantes en la práctica clínica diaria sobre el manejo del TDM :Management of depression in primary and secondary care by National Institute for Clinical Excellence, 2004; Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Guías de práctica clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo,2008; Management of Adult with major depression, Michigan Quality Improvement Consortium, 2008. Para evaluar la calidad de las GPC se utilizó el instrumento AGREE, cumplimentando el cuestionario cuatro revisores para cada guía, todos ellos residentes de MFyC. El instrumento AGREE es una herramienta desarrollada por un grupo internacional de expertos que permite la evaluación crítica de GPC. Consiste en 23 ítems, organizadas en seis áreas independientes entre sí. Las puntuaciones de las distintas áreas se calcularon sumando todos los puntos de los ítems individuales de un área y estandarizando el total, como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área, de acuerdo a las recomendaciones del instrumento AGREE. **Resultados:** puntuación obtenida en la evaluación AGREE: Guía NICE 94% Guía MSC 77% Guía MQIC 69% Alcance y Objetivos 94% Participación de los implicados 77% Rigor en la elaboración 69% Claridad y Presentación 91% Aplicabilidad 68% Independencia editorial 52% Todos los resultados están expresados como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área. **Conclusión:** La evaluación mostró que la guía NICE es de una calidad metodológica superior al resto. En todas las guías la participación de los implicados, la aplicabilidad y la independencia editorial son los aspectos con menor puntuación, observación que concuerda con otros estudios acerca de guías de práctica clínica.

EFFECTIVIDAD DE UNA CONSULTA DE CEFALÉAS EN UN CENTRO DE SALUD ACUERDOS INTERNIVELES DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y LA UGC

Autores:

MORENO ALVAREZ, PJ; LOZANO VICENTE, A; CASTRO AGUDO, M; PALACIOS GOMEZ, Z y GONZÁLEZ DÍAZ, MP.

Palabras Clave:

CEFALÉAS AUDITORIA TASA RESOLUCION, ATENCIÓN PRIMARIA

Resumen:

OBJETIVOS: Analizar la efectividad y la calidad de las historias clínicas de una consulta de cefaleas en un Centro de Salud, gestionar acuerdos interniveles con un servicio de Neurología. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo transversal. Implantación de la hoja de ruta del paciente con sus puntos críticos. La evaluación de la calidad asistencial siguiendo los estándares del PAI Cefaleas, % de captación (>1%), auditoría de historias clínicas, cumplimiento de los parámetros de calidad (>75% de historias cumplen los criterios): filiación, hojas de problemas, alergias, icono de cefaleas, diagnóstico IHS-2004, anamnesis y exploración. Muestreo sistemático de la consulta de cefaleas durante el 2010, recogida de 126 historias (precisión del 5% y una confianza del 95%). Como medida de efectividad se considerara el tiempo medio de diagnóstico de una cefalea primaria) (TMDCP), el tiempo medio de atención en consulta de neurología para sospechas de cefaleas secundarias o primarias no controlables en AP. Finalmente la tasa de resolución en AP. **RESULTADOS.** Sesión clínica con presentación de la hoja de ruta. Población 37.913 H. de Rinconada. Unidad de cefaleas 1375 pacientes (5% de población). Año 2010, 456 consultas, revisiones (304 pacientes) y primeras consultas (152 pacientes). Capacidad de resolución, tasa de derivación neurología por todos motivos obtenida 4,47 derivaciones /1000 TAFES, un 38% menos que nuestros distritos de Sevilla, 24% menos que la media Andaluza. Se derivó 25 cefaleas (5,4%), tasa de resolución 94,6%. Se pidieron 68 TAC (14,9%). Audit: 110 (87,3%) historias cumplen 100% criterios, 16 (12,7%) no. Tiempo medio (TM) acceso a consulta en C.S. 18 días, TM demora consulta Neurología (HVM) 48 días, TM acceso acuerdo interniveles (La Rinconada-HVM) a consulta de Neurología 10 días. **DISCUSIÓN:** La diferencia de derivaciones es debida a nuestra tasa de resolución de cefaleas. Los resultados están acorde a la bibliografía, la capacidad de resolución en AP de cefaleas debería ser del 90-95%, la falta de formación es clave, llegando al 38% según estudios, el % de cefaleas en consultas de neurología, esto supone un coste de oportunidad perdido para patologías más complejas que tienen difícil acceso. **CONCLUSIÓN:** Es efectiva la implantación de consultas de cefaleas en centros de Salud, por MF entrenados, impartiendo docencia para descentralizar el manejo de pacientes por cada médico, gestionar acuerdos

RESULTADOS DE APLICAR LA GESTIÓN CLÍNICA EN LAS LISTAS DE ESPERA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A RADIOTERAPIA.

Autores:

De las Peñas Cabrera, MD; Polanco Muñoz, L; Díaz Gómez, L; Luque Val, A; Munive Alvarez, E y Alonso Redondo, E.

Palabras Clave:

Demora oncológica, listas de espera, gestión

Resumen:

INTRODUCCIÓN: El I Plan Integral Oncológico de Andalucía 2002-2006, tenía como objetivo prioritario en Cádiz, la renovación de la Unidad de Cobalto por un ALE multiláminas. En septiembre de 2009, se abordó el desmantelamiento y adecuación para el nuevo ALE, obligando al cierre de dos de las tres, por motivos de seguridad. Diseñamos un plan estratégico de gestión de pacientes para optimizar el rendimiento de nuestra única Unidad. **OBJETIVO:** Evaluar el impacto del plan estratégico de gestión de la lista de espera para inicio de tratamiento radioterápico. **MATERIAL Y MÉTODO:** Valoramos el número total de pacientes tratados en varios periodos diferentes: Año 2008 (tres Unidades con 5 turnos de trabajo); Año 2009, igual organización hasta septiembre y una única unidad con nueva gestión (tres turnos.); Año 2010, en esta última situación hasta el mes de septiembre de 2010, que comenzamos un turno en el 2º ALE y cierre del turno de noche. El último trimestre de cada uno de estos periodos representaba una situación diferente, se compararon también. **RESULTADOS:** A pesar del cierre de las dos unidades se redujeron tan sólo el 12.84% de pacientes entre 2008 y 2010 (989, 892 y 862 para 2008, 2009 y 2010 respectivamente). En 2011, con 2 ALE, llevamos hasta el 23/9/11, 782 pacientes vs 614 comparando con 2010, con 86 pacientes de media x mes, trataremos: 1042 pacientes. Analizando únicamente el último trimestre se observó un aumento en el número de pacientes tratados (183, 199 y 210 para 2008, 2009 y 2010 respectivamente). De los resultados asistenciales (TABLA I) se destaca que la unidad única incrementó su actividad en un 67.53%. El plan de gestión incluía: mantener pacientes: >28 días (radicales); aumento del nº de pacientes de 4 a 5 x hora; eliminar horario de puestas; turno de noche; hipofraccionamiento en paliativos; potenciar la braquiterapia. No hay DS en el porcentaje de pacientes tratados cada año por intención de tratamiento (tto). Aumentamos los ttos hipofraccionados en paliativos con DS ($p=0.0001$) con esquema de 5x4 Gy al día. Mejoramos todas las demoras asistenciales desde cita en 1ª consulta hasta inicio de radioterapia con una media actual de 14.5 y 15.5 días en 2011 en cada unidad. **CONCLUSIONES:** La gestión clínica nos ha permitido optimizar los recursos y paliar el impacto asistencial que supone el cierre de dos de tres unidades de un Servicio, tratando dos terceras partes más de pacientes que lo hacía previamente y mejorar las demoras.

ESTANDARIZACIÓN DE LAS AUDITORIAS CLÍNICAS SIGUIENDO LOS PROCEDIMIENTOS DE MUESTREO POR LOTES.HOSPITAL DE JEREZ

Autores:

Rivas Aguayo, L; Conde Lozano, R; Juarez Soto, A; Carrizosa Carmona, F; Pérez Cortes, S y Terron Pernia, A.

Palabras Clave:

Auditorias Clínicas medición de buenas practicas

Resumen:

FUNDAMENTO El muestro para la aceptación de lotes puede ser un método complementario a otros métodos de muestreo tradicionales eficiente y pragmático para medir resultados y mejoras de la practica clínica en las unidades clínicas. Su finalidad es aceptar o rechazar lotes homogéneos de productos en base a unos niveles de cumplimiento según unas especificaciones y riesgos pactados de forma previa **OBJETIVO** Estandarizar un procedimiento común y explícito para la medición de determinados objetivos de mejora de la atención a los problemas de salud mas relevantes en las unidades clínicas **MÉTODOS** El Calculo tamaño maestral se realiza mediante Programa Sigesmu. Se define unos niveles que nos permita distinguir entre un lote de calidad aceptable y un lote de calidad rechazable Estándar (nivel de calidad aceptable) y Umbral (nivel de calidad rechazable) Fijando los niveles de error y riesgo. En cada Auditoria se define un nivel máximo de errores en el cumplimiento para poder aceptar el lote. La muestra se eligen a través de tabla de números aleatorios, seleccionados del total de la población universo definiendo la fuente y el periodo de evaluación. La fecha de la auditoria es fijada y realizada por un integrante de la UGC y un supervisor independiente **RESULTADOS:** se han realizado auditorias desde 2009 entre las que destacamos? procedimiento de cumplimentación del Consentimiento informado? ? El uso adecuado de las pruebas de imagen en cáncer de colon y mama? ?Adecuación de prevención de la ETV en el servicio de urgencias? ?Adecuación de las solicitudes de determinación de carga viral de VIH según criterios normalizados (GESIDA)?Inclusión sistemática en los informes de alta de hospitalización de consejos saludables referidos al ejercicio físico, a la alimentación, al hábito tabáquico y a la automedicación? ?evaluación de la existencia de documentación en la historia clínica en urología sobre prácticas de calidad? (PRESEL, planes de actuación al alta, documento de toma de decisiones en cáncer de próstata y cáncer infiltrante vesical, viñetas explicativas del ingreso hospitalario, informe de alta hospitalaria realizado por los facultativos, informe de cuidados) **CONCLUSIONES:** Este procedimiento nos ha permitido de una manera eficiente con excelente utilización del recurso tiempo y factor humano, la monitorización de aspectos claves de la calidad asistencial y la detección de áreas de mejora. Aspectos que en la mayoría de las ocasiones no se pueden obtener a partir de los sistemas de información existentes

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON PATOLOGÍA MUSCULOESQUELETICA DE ALTA PREVALENCIA.

Autores:

Diaz Mengibar, MF; Garcia Gonzalez, L; Cabello Fernandez, Y; Toledo Coello, ML; Marante Fuertes, J y Perez Venegas, JJ.

Palabras Clave:

Gestión clínica, musculoesqueletico, estrategias de mejora

Resumen:

Introducción: Se estima que el 30% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalaria y el 17 % de pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital, son diagnosticados de patología musculoesqueletica. La alta prevalencia de esta patología hace que los responsables asistenciales, directores de Unidad y Direcciones Medicas estemos permanentemente buscando nuevas formulas organizativas para dar la mejor atención posible a estos pacientes en el contexto del sistema sanitario público. **Objetivos:** Reorganización de la actividad urgente y de consultas en las Unidades de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, Reumatología y Traumatología con el fin de mejorar el manejo clínico del paciente, disminución de los tiempos de respuesta en consultas y aumentar la capacidad de resolución en consultas. **Material y Métodos:** la metodología utilizada ha sido el ciclo de mejora continua de la calidad: identificación, análisis, mejora y monitorización periodo Junio 2010-Junio 2011. El plan se ha desarrollado mediante las siguientes fases: **Fase 1:** Análisis de la situación de partida Demora en la atención a pacientes derivados a consultas trauma (fracturas), reuma. Análisis específicos sistema de información Hospitalarios **Fase 2:** Implementación mejora: Reorganización consultas traumatología ofertadas a Atención primaria Creación de agendas específicas para patología oste articular rápida y consulta de fracturas. Consensos sobre criterios derivación: panel experto. Creación consultas patología musculoesqueletica con reumatólogos referentes por cada tres centros salud. **Fase 3:** evaluación Demora 0 en consulta monográfica traumatología fracturas y osteoarticular rápida. Disminución en un 34% la solicitud de RMN Disminución en un 16% revisiones en Traumatología. Mantenimiento de la demora media de consultas externas de traumatología. **Discusión y resultados:** La evaluación e implantación de nuevas medidas organizativas en patología musculoesqueletica de alta prevalencia, introducen mejoras en la atención a estos pacientes a corto y medio plazo

DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE NO PRESENTADOS EN UNA CONSULTA DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGÍA

Autores:

ALVAREZ GIL, F; AGUADO CORREA, F y PADILLA GARRIDO, N.

Palabras Clave:

No presentados, Recordatorio cita, Consultas externas

Resumen:

OBJETIVOS: Disminuir el número de usuarios no presentados a su cita en las primeras consultas de oftalmología del Centro Periférico de Especialidades (CPE) del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se detectan los rangos horarios de mayor incidencia de no presentados mediante un muestreo aleatorio sobre el total de consultas realizadas en 2010. Se diseña un protocolo diario de recordatorio telefónico de citas durante junio, julio y agosto de 2011, por ser los meses que presentan un mayor número de no presentados en 2009 y 2010. El protocolo se basa en contactar, 3 días antes de la cita, con 5 pacientes de cada consulta, dentro del rango horario con mayor número de no presentados, para confirmar que conocen la cita y se comprometen a asistir. **RESULTADOS:** Tras analizar el efecto de las llamadas telefónicas durante las franjas horarias seleccionadas observamos, respecto a 2010, que en la consulta 1 se produce en junio un incremento del 18% en los no presentados, una disminución del 85% en julio y una disminución del 39% en agosto. En la consulta 3 se detecta una disminución del 26% en junio, del 65% en julio y del 62% en agosto. **DISCUSIÓN:** Tras realizar las llamadas, se ha estudiado su incidencia en el porcentaje de no presentados durante tres meses del año 2011. Para ello se ha dividido el horario de atención de cada consulta en dos tramos: sin recordatorio y con recordatorio. Así, en la consulta 1 durante el mes de junio se ha registrado un incremento del 79% de no presentados en el tramo sin recordatorio, mientras que en el tramo con recordatorio ha sido solamente de un 18%, lo cual indica que la medida ha tenido efecto. En el resto de los meses de esta consulta 1 y durante los 3 meses de la consulta 3, la medida ha sido un éxito consiguiendo disminuir el porcentaje, de modo significativo, no sólo respecto a 2010 sino también respecto al tramo sin recordatorio. **CONCLUSIONES:** La consulta de primeras visitas de Oftalmología en el CPE presenta un elevado porcentaje de pacientes no presentados. Al auditar las agendas de los años 2009 y 2010 se aprecia un incremento muy importante de no presentados que se confirma en el primer trimestre de 2011. Con la medida aplicada, se demuestra que el recordatorio telefónico disminuye significativamente este número y da la posibilidad a la reasignación de huecos, por lo que sería necesario establecer un sistema de recordatorio desde la unidad de Cita Previa o la propia Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología.

EL CLIMA LABORAL COMO ELEMENTO DE DESARROLLO ORGANIZATIVO DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Autores:

NAVARRO (*) QUESADA, FJ; PRADOS CASTILLEJO, JA; REDONDO SANCHEZ, J; BENITEZ ORDOÑEZ, D; CAPILLA CASTRO, D y MONTES MONTES, R.

Palabras Clave:

CLIMA LABORAL DESARROLLO ORGANIZATIVO

Resumen:

OBJETIVOS: Analizar y Describir el estado del Clima Laboral (CL) Actual de la UGC Lucano. Analizar las variables que explican el estado actual del CL de la Organización. Identificar e implantar áreas de mejora a raíz de los resultados obtenidos. **MATERIAL Y METODO:** Cuestionario Clima Organizacional, validado. Formado por 21 items agrupados en 3 dimensiones: Trabajo en Equipo, Cohesión y Compromiso. Respuesta escala de Likert (1 a 5). Cuestionarios para cada profesional. Cartel informativo. Voluntariedad. Anonimato 4. **RESULTADOS:** Tasa de respuesta del 76%. Resultados: Escasa sensación de conflictos entre compañeros (3.4), Escasa sensación de desmotivación del equipo (3.4), Sensación positiva de que el centro funciona (3.74), Sensación positiva de pertenecer al centro (4.31), Sensación de unión (3.94), Sensación de que el trabajo se planifica y se unifican criterios (4.0), Sensación de compartir dudas profesionales (4.42), Ayuda mutua en las tareas (4.05). **DISCUSION:** Hemos obtenido una tasa de respuesta bastante importante, lo que denota una implicación alta de todos los profesionales de la organización. Desconocemos las causas de los profesionales que no han respondido a las encuestas. Es de destacar una masiva respuesta del personal de la UAC, que indica que se sienten valorados y representados. En comparación con otros estudios la unidad ha obtenido una puntuación global del CL buena, lo cual puede estar relacionado con: Satisfacción, Equipo nuevo ?no enfermo?, Personal con buena salud mental y bienestar social y familiar, Ser ?fijo? como valor añadido, Buena gestión global de los Directivos, Equipo comprometido. Alcanzar mayores cotas de AUTOGESTIÓN. **6. CONCLUSIONES:** El CL influye en la motivación de los profesionales y en su percepción del apoyo directivo. Es necesario analizar el CL de una organización de forma frecuente con el fin de identificar fortalezas y debilidades e identificar áreas de mejora. La calidad de vida personal influye directamente con la calidad de vida profesional y en el CL. Crear espacios y momentos para la interacción de los profesionales de una organización y promocionar la creatividad de los mismos, genera un mejor clima laboral y por ende una mayor productividad y satisfacción con la labor realizada

PLAN DE MEJORAS Y METODOLOGÍA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Autores:

Pedernera Ayen, M; Coronado Vazquez, V; Lora Monge, E; Romero Corchero, M y Martin Gomez, MP.

Palabras Clave:

calidad, derivaciones, interniveles

Resumen:

Introducción: Una de las líneas estratégicas del Sistema Andaluz de Salud es adecuar el número de derivaciones desde Atención Primaria (AP) a la Atención Especializada (AE), y de esta forma poder dar respuesta a las expectativas del ciudadano mejorando la accesibilidad con criterios de calidad y seguridad. En este sentido es importante hacer un análisis de las causas que dificultan el cumplimiento de este objetivo. **Objetivo:** -Identificar los factores que influyen en las indicaciones de las derivaciones desde la AP a la AE. -Priorizar las causas que motivan una desviación de las indicaciones. **Material y Métodos:** Diseño: Estudio cualitativo con grupo nominal. **Participantes:** Una muestra de profesionales del ámbito de la AP, AE y Gestoría del usuario. **Criterios de inclusión:** Médicos de AP con permanencia en el cupo durante un año o más y motivación para participar en un grupo de mejora. **Facultativos de las dos especialidades con tasas de derivaciones más desviadas. Un facultativo de la Gestoría de Usuario. Tamaño del grupo:** En total los participantes en el trabajo fueron 11 profesionales con la siguiente distribución por categorías: 8 médicos de AP, 2 facultativos especialistas área, 1 responsable de gestoría del usuario. **Metodología:** Se realizaron tres sesiones de trabajo en el hospital en las que se elaboraron propuestas de mejoras, en relación a cuatro factores: externos, internos, profesionales y pacientes, en 6 líneas de acción, junto a un cronograma de actuación. El grupo de trabajo realizó la metodología de un ciclo de la mejora continua. **Resultados:** El grupo detectó 40 causas posibles de desviaciones de las indicaciones. Se priorizaron 11 y se analizaron a través del diagrama de Ishikawa (causa-efecto). Se redactó un informe y se implementaron 6 líneas de acción: formación, coordinación AP-AE, gestión de citas, mejoras en AP, uso nuevas tecnologías, incorporación del equipo directivo. Se observó que el mayor número de actuaciones a realizar correspondían a mejoras de AP y coordinación interniveles. Se realizaron 15 intervenciones: 8 mejoras de AP, 4 de coordinación AP-AE, 2 del equipo directivo y 1 en gestión de citas. En el 1º semestre 2011 se observó una previsión a diciembre de este año de adecuación de las derivaciones en 4 de las 6 UGC. **Conclusiones:** La participación de los profesionales y el ciclo de la mejora continua han de estar integrados en la filosofía de trabajo como una herramienta para mejorar nuestros objetivos y optimizar los resultados.

RESOLUCIÓN SC: 0403/10 DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA: OPORTUNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA.

Autores:

MARTINEZ DE LA PLATA, JE; CANTO MANGANA, J; MORALES MOLINA, JA; FERNANDEZ MARTIN, JM; URQUIZAR RODRIGUEZ, O y ACOSTA ROBLES, P.

Palabras Clave:

Resolución, Atención Farmacéutica, Calidad Asistencial

Resumen:

Objetivo: La Resolución SC:0403/10(RSC:0403/10) establece que determinados fármacos sean de dispensación hospitalaria; ante éste reto, la Farmacia Hospitalaria tiene una oportunidad de implementar procesos que conlleven una mejora de la Calidad Asistencial(CA). El objetivo es evaluar las dispensaciones y patologías más prevalentes en los pacientes que acuden a la Consulta Pacientes Externos Servicio Farmacia(CPESF) generados a partir de la RSC:0403/10 y realizar un programa de Atención Farmacéutica(AF). Material y Método: Estudio prospectivo observacional realizado en Hospital Comarcal durante 6 meses. Grupos terapéuticos afectados: G03GA, G03GB, H01CCL, L01AA, L01AX, L01BC, L01CB, L01DB, L01DC, L01XA, L01XE, L01XX, L02AE, L04AB y L04A. Datos obtenidos de las aplicaciones informáticas: Farmatools, Ariadna y Diraya. Datos recogidos: grupo farmacológico, patología, tratamiento, servicio médico, adherencia, alergias y Problemas Relacionados con el Medicamento(PRM). Se revisó Bibliografía, Pubmed, Guías Clínicas Fichas Técnicas y Micromedex, centrándonos en los fármacos, posología, reacciones adversas, interacciones e indicaciones a pacientes. Se proporcionó información a pacientes sobre conservación, posología, reacciones adversas y posibles interacciones de fármacos en función de la medicación y patología. Resultado: Total pacientes: 16. Patologías: 56,25% Psoriasis, 12,50% Cáncer de Próstata, 6,25% Cáncer de Mama, 6,25% Cáncer de ovario, 6,25% Miomas, 6,25% Endometriosis, 6,25% Pubertad Precoz. Tratamientos dispensados: Ustekinumab 56,25%, Triptorelina mensual 12,5%, Triptorelina trimestral 2,50%, Leuprorelina trimestral 12,50%, Goserelina mensual 6,25%. Grupos terapéuticos: L04AC 50%, L02AE 50%. Servicios: Dermatología 56,25%, Ginecología 25%, Urología 12,5%, Pediatría 6,25%. Adherencia al tratamiento: 100%, Alergias: 0, PRM: 0. Discusión: Además de la AF ya realizada a pacientes, hay áreas de mejora en la CPESF, como son la realización de acciones formativas a pacientes tratados con Ustekinumab y Análogos de Hormonas Liberadoras de Gonadotropinas en las patologías para los que son usados, así como sesiones formativas al personal facultativo para promover una mayor eficiencia terapéutica. Conclusión: Los fármacos afectados por RSC:0403/10 son susceptibles de un especial control farmacéutico ya que se usan en patologías de alta morbilidad y complejidad. La CA que genera la AF a través del valor añadido del Farmacéutico Hospitalario, juega un papel primordial en la dispensación y contribuye a una mayor eficiencia, seguridad y CA recibida por el paciente del SSPA.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN A UN PROTOCOLO DE ANTIFÚNGICOS

Autores:

OBEL GIL, L; DOMINGUEZ CANTERO, M; RODRIGUEZ MATEOS, ME; MANZANO MARTÍN, V; VÁZQUEZ VELA, V y GÓNZALEZ-CARRASCOSA VEGA, T.

Palabras Clave:

ANTIFÚNGICOS PROTOCOLO

Resumen:

OBJETIVOS: Evaluar el grado de adecuación de la prescripción a un protocolo de antifúngicos (PA) de reciente difusión en un hospital de tercer nivel. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de la prescripción de antifúngicos sistémicos (anfotericina B, caspofungina, micafungina, anidulafungina y voriconazol), en los seis meses posteriores a la aprobación del protocolo para el tratamiento de infecciones fúngicas y la difusión del mismo en la web del hospital. El objetivo principal del análisis fue la adecuación de la prescripción al PA; de forma secundaria se analizaron el antifúngico más prescrito, el servicio con mayor número de solicitudes y la indicación más prescrita. Los datos se obtuvieron de la base de datos de mezclas intravenosas del servicio de farmacia: datos del paciente, médico, servicio, antifúngico, indicación, dosis, días de tratamiento y observaciones a la prescripción realizadas por el farmacéutico; de la revisión de los cultivos microbiológicos de cada paciente; y de las recomendaciones reflejadas en el PA del hospital. **RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio, 62 pacientes estuvieron con tratamiento antifúngico intravenoso: 37 de las prescripciones se ajustaron al PA (59.7%), 19 no se ajustaron (30.6 %) al no ser el antifúngico de elección; el resto de prescripciones (6) no se pudieron analizar por éxitus en los primeros días de tratamiento ó ausencia de cultivos durante el periodo de tratamiento. El antifúngico más prescrito fue caspofungina (42,6%), seguido de anfotericina B (19,7%). Los servicios con mayor número de prescripciones fueron: Hematología en un 34,4% y U.C.I en un 18%. Por último, las indicaciones prescritas con mayor frecuencia fueron las de tratamiento empírico dirigidas a pacientes neutropénicos con patologías hematológicas malignas y las de pacientes clínicamente inestables y muy graves. **DISCUSIÓN:** La elaboración de un protocolo propio aporta una estandarización en la práctica clínica para el tratamiento de este tipo de infecciones. El alto riesgo en los pacientes hematológicos de padecer infecciones fúngicas justifica la necesidad de instaurar terapia antifúngica, por este motivo Hematología es uno de los servicios más prescriptores. **CONCLUSIONES:** La prescripción de antifúngicos se adecuó al PA implantado en un elevado grado, contando con una buena aceptación por parte de los facultativos prescriptores.

COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES:DISMINUCIÓN DEL GASTO EN TIRAS REACTIVAS DE GLICEMIA Y MEJORA DE LA ASISTENCIA.

Autores:

GONZÁLEZ IBAÑEZ, M; DE LA HOZ CABALLERO, M; LUQUE ALONSO, A y SUAREZ FUSTER, F.

Palabras Clave:

GESTION, GASTO, COORDINACION

Resumen:

Objetivos: General: 1.Cumplimiento presupuestario. Específicos: 1.Mantener o mejorar la calidad asistencial como valor añadido. 2.Detectar oportunidades de mejora del procedimiento de prescripción de tiras. 3.Mejorar la adecuación de la prescripción de tiras de glicemia de los pacientes que requieren autocontroles. Material y Métodos: Método: Estudio de evaluación descriptivo pre-post evaluación. Población y muestra: Diabéticos I y II que precisan autocontroles. Criterios de inclusión: Pacientes tratados con sulfonilureas e insulina. Criterios de exclusión: Pacientes tratados con dieta y metformina. Intervenciones: -Reuniones entre los responsables del centro de atención primaria y atención especializada. -Confección de listado de pacientes con prescripción incorrecta. -Análisis del mismo. -Revisión y análisis de circuitos. -Sesiones clínicas de casos con unificación de criterios asistenciales y rediseño consensuado de circuitos comunes. -Puesta en marcha de los acuerdos. Variables: Cumplimiento de la adecuación de la prescripción de tiras de glicemia, asistencia a las reuniones y control presupuestario. -Análisis: Mensual. Resultados: -Asistencia del 100% a las sesiones clínicas. -Mejora del cumplimiento en la adecuación de la prescripción durante el 2011. *Insulina: Pre-intervención (enero): 42%- post-intervención (junio): 67% *Secretagogos: Pre-intervención (enero): 72%- post-intervención(junio): 80% -Previsión de cierre del año 2011: 10% por debajo del presupuesto asignado. Discusión: Teniendo como base comparativa resultados de gestión económica previos a la implantación de la mejora establecida, podemos afirmar que: la coordinación entre niveles asistenciales da como resultado mejora económica y mejora de la calidad asistencial. Conclusiones: -La coordinación entre niveles ha conseguido mejorar la adecuación en la prescripción y el ahorro presupuestario. -Necesidad de reevaluar la guía de práctica clínica actual: patologías asociadas, agudizaciones, pautas móviles de insulina etc.

USO ADECUADO EN LA TOMA DE DECISIONES? COSTE DE ANTIANGIOGENICOS INTRAVITREOS EN DMAE?? DE OPIOIDES EN BLOQUE QUIRÚRGICO?

Autores:

Rodriguez Ortiz, MA; Carrasco Sanchez, D; Rodriguez Huertas, F; Rivas Aguayo, L; Pérez Venegas, J y Mota Chozas, I.

Palabras Clave:

MBE, uso adecuado de procedimientos, gestión clínica

Resumen:

FUNDAMENTO: Se trata de mejorar la involucración de los profesionales en la toma de decisiones responsable en un sistema público de salud utilizando los métodos de uso adecuado y la medicina basada en la evidencia para conseguir organizaciones centradas en la efectividad de la práctica clínica y un uso adecuado de los recursos **OBJETIVOS :** Mejorar la práctica profesional en la utilización de dos procedimientos con mucho impacto en la utilización de recursos ? antiangiogénicos intravitreos? y ?uso de opioides? **MÉTODOS:** 1.-Búsqueda de revisiones sistemáticas, Informes de evaluación de tecnología sanitaria y Guías de Práctica Clínica de calidad. 2 Síntesis de las principales recomendaciones y estándares de buena práctica y comparación con la práctica habitual en el ámbito de trabajo 3.- Establecer áreas específicas de mejora por tipo de pacientes elaborando protocolos consensuados 4.- Monitorización del cambio y análisis **RESULTADOS:** -Evaluación del coste del uso de antiangiogénicos intravitreos en la DMAE- Al no ser posible realizar en este Centro un estudio de coste - efectividad (no tiene sentido que se realicen aisladamente en un centro sanitario concreto). Se ha realizado un análisis de uso /coste por paciente utilización de este tratamiento en nuestro hospital teniendo en cuenta - el uso adecuado - de las recomendaciones científicas sobre indicación por tipo de pacientes, realizando una revisión exhaustiva de la literatura y teniendo como base, el Informe de Evaluación de la AETSA . Se realizó protocolo de utilización del lucentis®, PNT de procedimiento y recogida de la información en cada paciente tratado. Ha habido una contención del gasto del 2009 al 2010 (2009 :107048,74 euros 2010: 99.320,79 euros) que teniendo en cuenta que se trata de una tecnología emergente es un resultado muy satisfactorio ?Mejora uso opioides en bloque quirúrgico? El % indicador tipo de opioides recomendados morfina / resto de opiáceos en 2009 fue de 1,53 , alcanzando el 4,18% en el 2010. Tras el trabajo realizado de análisis de la práctica habitual de la unidad de dolor por tipo de paciente y tipo de opiáceo comparándolo con las recomendaciones científicas de tres GPC de metodología excelente (Reino Unido(SING), Ministerio español (OSTEABA), y la de la Conserjería de salud sobre uso seguro de opioides) se llegaron a acuerdos concretos y explícitos ante determinados escenarios clínicos.

PLANIFICACIÓN Y ACTUACIÓN DE LAS AUSENCIAS Y LA REINCORPORACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SUBALTERNO DEL H.G.(HUVR)

Autores:

MARCHANTE MATEOS, F.; GUILLÉN RODRÍGUEZ, F y CRESPO POLO, R.

Palabras Clave:

ABSENTISMO SATISFACCIÓN PROFESIONAL CALIDAD ASISTENCIAL

Resumen:

OBJETIVO: ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN. ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS PARA LA COBERTURA DE PUESTOS. SEGUIMIENTO EN LA REINCORPORACIÓN LABORAL DEL PERSONAL AL CENTRO DE TRABAJO. **MÉTODO:** 1º Seguimiento de Ausencias: Se establece un estudio de: la incidencia mensual de las bajas, la duración de los procesos: si son de larga o corta duración, las causas que las motivan y los Servicios en las que predominan, que nos permite una planificación preventiva y pautas de actuación en los casos en cuestión. 2º Análisis de las Causas. Evaluamos los riesgos laborales que generan incidentes/accidentes para la consiguiente corrección, que nos permite habilitar las condiciones adecuadas, para que la realización de las tareas sea de la manera más segura. 3º Diseño y estructuración de los niveles de intervención. La Dirección, los Mandos Intermedios, Medicina Preventiva, Prevención de Riesgos Laborales y el propio trabajador, son los agentes que hacen posible eliminar los obstáculos para la integración laboral de los profesionales, en los casos de la reincorporación. 4º Identificación y puesta en práctica de las correspondientes medidas correctoras. Realización de las oportunas adaptaciones del trabajo, que facilitan activamente la incorporación laboral. Establecemos alternancia del puesto de trabajo y de turnos, planificación de tareas y rotación de cometidos (más especializados o complejos con otros de menor responsabilidad) resultando una distribución más equitativa, en aquellos casos de tipo psicosocial. Dichos puestos son sometidos periódicamente a reevaluación. **RESULTADOS** 1º Implicación de todas las partes integrantes 2º Reducción del absentismo. 3º Participación activa en el cumplimiento de las medidas a aplicar. **DISCUSIÓN:** Superadas cierta reticencia a la rotación y a la alternancia, por parte de algún componente, los inconvenientes casi no son dignos de mención, predominando la corresponsabilidad y la implicación. **CONCLUSIONES** Mejora en el rendimiento, la eficiencia y la productividad, optimizando los recursos disponibles y generando mayor calidad asistencial.

INFORME SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y CALIDAD DE LA SALA DE LINFEDEMA DEL H.I.E.

Autores:

CUEVAS GONZÁLEZ, MC; BERNAL MARQUEZ, M y PEREZ MOREIRA, R.

Palabras Clave:

Resumen:

La Sala de la Unidad de Linfedema del HIE, se puso en marcha 2005. Los fisioterapeutas que realizan su labor asistencial en esta sala, considerando que su labor no terminaba ahí, proponen estrategias de mejora asistencial. OBJETIVOS •Nuevos criterios en materia de salud propuestos por el Sistema Andaluz de Salud •Competencias profesionales de los profesionales no facultativos. •Compromiso de mejora continúa. •Colaboración e integración interniveles •Unificación de criterios. • Consecución y puesta en práctica de objetivos. • Responsabilidad con la ciudadanía MATERIAL Y METODO Recursos Humanos: La sala esté dotada en este momento con un fisioterapeuta que asume las tareas: -Asistenciales. -De gestión. -Docente Recursos materiales: Vendas de diferentes tamaños, texturas y material ASISTENCIAL Las funciones asistenciales se llevan a cabo en la sala de tratamiento •Recepción e identificación inequívoca de los usuarios. • Intervención individual y personalizada de la atención diaria. •Entrevista para el registro de datos en la Historia Clínica en fisioterapia. Toma de medidas. • Técnicas específicas para Linfedema: Se refuerza la realización de autocuidados, autovendaje y automasaje que se deben de realizar diariamente en el domicilio. Intervención en el Servicio de Cirugía .Cuidados postquirúrgicos post-mastectomía. Es INMEDIATO, se efectúa a las 24-48 horas después de la intervención. El canal interno de comunicación se realiza de forma telefónica. Se han adoptado estas medidas para disminuir el tiempo de ingreso de las mujeres mastectomizadas. Actuación de fisioterapia • Adiestrar en normas de cuidados post mastectomía hasta retirada de drenajes. • Cinesiterapia respiratoria. • Cinesiterapia activa asistida para prevenir restricciones en el balance articular del hombro. GESTORA • Organización de plannig agenda propia. • Gestión del tiempo para dar cabida a la atención post intervención de cirugía de mama. • Inclusión de pacientes en agenda. • Control asistencial diario. • Control de materiales fungibles para su reposición por uso en la práctica diaria de vendas algodonadas, compresivas, etc. • Programar las revisiones con los facultativos de rehabilitación y comunicárselo a la paciente. • Control estadístico semanal y mensual de la actividad DOCENTE • Realización de talleres formativos • Participación en congresos, Jornadas, Cursos, etc. • Escuela Linfedema. • Recomendaciones sobre normas preventivas de Linfedema. RESULTADOS Las pacientes post-mastectomizadas tienen una gran adherencia al tratamiento debido a los mecanismos de prevención y a las revisiones periódicas. DISCUSIÓN Podemos valorar la calidad en cuanto a la accesibilidad y capacidad de respuesta, mediante la recogida de los datos de la satisfacción percibida por parte del usuario. CONCLUSIÓN Están mejor informadas y su percepción de mejora en la calidad asistencial es clara.

CREACION DE UN MODELO DE GESTION QUE ASEGURE LA ATENCION INTEGRAL Y DE CALIDAD DEL PACIENTE UROLÓGICO POR UGC UROLOGIA

Autores:

Ledo Cepero, MJ; Madurga Patuel, B; Soto Villalba, J; Conejo Victorian, JL; Romero Tenorio, M y Álvarez-Ossorio Fdez, JL.

Palabras Clave:

UGC Urología; Gestión por Procesos; ACSA

Resumen:

Introducción Se propone un Modelo de Gestión que asegure el máximo cumplimiento de las necesidades en atención sanitaria urológica de los ciudadanos de nuestra Área Sanitaria asegurando Calidad Asistencial Completa, de acuerdo a las propuestas del Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica definido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Objetivos -Crear un Modelo de UGC de Calidad que asegure una atención, efectiva, y eficiente, adecuada a las necesidades de los clientes, accesible a la mejora continua de la calidad. -Creación herramientas que incrementen la confianza de los ciudadanos hacia el Sistema Sanitario Andaluz. -Impulsar la mejora continua identificando áreas con impacto en reducción de costes y mejora salud población. Material y Método Defendemos un modelo de Gestión basado en líneas estratégicas de Gestión en Calidad, fundamentada en: Herramientas de Calidad: Consulta de Acto Único de alta resolución. Hospital de día Urológico; Cirugía Ambulatoria Programada Sin Demora. Vías Clínicas: como herramientas de gestión que reducen la Variabilidad en la Práctica clínica diaria?. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados y Unidades Especializadas: Proceso Trasplante Renal. Proceso HBP / Ca. Próstata; Unidad Urooncología, Unidad de Urología Funcional. Consulta especializada en Carcinoma Renal, Unidad Andrología y Reproducción asistida, Unidad de litiasis y patología Uretral. Gestión del Conocimiento: Trabajamos en base a -protocolos específicos de actuación para cada una de las unidades- realizando difusión de conocimientos potenciando la conexión con Atención Primaria. Gestión de la difusión y comunicación: Elaboración de recomendaciones tras cualquier proceso, construyendo un entorno de trabajo de comunicación intra e interprofesional. Manejo de Historia clínica Única informatizada que asegura la confidencialidad datos clínicos e intimidad del paciente. Gestión de Recursos: Prescripción por principio activo: uso racional del medicamento. Participación activa Comisiones del Hospital?. Gestión formación y desarrollo del profesional: formación MIR. Gestión de actividad asistencial: circuito en el que se logra estandarización pruebas complementarias y se implica al paciente en su proceso. Conclusión Con nuestro modelo de trabajo existe una elevada satisfacción por parte de nuestros usuarios como fin prioritario, no obstante, se generan, a partir de los resultados de la medición y el análisis de los procesos áreas de mejora continua.

AUTOANÁLISIS GLUCEMIA CAPILAR. ¿CUÁNDO?, ¿DÓNDE?, ¿PORQUÉ?

Autores:

TORRES MORENO, S; GARCIA CARRASCAL, L; RAMIREZ CANCA, MT; ANTON CANTERA, MT; DE LA CRUZ LOPEZ, F y GUERRERO MARTIN, R.

Palabras Clave:

AUTOANALISIS GLUCEMIA CAPILAR

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La evidencia actual varía ampliamente en sus sugerencias respecto al tiempo y la frecuencia del autoanálisis para los pacientes con diabetes tipo 2 no tratados con insulina, estando dichas diferencias también reflejadas en nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC), observándose por tanto, falta de uniformidad en cuanto a dichas pautas entre los profesionales. A raíz de la puesta en marcha del Decreto 307/2009, que define la actuación de la enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se hace necesario adoptar pautas y procedimientos de actuación que garanticen su adecuada aplicación. **OBJETIVOS:** Elaborar un protocolo de autoanálisis de glucemia capilar en la población diabética de nuestra UGC de acuerdo con el Decreto y la evidencia disponible en dicho momento que permitiese la puesta en marcha por parte del personal de enfermería del mismo. **MÉTODOS:** Protocolo consensuado entre personal médico y de enfermería siguiendo las directrices del Decreto. Seguimiento y evaluación del Protocolo a los 5 meses de su puesta en marcha y posteriormente al año. **RESULTADOS:** Para la comparación de los resultados se tuvo en cuenta los datos de los cinco meses previos a la puesta en marcha del Protocolo (Octubre 2009-Febrero 2010) frente a los cinco primeros meses de su instauración (Abril -Agosto 2010). El gasto en tiras para autoanálisis de glucemia capilar en los periodos objeto de estudio en nuestra UGC y en el Distrito Sanitario Costa del Sol se expresa en el siguiente cuadro:

Periodo	Boliches	% Total	gasto Distrito	Distrito	Oct 2009-Febr 2010
	126475,04	?	12,35 %	1024039,84	?
				99679,28	?
				10,29 %	968516,76

Se obtuvo una reducción en el gasto farmacéutico entre ambos periodos de estudio en nuestra UGC de 26.795,76 €, lo que equivale a una reducción del 21,19%. En el periodo comprendido entre Octubre 2009-Febrero 2010, el porcentaje de diabéticos con un valor de la HbA1c < 7% fue del 55,30% y en el periodo de Abril-Agosto 2010 fue del 56,09%. **CONCLUSIONES:** Podemos concluir, en espera de los datos de seguimiento anuales, que en nuestra UGC: ? Ha existido una buena aceptación del Protocolo por parte tanto de los profesionales como de los pacientes. ? No se ha producido una disminución en el control metabólico. ? Se ha obtenido en el periodo de seguimiento una reducción del 21,19% en el gasto farmacéutico en tiras, lo que equivale al 48,26% de reducción del gasto del Distrito

PROGRAMA DE BACTERIEMIA ZERO DESDE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

Autores:

de la Torre Prados, MV; Zamboschi , N; Nieto González, M; Hidalgo Gómez, F; Trujillano Fernández, C y Pérez Vacas, J.

Palabras Clave:

Bacteriemia Zero, Gestión Clínica

Resumen:

Objetivos: Reducir la media de la densidad de incidencia de la bacteriemia relacionada con catéter (BRC) a menos de 4 episodios de bacteriemia por 1000 días de catéter venoso central (CVC) en UCI, con el apoyo del programa de Bacteriemia Zero y extensión del mismo a pacientes de Urgencias y de hospitalización. Material y Método: Estudio prospectivo de intervención cualitativa con aplicación de la metodología del programa "Bacteriemia Zero" (Ministerio de Sanidad) en pacientes de UCI (inicio 2008), Urgencias (inicio 2010) y de planta (inicio 2008) a través de la inserción realizada por profesionales de UCI. La intervención incluye seis medidas relacionadas con la inserción y mantenimiento de CVC: higiene adecuada de manos, uso de Clorhexidina en la preparación de la piel, medidas de barrera total durante la inserción de los CVC, preferencia de vena subclavia como lugar de inserción, retirada de CVC innecesarios y manejo higiénico de los catéteres. Resultados: El 65,5% de los pacientes ingresados en UCI tienen catéteres venosos centrales. En 2010 se insertaron 350 catéteres para pacientes de hospitalización y se inicio en Urgencias el "Programa de Bacteriemia Zero". Se normalizó en esta área el inventario del material necesario para la inserción de un CVC, el registro del mismo y la lista de verificación o "Check list" de la inserción. Las intervenciones realizadas en pacientes ubicados en estos tres escenarios (UCI, Urgencias y hospitalización) han permitido disminuir la densidad de incidencia de BRC de 2,85 /1000 CVC en el año 2009 a 1,25 en el 2010, (registro ENVIN de pacientes de UCI). Conclusiones: Los resultados obtenidos superiores a la referencia nacional, justifican el mantenimiento de este programa en el tiempo, con disminución de la estancia hospitalaria (19,6 días/infección) y el aumento del gasto

BAILAR EN ROSA ES UN MENSAJE DE ESPERANZA

Autores:

MORENO PAREDES, P.; ALONSO REDONDO, E.; REINA CUBERO, R.; UTOR FERNANDEZ, A.; RUBIO BARRANCO, A. y ALGUACIL HERRERO, D..

Palabras Clave:

EQUIPO BAILAR MENSAJE ESPERANZA CANCER MAMA

Resumen:

OBJETIVOS: Transmitir un mensaje de esperanza a los pacientes con cáncer de mama y a sus familiares. Sensibilizar a la población general la importancia del cáncer de mama como problema de salud pública. Estimular la participación en una detección precoz. **MATERIAL Y MÉTODO:** Presentamos un video elaborado por todos los profesionales que forman la Unidad de Patología Mamaria. Está grabado en todos aquellos espacios sanitarios por los que pasa una paciente con cáncer de mama, de forma cronológica. Se inicia con el equipo del Centro de Salud, Consulta Especializada, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear, Unidad Hospitalaria, Quirófano, Oncología Médica y Radioterápica, finalizando en Fisioterapia. Cada grupo elaboró su propia coreografía, para transmitir alegría y optimismo. El color rosa es fundamental por simbolizar la lucha contra el cáncer de mama. La canción se seleccionó por contener mensajes idénticos a los que queríamos comunicar. Solicitamos y logramos contratos por escrito con la Discográfica de los autores de la canción y con la SGAE para su difusión (“Color Esperanza” de Diego Torres y otros). **RESULTADOS:** Aunque difíciles de cuantificar, podemos afirmar que en todos los foros presentado ha tenido una excelente acogida. Se puede visualizar en el foro de pacientes de la Unidad de Mama www.hupm.com/hospital/smf o en youtube “cadiz bailando en rosa” donde lleva más 30.000 descargas desde el 28 de julio de 2011. **DISCUSION:** El cáncer de mama tiene una alta incidencia en el mundo, que aumenta cada año. Sin embargo su supervivencia es cada vez más alta, debido a una detección precoz y a importantes avances en el tratamiento quirúrgico, oncológico y radioterápico. Por ello podemos mirar al futuro con esperanza. Los estudios clínicos y la investigación en marcha, así lo avalan. **CONCLUSIONES:** 1. El mensaje de esperanza que trasmite el equipo, es fundamental para el afrontamiento del problema por las personas afectadas. 2. Pensamos que para los pacientes es importante ver al personal sanitario que los trata, como personas además de como profesionales. 3. Bailar por nuestros pacientes, es una forma de humanización y acercamiento hacia ellos y también supone un ejercicio de positividad para el personal sanitario que lo ha realizado. 4

GESTIÓN EFICIENTE DE ESTOCAJES. EL PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO AUTÓNOMO.

Autores:

OLIVA CONTERO, JP; PEÑA ROMERO, E; SERRANO CATENA, MT; TACÓN REINA, F; RITA ACOSTA, MJ y DIAZ RAMIREZ, EM.

Palabras Clave:

ESTOCAJES, CONTROL, MANTENIMIENTO AUTÓNOMO

Resumen:

OBJETIVOS En el entorno sanitario tener disponible lo necesario, en cantidad necesaria y en el momento necesario para la atención al paciente y familia constituye una pieza clave del acto asistencial. Por otro lado teniendo en cuenta el delicado momento económico que estamos atravesando se hace necesario poner en marcha nuevas estrategias que permitan una gestión adecuada de los stocks. No se trata exclusivamente de reducir, se trata de gestionar eficientemente evitando roturas stocks pero también un almacenamiento excesivo que aumenta el gasto y dificulta las tareas de limpieza, reposición y revisión de caducidades. En 2009 comenzamos a implantar el denominado “Procedimiento de Mantenimiento Autónomo (PMA)”, procedimiento inspirado en ?las 5 S? japonesas y en el ?Mantenimiento Productivo Total?. Entre otros objetivos el PMA contempla regular la revisión y mantenimiento de los estocajes de equipamiento, consumibles y medicación de cada área. **METODOLOGÍA** Las intervenciones para el control de estocajes definidas en el PMA consisten en: 1. Definición de estocaje previo de fungible y medicación. 2. Definición de estocaje actual en función de las nuevas necesidades y de los nuevos procedimientos. 3. Reorganización y nueva dotación de almacenes intermedios y áreas asistenciales. 4. Sistema de auditorías que aseguren que la nueva dotación responde a las necesidades reales y que no está sobredimensionada. Las tareas de revisión, reposición y control de caducidades están planificadas y el profesional las registra una vez llevada a cabo, así como si ha habido alguna incidencia. Está establecido un sistema de auditorías que permite actuar precozmente sobre las incidencias registradas y el control del cumplimiento. **RESULTADO** El PMA está implantado en el área de Hospitalización desde 2009. Desde la implantación la definición de estocajes ha sufrido distintas modificaciones hasta adaptarnos a las necesidades reales. Se ha rotulado cada una de las áreas asistenciales y almacenes intermedios para que todos conozcan las cantidades necesarias y sea más fácil la reposición y control. Estamos pendientes de implantar el sistema de doble cajetín como último paso del control de estocajes. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** El mantenimiento adecuado de los estocajes requiere de la colaboración de todos los profesionales del área. El control del mismo es una tarea compleja que esperamos se vaya facilitando conforme se introduzca en la cultura de la organización. Es necesario mejorar el sistema de auditorías.

¿ES POSIBLE MEJORAR LA PLANIFICACIÓN DE AGENDAS MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA?

Autores:

ÁLVAREZ GIL, F.; AGUADO CORREA, F. y PADILLA GARRIDO, N..

Palabras Clave:

Análisis demanda, Lista espera, Consultas externas

Resumen:

OBJETIVOS Reducir la lista de espera y el número de consultas diferidas en primeras consultas de asistencia especializada de oftalmología mediante el análisis de la demanda
MATERIAL Y MÉTODO Se han recabado las fechas de solicitud y las fechas de cita de todas las peticiones de primera consulta de atención especializada de oftalmología del Centro Periférico de Especialidades (CPE) del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva desde enero a julio de 2011. Se han analizado las peticiones de cada mes para determinar en qué mes exacto van a ser atendidas y, por tanto, cuántos recursos van a ser necesarios para atenderlas y evitar la aparición de consultas diferidas. **RESULTADOS** Del análisis de las fechas concretas de cada cita y de su demora correspondiente se ha observado que, como promedio, el 0,79% de los pacientes son atendidos en el mes en que solicitan la atención, el 28,15% un mes más tarde y el 71,07% son atendidos dos meses más tarde. Esto significa que el número de citas a atender en un mes concreto provienen en un 99,21% de los dos meses anteriores. **DISCUSIÓN** De los resultados se desprende que son muy pocos los pacientes que se atienden en el mismo mes de solicitud. Además, si se tiene en cuenta que la demora media del período estudiado es de 52 días y que los períodos pico de demanda se producen en septiembre, octubre y noviembre (años 2009 y 2010), se deberá prestar atención especial a los meses de noviembre, diciembre y enero por la carga tan importante que reciben. A ello se une que en estos dos últimos meses los días festivos merman la capacidad de respuesta, por lo que será necesario planificar más consultas durante los meses de septiembre, octubre y noviembre, evitando así la posible aparición de consultas diferidas o, incluso, mantener los recursos nivelados durante todo el año. **CONCLUSIONES** La planificación de agendas es una tarea de gran complejidad que debe ajustarse, en el caso estudiado, a un plazo máximo de atención de 60 días. La alta demanda de primeras consultas de asistencia especializada de oftalmología agrava aún más la situación, por lo que se hace necesario buscar herramientas para disminuir la lista de espera. El análisis de la demanda permite planificar, de manera anticipada, los recursos necesarios para atender las citas e incluso realizar un ?ajuste fino?, ya que al inicio del mes se conoce con exactitud la demanda de solicitudes de los dos meses previos.

PROYECTO DE ORDENACION ADMINISTRATIVA EN LA UGC OFTALMOLOGIA

Autores:

OJEDA MORENO, V; ALCANTARA BERNAL, A; CALERO CASTELLANO, C; TIRADO LOZANO, A*; VALENCIA RODRIGUEZ, D y DOMINGUEZ COTALLO, C.

Palabras Clave:

Gestión clínica ordenación administrativa integración

Resumen:

OBJETIVOS: Lograr la integración y cambio cultural en el área administrativa de la UGC Oftalmología **MATERIAL Y METODO:** Elaboración de un proyecto de intervención para la ordenación, integración y actualización del área administrativa de UGC Oftalmología - Diagnóstico de situación - Concreción en un nuevo modelo de organización - Relación de actividades - Documento de evaluación - Manual de procedimiento de consultas - Manual de procedimiento de quirófanos - Manual de acogida 1) Acuerdo entre Unidad de Gestión administrativa y responsables de UGC Oftalmología para intervención. 2) Observación de personas expertas del modo de funcionamiento antes de la intervención 3) Reuniones periódicas y diagnóstico de situación 4) Acuerdo para el nuevo modelo de organización entre el personal administrativo de UGC, responsables de UGC y Unidad de Gestión 5) Elaboración de manuales de procedimiento y acogida 6) Formación en técnicas y habilidades. **RESULTADOS:** Buena relación entre el área administrativa y el resto de la UGC, ordenación de los trabajos y de los tiempos, mejora del trabajo en equipo, buena comunicación con los responsables de la UGC, actitud proactiva ante el trabajo y las incidencias, desarrollo de habilidades profesionales, mejora en la calidad percibida por el usuario **DISCUSION:** Se planteó esta intervención ante el malestar de los trabajadores y las numerosas reclamaciones por una atención deficiente. Tras varias reuniones y cambios procedimentales, el interés por participar en el cambio fue en aumento y se facilitaron los cambios de actitud y el uso de nuevos métodos. **CONCLUSIONES:** Integración de todos los miembros de la UGC en un único equipo de trabajo, cambios en las actitudes y comportamientos de los miembros del equipo, mejora en las relaciones laborales, uso de nuevas técnicas profesionales, desarrollo de nuevas habilidades, como técnicas de comunicación personal, telefónica, reparto de tareas, trabajo en equipo, gestión de conflictos, etc. Mejora en la calidad percibida. Disposición para el aprendizaje continuo

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN CCEE DE UGC APARATO LOCOMOTOR.

Autores:

DOMINGUEZ NUÑEZ, IF; QUILES GARZON, J; SERRANO DOMOINGUEZ, G; VELASCO HIDALGO, E; RQMOS DOMINGUEZ, V y ROBLEDO CARDENAS, FJ.

Palabras Clave:

SATISFACCIÓN. USUARIO. ENCUESTA.

Resumen:

Objetivos.- General mejorar la calidad de la atención prestada a las personas atendidas en las ccee. Especificos determinar su grado de satisfacción. Determinar la eficacia del protocolo normalizado de atención. Establecer los puntos críticos de mejora. Metodo estudio observacional quasiexperimental. Periodo de estudio del 15/05/2011 al 15/06/2011. Población de estudio.Todas las personas atendidas por primera vez. Remitidas desde atención primaria y especializada. Variables de exclusión.Personas con limitación cognitiva. Herramienta de estudio:cuestionario autoadministrado, consta de 11 preguntas,con 4 opciones de respuesta. Tipo likkert.Opción de respuesta abierta en cada pregunta. El cuestionario ha sido validado previamente con la participación de 11 expertos. Variables de estudio:edad.Sexo.Localización de las consultas.Tiempo de espera.Trato e información recibida durante la espera.Acceso a la consulta.Intimidad en la consulta.Identificación de los/las profesionales.Confort dentro de la consulta. Actitud y respuesta de los/las profesionales. Resultados. Distribución de los participantes por sexo:mujeres 61%.Hombres 39%. Edad:con una media desde 44,5 a 47,5 años. Localización de la consulta:mb 35%. B 57%. R 7%. M 0,8%. Consideración de la atención en la sala de espera:mb 28%.B 64%. R 7%. M 0%. Tiempo de espera en la sala:mb 23%. B 53%. R 17%. M 55. Trato recibido en la sala de espera:mb 41%. B 54%. R 4%. M 0%. Información recibida en la sala de espera: mb 28%.B 61%.R 7%.M 3%. Identificación de los profesionales:mb 28%.B 69%.R 2%. M 0%. Actitud y/o disponibilidad del auxiliar de enfermería:mb 53%.B 45%.R 0%.M 0%. Confort de la consulta:mb 28%.B 58%.R 12%. M 0%. Acceso a la consulta:mb 28%.B 63%.Regular 7%. Mal 1%. Intimidad en la consulta: muy bien 58%. Bien 41%. Regular 0%. Mal 0%. Trato recibido en la consulta: muy bien 71%. Bien 28%. Regular 0%. Mal 0%. Conclusiones y discusión.- Limitación del estudio : ausencia de estudio similar previo. Grado de satisfacción esta en un 91%. Siendo la atención endentro de la propia consulta(intimidad y trato) del 100%. Se detectan como puntos criticos de mejora el tiempo de espera en consulta y la localización de la consulta. Podemos establecer con las limitaciones antes anunciadas, que se han obtenido unos buenos resultados. Consideramos que contribuye a la mejora de la calidad de la atención prestada a las personas atendidas en ccee de ugc aparato locomotor.

IMPLANTACIÓN DE LA FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA EN EL D.A.P. CONDADO-CAMPIÑA DE HUELVA.

Autores:

QUIRÓS GÓMEZ, JM; PAREJA , E.; MONTES , M.; MORALES , D.; RUIZ , A. y MAURI , P..

Palabras Clave:

IAMEST FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA PROCESO ASISTENCIAL

Resumen:

Con el objetivo de introducir la fibrinólisis extrahospitalaria para desarrollar el P.A.I. IAMEST se confeccionó un estudio descriptivo de la incidencia del IAMEST durante el año 2010 en un distrito de atención primaria a través del análisis de las asistencias realizadas por los profesionales adscritos a la U.G.C. Equipos Móviles que desarrolla su labor asistencial en dicha área geográfica. Se realizó una revisión pormenorizada de todas las historias recogidas durante el año 2010 con diagnóstico inicial de IAMEST , con un posterior seguimiento de todas aquellas confirmadas a nivel hospitalario aplicando las normas de calidad que definen el proceso asistencial deteniéndose en aquellos pacientes que habían sido subsidiarios de reperusión tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario. En una población total de 134238 habitantes distribuidos en 21 municipios y pedanías , durante el año 2010 se asistieron por los equipos móviles 24 pacientes con diagnóstico confirmado de IAMEST a nivel hospitalario lo que suponía un 8% del total de las asistencias realizadas, con un tiempo medio de 65 minutos desde el inicio de los síntomas en el paciente hasta la realización e interpretación del EKG por parte de los profesionales que asisten al mismo y 12,5 min desde la activación por parte del C.C.U.E. hasta el inicio de nuestra asistencia al paciente. La mayoría de los IAMEST fueron Killip I (75, 86 %), ARIAM I(44,82%) con el resultado global de un 32% de los pacientes asistidos que recibieron el fibrinolítico a nivel extrahospitalario , dato éste superior a resultados obtenidos en otros estudios publicados en relación a la reperusión a nivel extrahospitalario. Durante el análisis de las asistencias se constató que existía un importante cumplimiento de las normas de calidad que definen el proceso IAMEST y Dolor Torácico por parte de los profesionales obteniéndose cifras superiores al 90% al analizar los estándares propuestos en dichos procesos. Tras analizar los datos obtenidos durante el año 2010 en el contexto del área geográfica donde trabajamos con una importante dispersión poblacional y consiguiente demora en la asistencia ,se inició en abril de este año la fibrinólisis por los equipos móviles continuando un registro pormenorizado de todas las normas de calidad que definen al proceso y dentro del mismo, a la reperusión extrahospitalaria.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL EN LA PROVINCIA DE HUELVA

Autores:

basquero glez, b; Sanchez Valverde, F. ; perez chacon, c; lopez l, r y linares armada, r.; Lopez Marquez, R.

Palabras Clave:

comite etica asistencial

Resumen:

-Objetivos: El Comité de Ética Asistencial (CEA) contribuye a la mejora continua de la calidad en la atención sanitaria. Se analiza la realidad actual sobre el conocimiento que tienen los profesionales sanitarios a cerca del CEA de nuestra provincia en nuestro hospital.-
Material y Método: Encuesta a 30 facultativos médicos, 30 DUE, 30 auxiliares y 10 al personal administrativo entorno a 8 preguntas clave cuya contestación era excluyente (si o no)
- Resultados: Se presentan resumidos en gráficos y tablas por grupos y globales. - Discusión: El Comité de ética asistencial es un órgano colegiado de deliberación, multidisciplinar, para el asesoramiento de pacientes y personas usuarias, profesionales de la sanidad y equipos directivos de instituciones sanitarias para facilitar la resolución de los conflictos éticos que pueden generarse en la atención sanitaria (artículo 10, capítulo IV: Decreto 439/2010, 14 de diciembre, en Andalucía) y regulado también en el artículo 27 de la Ley 2/2010,(8 de abril): Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. La red de CEA de cada provincia está bajo la coordinación general del Comité de Bioética de Andalucía. -
Conclusiones: Escaso conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la existencia de los comités de ética, como funcionan, como se regulan, quien los constituye y que problemas aborda y que pueden aportar en su desarrollo profesional. Es fundamental dar a conocer la existencia del CEA de Huelva, cuya función es analizar pormenorizadamente problemas éticos en relación con la práctica clínica asistencial para brindar mayor claridad en temas sobre los derechos humanos en el contexto sanitario, la dignidad de las personas en el final de la vida y el respeto a la autonomía de los pacientes.

VALORACIÓN DE LOS ABANDONOS DE PACIENTES EN UN PROGRAMA PADI

Autores:

BERMUDEZ BRAVO, Z; FERNANDEZ ORTEGA, C; MARCHENA RODRIGUEZ, L; DIAZ ALMENARA, E; RIBAS PÉREZ, D y LLEDO VILLAR, E.

Palabras Clave:

PADI INCENTIVACIÓN ABANDONOS REINCORPORACIONES

Resumen:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los abandonos de pacientes, y sus razones, no han sido motivo de estudio en ninguna Comunidad, por lo que lo consideramos como una razón suficientemente justificativa para este estudio de campo realizado sobre el PADI andaluz. En nuestra consulta se realiza, junto a las prestaciones incluidas en el PADA, un programa de educación sanitaria bucodental con una incentivación positiva de pacientes y de sus padres. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Este estudio se ha realizado sobre una población muestral de 3.907 pacientes pertenecientes al PADA entre los años 2003 y 2010 inclusive. **RESULTADOS:** En términos absolutos nos han abandonado 513 pacientes lo que supone un 13,13 % del total y lo que significa que han permanecido con nosotros y NOS HAN PERMANECIDO FIELES, un total de 3.394 pacientes lo que supone el 86,97%. De los pacientes que han abandonado en algún momento nuestra tutela, sea de forma temporal o definitiva (720 pacientes), han vuelto a reincorporarse el 28,70% (207 pacientes) después de haber estado recibiendo la prestación en otros servicios asistenciales, lo que parece un dato bastante significativo de que nuestra forma de aplicación del Programa dental, el sistema de organización clínica, la atención individualizada y la implicación en la educación sanitaria, con el sistema de "la familia dental" les resulta a los pacientes más atractivo que la forma de aplicación del Programa Dental seguido en otros centros. De estos pacientes que se reincorporan, el 70,05% vuelven a integrarse bajo nuestra tutela tras solo un año de abandono y al segundo año el 21,25%. De los motivos que alegan los pacientes para abandonar el Programa, el grupo más destacado de abandonos, no son claros en manifestar los motivos de su abandono, se les ha llamado por teléfono y no se atreven a decir el motivo real contestan con un "ya los llevaré" (son el 58,03%). Los demás motivos manifestados de abandono, además de el anteriormente mencionado, son: TELEFONO INCORRECTO: 5,79%, TRASLADOS DE DOMICILIO: 7,71%, A OTRO CENTRO MÁS CERCANO: 19,27%, POR MOTIVOS DE ORTODONCIA: 5,14%, PORQUE "ESTAN BIEN" Y NO ES NECESARIO: 3,64%, POR FALLECIMIENTO: 0,42%. **CONCLUSIONES:** -El 86,97% de los pacientes reciben una asistencia continuada durante toda su permanencia en el Programa. -El mayor porcentaje de abandonos sucede en los 2 últimos años de derecho a

ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN Y ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOS.

Autores:

Ladrón de Guevara García, M; Fernández Anguita, MJ; Bulo Concellón, R; Obel Gil, L; González-Carrascosa Vega, T y Rodríguez Camacho, JM.

Palabras Clave:

nutrición parenteral, neonatos, estrategias

Resumen:

Objetivos: mejorar la prescripción de la nutrición parenteral (NP) en neonatos, basado en el análisis de la prescripción médica y validación farmacéutica, revisión de la bibliografía por las Unidades de Gestión Clínica de Neonatología, Pediatría y Farmacia (UGC/NPF) para adecuar la composición de la NP a la evidencia disponible. Material y Métodos: en el período de trabajo (oct10-jun11) se han realizado las siguientes actuaciones: análisis del perfil de prescripción y adecuación al documento consenso SENPE/SEGHN/SEFH sobre NP pediátrica; sesiones conjuntas entre las UGC/NPF; revisión del protocolo de NP y de la composición de la NP estándar de día cero; y difusión e implementación del protocolo. Resultados: actuaciones realizadas: 3 sesiones a las UGC/NPF, protocolo de NP, boletín informativo con principios básicos para su prescripción y validación, y calculadora en Excel® de distribución calórica de macronutrientes. De los indicadores evaluados, han mejorado: los aportes de calcio de 0,53 (IC95% 0,51-0,55) a 2,19 mEq/Kg/día (IC95% 2,08-2,31) y de fósforo de 0,88 (IC95% 0,82-0,93) a 1,14 mMol/Kg/día (IC95% 1,09-1,19); siendo la recomendación de 2-4,5 mEq/Kg/día y 1,3-2,25 mMol/Kg/día, respectivamente. También se ha optimizado el aporte de oligoelementos, al cambiar de Adammel® a Peditrace®, fórmula comercial más adecuada a las necesidades de los neonatos, y al suplementar con oligoZinc las NP de prematuros. Además se ha adecuado la composición de la NP estándar de día cero a la práctica clínica, aumentado su volumen, lo que evita el uso de suero glucosado 5% en Y para completarlo; y la adición de 0,5g/Kg/día de lípidos. Ambas medidas, disminuyen la incidencia de hiperglucemia. Discusión: el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes genera desde la clínica una información que va más allá de la detección de problemas de salud relacionados con medicamentos, comprometiendo al farmacéutico a realizar diferentes acciones como la actualización de protocolos farmacoterapéuticos, mejorando así desde el Servicio de Farmacia la calidad de las funciones clínico asistenciales prestadas. Conclusiones: las actuaciones se han centrado en el análisis de los sistemas de información, la información a los facultativos y la potenciación de la comunicación y trabajo multidisciplinar. En este período (oct10-jun11) se ha conseguido adecuar los aportes de calcio, fósforo y oligoelementos a las recomendaciones actuales, y fomentar la coordinación entre ambas UGC lo que redundará en una mejora de la calidad asistencial.

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE APLICACIÓN DE PLANES DE DESARROLLO INDIVIDUAL (GPDI).

Autores:

GARCIA FERNANDEZ, C; GARCIA DE LA VEGA, M; PENCO RAMIREZ, C; OTERO FERNANDEZ, JA y BARRIENTOS MORAN, C.

Palabras Clave:

MAPA DE COMPETENCIA/GPDI/FORMACION CONTINUADA

Resumen:

Objetivos. Implantar la herramienta GPDI para Elaborar planes de desarrollo individual de los profesionales del área hospitalaria basados en competencias profesionales. Desarrollar planes de formación de las UGC coherentes con las necesidades detectadas en los PDI de los profesionales. Material y métodos: Se establece un plan de implantación de la Herramienta, con una primera fase de formación a los directores y Responsables de cuidados de las UGC y unidades funcionales. Tras las sesiones formativas, se realiza la autoevaluación de los directores y responsables de cuidados, elaborando los PDI correspondientes y los planes de formación. En una segunda fase se realizan sesiones calendarizadas con cada una de las unidades para la elaboración de los mapas tipos de los puestos de trabajo existentes en cada UGC y Unidades funcionales. En esta fase se incorporan a la herramienta a los responsables delegados en cada unidad como apoyo a los responsables. En la tercera fase se asignan los mapas tipos a los profesionales de la unidad y se realiza la autoevaluación de los mismos de manera tutorizada a través de sesiones formativas para poder dar apoyo y resolver las dudas que puedan surgir. Resultados: Elaboración de los PDI de los profesionales de las UGC y Unidades funcionales y establecimiento del plan de formación de cada unidad y global del área para el año 2012. Discusión: Al ser una herramienta novedosa que incorpora una nueva forma de trabajar en formación, es necesario establecer un buen plan de implantación tutelado desde las direcciones y la unidad de formación continuada y siguiendo las líneas del Observatorio para la calidad, para llegar a conseguir resultados satisfactorios. Conclusiones: La implementación de esta herramienta facilita la elaboración de los planes de desarrollo individual basados en competencias profesionales, siendo además el profesional el protagonista de su propia autoevaluación e implicándose por ello en la realización del mismo. El plan de formación continuada del área hospitalaria responderá a criterios de desarrollo de competencias profesionales, orientadas a la mejor atención del paciente, por lo que su impacto en la mejora de la calidad será mucho mayor.

LA COMISIÓN DE FARMACIA PERMANENTE COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

Autores:

DOMINGUEZ CANTERO, M; GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA, T; RODRÍGUEZ MATEOS, ME; MANZANO MARTÍN, MV; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, M y BREA SALVAGO, JF.

Palabras Clave:

GESTIÓN OFF-LABEL COMISIÓN

Resumen:

OBJETIVOS: Análisis de la actividad de la Comisión de Farmacia Permanente (CFP) como asesora de la Dirección Médica (DM) e impacto en la mejora de la gestión de medicamentos especiales (MSE). **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, Febrero 2009-Agosto 2011 de los acuerdos de la CFP constituida tras aprobación del Real Decreto 1015/2009 que regula la disponibilidad de MSE, entre las que se especifica el acceso en condiciones diferentes a las autorizadas (?off label?). Dicha CFP está compuesta por un representante de la DM, un farmacéutico del Área de Información del Medicamento, el secretario de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), un Farmacólogo Clínico y un representante de las especialidades médicas perteneciente a la CFT. **Objetivos de la Comisión:** asesorar a la DM en la gestión de MSE (medicamentos de alto impacto no incluidos en guía farmacoterapéutica (AING), ?off label?, medicamentos en investigación fuera del contexto del ensayo clínico(uso compasivo)), evaluar las solicitudes en función de la evidencia científica, agilizar la toma de decisiones relacionadas con la gestión de MSE. Se han analizado: número y tipos de medicamentos solicitados, porcentaje y relación de MSE autorizados, protocolos aprobados, informes de evolución y costes evitados. **RESULTADOS:** Se evaluaron 1046 medicamentos : 858 ?off label?, 36 compasivos y 152 AING. Los fármacos más solicitados fueron: misoprostol (45.3%) eritropoyetina (3.5%), adalimumab (3.5%), etanercept (3.3%), rituximab (3.1%) y toxina botulínica (3.1%). Se denegaron 10 solicitudes con un coste asociado de 219.203?. Para agilizar la gestión de medicamentos con amplia evidencia científica en una indicación diferente a la autorizada en la ficha técnica, se aprobaron ocho protocolos de utilización. **DISCUSION:** La creación de un nuevo marco legislativo para MSE, hace necesario crear nuevas formas de trabajo ágiles y eficaces. Desde la creación de CFP se han evaluado un alto número de medicamentos basándose en la evidencia científica disponible y esto ha contribuido a la mejora de la eficiencia en la gestión de MSE. **CONCLUSIONES:** Los resultados de actividad de esta Comisión, justifican su constitución como herramientas de mejora para el uso adecuado de los MSE en el Hospital. Es necesario promover el feed-back con los prescriptores para mejorar la evaluación de los resultados eficacia y seguridad de estos tratamientos.

¿CUMPLE CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES MAGNÉTICOS EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL DE SEVILLA?

Autores:

TRIGUEROS AYALA, S..

Palabras Clave:

Hospital Calidad Magnético

Resumen:

Objetivo Conocer si las enfermeras del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe reconocen las características que definen al Hospital Magnético en nuestra unidad. Un objetivo secundario lo constituye a si mismo el servir de pilotaje para un estudio posterior más complejo y completo. Método Tras una búsqueda bibliográfica se identifican una serie de indicadores que definen los Hospitales Magnéticos, los cuales se recogen en una encuesta de 36 preguntas, agrupadas según las 14 Fuerzas Magnéticas(FM), cada una de las cuales pueden ser respondidas según el grado de acuerdo de las enfermeras, pudiendo estar totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo. En esta encuesta se recogen otras variables como edad, sexo, antigüedad, etc. La encuesta autocumplimentada se lleva a cabo en los meses de Agosto y Septiembre 2011 a una muestra de 28 enfermeros elegidos de forma aleatoria. Resultados Como resultado del perfil enfermero destacamos que un 78,57% son mujeres, un 64% tienen entre 20-29 años y un 26% entre 30-39 años, un 57,14% no es indefinido frente a un 42,86% que si lo es. Un 85,71% está satisfecho en su puesto de trabajo. Los datos obtenidos son positivos en más de un 60% en las 14 FM analizadas. Destaca que en más de un 80% las enfermeras respondieron que están de acuerdo, refiriéndose a que ejercen su trabajo con autonomía, importancia de la calidad de los cuidados, existen relaciones con otras organizaciones de salud para continuar con los cuidados y son enfermeras docentes. Un 79,46% opinan que es buena la calidad de liderazgo de enfermería. Discusión Analizando los resultados obtenidos, observamos que en mi unidad podemos concluir que si existen características propias de los Hospitales Magnéticos según la percepción de las enfermeras. Como áreas de mejora en mi unidad, entre otras, estaría el desarrollo profesional ya que un 34,82% está en desacuerdo con que se lleva a cabo. Destaca la satisfacción laboral de las enfermeras y, por tanto, existe mayor calidad de atención por parte de enfermería y como consecuencia, mayor satisfacción del paciente. Conclusiones Son escasos los estudios realizados en España que hacen referencia a los Hospitales Magnéticos. Creo que sería interesante dar a conocer el modelo de ?Hospital Magnético? para que se plantee en diferentes centros sanitarios como estrategia para mejorar la satisfacción laboral de las enfermeras y, por tanto, la calidad de los cuidados enfermeros a los pacientes.

NUCLEO DE CALIDAD: COMISION DE COMISIONES**Autores:**

FORT BARBARA, XE; SANCHEZ ROJO, SO; BUENO , MJ; BOIX RICART, M Y CANTÓ ALBAIGES, R.

Palabras Clave:

NUCLEO CALIDAD COMISION

Resumen:

OBJETIVOS: El principal objetivo es adaptar una estructura que cohesione toda la información sobre la calidad del centro incluyendo el seguimiento de la propia monitorización de indicadores. **MATERIAL Y MÉTODO:** La comisión del Núcleo de Calidad está formada por los responsables de los diferentes servicios del Centro: Consultas Externas, Bloque Quirúrgico, Hospitalización, Farmacia, etc. Así como por la Dirección y la Dirección de Calidad del Grupo al cual pertenecemos. Por otro lado estos responsables forman parte de otras comisiones en las cuales se trabajan ítems relacionados con la calidad, como son Seguridad Clínica, Comisión de Mortalidad, Comisión de Infecciones, etc. La comisión del Núcleo de Calidad se reúne mensualmente y en ella cada responsable presenta los datos de los ítems relacionados con su ámbito, o con la comisión a la cual pertenece. **RESULTADOS:** Esta comisión esta constituida desde el año 2004 y durante el año 2010 se ha adaptado a las necesidades del centro para poder dar cobertura a acreditaciones relacionadas con la calidad, como la Acreditación ISO 9001-2008 del bloque quirúrgico. Actualmente se realiza un acta en la cual se trabajan diferentes ítems relacionados con los siguientes puntos: Recogida y revisión de indicadores, Historias clínicas, Terapia Farmacológica, Infección Hospitalaria, Mortalidad, Re intervenciones e indicadores quirúrgicos, Transfusión sanguínea, Atención al usuario y seguimiento de encuestas, Evaluación de proveedores, Incidencias internas de calidad, Cuadro de indicadores de C.M.A, ISO y Procesos y Seguridad Clínica. Una vez presentados todos los datos y evaluados, se realizan las acciones de mejora que se consideran oportunas, mediante la asignación de objetivos, con un responsable y un tiempo determinado para alcanzarlos. En cada reunión de la comisión se evalúan los objetivos anteriores y se procede, o bien al cierre, en caso de que se haya conseguido, o bien al rediseño del objetivo, para poder alcanzarlo. **DISCUSIÓN Y OBJETIVOS:** Actualmente la comisión del Núcleo de Calidad, con su acta como herramienta, es el eje en el cual giran todos los temas relacionados con calidad que afectan a nuestro centro como son: La Gestión por Procesos, el Sistema de Incentivación profesional por objetivos, el seguimiento de las acciones de mejora de las auditorias, tanto internas como externas, de la acreditación ISO 9001-2008 o el seguimiento de las notificaciones en el buzón de Seguridad Clínica.

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ANTICOAGULACION ORAL: UN MODELO DE PRÁCTICA

Autores:

ROMERO RUIZ, A; CAPARROS MIRANDA, I; PARRADO BORREGO, G; ORTIZ FERNANDEZ, P; RODRIGUEZ GONZALEZ, J y VARGAS LIRIO, MI.

Palabras Clave:

UGC, CONSULTA ENFERMERIA, ANTICOAGULACION ORAL

Resumen:

INTRODUCCION Y OBJETIVOS En los últimos tiempos, la enfermería de práctica avanzada (EPA) está teniendo un amplio desarrollo basado en el cambio competencial debido, entre otros factores, a la LOPS (Ley de Ordenación de Profesiones Sanitaria) y a la incorporación de las enseñanzas superiores a los acuerdos de Bolonia. Desde las Unidades de Gestión Clínica (UGC) se están potenciando modelos de colaboración multidisciplinar que permitan gestionar eficientemente los recursos sin merma de la calidad asistencial. En nuestro entorno, el incremento de la población en tratamiento anticoagulante oral (TAO), junto con los argumentos descritos ha propiciado que se esté desarrollando empíricamente un modelo tendente a la práctica avanzada, que requiere un elevado grado de compromiso, preparación y colaboración. multidisciplinar. Se plantea como objetivo principal diseñar un nuevo modelo de consulta de Anticoagulación Oral y como secundario estudiar las variables implicadas en el proceso (nº de pacientes, incidencia, derivación y retornos). **METODOLOGÍA** Se realiza una descripción del nuevo flujo de tareas de la consulta, estableciendo los criterios de control, seguimiento y las pautas de educación sanitaria que en ella se siguen. Se muestran datos sobre la oferta de derivación a Atención Primaria durante el primer trimestre de 2011. **RESULTADOS** En consulta se atiende un total de 2450 pacientes, recibiendo una media de 160 visitas diarias. La incidencia de pacientes es de 0.26%, y la oferta de derivación a Atención Primaria fue de un 18.78%, con un 54.19% de derivación efectiva. Los retornos suponen un 4.08%. Esta sistemática de trabajo se está desarrollando desde 2011, con un alto grado de satisfacción a todos los niveles (personal médico, de enfermería y pacientes), junto con un rendimiento que, permitiendo aun un margen de mejora, ha conseguido dar respuesta a las necesidades de la unidad. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** En la actualidad de ser derivado a AP es obligatorio para todos los pacientes que reúnan criterios. Esta nueva organización pone de manifiesto la importancia de la implicación de las enfermeras y la relevancia de la colaboración multidisciplinar para lograr incrementar de la satisfacción profesional y mejorar la seguridad del paciente sin menoscabo de la calidad de la asistencia.

CICLO DE MEJORA CONTINUA EN LA PLANIFICACIÓN DE LA DIVISIÓN DE GESTIÓN DEL HOSPITAL DE JEREZ.

Autores:

Mateos Gautier, JM; Higuera Romero, R; Gilabert Vega, F y Herrera Sanchez, M.

Palabras Clave:

Estrategia Medir cliente soporte asistencial

Resumen:

Introducción: La Calidad en la prestación de un servicio, es una línea irrenunciable en cualquier Organización de nuestros días que se preocupe por la realización del trabajo bien hecho. La herramienta escogida por la Dirección Económica del Hospital de Jerez para diseñar su trabajo con rigor y criterio a medio plazo ha sido la planificación estratégica basada en los postulados de la Calidad Total. Objetivos: Elaboración, Evaluación y Rediseño del plan de calidad de la Dirección Económica, periodos 2005-2009 y 2010-2013. Material y Métodos: La metodología utilizada ha sido el Ciclo de Mejora Continua de la Calidad que se ha desarrollado mediante las siguientes fases: Fase1:Planificación. Objetivo de definir, concretar, priorizar el trabajo de cada área. Es realizada exclusivamente por el equipo directivo. Consideración del Concepto de Calidad : Cliente (Grupos de Interés) y Medir. Se definen la Misión, Visión y Estilo de Gestión. Nuestro trabajo se enfoca en los Principios de la Calidad Total y la Excelencia Empresarial. Se define la Cartera de Servicios. Se marcan las Líneas de Actuación para cada uno de los productos servicios definidos. Fase2:Implementación. A partir de aquí se definen conjuntamente con los responsables de cada unidad los objetivos sirviendo esta tarea para el despliegue de las estrategias marcadas por el plan. Fase3:Evaluación. Noviembre 2009. Fase4:Rediseño. Plan 2010-2013. Resultados: Se han desarrollado 24 líneas de actuación dentro de la cartera de servicios, siendo las principales orientación al cliente, credibilidad en la gestión, gestión eficiente de los recursos, sistemas de información y gestión de ingresos que suponen el 80% del trabajo realizado. Para ello se han desplegado un total de 223 objetivos, siendo el nivel de consecución media del 85% en los cinco primeros años. Discusión y conclusiones: La principal conclusión es la introducción de la cultura del trabajo en calidad como seña de identidad del estilo de dirección de la económica y la madurez adquirida por los profesionales de la misma a la hora de orientar su tarea a este marco de referencia. Esto ha último ha permitido la participación de los profesionales en el diseño de la fase de planificación en el plan 2010 ? 2013. Por otra parte, la estrategia de trabajo ha traído como consecuencia reducción del trabajo del personal asistencial, esto nos ha permitido pasar de ser proveedores de recursos a ser soporte de las Unidades de Gestión Clínica.

LA INFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

Autores:

Pérez García, E y Morano Delgado, M.

Palabras Clave:

Información salud seguridad folleto informativo

Resumen:

Objetivos: Aumentar la información y seguridad del paciente tras la realización de una prueba de radiodiagnóstico con contraste. Material y método: En el servicio de radiodiagnóstico del Hospital Infanta Elena de Huelva los/las enfermeros/as hemos detectado deficiencias en el modo de transmitir la información sobre la posible aparición de efectos adversos tras la realización de pruebas con contraste y como ello puede incidir en el bienestar y seguridad del paciente. Después de la evidencia de este problema, el equipo de expertos decidió la elaboración de folletos informativos que se entregarían una vez efectuado el estudio. La confección de los borradores de dichos documentos se realizó en base a bibliografía actual y fue consensuada con la jefatura del servicio y la de enfermería. La impresión de los folletos se decidió hacerla mediante impresoras y guardando los archivos de los documentos correspondientes en un ordenador. Somos conscientes que de este modo se resta vistosidad al medio, pero ganamos en agilidad y disponibilidad, además de resultar un gasto mínimo con respecto al posible beneficio. En todos los casos se ha utilizado un lenguaje sencillo y claro, evitando en todo momento palabras técnicas de difícil comprensión. Resultados: Para comprobar el resultado de los objetivos planteados se procedió a la realización del pilotaje de los documentos reseñados. Para ello se efectuó un pequeño estudio de investigación sobre la comprensión y la utilidad de los folletos. Se utilizó metodología cualitativa y se realizaron entrevistas telefónicas semiestructuradas y focalizadas entre 24 y 72 horas tras la realización de la prueba y la entrega del documento correspondiente. Los pacientes fueron elegidos entre aquellos que tenían una mayor capacidad comunicativa y crítica, hablasen y comprendiesen perfectamente el español, sin otros criterios de exclusión. Se seleccionaron a 30 pacientes entre el 13/05/2011 y el 15/07/2011 y se obtuvieron 29 encuestas. En todos los casos los pacientes sondeados manifestaron su satisfacción por el modo de facilitar la información y como ésta podía ser consultada una vez en el domicilio. Discusión: Tras los datos obtenidos creemos que el modo en que estamos facilitando la información es el adecuado y que conseguimos los objetivos propuestos. Conclusiones: Tras los resultados de nuestro trabajo con pacientes españoles queda abierta una línea de investigación respecto a la adecuación de los documentos a otros colectivos que hablen otras lenguas y tengan otras culturas.

METODOLOGÍA PARA LA AUDITORÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

Autores:

Jimber del Río, M; Chups Rodriguez, AM; Castro Ruiz, MJ; Berenguer García, MJ; Mohedano Gómez, A y Martín Acera, S.

Palabras Clave:

Metodología, Auditoría, Información

Resumen:

Objetivo Diseñar y validar un método de auditoría de Protección de Datos y Medidas de Seguridad de la información en Unidades de Gestión Clínica (UGC). Material y Método La metodología se apoya en el procedimiento de auditoría establecido por la Information System Audit and Control Association (ISACA) para sus Certified Information Systems Auditors (CISA). Cuenta con las fases siguientes: - Inspección visual de las instalaciones auditadas - Entrevista estructurada sobre Principios de Protección de Datos - Preparación Entrevista Medidas de Seguridad -Entrevista estructurada Medidas de Seguridad. - Verificación de evidencias - Diagnóstico de situación e identificación de deficiencias - Propuesta de Medidas Correctoras con asignación de responsables- Informe de auditoría de Principios de Protección de Datos - Informe de auditoría de Medidas de Seguridad - Presentacion de resultados a la UGC y alegaciones - Informes definitivos de nivel de cumplimiento El método se estructura en una cascada jerárquica de “Áreas de Control”, “Puntos de Comprobación”, soportados por “Pruebas de Cumplimiento”, verificadas por sus correspondientes evidencias documentales (Políticas, Normas y Procedimientos) o a través de “Pruebas Sustantivas” en el caso de que las evidencias documentales no se consideren suficientes o hubiera indicios de falta de correspondencia entre Políticas y Procedimientos (no alineamiento con las políticas). Los principios fundamentales de protección de datos constan de 5 áreas de control. La auditoría sobre Medidas de Seguridad consta de 15 áreas de control con un total de 216 controles. Resultados El método se ha probado, validado y refinado aplicándolo en 10 UGC, obteniendo el porcentaje de cumplimiento de cada una de ellas e informando sobre las medidas correctoras propuestas Discusión En cada nueva auditoría se refina el método, perfilando los controles y los puntos de comprobación adaptándolos a la realidad diaria de las UGC, sin embargo falta validar el método en otros centros sanitarios. Conclusiones El método permite evaluar y discriminar con criterios objetivos el grado de cumplimiento de la LOPD. La herramienta es útil y ofrece un punto de partida que nos permite medir el avance de las UGC en materia de Protección de Datos.

INFLUENCIA DE LOS PLANES DE PARTO EN LA SATISFACCIÓN DE LAS MADRES

Autores:

Crespillo García, E; Higuero Macías, JC; Mérida Téllez, JM; Martín Martínez, SR; Perez Trueba, E y Mañón Ileo,

Palabras Clave:

Satisfacción Plan de Partos

Resumen:

Objetivos: valorar desde una perspectiva cualitativa las expectativas previas, el nivel de satisfacción y los factores psicosociales entre madres según elaboración de Plan de Partos (PP) Material y Método: Estudio cualitativo transversal. Se llevaron a cabo 4 Grupos Focales (GF) con un total de 23 madres que dieron a luz en el Agencia Sanitaria Costa del Sol durante el año 2010; 2 GF de madres con PP y 2 GF de madres sin PP Criterios de inclusión: Realización o no de PP, Paridad, Nivel de estudios, Área de referencia sanitaria del Centro, Nacionalidad, Tiempo transcurrido desde el nacimiento del recién nacido, Finalización del parto (Parto vaginal o cesárea urgente). Los grupos se formaron intencionalmente para que fueran representativos de la población de estudio, primando criterios homogéneos internos. Se llegó a la finalización de los GF cuando los datos se saturaron y no aportaron más información Resultados: Las madres con PP que asistieron a los GF son de nivel cultural alto, primíparas, con una media de edad de 32 años y ocupadas laboralmente; frente al grupo de madres sin PP de nivel cultural medio-bajo, múltiparas, con una media de edad de 37 años y sin ocupación laboral. Las madres sin PP muestran un nivel de satisfacción mayor (9.5, en una escala de valoración de 1 sobre 10) que las madres con PP (puntuación de 8.5). La información obtenida fué categorizada en 9 ejes temáticos: Información desde Atención primaria sobre los PP, Libertad de movimientos y cambios posturales, Alivio del dolor (farmacológico y no farmacológico), Información sobre el Proceso del parto, Acompañamiento durante el parto y hospitalización, Contacto precoz piel con piel con el recién nacido tras el parto, Donación de sangre de cordón umbilical, Lactancia Materna, Diferencias culturales Discusión: Son muchas las diferencias psicosociales existentes entre las madres que han solicitado PP y aquellas que no lo han aportado. Las madres que han diseñado PP muestran niveles más bajos de satisfacción al desarrollar ciertas expectativas sobre como sucedería el parto. Las madres sin PP son menos exigentes en cuanto a la planificación de su parto y se dejan llevar más por la improvisación en función de su evolución Conclusiones: Este el primer estudio donde se valoran las diferencias en la satisfacción y expectativas entre madres según la presencia de PP. Hemos estudiado las percepciones de las madres, contribuyendo a un mejor conocimiento de la realidad asociada a los Planes de Parto y a la calidad asistencial

PLANES DE MEJORA A PARTIR DE LAS RECLAMACIONES Y LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Autores:

Sánchez Basallote, JE; Gómez Parra, F; Fernández García, PJ; Vega Perez, A; López Redondo, R y Rodríguez Solano, R.

Palabras Clave:

Planes mejora, reclamaciones, encuestas satisfacción

Resumen:

Objetivos: Los servicios de salud deben adaptarse a las necesidades de sus usuarios en un sistema de mejora continua y de calidad del servicio prestado. El Distrito de Atención Primaria de Salud (APS) Sierra de Cádiz cuenta con herramientas para conocer esas necesidades: las reclamaciones y las encuestas de satisfacción de usuarios. Su análisis permite desarrollar planes de mejora específicos. Los objetivos del estudio son analizar las reclamaciones y las encuestas de satisfacción y establecer planes de mejora.

Material y método: Análisis de todas las reclamaciones escritas formuladas en el año 2010 y análisis del índice sintético de satisfacción de usuarios (ISU) de Atención Primaria del SAS, que se obtiene a partir de 27 variables de la encuesta de satisfacción de usuarios del año 2009 y que, a su vez, se agrupa en 5 índices: tangibilidad, empatía, fiabilidad, capacidad de respuesta y seguridad. Se comparan los resultados con los dos años anteriores. Tras el análisis, se proponen acciones de mejora específicas.

Resultados: En 2010 se formularon 195 reclamaciones, 1,66 por mil usuarios (1,85 en 2009 y 1,98 en 2008). Los profesionales con más reclamaciones fueron los facultativos (45,6%). Los motivos asistenciales (39,5%) y los de organización, trámites y normas (37,9%) fueron por los que más se reclamaron y las causas más frecuentes fueron el incidente asistencial (12,3%), la demora excesiva para atención (11,3%) y la suspensión/anulación de consulta (6,2%), adoptándose medidas correctoras en un 66,6%. En el 37,4% el usuario necesitaba información. El tiempo medio de respuesta fue de 9,8 días, contestándose el 88,7% en menos de 15 días. El Índice de Satisfacción del Distrito en 2009 ha sido de un 89,12 (89,56 en 2008 y 84,63 en 2007), por encima de la media de Andalucía (87,36) y los índices de tangibilidad (87,99), empatía (91,50), fiabilidad (94,15) y capacidad de respuesta (86,50) han sido superiores a la media andaluza, sin embargo, el índice de seguridad (84,96) se sitúa por debajo de dicha media (90,00), por lo que se proponen actuaciones de mejora específicas para el año 2010 que se evalúan a final de año.

Discusión y Conclusiones: La información que aportan las reclamaciones y las encuestas de satisfacción como herramientas para conocer la satisfacción de los usuarios es muy útil para aumentar la calidad de los servicios y facilitar la corrección de incidencias. El análisis de las reclamaciones y de las encuestas de satisfacción nos ha permitido proponer acciones de mejora específicas.

MEDICIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD Y RESULTADO EN CIRUGÍA MENOR EN FRIGILIANA (UGC DE NERJA)

Autores:

ALCÁNTARA CAMPOS, P; CALLE MOLINA, F; GALLEGO GALLEGO, G; CAPOTE GALINDO, A; MIRALLES MARTINEZ, R y SÁNCHEZ NAVAS, FJ.

Palabras Clave:

GESTIÓN CUIDADOS, CALIDAD, INDICADORES, RESULTADOS, SISTEMAS

Resumen:

En el marco de la aplicación de la cartera de servicios de A.P., que incluye la Cirugía Menor, se propone para 2011 la puesta en marcha en la UGC de Nerja, nombrando un referente y desarrollándolo desde un consultorio local. Para dar una respuesta de calidad, los responsables desarrollan una herramienta que da respuesta a todos los indicadores incluidos en el procedimiento de Cirugía Menor en A.P. del SAS. Objetivos - Implantar la Cirugía menor como práctica habitual en la UGC. - Desarrollar un procedimiento con indicadores de calidad y resultados basado en los del SAS - Medir los resultados de Cirugía Menor en el CS Frigiliana y en la UGC según dichos indicadores Material y Métodos - Revisión bibliográfica - Desarrollo de un procedimiento de Cirugía Menor para la UGC Planteamiento de unos criterios de calidad para la medición de los resultados - Creación de una base de datos con Access para recogida de datos y medición de indicadores Resultados - Procedimiento multidisciplinar escrito de Cirugía Menor de la UGC de Nerja - Coordinación con el equipo por referente desde Consultorio local - Aplicación Access para recogida de datos y medición de resultados, según los Indicadores del procedimiento - Equipamiento de todos los consultorios de la UGC para la realización de la Cirugía Menor incluida en la cartera de servicios del SAS para A.P. - Primeros resultados de indicadores a los 6 meses de iniciar el registro en BD Discusión - Es imprescindible marcar indicadores de resultado para avanzar en la calidad asistencial - La Cirugía Menor en el ámbito de Atención Primaria es una herramienta importante para aumentar la eficiencia. - Estableciendo los mismos indicadores en AP y hospitales de referencia, pueden darnos comparativas de futuro para ver la evolución en esa eficiencia buscada. - La figura de un coordinador-responsable clínico en esta área optimiza mucho más el uso de recursos y la respuesta a los ciudadanos. Conclusiones El desarrollo de procedimientos reglados en Cirugía Menor en el ámbito de Primaria, abordados multidisciplinarmente, con una base bibliográfica centrada en la evidencia y con unos indicadores de resultados adecuados, son herramientas fundamentales para una práctica clínica de Calidad. El liderazgo y asunción de responsabilidades en áreas, incide positivamente en la adhesión a prácticas clínicas seguras y de calidad en el equipo; pudiendo incidir en la satisfacción de nuestros ciudadanos. Será un reto de futuro próximo medir dicha satisfacción percibida

GOOGLE COMO HERRAMIENTA PARA FACILITAR LA PARTICIPACION EN LA ACREDITACION DE NUESTRA UGC

Autores:

ALCALDE PEREZ, AJ; MESA GALLARDO, MI; MARTINEZ PEREZ, R; FERNANDEZ-NIETO FERNANDEZ, P; GOMEZ SALGADO, J y ALCANTARA BELLON, JD.

Palabras Clave:

ACREDITACION, ACSA, CALIDAD, UGC, GOOGLE, ONLINE

Resumen:

Objetivo: Facilitar el trabajo de grupo para acreditar nuestra UGC Material y Método

Acreditar una UGC es un proceso largo y complejo que requiere coordinación e implicación de los profesionales del equipo. La correcta comunicación entre los miembros del equipo es fundamental para alcanzar el objetivo. Para ello deberíamos reunirnos frecuentemente. La carga asistencial lo dificultaba y pensamos en organizarnos de forma innovadora. Utilizamos Google para crear un grupo de trabajo virtual-online. Procedimos al alta de todos los profesionales. Antes de comenzar a usar el grupo de trabajo virtual-online: ¿Se seleccionaron los estándares más factibles de cumplimentar. ¿Se hicieron 3 grupos de profesionales, representados todos los colectivos. ¿Cada grupo estaba coordinado por un profesional acreditado por la ACSA. ¿Los 3 grupos estaban supervisados por el director y la coordinadora de cuidados. Repartimos los estándares entre todos los profesionales. Esto nos permitía participar desde cualquier lugar con conexión a internet y realizar las aportaciones oportunas, debatir, opinar, subir archivos, discutir, comentar, etc. Toda la información, la debatíamos y la consensuábamos online, antes de subirlas a la ACSA. ¿En este grupo online participaron activamente 39 profesionales de todos los colectivos. ¿Se compartieron 494 mensajes. ¿Se subieron casi 100 archivos ¿Usamos el grupo de forma activa 10 meses. Resultados Mejora de la comunicacion interna. ¿Gran organización del trabajo. ¿Involucración de todos los profesionales. ¿Mayor cohesión. ¿Conseguimos la acreditación de nuestra UGC. Discusión Las TICS son incuestionables y están ahí, forman parte de la cultura tecnológica que nos rodea y se hace cada vez más difícil que podamos actuar eficientemente prescindiendo de ellas. Creemos que ha sido el elemento fundamental y dinamizador de la gran participación del equipo. Conclusiones ¿La perfecta organización y coordinación de todo el equipo de una UGC de un centro de salud rural es fundamental para conseguir la acreditación por parte de la ACSA. ¿Google, gracias a los grupos de trabajo virtual-online, nos ha facilitado esta coordinación y organización ¿La organización mediante Grupos de Google, creemos que ha sido el elemento de cohesión fundamental para la gran participación de todo el equipo.

LUCANO ON LINE: UNA NUEVA HERRAMIENTA 2.0 APLICADA A LA SALUD. MAXIMA CALIDAD AL MENOR COSTE

Autores:

PRADOS (*) CASTILLEJO, JA; NAVARRO QUESADA, FJ; REDONDO SANCHEZ, J; HIDALGO MORILLO, M; BENITEZ ORDOÑEZ, D y MARTINEZ DE LA IGLESIA, J.

Palabras Clave:

Web 2.0 Redes sociales Comunicacion Accesibilidad

Resumen:

OBJETIVOS: 1. Mejorar la accesibilidad y la eficiencia de los servicios prestados a nuestros ciudadanos a los servicios ofertados y mejorar gestión de la demanda 2. Aportar nuevos servicios en educación sanitaria, información a la ciudadanía, asistencia y participación comunitaria. 3. Desarrollar y utilizar nuevos métodos y aplicaciones amigables y de futuro para la interacción con las personas. 4. Aportar imagen de innovación, participación, transparencia, seguridad y calidad en la asistencia que aportamos al ciudadano. **MATERIAL Y METODO:** Se han diseñado las siguientes herramientas: Página Web (<http://sites.google.com/site/ugclucano/>), puerta de entrada a Lucano.online centralizando todas las aplicaciones y servicios. Listado correos usuarios. Facebook, Twitter. Otras aplicaciones: Teleformación por Second Life, Videoconferencias por Skype. Cartelería informativa hacia la ciudadanía. Información en Prensa. Aspectos éticos y de seguridad: Según ley de Protección de Datos. **Evaluación del proyecto:** Se diseñan varios indicadores de utilización y satisfacción. **RESULTADOS:** Periodo valorado Mayo 2010-Septiembre 2011: Encuesta usuarios: Se necesita y se desea. Útil comunicación directa con médico de confianza. Se han recogido 146 solicitudes. Encuesta profesionales: Herramienta útil consulta. Ayuda mejora Gestión demanda. 31% profesionales consultan su correo electrónico 1 o más veces por día. e-correo área de pediatría: Reducción del 1% de consultas presenciales. Máxima satisfacción familias. Página Web ha tenido más de 1.000 visitas. Slideshare abierto a todos recibió 3.751 visitas, Slideshare profesionales: 10.062 visitas. **DISCUSION:** En una encuesta realizada en nuestra Unidad sobre una muestra de 124 usuarios, el 40% afirmaba utilizar Internet y herramientas Web 2.0 de manera habitual y mostraron la necesidad de que estas tecnologías Web 2.0 se desarrollasen como medio excelente de comunicación con su profesional sanitario de referencia. Lucano on line es una plataforma global de comunicación entre profesionales y ciudadanos que integra en una, todas las tecnologías actuales Web 2.0. Además, es un proyecto muy eficiente. El proyecto aporta además mecanismos que pueden mejorar la gestión de las consultas (pediatría). **CONCLUSIONES:** Desarrollo de proyectos como este provee a las personas de herramientas de comunicación en salud a un costo muy bajo y con unos niveles de calidad y accesibilidad excelentes. El proyecto aporta Calidad, Accesibilidad, Innovación, Seguridad y potencia la Participación Ciudadana.

PAUTAS DE CALIDAD EN PÁGINAS WEB DE CONTENIDO SANITARIO ORIENTADAS A LA

Autores:

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

Palabras Clave:

calidad, información sanitaria, Internet

Resumen:

OBJETIVOS.Internet es uno de los medios de acceso a la información más utilizados que, por su facilidad de uso y su bajo coste, da la posibilidad de acceder directamente a información de contenido sanitario, permitiendo así que contenidos de dudosa fiabilidad, tengan en este escenario una gran oportunidad de desarrollo. Por tanto, se hace necesaria la adopción de medidas de control y seguridad que ofrezcan al usuario garantías de calidad en la información sanitaria. Diversos estudios afirman que más de la mitad de la población comprendida entre 16 y 74 años han recurrido alguna vez a Internet para obtener información sanitaria. Sin embargo, un porcentaje elevado de estos sitios presentan errores en la información ofrecida y los usuarios no son conscientes de ello. Este estudio pretende establecer pautas orientadas a ayudar a la ciudadanía a reconocer elementos de calidad en páginas web de contenido sanitario. **METOLOGÍA.**En 2011 se llevó a cabo un estudio comparativo descriptivo de los elementos comunes recogidos en varios programas y sellos de calidad web existentes en el ámbito sanitario (HONCode, American Medical Association(AMA), eHealth y el Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias). **RESULTADOS.**El resultado obtenido permitió distinguir entre criterios de calidad relacionados con la presentación de contenidos de los sitios web, aceptados de forma general, y otros que incidían directamente sobre la credibilidad de los contenidos sanitarios de estos sitios. Entre los primeros, la existencia de un sello de calidad o confianza, sitio bien estructurado e identificación de la audiencia a la que se dirige la web y de la entidad responsable mediante logotipo. Con respecto a la credibilidad de los contenidos: existencia de una fecha de publicación y/o actualización, identificación del autor y referencias en cada documento, declaración de un comité editorial, el uso de un lenguaje adecuado a la audiencia, descripción de la finalidad y objetivos del sitio y una dirección de contacto para facilitar la comunicación de los usuarios con los responsables del sitio web. **DISCUSIÓN.**Acciones como campañas divulgativas y reparto de guías prácticas con aspectos relevantes a tener en cuenta, pueden ser un primer paso para concienciar a la ciudadanía. **CONCLUSIONES.**La identificación de estos elementos de calidad destacada y su divulgación entre la ciudadanía podrían ayudar a discriminar los sitios web de contenido fiable de aquellos que no lo son, mejorando así la reputación de los mismos.

PLAN DE ATENCION A PACIENTES INMOVILIZADOS: MONITORIZACION DE LA ATENCION SANITARIA PARA ESTANDARIZAR LOS CUIDADOS

Autores:

Mendez Serrano, B; Bravo Rodriguez, MC; Urbanpo Priego, M; Gares Laguna, JJ; Cuevas Pareja, F y Redondo Pedraza, R.

Palabras Clave:

Paciente inmovilizado nivel dependencia atención primaria

Resumen:

OBJETIVOS: Estandarizar los cuidados de los pacientes en domicilio bajo un sistema de información, adecuando recursos, priorizando las necesidades de los pacientes y/o cuidadoras

METODOLOGIA Profesionales expertos en Atención Domiciliaria crea un registro para personas inmovilizadas con una serie de variables definidas por éstos como indicadores calidad, basándose en revisión bibliográfica, formación y experiencia profesional. El archivo es encriptado con contraseña. Se instruye a las enfermeras del centro para mostrar el porqué, para qué y cómo se efectúa la cumplimentación. Se implica a la Dirección de la UGC y se formaliza comunicación a todo el equipo sanitario. En reunión de equipo se incluye este plan de mejora en el contrato programa de 2011. Por ello se estableció, una mejor distribución de visitas domiciliarias entre las enfermeras de familia de la UGC, según las necesidades de cuidados no suplidas por las cuidadoras.

RESULTADOS Un 13% de la población de > de 65 años están inmovilizados en su domicilio y de estos 285 tienen realizada al menos una Valoración Integral. El 55% han precisado Gestión de Casos. Casi el 46% están comprendidos entre los 75 y 85 años y el 69,1% son mujeres. Las patologías invalidantes más relevantes son: Deterioro musculoesqueletico 26%, deterioro cognitivo 19%, cardiopatías 16%. Casi el 30% padecen diabetes. El 14% se encuentran en el Nivel 3 de Cuidados (máximos) y el 21% en los niveles 1 y 2 (cuidados medios). Al 15,4% se les ha incluido en el plan de temperaturas extremas. El 69,8% padecen algún tipo de Incontinencia urinaria y riesgo de caídas. El 57,9% tiene alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de ellos el 14,5% tiene alguna ulcera. Se ha captado 242 cuidadoras, el 71% son mujeres. El 30,4% han sido valoradas detectándose cansancio en el rol del cuidador en un 23%. Se han entregado 58 tarjetas + cuidados.

CONCLUSIONES Esta herramienta ha permitido las siguientes intervenciones de mejora: Adecuar la lista de inmovilizados en Diraya. Distribuir el trabajo enfermera en función del nº de inmovilizados y las cargas según niveles de cuidados. Conocer el nivel de dependencia de los pacientes y el nivel de suplencia proporcionado por las cuidadoras familiares. Programar Talleres de Grupos de Ayuda Mutua para aquellas personas cuidadoras de pacientes dependientes, a los que se les detecto riesgo y/o cansancio en el rol del cuidador. Estandarización de actividades según características de pacientes

MÉTODO DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA EN HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

Autores:

MORO HIDALGO, A; LUQUE ROMERO, LG y CARRASCOSA SALMORAL, MP.

Palabras Clave:

CALIDAD INFORME DE ALTA

Resumen:

OBJETIVO: Desarrollar una metodología para mejorar la calidad de la cumplimentación de los informes de alta hospitalaria (IAH) en un hospital con historia clínica electrónica (HCE), de acuerdo con los requisitos contenidos en el Real Decreto 1093/2010 (RD). **MÉTODO:** Estudio efectuado para el total de IAH del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en los años 2008, 2009, 2010 y primer semestre de 2011. La actividad cuyos informes se analizaron incluye ingresos, CMA, y cirugía menor. Se estudió el total, y no una muestra de los episodios, ya que nuestro centro dispone de informatización completa del IAH, y la interrogación al sistema del centro así lo permite. Las herramientas utilizadas fueron MS Access actuando contra una base central basada en Oracle. Para la explotación de datos se utilizó MS Access y MS Excel. Para la monitorización de los campos del IAH contenidos en el anexo I del RD se repartieron las variables en 32 ítems. Se valoró la presencia de contenido en cada uno de estos campos para cada periodo de estudio. Los resultados se han expresado en porcentajes. Finalmente se contabilizaron como válidos los ítems que superan una valoración del 80%. **RESULTADOS:** La presencia de IAH oscila entre el 93,6% y el 95,1%. Los ítems con mayor grado de cumplimentación corresponden a datos administrativos (100%) ya que los cumplimenta automáticamente el propio sistema. Respecto a los datos a cumplimentar por el clínico, el diagnóstico principal está presente entre el 93% y el 95,5% de casos. También alcanzan un alto grado de cumplimentación el tratamiento farmacológico (84,3% al 88%) y las recomendaciones terapéuticas (77,2% a 80,3). En otros ítems la cumplimentación es menor, como ocurre en ¿otros diagnósticos? (2,7% a 15,7%), motivo de alta (36,9% a 40,2%), motivo de ingreso (47% a 51,6%), exploración física (62,4% a 66,3) o resumen de evolución clínica (65,3% a 68%). **CONCLUSIONES:** Los ítems del conjunto mínimo recogidos en el RD con carácter obligado (CM) se encuentran en la estructura del IAH del hospital. La utilización de sistemas de HCE permite un alto grado de cumplimentación de los informes de alta, sobre todo aquellos ítems que se cumplimentan automáticamente por el sistema. Quedan aspectos por mejorar en los campos que requieren la cumplimentación activa por parte del clínico. Este sistema de HCE permite también la monitorización rápida y completa de toda la población de estudio sin necesidad de padecer inconvenientes típicos (manejo y gestión de HC en papel, cálculo y extracción de muestras).

INDICE SINTÉTICO PARA LA NORMALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Autores:

Ramos Calero, E; Velázquez Salas, A; Aljama Alcántara, M; Ponce González, JM; Paz León, U y González González, MJ.

Palabras Clave:

Proceso Asistenciales Normalización Práctica Clínica

Resumen:

Introducción y objetivos La complejidad de la asistencia sanitaria y los rápidos y constantes cambios generan una difícil adaptación de los profesionales viéndose mermada la efectividad y la eficiencia de su práctica clínica. En este aspecto los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) han permitido establecer respuestas definidas, apoyadas en la evidencia científica a los diferentes problemas de salud que minimizan la variabilidad clínica. El Índice Sintético de Normalización de la Práctica Clínica (ISNPC) es una herramienta que pretende medir el resultado obtenidos en los indicadores que monitorizan las normas de calidad de los PAI implantados en Atención Primaria a partir de la síntesis de 68 indicadores diferentes. Los objetivos son: 1. Facilitar a los profesionales información sobre su práctica clínica para establecer el ciclo de mejora continua de la calidad. 2. Crear estándares de buena práctica clínica para su posterior evaluación y seguimiento. Material y métodos El Distrito AP Sevilla Sur ha incluido en los Acuerdos de Gestión Clínica 2011 un nuevo objetivo denominado: 'Índice Sintético de Normalización de la Práctica Clínica (ISPNC)', en el que establece una ponderación del seguimiento de las normas de calidad de los PAIs a partir de los registros de los Sistemas de Información (Diabaco®), permitiendo su desglose a nivel de Cupo Médico/UGC/Distrito. Durante 2011 se ha retroalimentado a los profesionales con resultados de su cupo mensualmente, así como los resultados obtenidos en su acuerdo de gestión. Resultados Se ha presentado el Indicador, su síntesis y los resultados individuales a los profesionales de Distrito al 100% de los profesionales implicados en los cupos (N=207). Tras 7 meses de seguimiento los resultados globales del Distrito mejoran un 3,2% (91,8 a 95,06). Los indicadores con peores resultados son EPOC, Hb1Ac >8 y las valoraciones del PAI pluripatológico. A nivel de cupo existe una importante variabilidad con una media de 78,2 y una DT de 9,5 (Var 36,1 - 96,3) En un análisis de regresión lineal bivalente no encontramos diferencias significativas entre Centros con un coeficiente de determinación de $R^2 = 0,004$ Discusión y conclusiones EL ISNPC es una herramienta que permite visualizar de forma sintética el seguimiento de los PAIs en AP a nivel de Cupo Médico/UGC/Distrito AP permitiendo el benchmarking entre profesionales facilitando aprender de las mejoras prácticas.

ESTIMACIÓN COSTE UTILIDAD MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE LA CVRS: EL EJEMPLO DE LA EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA

Autores:

Balongo García, R; Merino Godoy, MA; Naranjo Rodríguez, P; Tejada Gómez, A y Lucero Santamaria, J.

Palabras Clave:

Short-form 36, Calidad-vida-relacionada-salud

Resumen:

Introducción. Los análisis de costo utilidad (ACU) suelen usar AVACS para estimar la utilidad informada por el paciente en la elección de alternativas terapéuticas. La estimación indirecta a través de instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha sido justificada por su correlación con los AVACS. **Objetivo:** Explorar el uso de los instrumentos de CVRS para medir la utilidad ?estimada? en un ACU. **Material y método:** Se reclutaron 110 pacientes con diagnóstico de hernia ventral después de dar su consentimiento para reparación abierta o laparoscópica en el Hospital Infanta Elena de Huelva entre 2005 y 2008. Los resultados centrados en el paciente analizados fueron el CVP-CG a las 48 horas y cinco días, y el SF 36 a los tres meses y al año. Se consideró resultado de efectividad la ausencia de recurrencia herniaria o síntomas asociados, y no haber reingresado a consecuencia de la hernia o su reparación. Cuantificamos la estructura de costes de la reparación de la hernia ventral desde el punto de vista del financiador, usando sólo costos directos (?), de forma prospectiva siguiendo el modelo de coste-oportunidad. Como variable de gasto se usó el coste por paciente medio, se realizó un análisis coste-utilidad incremental con intervalos de confianza del 95% según teorema de Fieller, y como análisis de sensibilidad el punto de corte de inversión de resultado (análisis umbral). **Resultados:** El costo unitario fue de 2691,18 ? para la reparación laparoscópica y de 2139.27 ? para la abierta. El cálculo costo utilidad incremental del SF36 a 6 meses fue de 317,18 ?, pasando a 716,76 ? a los dos años por cada incremento porcentual en la calidad de vida. En el postoperatorio inmediato las diferencias se reducen a 15,69 ? a los dos días, y a 23,83 ? a los 5 días por cada incremento en la CVRS. Los cálculos usando la respuesta media estandarizada para el coste utilidad incremental mostraron más estabilidad y son consecuentes con los obtenidos con el cálculo de valores bruto. Las estimaciones fueron más sensibles que la medida de coste efectividad. **Discusión:** Aunque el uso de instrumentos de CVRS para este fin pueden ser discutidos, los resultados confirman que pueden estimarse costes diferenciales por unidades de valor de los instrumentos de CVRS y que estos se relacionan con situaciones clínicas reales de resultados postquirúrgicos. **Conclusiones:** Aunque no es una medida directa el uso de instrumentos de CVRS pueden ser usados para obtener tendencias reales en los análisis de costo-utilidad.

DESCRIPCIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LOS MELANOMAS DIAGNOSTICADOS MEDIANTE TELEDERMATOLOGÍA DIFERIDA

Autores:

Corbí Llopis, R; Martínez Díaz de Argandoña, C; Pérez Vega, E; Zulueta Dorado, T; Rodríguez Pappalardo, V y Conejo-Mir Sánchez, J.

Palabras Clave:

tele dermatología diferida tele dermatología melanoma

Resumen:

Introducción La incidencia y mortalidad del melanoma ha aumentado a razón del 3-7% anual durante la segunda mitad del siglo XX. Desde la década de los 90, la mortalidad se ha estabilizado fundamentalmente debido a una mejora en el diagnóstico precoz. Los sistemas de tele dermatología permiten eficazmente el triage del cáncer cutáneo. **Objetivos** 1) Identificar los melanomas diagnosticados mediante tele consulta durante 48 meses. 2) Descripción clínico-patológica de los mismos. 3) Evaluar si existen diferencias significativas en el grosor tumoral, localización, tipo histológico y estadio tumoral respecto al sexo y edad. **Material y método** Se incluirán todos los melanomas, confirmados mediante histopatología, que han accedido a valoración dermatológica mediante tele dermatología de almacenamiento y envío desde el 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2011. Las variables cuantitativas se estudiarán en función de medidas de distribución central y dispersión, y las cualitativas mediante su frecuencia absoluta y relativa. Para la comparación entre variables cualitativas se aplicará el test de la Chi cuadrado para las variables categóricas. En caso de variables cuantitativas con distribución normal se compararán las medias mediante el test de la t de Student. En el supuesto de ausencia de normalidad se aplicarán test no paramétricos: U de Mann-Whitney y Kruskal-Vallis. Se considerará un nivel de significación estadístico bilateral alfa de 0,05. Para el análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico SPSS 17.0. **Resultados** Se diagnosticaron 75 casos de melanoma de 8.602 tele consultas recibidas, 49 mujeres y 26 hombres con una edad media de 52,48 años (min 25- max 88 años). La localización más frecuente fue la zona dorsal de la espalda con 26 casos. El tipo histopatológico predominante fue el melanoma de extensión superficial (n=41). La mediana del índice de Breslow fue de 0,5 mm (RIC 0mm-0,87mm), siendo <1 mm en el 76% de los casos. En el momento del diagnóstico, el 36 pacientes estaban en un estadio IA, y 19 casos en estadio 0. La localización en tronco se asoció significativamente ($p < 0,044$) a la edad > 50 años, y al tipo histológico melanoma de extensión superficial ($p = 0,000$). **Discusión** El elevado porcentaje de melanomas finos diagnosticados contribuye a la mejora de la supervivencia y disminuye los costes asociados a la enfermedad. **Conclusiones** Las características clínico-patológicas de los melanomas de esta serie no difieren de lo descrito en la literatura.

PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

Autores:

ALGUACIL HERRERO, MD; SOTO TORRES, M y MONROY MORCILLO, A.

Palabras Clave:

CONCILIACION, DUPLICADOS, CALIDAD, HISTORIAS, NUHSA, GESTION

Resumen:

OBJETIVOS La Dirección Gerencia del Centro emprendió a principios de 2010 un ambicioso plan de mejora que permitiera en el plazo de un año alcanzar la adecuada gestión de las HHCC. Para ello se definieron estos objetivos: -Garantizar la relación unívoca entre el NUHSA y el número de HHCC del hospital. -Garantizar la ausencia de duplicados de HHCC. -Eliminar todos los archivos periféricos del Hospital. -Consolidar una política de gestión documental (GD). **MATERIAL Y MÉTODO** Se constituyeron 1 comisión permanente organizadora y 2 grupos de trabajo dependientes de ella. Se realizaron: -Un análisis DAFO. -Dos planes formativos específicos (operadores y usuarios de Historia Digital) y se hicieron las mejoras profesionales necesarias en las áreas de admisión. -Implementación de mejoras de la cultura de GD y del conocimiento sobre el proyecto mediante un plan de comunicación. -Contratación de un equipo de profesionales para intensificar la conciliación y fusión de HHCC -Elaboración de un programa consensuado con las UGC de retirada de archivos periféricos a un archivo central. **RESULTADOS:** A falta de unos meses para la finalización del plan: Conciliación: Al inicio existían un total de 222.628 registros sin conciliar (24.63% del total de pacientes). Actualmente sólo quedan 6.906 pacientes activos por conciliar: un 0.78 %. También, se ha conseguido que no se cree ningún paciente en la base de datos sin los datos mínimos identificativos. Fusión de historias: Se consiguieron identificar mediante la conciliación hasta 41.467 (4.59%) duplicados, que se han ido corrigiendo hasta reducirlos a 12.401 (1.40%) actualmente. Archivos periféricos: De las 332.789 historias cuantificadas en estos archivos, se han retirado 217.625 (65.4%). **CONCLUSIONES:** La decidida implantación de una política de GD que ha implicado a todos los niveles profesionales que intervienen en la identificación del usuario y en la gestión de la historia ha permitido llevar a cabo sin conflictos este proceso, con el consenso y conocimiento de los implicados. Se ha conseguido en un alto porcentaje una identificación unívoca del usuario (binomio número de historia HIS-NUHSA). Así a la vez que se ha avanzado en la seguridad del paciente, hemos preparado nuestra base de datos para aplicaciones informáticas corporativas de inminente implantación. Por otro lado, se ha logrado un gran avance en la eliminación de nuestros archivos periféricos, que permitirán en breve plazo conseguir un archivo único de HHCC.

VALIDEZ Y EFECTIVIDAD DE LA TELEDERMATOLOGÍA Y TELEDERMATOSCOPIA DIFERIDA EN EL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA

Autores:

Corbí Llopis, R; Rodríguez Pappalardo, V; Pérez Vega, E; Martínez Díaz de Argandoña, C; Zulueta Dorado, T y Conejo-Mir Sánchez, J.

Palabras Clave:

tele dermatología melanoma concordancia validez efectividad

Resumen:

Introducción Los sistemas de tele dermatología y tele dermatoscopia se utilizan con frecuencia como sistemas de triage en lesiones cutáneas sugestivas de malignidad. **Objetivos** 1) Calcular la concordancia de la tele dermatología y tele dermatoscopia frente a consulta convencional en el diagnóstico de melanoma. 2) Determinar la efectividad de la tele dermatología en términos de reducción de demora en el diagnóstico de melanoma **Material y método** Para el estudio de concordancia, se incluirán todos los melanomas remitidos mediante tele dermatología a la UGC Dermatología del HU Virgen del Rocío de Sevilla, desde el 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2011. Para la demora diagnóstica se compararán los casos de melanoma de tele consulta frente a un número igual de casos de consulta convencional incluidos de forma consecutiva a partir del 1 de junio de 2007. Las variables cuantitativas se estudiarán en función de medidas de distribución central y dispersión, y las cualitativas mediante su frecuencia absoluta y relativa. Para la comparación entre variables cualitativas se aplicará el test de la Chi cuadrado para las variables categóricas. En las variables cuantitativas con distribución normal se compararán las medias mediante el test de la t de Student y en ausencia de normalidad se aplicarán test no paramétricos: U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Para el estudio de concordancias se utilizarán los porcentajes de acuerdo y el coeficiente kappa de Cohen. Se considerará un nivel de significación estadístico bilateral alfa de 0,05. Para el análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico SPSS 17.0. **Resultados** Se incluyeron 75 melanomas en total. La concordancia diagnóstica tele dermatología-consulta convencional fue del 88,2% con un kappa 0,58. La concordancia diagnóstica tele dermatoscopia-consulta convencional fue del 84,2%, kappa 0,69. La concordancia diagnóstica consulta convencional-estudio histopatológico fue del 90,7%. La mediana de la demora en el diagnóstico de melanoma en el grupo de consulta convencional fue de 41 días (18,25-65 días) y la mediana del grupo tele dermatología fue de 1 día (0-4 días). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p=0,000$) **Discusión** Según la evidencia disponible, la tele dermatología se posiciona como una herramienta válida y efectiva en cáncer cutáneo. **Conclusiones** La tele dermatoscopia mejora la validez de la tele dermatología en melanoma. La tele dermatología reduce la demora en el diagnóstico de forma significativa.

GESTIÓN EFICIENTE DE LA INFORMACIÓN

Autores:

Barroso Gutiérrez, C; Vilaplana García, AM; Del Nozal Nalda, M; Román Fuentes, M; Melcón de Dios, A y Herrerías Esteban, JM.

Palabras Clave:

Intranet Comunicación Información

Resumen:

Objetivos: Difundir, a través de una intranet corporativa, la documentación generada en el Hospital Universitario Virgen Macarena y su Área garantizando así la accesibilidad a la misma a los profesionales. La actividad de las Comisiones así como de diferentes Grupos de Trabajo hacen que continuamente se estén elaborando y actualizando documentos. La existencia de un amplio repositorio documental hacía necesario implementar una herramienta que permitiera a los profesionales disponer de la información actualizada. Material y Método: 1. Recopilación de protocolos y procedimientos vigentes. 2. Recopilación y normalización de diferentes registros, incluidos o no en la historia clínica. 3. Creación de la intranet. 4. Elaboración y difusión de instrucciones básicas sobre el uso de la intranet y sus posteriores actualizaciones. 5. Elaboración, cumplimentación y análisis de una encuesta dirigida a los profesionales para medir el conocimiento y utilización de la aplicación así como para identificar posibles áreas de mejora. Resultados: La revisión efectuada ha permitido unificar y normalizar documentos y a los profesionales disponer de la información actualizada. La aplicación aparece organizada en diferentes apartados que incluye, entre otros, noticias, portales específicos, un panel de aplicaciones, consentimientos informados, procedimientos y protocolos, documentos de historia clínica y otros registros, documentos de enfermería e información de interés local para mejorar la seguridad del paciente. La cumplimentación de las encuestas tras su implementación en septiembre de 2010 nos ha permitido obtener información sobre el grado de conocimiento, la divulgación a través de las unidades, la accesibilidad del sistema, la satisfacción con la estructuración de los contenidos, su utilización y las posibles sugerencias de mejora. Discusión: Los resultados ponen de manifiesto que se trata de una herramienta útil y sencilla que facilita el acceso y conocimiento directo a los documentos vigentes y aplicaciones informáticas asistenciales y que permite el manejo eficiente del tiempo durante la atención del paciente. No obstante, es conveniente seguir insistiendo en su implantación. Conclusiones: Aunque consideramos que es una herramienta en continuo proceso de mejora y actualización, disponer de un repositorio documental actualizado contribuye a un uso eficiente de recursos, a garantizar la comunicación y a difundir los protocolos de actuación orientados a disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

MONITORIZACIÓN DE LA VALORACIÓN DE PIEL Y MUCOSAS EN UN SCCU

Autores:

Calleja Merino, D; Martín Romero, V y Maestre Garrido, JJ.

Palabras Clave:

úlceras, piel, mucosas, registro, valoración

Resumen:

OBJETIVO Unificar criterios para la valoración de piel y mucosas, cuidados de enfermería y sistemas de monitorización en el SCCU del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

MATERIAL Y MÉTODO ?Diseño: Estudio descriptivo, longitudinal, experimental y retrospectivo. ?Población y ámbito de estudio: Todos los pacientes ingresados en Observación y Sala de Tratamientos Cortos procedentes de puerta de urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. ?Instrumento y cronología: Módulo de Gestión de Cuidados de Acticx del HSJDA con recogida de resultados a través del programa informático Microsoft Excel. Período de realización de estudio desde mayo de 2010 hasta diciembre de 2010.

RESULTADOS La protocolización por parte del grupo de trabajo, junto con la formación de los profesionales y la difusión del protocolo, facilita la adhesión a los registros de valoración, por parte del personal. La progresión en cuanto a la valoración es la siguiente: Mayo el 2,1% de los pacientes tenían registrada la valoración, Junio el 7,36%, Julio el 2,48%, Agosto el 8,36%, Septiembre el 18,23%, Octubre el 24,57% y Diciembre el 30,26%

DISCUSIÓN Desde la implantación del protocolo de registro de la acción cuidadora hasta final de año, tras diferentes sesiones con enfermería, se observa un aumento progresivo del número de registros con el consiguiente aumento del porcentaje con respecto a los ingresos en Observación y Sala de Tratamientos Cortos. Con la puesta en marcha de este protocolo se ha unificado la forma de registrar la valoración de enfermería de piel y mucosas, facilitando la posterior revisión de cualquier tipo de heridas y la modificación o la incorporación de nuevos datos al registro. Con este nuevo registro se pretende, con el tiempo, reducir el número de heridas nosocomiales ya que muchas de estas reciben este nombre al no haber sido registradas debidamente. Así sabremos cuando un paciente presenta una herida posterior al ingreso creada durante la hospitalización (nosocomial) o está registrada desde su llegada.

CONCLUSIONES Las úlceras por presión son uno de los indicadores de calidad más tenidos en cuenta a la hora de valorar la calidad de la enfermería. Tras valorar el seguimiento de este nuevo protocolo y el aumento del número de registros, podemos concluir con que el personal de enfermería del SCCU de nuestro hospital ha cumplido con las expectativas esperadas tras la implantación del mismo.

LA MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (HUVN): UN PROCEDIMIENTO PARTICIPADO

Autores:

Martín Berrido, MM; Blesa Franco, A; Castilla Valcárcel, J; Valverde Moles, R; Garnica Trujillo, MV y Villaverde Gutiérrez, ML.

Palabras Clave:

encuesta de satisfacción, validación, participación, calidad

Resumen:

1.Objetivo: Las encuestas de satisfacción hospitalaria y de consultas externas, que eran idénticas para todos los centros SAS, se han dejado de aplicar en 2011. Sin embargo, la medida de la satisfacción de los usuarios es una herramienta fundamental de participación de la ciudadanía y un requisito indispensable para responder a algunos estándares de los diferentes modelos de acreditación por los que se evalúan diferentes áreas, unidades y servicios del HUVN. Para dar respuesta a esta necesidad, el HUVN ha desarrollado un procedimiento específico de medida de la satisfacción, consensado y participado por las partes interesadas. En este sentido, este trabajo pretende comunicar la metodología empleada en la definición y diseño de los instrumentos de medida de la satisfacción. 2.Material y Método: 2.1.Diseño de encuestas 2.1.1.Metodología Revisión bibliográfica y de herramientas de medida de la satisfacción, modelos de acreditación y derechos de los ciudadanos en el SSPA Técnica Delphi con expertos (jueces) de diferentes UGC y del Servicio de Atención a la Ciudadanía, utilizando como canal de comunicación la herramienta grupos de trabajo de la Web del HUVN Grupos focales con profesionales de las UGC 2.2.Validación de encuestas 2.2.1.Validación interjueces Instrumento: Pauta de valoración, en la que los jueces evalúan la ubicación de los ítems en las dimensiones, el peso y los rangos de cada ítem, el lenguaje y las variables contextuales Metodología: Técnica Delphi Análisis de datos: tablas de contingencia de cada ítem, Ji-cuadrado como prueba de independencia, coeficiente de concordancia W de Kendall y análisis de contenido 2.2.2.Validación por usuarios Técnica: notas de campo al realizar encuestas simuladas a usuarios. Permiten valorar el lenguaje, la importancia de los ítems-nuevos ítems y rangos de cada ítem. Análisis de contenido 2.3.Élaboración definitiva de encuestas 2.4.Procedimiento para definir sistema de aplicación Delphi con profesionales Propuesta a empresa externa Consenso de la propuesta final con Equipo Directivo 3.Resultados Tres encuestas de satisfacción: Hospitalización y Cirugía Mayor Ambulatoria Consultas y Hospitales de Día Cliente Interno 4.Discusión La aplicación de las encuestas de cliente interno la asumirá el propio HUVN y las de usuarios una empresa externa (evalua. coste-beneficio) 5.Conclusiones Creación de nuevas herramientas de información para mejorar la calidad de los servicios del HUVN, participadas por los grupos de interes internos y externos.

INFORMACION VERSUS CALIDAD**Autores:**

DOMINGUEZ FUENTES, N; CALERO BARBE, C y GIMENEZ MORALES, O.

Palabras Clave:

INFORMACION ESCUELA CALIDAD RED COMUNICACION

Resumen:

ESCUELA DE PADRES Objetivos: -Proporcionar a los padres información reglada sobre los cuidados y atención integral a sus hijos. - Crear una dinámica de integración y participación de los padres en los cuidados a sus hijos dentro del ámbito hospitalario. - Fomentar el proceso de humanización dentro del marco del Plan de Humanización Perinatal. - Animar a los profesionales a participar en el área de la educación sanitaria. Material y método: - Sala independiente, con material para proyección. - Presentaciones con diapositivas y guión escrito. - Son sesiones de aproximadamente una hora a lo largo de la semana. - Se realizan en las unidades de obstetricia, pediatría y neonatología. - Participa todo el personal de Enfermería. - Los contenidos son específicos para cada unidad. Resultados: - Hay una gran implicación del personal de Enfermería en estos talleres, tanto en la confección como la divulgación de los contenidos. - Hay una amplia participación de los padres y otros familiares en las charlas, los cuales manifiestan alto grado de satisfacción. - Existe una encuesta de satisfacción específica para la unidad de obstetricia en la cual se valoran los resultados de estos talleres. Discusión y conclusiones: La escuela de padres comienza a funcionar en Abril de 2011, y hasta Julio del mismo año, participan un total de 49 madres en la unidad de Pediatría, 236 en la unidad de Maternidad y 35 en Neonatología. La escuela comienza como un proyecto de apoyo e información a los padres para, entre todos conseguir una mayor calidad asistencial. Además está sirviendo como canal o red social que facilita y fomenta la comunicación y participación ciudadana, al ser charlas donde los padres preguntan y resuelven dudas. También observamos que a mayor información manejen los padres mayor tiene que ser la formación continuada de los profesionales, actuando como estímulo para la puesta al día de los profesionales.

REPERCUSIONES BUCODENTALES DE LA ENFERMEDAD CELIACA

Autores:

MARCHENA RODRIGUEZ, L y FERNANDEZ ORTEGA, C.

Palabras Clave:

CELIACO ALTERACIONES ESMALTE GLUTEN AFTAS

Resumen:

El objetivo del presente trabajo es estudiar las repercusiones de la enfermedad celiaca en la cavidad bucal. La enfermedad celiaca es una enteropatía crónica generalizada por una anormal sensibilidad al gluten. Suele asociarse a otras patologías como la diabetes tipo I, Síndrome de Down, Tiroiditis, Síndrome de Turner, Sjögren? MATERIAL Y MÉTODOS Se ha efectuado una revisión bibliográfica mediante consulta de publicaciones científicas, libros y textos publicados en los últimos 5 años, tomando como base de datos Pubmed, Scopus y Cochrane. RESULTADOS La prevalencia de la enfermedad celiaca según la NASPAGHAN es de 1:80 a 1:300 en todo el mundo. Se ha observado que los niños celiacos tienen más alteraciones del esmalte grado I y II Aine con localización preferente en incisivos, molares y caninos. También la estomatitis aftosa, la glositis atrófica y la disminución de IgA se da más en enfermos celiacos que en controles. DISCUSIÓN Para identificar el mayor número de pacientes con enfermedad celiaca, la NASPAGHAN formuló una guía para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca , aconsejó una serie de pruebas, como las pruebas inmunológicas y genéticos, así como biopsias. Al tener los pacientes celiacos déficit nutricional, debido a la malaabsorción, presentan disminución de hematíes (hierro,folatos, vitamina B12, Ácido fólico?) Estas alteraciones producen alteraciones bucodentales como alteraciones del esmalte, aftas, caries. CONCLUSIÓN Las alteraciones del esmalte son preferentemente de grado I de Aine, siendo los dientes más afectados incisivos, molares y caninos. La caries es más frecuente en celiacos debido a la disminución de la IgA en la saliva. Palabras clave: Enfermedad celiaca, gluten, manifestaciones orales, diagnóstico, tratamiento, defectos del esmalte, dieta exenta de gluten, estomatitis aftosa recurrente,aftas...

AREA DE MEJORA EN LA ASIGNACIÓN DE POBLACIÓN A LA ENFERMERA DE FAMILIA: ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS

Autores:

ATIENZA MARTIN, F; ROMERO GONZÁLEZ, JM; SÁNCHEZ BALLESTEROS, G; SERRANO ROMERO, MA; RODRÍGUEZ CONDE, M y MORA RODRÍGUEZ, J.

Palabras Clave:

Diabetes atención enfermera auditoría

Resumen:

Objetivo: Evaluar el impacto de la asignación de pacientes a las enfermeras de familia en el cuidado de pacientes diabéticos Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal mediante auditoría de historias clínicas de pacientes diabéticos de un centro de salud urbano. Medición de la exploración de pies y realización de plan de cuidados y la asignación médica y enfermera Resultados: 1644 pacientes, 76.9% en seguimiento enfermero (SE), 6.8% con domicilio fuera de zona de referencia del centro de salud (FZ). Variabilidad intracentro del seguimiento enfermero: Menos del 70% de los pacientes: 2 médicos 70-75% de los pacientes: 6 médicos 75,1-80% de los pacientes: 5 médicos Más del 80% de los pacientes: 3 médicos Exploración de pies realizada: SE: 88.6% No SE: 6.9% $p < 0.0000001$ FZ: 0% No FZ: 74.9% $p < 0.0000001$ Plan de cuidados realizado: SE: 93.2% No SE: 18.5% $p < 0.0000001$ FZ: 10.7% No FZ: 80.7% $p < 0.0000001$ Discusión: Se observa una enorme diferencia en las normas de calidad del proceso auditadas en los pacientes que no son seguidos por la enfermera de familia. Esto es debido a dos causas, la no derivación del médico a la consulta enfermera y la asignación enfermera poco clara en pacientes con domicilio fuera de la zona de referencia de la unidad Conclusiones: Parece necesario implementar acciones que garanticen el seguimiento enfermero de los pacientes diabéticos, tanto en la organización interna como con una asignación de responsabilidad clara de los pacientes con domicilio fuera de zona

VALIDEZ DEL CMBD EN EL SEGUIMIENTO DE LA TROMBOLISIS INTRAVENOSA (TIV) EN EL SCACEST

Autores:

Díaz Gallardo, AJ; Romero Campos, AA; Alonso Muñoz, G; Chiroso Ríos, MA; Ruiz García, A y Miñarro del Moral, R.

Palabras Clave:

Trombolisis, CIE-9-MC, CMBD, ARIAM, SCACEST, UCI

Resumen:

Objetivos -Determinar episodios CMBD con terapia de trombolisis y diagnóstico SCACEST -Comparar datos CMBD y Proyecto ARIAM de la UGC de UCI -Evaluar resultados -Implementar medidas de mejora Material y método -La terapia de reperfusión precoz (fibrinólisis/trombolisis) en SCACEST está científicamente avalada como reductora de la mortalidad de pacientes -El Contrato-Programa de Hospitales SAS (2010-2013), Indicador 68 de Seguimiento de Objetivos y con fuente de información el P.I. de Cardiopatías, fija un porcentaje < 20% sin TIV, para el año 2011 (incluido ACTP) -El Servicio de UCI es una de las Unidades que participa en el Proyecto ARIAM (Análisis Retraso Tratamiento IAM) -El Servicio de Calidad y Documentación Clínica codifica la información clínica para el CMBD (CIE-9-MC) -Proceso seguido a-Período Analizado: 1 Enero-30 Junio de 2011 b-Análisis b.i-Proyecto ARIAM:b.i.1-Casos de SCACEST y Casos de SCACEST con fibrinólisis intrahospitalaria (intravenosa e intracoronaria) b.ii.CMBD:(CIE9MC 410.X1 sin 410.71 y fibrinólisis 99.10 y 36.04) y SCACEST con fibrinólisis extrahospitalaria (CIE-9-MC V45.88) c.Fuentes de datos:Proyecto ARIAM y CMBD del H.U.Reina Sofía,Córdoba Resultados 1.ARIAM a.Casos de SCACEST:97 b.Casos de SCACEST con fibrinólisis intrahospitalaria i.Intravenosa:59 c.Casos de SCACEST con fibrinólisis extrahospitalaria:No se discrimina 2.CMBD: a.Casos de SCACEST:126 b.Casos de SCACEST con fibrinólisis intrahospitalaria i.Intravenosa (99.10):27 ii.Intracoronaria (36.04):6 iii.Casos de SCACEST con fibrinólisis extrahospitalaria (V45.88):24 Discusión 1.Por ARIAM, el 60% de SCACEST son fibrinolizados 2.Por CMBD se trata el 26% 3.La gran diferencia de datos ARIAM-CMBD se puede deber a: a.ARIAM no recoge pacientes ingresados en Servicios distintos de UCI y Cardiología b.Quizás ARIAM incluya fibrinólisis extrahospitalaria de pacientes trasladados con TIV ya practicada (CMBD-V45.88) c.Criterios de definición de SCACEST y fibrinólisis distintos para el CMBD Conclusiones 1.Se hace patente la necesidad de interrelación para la correcta asignación de criterios para una recogida uniforme de datos 2.Es importante para la organización sanitaria y para los servicios clínicos el disponer de la mejor información posible que le posibilite la toma de decisiones adecuada y pertinente en cada momento 3.Una formación e implicación profesional continua y evolutiva supone más calidad en los procesos 4.La calidad asistencial dada al paciente sería el último fin de todo este proceso

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO. MAPA DE COMPETENCIAS PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO

Autores:

del Río Urenda, S; ROGERO ANAYA, P; GONZÁLEZ CORREA, JA y TEROL FERNÁNDEZ, J.

Palabras Clave:

Sistemas-Información Cambio Procesos

Resumen:

La Dirección General de Calidad de la Consejería de Salud asturiana, desarrolló entre 2006 y 2011 un proyecto para la implantación de un Sistema de Información Asistencial Integrado (SIAI). Se evalúa esta implantación entre 2006 y 2010. - Fase I. Rediseño de 10 Procesos Asistenciales. - Fase II. Implantación del Cambio en 5 Hospitales (públicos y privados): Se crearon 30 Equipos de Adaptación Local, coordinados por un Responsable de Implantación Local o Líder Agente de cambio. Participaron 572 profesionales seleccionados por igual perfil, y los resultados de los Equipos de Implantación fueron distintos. Evaluamos por qué, para utilizar esta información en la mejora de la calidad en las siguientes implantaciones. Objetivo específico: Definir un mapa de competencias de un profesional Responsable de equipo clínico, para optimizar la efectividad de su liderazgo multidisciplinar. Material y Método Población - 10 Responsables de Grupos de Alta Resolución (GAR) - 2 Responsables del Proyecto de Consejería - 3 Responsables de Implantación por Área Sanitaria 1ª Fase: Análisis de situación estratégico con la metodología GAP (10 Variables). 2ª Fase: 13 Entrevistas semiestructuradas, con análisis de contenido y comparativo de datos. - Triangulación de resultados de ambas técnicas cualitativas sobre la misma población. Resultados y Discusión Buscamos información compartida en un cambio cultural por 572 profesionales en estos 4 años. 1ª Fase (GAP): se identifican como resultados 8 competencias que mejoran un liderazgo efectivo. 2ª Fase: se identifican 10 competencias con una frecuencia de aparición entre el 84,62% y el 38,46%. Triangulación de ambas técnicas con la bibliografía internacional: concordancia directa entre el 46,15% y el 53,85%. CONCLUSIONES Una organización sanitaria compleja, que afronta el reto importante como la implantación de un nuevo sistema de información, precisa una adecuada planificación de dicho cambio. La pieza clave de todo Plan de Gestión del Cambio son las personas (profesionales) que seleccionamos y capacitamos para liderar dicho cambio. Es fundamental definir el mapa de competencias que debe tener un líder clínico, en un medio sanitario complejo, para mejorar la efectividad de su rol, y con ella la implantación del cambio planificado. Existen 8 competencias clave, compartidas por los expertos sanitarios de este contexto analizado que optimizan este desempeño.

SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EL HOSPITAL U. VIRGEN MACARENA Y ÁREA

Autores:

Cruz Torres, R; Martín Rudilla, F; Gámiz Domínguez, FM y Becerra Bermejo, I.

Palabras Clave:

Acreditación de competencias profesionales

Resumen:

Objetivos El objetivo de esta intervención fue establecer un procedimiento estandarizado para mejorar el apoyo a los profesionales en el proceso de acreditación de competencias. Se fijaron los siguientes objetivos específicos 1 Mejora del proceso administrativo ? Facilitar la obtención de los certificados dependientes del centro ? Plan de comunicación interna y gestión de la información 2 Crear una red de formadores en acreditación de competencias profesionales en cada una de las categorías a acreditar Material y método Para sistematizar este proceso se diseñó y ejecutó un plan de acción con varias líneas centrales de actuación. 1 Elaboración de un procedimiento para la emisión y tramitación de los certificados dependientes del centro 2 Creación de un SI estructurado que permitiera realizar un seguimiento al profesional en proceso de acreditación 3 Creación de una Red de profesionales formadores ya acreditados que suministrasen apoyo 4 Favorecer un entorno participativo y de aprendizaje colaborativo utilizando un portal de acreditación de profesionales Resultados ?Reducción del tiempo medio en la tramitación de resultados 9 días frente a 24 días ?17 Sesiones formativas realizadas por la Red de formadores y la Unidad de Formación Continuada ?Durante el año 2010 se cumplieron los objetivos de incremento en la acreditación del 15% de profesionales ?Se creó un registro de profesionales en estado de acreditación que permite controlar a los profesionales en cualquier fase del proceso ?Se han registrado un total de 17 profesionales en el portal de acreditación de la plataforma de teleformación Discusión Hasta la fecha se han implementado el 100% de las medidas planteadas. La sistematización de los procesos de acreditación de profesionales y el asesoramiento específico por parte del centro ayuda a agilizar los procesos administrativos facilitando al profesional el aporte de evidencias que dependen de los centros. Asimismo las sesiones en los servicios han demostrado su eficiencia a la hora de movilizar a las diferentes UGC para el inicio del proceso de acreditación El número de profesionales registrados en el portal de la plataforma de teleformación es reducido Conclusiones Un programa de asesoramiento en acreditación de competencias profesionales promocionado por el centro es clave para conseguir los objetivos a nivel institucional y para facilitar a los profesionales la aportación de determinadas evidencias La acreditación de profesionales puede beneficiarse de la intervención de los centros

PROGRAMA SISTEMATIZADO DE ASESORAMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DE UGC EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

Autores:

Monroy Morcillo, A; Espada Bordes, JM; Manzorro Moreno, D; Espinosa Muñoz, AJ; Gómez Luy, F y Navarro Galvín, B.

Palabras Clave:

Acreditación UGC asesoria herramientas

Resumen:

1.OBJETIVOS En el HUPM desde hace 6 años se han ido acumulando conocimientos y herramientas suficientes para plantear desde 2008 el establecimiento de un programa sistematizado de asesoramiento de UGC desde la U. de Calidad y aumentar el nº de UGC acreditadas y de profesionales en UGC acreditadas. 2.MATERIAL Y MÉTODO El procedimiento de asesoría comienza con el ofrecimiento de colaboración a las UGC, que puede aceptarse en cualquiera de las fases. El proceso de apoyo desde la U. de Calidad comenzó en 2008, pero como se presenta se completó en 2009. PROGRAMA DE ASESORÍA: Acciones previas a la solicitud de la acreditación -Entrevista con director de la UGC: presentación del modelo de Acreditación de la ACSA y presentación de herramientas de ayuda. -Reuniones con el director, la supervisora de enfermería y otros profesionales especialmente implicados para planificar la comunicación a profesionales y la creación de grupos de autoevaluadores. -Presentación a los profesionales de la UGC del proceso de acreditación (dificultades, carga de trabajo, herramientas de ayuda y resolución de dudas) -Formalización de la solicitud de acreditación a la ACSA. Acciones posteriores a la solicitud de la acreditación -Reuniones programadas y/o consultas a demanda según las UGC a la Unidad de Calidad y a distintos Servicios del Centro y profesionales clave (Electromedicina, gestión ambiental etc.) incluso Direcciones asistenciales si precisaran. -Revisión de estándares antes del cierre de la autoevaluación. Herramientas de ayuda -Sistema documental General del HUPM disponible a través de la Web documental. -Guía orientativa para UGC para el cumplimiento de los estándares de la Acreditación. 3.RESULTADOS Y DISCUSIÓN En el 2009 el Hospital Universitario Puerta del Mar contaba con 3 UGC acreditadas por la ACSA, además del propio Hospital: O.R.L., Endocrinología y Patología Mamaria, y 7 en proceso (Farmacia Hospitalaria, Pediatría, Salud Mental, Urología, Laboratorios Clínicos, Neumología y Alergia y Neurociencias). En septiembre de 2011 con Farmacia Hospitalaria, Salud Mental, Urología, Pediatría, Laboratorios Clínicos y Neumología y Alergia ya son 8 las UGC acreditadas por la ACSA y 6 están actualmente en proceso (Neurociencias, Ap. Digestivo, Atención Integral al Cáncer, Cirugía Cardíaca, Cuidados Críticos y Urgencias y Medicina Interna). El nº de profesionales en UGC acreditadas ha pasado de 148 en 2009 a 595 en 2011 y el nº de profesionales en UGC en proceso o acreditadas de 729 a 1.372.

AUTORIZACIÓN DE TUTORES DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS PARA LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Autores:

DÍAZ GALLARDO, AJ; CASTILLA DOMÍNGUEZ, EJ; URÁN GARCÍA, JE; OSUNA CORTÉS, MC; MURCIA SÁNCHEZ, MM y MOHEDANO GÓMEZ, A.

Palabras Clave:

AUTORIZACIÓN, TUTORES, ALUMNOS, PRÁCTICAS, CALIDAD, COMPETENCIAS

Resumen:

Objetivos 1. Analizar convocatorias de tutores de FP en dos centros hospitalarios 2. Sintetizar divergencias en los baremos aplicados 3. Simular perfiles profesionales (conservador y emprendedor) y comparar resultados 4. Proponer unificación de criterios Material y método

1. La instrucción nº 1/2011, de 4 de febrero, de la D.G. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la C. de Salud pretende -Normalizar los Criterios de Autorización de Tutores de Alumnos de Formación Profesional en el SSPA- 2. Los méritos son determinados en las Áreas de Competencias -Actividades Asistencial, Investigadora y Docente- 3. Proceso a. Se han determinado los méritos valorables b. Se han comparado la valoración máxima aplicable a cada competencia c. Se han valorado, en ambas convocatorias, dos perfiles profesionales i. Conservador: 10 años de experiencia, 500 h. de cursos (> 3 años) y 2 comunicaciones ii. Emprendedor: 3 años de experiencia, 200 h. de cursos (< 3 años), 20 comunicaciones, 1 premio, 50 h. de docencia y 40 h. de formación docente Resultados 1. Ponderación áreas a. Centro A: Asistencial(60%), Investigación(10%), Docencia(30%) b. Centro B: Asistencial(50%), Investigación(20%), Docencia(30%) 2. Puntuaciones distintas (ej.) a. Centro A: Mes de trabajo(0?42), H. Docencia(0?10) b. Centro B: Mes de trabajo(0?30), H. Docencia(0?15) 3. Discrepancia en méritos valorados (ej.) a. Centro A valora: Comisión de Calidad, Comunicaciones b. Centro B valora: Supervisión, Premios en Investigación 4. Baremación Perfiles a. Centro A: Conservador-56; Emprendedor-36 b. Centro B: Conservador-39?3; Emprendedor-35

Discusión 1. Del análisis se deduce a. Se utilizan criterios de valoración distintos en la ponderación parcial y puntuación de cada mérito b. Los méritos válidos son distintos. Un centro valora competencias que el otro no tiene en cuenta c. Si los dos profesionales participan, el centro A seleccionaría al ?conservador? y el centro B seleccionaría al profesional ?emprendedor? Conclusiones 1. Con la Instrucción 1/2011 la C. de Salud pretende normalizar la designación de tutores de alumnos en formación en el SSPA 2. El estatuto marco del personal estatutario (L. 55/2003), artículo 4-Principios y criterios de ordenación del régimen estatutario, dice: b) Igualdad, mérito, capacidad? 3. Es conveniente unificar criterios en las convocatorias de tutores en el SSPA 4. Una Formación e Implicación Profesional Continua y Evolutiva Supone Calidad, por lo que sería recomendable la existencia de profesionales -emprendedores-, y que se les valorara

CALIDAD DE PÁGINAS WEB SANITARIAS: ANÁLISIS DE FACTORES CONDICIONANTES BASADOS EN LA EXPERIENCIA DE ACREDITACIÓN

Autores:

Buiza Camacho, B; Gallego Díaz, M; Escobar Ubreva, A; Fernández Bermejo, MC y Ferrero Álvarez-Rementería, J.

Palabras Clave:

acreditación calidad minería de datos

Resumen:

OBJETIVOS La finalidad del Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es garantizar los fundamentos éticos de los contenidos, la calidad de información, accesibilidad y usabilidad, transparencia y los servicios interactivos que ofrecen. Tras 5 años desde su implantación, se plantea profundizar en los resultados, buscando patrones que puedan condicionar el resultado de la evaluación de los estándares de calidad. Se estableció como objetivo analizar factores determinantes del resultado de evaluación de los estándares, incluyendo tipología del sitio web, propiedades del proceso de acreditación del sitio y características del programa de acreditación. **MATERIAL Y MÉTODO** La muestra incluyó 18 páginas evaluadas entre 2007 a 2011 en el programa de acreditación, seleccionadas aleatoriamente (nivel de confianza 95%, error máximo admisible 0.03). La fuente fueron los registros generados durante el proceso, en la aplicación ME_jora W, que da soporte al proceso de acreditación. Se realizó estudio descriptivo y exploratorio. Se aplicó minería de datos, técnica de árboles de decisión CHAID para la generación de segmentos. Se dividió la muestra en 2 particiones, 95% aprendizaje y 5% test. La variable dependiente fue el resultado de la evaluación de los estándares del Programa (663 registros) y como variables independientes se consideraron: -de la página: pertenencia al SAS, SSPA, titularidad, adscripción a otros sellos, finalidad de la página -del proceso: grado de tutorización, duración de la autoevaluación, tipo de evaluación (inicial o estabilización) -del programa: estándar, bloque, criterio del estándar y obligatoriedad **RESULTADOS** Las variables determinantes fueron: estándar, obligatoriedad del estándar, tipo de evaluación, distinción por otros sellos y finalidad de la página (información general). Se identificaron 9 segmentos. El riesgo estimado fue de 0,29 en el conjunto test y 0,17 en el de aprendizaje. **DISCUSIÓN** Los estándares tienen una graduación de dificultad intrínseca. La realización del proceso de acreditación y la adscripción a otros sellos condicionan positivamente los resultados en estándares de dificultad media. La orientación a educación sanitaria general influye positivamente en los de dificultad alta. El resto de factores no son relevantes. **CONCLUSIONES** El estudio del desarrollo de las evaluaciones de web sanitarias aporta gran valor al programa de acreditación, sirviendo de base para la revisión de estándares.

INNOVACIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS. APLICACIÓN PRÁCTICA DE MAPAS DE CUIDADOS EN EL ÁREA HOSPITALARIA JRJ

Autores:

Septien Sanchez, R; Garcia Fernandez, C; Morano Torrescusa, MJ; Ceada Gamero, J y Perez Marquez, M.

Palabras Clave:

Mapa Cuidados Procesos Asistenciales

Resumen:

La Gestión por Procesos Asistenciales impulsa el abordaje integral de las necesidades de los usuarios en la búsqueda de la calidad total; implementamos los Mapas de Cuidados como nueva herramienta para operativizar todo este proceso en nuestra área hospitalaria. El objetivo es normalizar la práctica enfermera incorporando los cuidados con mayor evidencia científica en el contexto de los procesos asistenciales. Diseño: cualitativo, técnica de grupo focal (8 grupos focales: 45 participantes). Dimensiones de estudio: proceso enfermero, ventajas de su utilización, dificultades en la implementación, áreas de mejora, trabajo en equipo. Se analiza el discurso a través de categorías de significado, con triangulación de los datos, considerando que el proceso enfermero es un buen método de trabajo, pero muy difícil de realizar en la práctica. En base a las dificultades y a las áreas de mejora detectadas se desarrollaron distintas estrategias de trabajo, de las cuales se priorizaron: establecer un programa formativo en contexto real y elaborar el soporte para su implementación: Mapa de Cuidados. Finalmente esto ha supuesto para los pacientes la seguridad de recibir unos cuidados excelentes (personalizados y adaptados a sus necesidades), como destinatarios del proceso

DESARROLLO COMPETENCIAL ENFERMERO: PROGRAMA RADIOFONICO “CÚRATE EN SALUD”

Autores:

VARGAS SILVA, MP; MARTINEZ NOGUEIRO, MD y FRIGOLET MACERAS, J.

Palabras Clave:

EDUCACION SANITARIA RADIO COMPETENCIA ENFERMERA

Resumen:

Es incuestionable, que la acreditación personal de profesionales sanitarios asistenciales, está suponiendo para muchos de nosotros abordar nuevos retos en nuestros desarrollos competenciales, ejecutando proyectos metodológicamente más estructurados en aras de una mayor calidad de los mismos. En este contexto se presenta la experiencia llevada a cabo por un grupo de enfermeras del Centro de Salud de Moguer, en colaboración con la Radio Municipal, que se plasma en el programa radiofónico -CÚRATE EN SALUD-, desde donde los sanitarios ofertan información y servicios a través de la radio. La metodología utilizada desarrolla actividades de la NIC Educación Sanitaria (5510), estableciéndose 4 objetivos en base a los cuales se concretan los contenidos de los programas: -Dar a conocer a la población la cartera de servicios de la UGC, sus profesionales y sus programas. - Promoción y prevención en salud a través de los medios de comunicación. - La radio como medio para informar a la población. - La radio como instrumento para canalizar las dudas, preguntas o sugerencias de los ciudadanos. Los recursos humanos utilizados son tanto externos (periodistas, publicista) como internos (sanitarios colaboradores), así como materiales de difusión (póster anunciador, cuñas de radio y soporte informático). Se realizan grabaciones en estudio de 20 a 30 minutos de duración para una emisión posterior según calendarización. Con este formato se graban 10 programas que se emiten en el periodo Marzo-Julio 2011 dos días semanales en horario de máxima audiencia, lo que representa un total de 34 programas emitidos. Se estableció un método de evaluación del programa, mediante actas de sesiones, evaluación de cada sesión y propuestas de mejora, que han supuesto en la práctica una retroalimentación del diseño inicial. A modo de conclusión, más allá de la satisfacción personal de los actores del programa por el trabajo realizado, esta experiencia invita a seguir explorando y explotando proyectos de colaboración con otros agentes sociales y con otros medios, tanto del ámbito local como supramunicipal, en el desarrollo de nuestras propias competencias y en interés de los ciudadanos.

ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN TIPO ?COACHING? Y ?SEMINARIOS?: UN VALOR AÑADIDO PARA EL H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES (HUVN)

Autores:

Martín Berrido, MM; Pavón Palacios, MT; Blanco Romero, U; Ramírez Hervás, M y Torrecillas Limonchi, MA.

Palabras Clave:

Acreditación de la Formación Continuada, Rentabilidad

Resumen:

1.OBJETIVOS Rentabilizar la formación en el marco del Programa Integral para la Acreditación de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias:adaptando la formación a las necesidades, utilizando tipos de formación orientados al desarrollo de competencias y al cambio de procedimientos en la organización, aprovechando los contextos de trabajo y los recursos disponibles. El HUVN ha pilotado en el SAU procesos formativos con estas características; siendo la finalidad de esta comunicación exponer: las estrategias utilizadas para su planificación-acreditación, los impactos generados y las limitaciones encontradas. 2.MATERIAL Y MÉTODO -Evaluación de necesidades: Utilización de una herramienta que identifica necesidades de formación en relación a la EDP y objetivos individuales del CRP. Concreción de valores de indicadores de impacto y/o de competencias relacionadas con las necesidades. -Selección de los tipos de formación más acordes con los objetivos y contenidos: Mejora del desempeño: Coaching (1_1) Cambio organizativo: Seminarios -Selección de participantes 1_1: nominal,identificados en EDP,con objetivo de mejorar su desempeño. Seminarios: profesionales con desempeño óptimo(en EDP)cuyo conocimiento tiene valor añadido en el temática de formación.Profesionales de otras áreas del HUVN relacionados con el contenido de la formación (enfoque de proceso) -Selección de Docentes: 1_1: profesionales con desempeño óptimo. Seminarios: expertos en dinamizar grupos de mejora y en temática de formación. -Evaluación: 1_1: satisfacción, desempeño pre y post (transferencia) Seminarios: satisfacción, aprendizaje (productos de la formación) e impacto. 3.RESULTADOS Acreditación ACSA:Excelente y Óptimo. Impacto: 3 grupos de mejora activos generados en torno a las temáticas de formación. Cambios organizativos-nuevos procedimientos/circuitos y mejora del desempeño. La herramienta utilizada en la evaluación de EDP se ha informatizado (con modificaciones) en la aplicación NORIA y la utilizan todas las áreas/unidades del HUVN para gestionar y evaluar el CRP. Coste:0 4.DISCUSIÓN La formación 1_1 exige un alto nivel de planificación e instrumentos de seguimiento, precisa formación previa sobre la metodología a docentes y discentes. El impacto de los seminarios está relacionado con el apoyo e implicación del Equipo Directivo. 5.CONCLUSIONES El Coaching y los Seminarios han generado valor añadido al HUVN: mejora continua en el SAU y en las áreas de Gestión de Ingresos, Consultas y Distritos de AP.

AUDITORÍAS DE REGISTROS CLÍNICOS EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: TENDENCIAS DE RESULTADOS.

Autores:

Ceballos Pozo, M; Julián Carrión, J; Rojas de Mora Figueroa, A y Almuedo Paz, A.

Palabras Clave:

Auditoría(Audit) Historias_Clinicas(Medical_Records), Calidad_de_datos_registrad

Resumen:

OBJETIVO: Analizar el desarrollo del proceso de Auditorías como instrumento para comprobar la veracidad de la información aportada por los profesionales durante su proceso de acreditación. **MÉTODO:** 1.Población objeto de estudio: profesionales sanitarios acreditados. 2.Ámbito: Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). 3.Periodo de estudio: octubre 2007 ? octubre 2010. 4.Tamaño de la muestra: 3442 profesionales sanitarios acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 5.Tipo de diseño: Análisis descriptivo 6.Instrumento: Proceso de Auditorías del Área para el Desarrollo Profesional Continuo, mediante el que se establece 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 y conlleva, en los casos que sea preciso, el ajuste de los resultados obtenidos. El Proceso referido emplea la metodología de la aceptación de lotes por atributos mediante muestreo simple según la Norma UNE 66020 y contempla un número de proyectos a auditar estadísticamente significativo respecto a los resultados de certificación publicados ese año, con un IC del 95% y un error estándar del 0.05%. **RESULTADOS:** De los 3442 profesionales acreditados, fueron auditados 302 (8.77%), que desempeñan su labor en todos los niveles asistenciales del SSPA. De éstos 302, superaron la auditoría 269, el 89,07%. En la siguiente tabla se ofrece el desglose por convocatoria de evaluación de estos datos: Convocatoria Acreditados Auditados % de proyectos que superan la auditoría OCT-DIC 2007 268 24 (pilotaaje) 54.17% ABR-MAY 2008 340 Redefinición del proceso OCT-NOV 2008 283 36 86.11% ABR-MAY 2009 300 31 87.01% SEP-OCT 2009 460 47 91.49% ABR-MAY 2010 783 59 93.22% SEP-OCT 2010 1008 105 95,23% **TOTAL 3442 302 89,07%** **CONCLUSIONES:** Estos resultados nos permiten establecer que ha ido disminuyendo significativamente el número de proyectos que no superan la auditoría. Asimismo, los resultados obtenidos evidencian la veracidad de las actuaciones aportadas por los profesionales a sus respectivos proyectos de acreditación. Finalmente, los resultados obtenidos ponen de manifiesto el compromiso de los profesionales del SSPA que emprenden el proceso de Acreditación con la Mejora Continua de sus competencias profesionales y con la Garantía de Calidad de los servicios que prestan.

ESPACIOS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Autores:

Rodríguez Benavente, A; Nuñez García, D; Casasola Luna, N y Carrasco Peralta, JA.

Palabras Clave:

Calidad Documentación Historia Clínica Mejora Acreditación

Resumen:

OBJETIVO Analizar los problemas identificados en la gestión de la documentación realizada a través de las evaluaciones de los Proyectos de Acreditación de Centros y Unidades(PACyU) a lo largo de un Sistema Regional de Salud(SRS) **MATERIAL Y MÉTODOS** Estudio transversal descriptivo. Periodo 07/10-12/10 Registros de la herramienta online que sirve de soporte a los procesos de acreditación, ME_jora C. Se analiza el cumplimiento de estándares relacionados con la gestión documental, posteriormente a través de un análisis del contenido establecemos los espacios de mejora basados en los hallazgos encontrados en las visitas de evaluación. **RESULTADOS** N=62. 38 Unidades de Gestión Clínica(UGC) de Atención Primaria y 24 de Atención Especializada Porcentaje de cumplimiento de los estándares en el periodo evaluado: -Garantizar la existencia de un número de Historia Clínica(HC) único por usuario, 97% -El contenido de la HC se ajusta a la normativa vigente, 32% -Se aplica el reglamento del uso de la HC, 18% -La HC contiene la información necesaria para apoyar las actuaciones realizadas, 15% -Se garantiza la existencia de un único archivo de HC, 16% -Se garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica, 100% Los principales hallazgos con necesidad de mejora encontrados en la evaluación de dichos estándares fueron: -Ausencia de metodología que revise la correcta cumplimentación de las HC (50%) -Deficiencias en la aplicación del reglamento del uso de la HC (74%) -No todas las actuaciones profesionales realizadas, quedan registradas en la HC (65%) -Se detectan archivos paralelos a la HC del paciente (75%) **DISCUSIÓN** Se observa un alto grado de cumplimiento en aspectos fundamentales como la garantía de la existencia de un número único de HC por usuario o la custodia de información clínica. Sin embargo se han detectado necesidad de mejora en: -Metodología para la revisión -Calidad de los registros -Archivo único de HC -Difusión del reglamento del uso de la HC **CONCLUSIONES** La acreditación permite identificar deficiencias en la gestión de la documentación clínica y emite recomendaciones, que ayudan a que las UGC focalicen su atención sobre este aspecto y adopten medidas para garantizar el uso de la HC como instrumento básico para garantizar la calidad de la asistencia al paciente. La evaluación de la cumplimentación de la HC, es una herramienta clave para detectar deficiencias e implantar acciones correctoras, incentivando el interés por la calidad en los registros.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN UNIDADES Y CENTROS DE FORMACIÓN CONTINUADA

Autores:

Centeno Astudillo, J; Pascual Pisa, J; Cruz Salgado, O y Nogueras Ruiz, S.

Palabras Clave:

acreditación mejora fortaleza

Resumen:

Objetivos Identificar las áreas de gestión y producción de la formación continuada con mayor grado de madurez y aquellas con mayor margen de mejora. Reflexionar acerca de la percepción que las entidades acreditadas tienen en cuanto a sus fortalezas y debilidades. Método Se ha realizado un análisis del cumplimiento de criterios de calidad del programa de acreditación de Unidades y Centros de formación continuada. La muestra estudiada está constituida por las entidades acreditadas desde la puesta en marcha del Programa Integral para la Acreditación de la Formación, en septiembre de 2007 hasta julio 2011 (n=22). Las variables a estudiar han sido: porcentaje de cumplimiento para cada criterio de calidad obtenido por las entidades tras su evaluación y el estimado por cada entidad en su autoevaluación. Resultados El cumplimiento de los diferentes criterios estimado por las entidades en su autoevaluación (aut) y el conseguido tras la acreditación (acre) ha sido (datos en %): Finalidad (aut: 79;acre: 57,58), Difusión y canales de información (aut: 87,8;acre: 84,09), Diseño y ejecución de la oferta (aut: 79,9;acre: 56,57), Sistemas de evaluación de los procesos de aprendizaje (aut: 68,1;acre: 45,45), Gestión de los profesionales docentes (aut: 73,6;acre: 47,35), Gestión de los profesionales de soporte a la formación (aut: 78,7;acre: 44,16), Organización y gestión (aut: 85,6;acre: 71,74), Infraestructura (aut: 81,3;acre: 67,73), Resultados de los procesos de aprendizaje (aut: 52;acre: 33,33), Resultados de la gestión (aut: 89,4;acre: 93,18), Mejora continua (aut: 57,1;acre: 40,26) Discusión Como cabía esperar las entidades presentan mayor fortaleza en aspectos con más recorrido como son la organización, gestión y en la difusión de su oferta, mientras que los aspectos más innovadores como son la evaluación de resultados, la gestión por competencias de profesionales de la formación y sistemas de calidad presentan mayor margen de mejora. Conclusiones Los criterios con mayor cumplimiento son: Resultados de la gestión, Difusión y canales de información, y Organización y gestión. Aquellos con un mayor margen para la mejora son: Resultados de los procesos de aprendizaje, Mejora continua y Gestión de los profesionales de soporte a la formación. Existe coincidencia en los resultados obtenidos tras la evaluación y los estimados en la autoevaluación respecto a los tres criterios con mayor cumplimiento y los dos con menor cumplimiento.

LA PARTICIPACIÓN ASOCIATIVA EN SALUD: ELEMENTO DE MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA SANITARIO

Autores:

GÓMEZ MARTINEZ, ME; MENA JIMENEZ, AL; BONO DEL TRIGO, MA; PASCUAL MARTINEZ, N; GIJÓN SANCHEZ, MT y MARÍN RODRÍGUEZ, I.

Palabras Clave:

Participación colectiva, Asociaciones, Políticas de Salud

Resumen:

OBJETIVOS Conocer las dimensiones presentes en las valoraciones y experiencias de participación en salud por parte de las asociaciones de pacientes y familiares, e identificar elementos que facilitan y áreas de mejora en este ámbito. **MATERIAL Y METODO** Diseño cualitativo mediante 8 grupos focales, uno en cada provincia de la Comunidad Autónoma Andaluza. La agrupación de los colectivos de asociaciones responde a diferencias claras en cuanto a objetivos y demandas. La selección de los sujetos por muestreo sistemático intencional y el análisis de la información a través de análisis de contenido. **RESULTADOS** Las asociaciones coinciden en vincular la participación en salud con el grado de relación entre ellas y la administración pública. Entre las variables que afectan a la efectividad de la participación encontramos 6 dimensiones: rango de participación, índice de heterogeneidad, suficiencia económica, participación activa, periodicidad en los contactos y orientación comunitaria. Se identifican diversos mecanismos para canalizar la participación en salud entre la administración pública y las asociaciones de pacientes y familiares. Se expresan altas expectativas de mejora vinculadas a mejorar los canales de comunicación, los recursos y accesos, la coordinación entre diferentes niveles y ámbitos de actuación. **DISCUSIÓN** En el ámbito de la participación colectiva destaca el gran número y velocidad en la que parecen producirse cambios organizacionales y estructurales en las asociaciones y en las personas que las representan. Hay una gran heterogeneidad de asociaciones representativas de pacientes y familiares. Y se hace necesario sentar bases para que afectados, asociaciones que representan y federaciones interlocutoras, participen a todos los niveles del sistema sanitario, adquiriendo un protagonismo real. **CONCLUSIONES** La participación se visualiza como una instancia de intermediación y de representatividad para resolver y mejorar problemas de salud. Surge como una línea estratégica de fortalecimiento de la ciudadanía y tiene una fuerte impronta relacionada con la descentralización iniciada desde el nivel local, pero con escaso apoyo nivel central. El estudio de características, funcionamientos y experiencias compartidas de participación colectiva en salud, posibilita el diseño y la implantación de políticas sanitarias efectivas para el empoderamiento, la promoción y mejora de la salud de las poblaciones así como la mejora continua de los propios sistemas sanitarios.

LA REALIDAD DIARIA REVELA CONTINUAMENTE OPORTUNIDADES DE MEJORAR: CREACION GRUPO DE MEJORA DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

Autores:

HERNANDEZ MORA, JA; RAMIREZ NIETO, A; TIRADO SOLIS, D; ZAMORA SEVILLANO, A y TOLEDANO BLANCO, R.

Palabras Clave:

GRUPO MEJORA ESTANDARIZACION PROTOCOLIZACION PROCESO

Resumen:

La idea que mejor representa el concepto de calidad es precisamente la mejora continua. El -Plan de Calidad- tiene como objetivo último introducir mejoras en la estructura, en los procesos y en los resultados que se alcancen. Dentro de este marco surge la creación de un Grupo De Mejora en el Bloque Quirúrgico, constituido por profesionales que realizan tareas semejantes y que se reúnen para identificar, analizar y solucionar problemas de calidad de los cuidados enfermeros. OBJETIVOS - Identificar áreas susceptibles de mejora, - Unificación de criterios. - Desarrollo de estrategias de actuación. - Implementación y evaluación de las mismas. METODOLOGIA El grupo se formaliza el 11/02/2008, compuesto por cinco profesionales del Bloque Quirúrgico Las reuniones son mensuales, fuera de horario laboral en turno de tarde con un plan de trabajo preestablecido en la reunión anterior. Utilizando un guía consensuada para la realización de planes y protocolos de cuidados, basados en la evidencia y el proceso enfermero. Cómo metodología de funcionamiento se utiliza técnicas grupales (tormentas de ideas, grupo nominal, de discusión, etc). El grupo de mejora será el canal de comunicación e información del cambio al resto del equipo de enfermería de la unidad. RESULTADO En el periodo 2008/2010 se elaboraron: - Descripción de puesto de trabajo de enfermera de quirófano - Descripción de puesto de trabajo de enfermera de URPA -Mapa de competencia de enfermera de URPA - Protocolo de traslado del paciente de quirófano a URPA - Protocolo de recepción del paciente en URPA - Protocolo de ingreso en URPA -Protocolo de implementación del registro de enfermería en URPA - Protocolo de Alta en URPA - Protocolo de traslado del paciente crítico de URPA a UCI - Protocolo de Revisión de PCR - Plan de cuidados estandarizado al paciente con dolor en URPA -Protocolo de alergia al látex -Plan de cuidados estandarizado en la Cesárea. .En la actualidad se ha realizado el proyecto de investigación -Gestión de la incertidumbre en la sala de espera de quirófano- (aceptado por la Dirección de Enfermería y Fundación FABIS). En estos momentos estamos llevando a cabo el trabajo de campo. CONCLUSIONES Nuestros objetivos han sido alcanzados de manera satisfactoria en el plazo previsto, estando en el proceso de implantación de nuestros resultados por parte de la Supervisión de la Unidad y la Jefatura de Bloque para su posterior evaluación.

GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA DE NUTRICIÓN COMO HERRAMIENTA EN LA COORDINACIÓN INTERNIVELES .

Autores:

MERINO CASTO, M y ROBLEDO CARDENAS, F.

Palabras Clave:

Desnutrición, coordinación interniveles, protocolo

Resumen:

La nutrición es el conjunto de procesos por los que los seres vivos utilizan, transforman e incorporan a sus estructuras una serie de sustancias que recibe del mundo exterior por la alimentación, con el objetivo de obtener energía, construir y reparar las estructuras orgánicas y regular los procesos metabólicos. Las alteraciones del estado nutricional pueden favorecer la aparición de enfermedades y viceversa, siendo la malnutrición, o riesgo de la misma, un problema detectado habitualmente tanto en pacientes hospitalizados, institucionalizados, como en domicilio. La enfermera es el profesional que se encuentra en una posición más privilegiada realizando la valoración por su relación directa con el paciente, de ahí la importancia de las valoraciones nutricionales focalizadas en ambos niveles asistenciales. Las Guías de actuación compartida (GACE) son las herramientas básicas para la coordinación interniveles

OBJETIVOS.- GARANTIZAR la continuidad de cuidados del paciente con problemas nutricionales organizando los recursos asistenciales para ofrecer una atención lineal y continua. - Implementar un protocolo de nutrición consensuado para la disminución de la variabilidad la práctica asistencial. - Fomentar la realización de valoraciones nutricionales entre los profesionales de enfermería. - Facilitar el acceso al material esencial para la administración de la nutrición enteral en domicilio.

MATERIAL Y METODO.- La GACE Nutrición fue elaborada hace 4 años por profesionales de enfermería de las Comisiones de Cuidados de Área de los tres hospitales de Huelva. El protocolo en cuestión ha sido el resultado de la revisión de la GACE con actualización bibliográfica y adaptación de la metodología según la idiosincrasia de cada área sanitaria.

RESULTADO El protocolo de coordinación para pacientes desnutrición o con riesgo de nutrición consta de dos documentos fundamentales: 1.- Algoritmo de decisión donde a partir del Índice de Masa Corporal(IMC) va conduciendo hacia la actitud más aconsejable. 2.- Canal de comunicación bidireccional entre niveles asistenciales donde se contempla un documento de valoración, la realización de la valoración nutricional (MNA) y la analítica a valorar por el facultativo referente.

CONCLUSIONES.- El protocolo creado, que emana de la GACE nutrición, elimina las barreras interniveles, facilita la accesibilidad de los usuarios al sistema, economiza gastos y produce satisfacción en los usuarios del área Sanitaria Norte de Huelva.

EXPERIENCIAS DE PRÁCTICA AVANZADA EN URGENCIAS. GESTIÓN DE CASOS.

Autores:

MERINO CASTO, M y ROBLEDO CARDENAS, FJ.

Palabras Clave:

PRÁCTICAS AVANZADAS URGENCIAS GESTION CASOS

Resumen:

Introducción: La introducción de prácticas avanzadas (PA) por enfermeras en las áreas de urgencias es objeto de desarrollo en los últimos años. El Hospital Riotinto (AGS Norte de Huelva), introdujo la PA el año 2005 con la gestión de casos, extendiendo su actuación a urgencias, ayudando a la optimización de la planificación del alta de pacientes frágiles y vulnerables. Objetivo: Describir la experiencia de la gestión de casos en pacientes atendidos en urgencias. Describir el número y características básicas de la población atendida. Describir las fuentes de captación. Describir las actuaciones llevadas a cabo. Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio: Del 1/6/2007-30/06/2011. Variables de estudio: Nº de personas atendidas. Sexo. Edad. Fuente captación. Dependencia física. Cribado cognitivo. Diagnósticos enfermero más frecuentes. Intervenciones Enfermería frecuentes. Resultados: Número total de casos gestionados: 625 Distribución: 336 hombres, 289 mujeres. Edad media 74,70 años. Fuente de captación: Enfermera 239; Supervisora 117; Directa 155; Médico 44; Trabajo Social 25; Paciente 18; Otros 15; Familia 8; ECE 4; TOTAL 625. Niveles de dependencia: Independiente 40; Leve 47; Moderada 134; Severa 252; Total 152. Cribado Cognitivo: Pfeiffer <3: 333; Pfeiffer >3: 292 Diagnósticos de Enfermería más frecuentes: 00126 Conocimientos Deficientes 107; 00078 Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico 50; 00079 Incumplimiento del tratamiento 42; 00047 Deterioro de la Integridad Cutánea 37; 00155 Riesgo de caídas 20; 00053 Aislamiento Social 22; 00099 Mantenimiento Inefectivo de la Salud 19. Intervenciones de Enfermería más frecuentes: 7370 Planificación del Alta 408; 7960 Intercambio de Comunicación 582; 5616 Enseñanza medicamentos prescritos 125; 7400 Guías del Sistema Sanitario 136; 5606 Enseñanza proceso enfermedad 41; 3540 Prevención de úlceras 37. Conclusiones: El perfil del paciente atendido en gestión de casos es el de un hombre, con una media de edad de 74.7 años, que es captado por enfermera clínica o supervisora, presenta déficit de conocimientos y sobre el se llevan a cabo intervenciones de planificación del alta e intercambio de comunicación además de intervenciones educativas. A nivel de experiencia, la gestión de casos en urgencias supone un enorme potencial de captación de pacientes que pueden pasar inadvertidos por otros entornos sanitarios, permitiéndose con ello, actuaciones interniveles.

SOLUCIONES APORTADAS EN EL SEGUIMIENTO DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LAS INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

Nogueras Ruiz, S; Cruz Salgado, O; Centeno Astudillo, J y Pascual de la Pisa, J.

Palabras Clave:

Seguridad Mejora Acreditación

Resumen:

Objetivos Analizar el nivel de cumplimiento en relación a los estándares del Manual de Unidades de Gestión Clínica (UGC) que integran elementos de seguridad del paciente tras la realización de las visitas de seguimiento, así como las soluciones aportadas tras la identificación de incidencias. **Material y método** Tomando como referencia los seguimientos realizados en las UGC de Atención Primaria (AP) y en las de Atención Hospitalaria (AH) en el periodo enero 2010-mayo 2011, se ha realizado un análisis retrospectivo de las incidencias detectadas en estas visitas en relación a los estándares: 10.01 (Actuaciones para evitar acontecimientos adversos (AA)), 10.02 (identificación inequívoca de pacientes) y 10.03 (Registro y análisis de los AA). También se analizaron las acciones implantadas tras el informe. Se ha considerado para ello los registros de la aplicación informática ME_jora C. **Resultados** Las causas principales de incumplimiento: 10.01: no se favorece la identificación, clasificación y priorización de los riesgos (36,5% en AP y 24% en AH); 10.02: No existe sistema seguro de identificación de pacientes (0% en AP y 16% en AH); 10.03: Falta de estrategia para identificar, comunicar y analizar los AA (36,5% en AP y 20% AH). Las principales áreas de mejora implantadas: 10.01: Comisión de Seguridad del Paciente; Designación de Responsable de Seguridad; Formación, Identificación y priorización de riesgos e identificación de medidas preventivas; 10.02: Identificación inequívoca (pulseras identificativas); 10.03: Notificación y análisis de AA y establecimiento de medidas preventivas. **Discusión** Se verifica que en AP la gestión de los riesgos está menos desarrollada pudiendo ser debido a que la cultura de seguridad está más extendida en el ámbito de la atención hospitalaria debido a la mayor complejidad de la asistencia. También se identificó la necesidad de establecer mejoras en AH relacionadas con la identificación inequívoca del paciente, dada la importancia de la disminución de los errores relacionados con la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc. **Conclusiones** Las visitas de seguimiento han permitido identificar que los mayores incumplimientos están relacionados fundamentalmente con la falta de identificación de riesgos, de notificación y análisis de AA, así como con la falta de priorización de medidas preventivas, de ahí que las actuaciones se hayan centrado en la implantación de acciones para garantizar una práctica asistencial más segura.

¿COMO NOS COMUNICAMOS CON NUESTROS GRUPOS DE INTERES? EXPERIENCIA DE HOSPITAL PLATÓ

Autores:

JOVER MORENO, A; PUJOL COLOMER, J; TERRADELLAS ANTOÑANZAS, L y GALLARDO

Palabras Clave:

COMUNICACIÓN GRUPOS DE INTERES CIUDADANIA

Resumen:

En el año 2002 Hospital Plató, coincidiendo con el Plan Estratégico (2003-2007), definió sus valores y objetivos esenciales, por otra parte, para conseguir su cumplimiento optamos fundamentalmente por dos herramientas: El modelo de calidad Europeo EFQM y la Responsabilidad y la Gestión Social, todo ello con un Plan de comunicación que facilitase la información y comunicación tanto a nivel interno como externo. El objetivo de todo ello es mejorar la implicación, motivación y participación entre los profesionales y consecuentemente con nuestros grupos de interés, todo ello enfocado en la mejora de los resultados asistenciales. El material y metodo utilizados han estado: 1- Aplicación del modelo EFQM i de Responsabilidad Social 2- Plan de Comunicación (con la creación del concepto de COMUNICAR-NOS), esto implica, escuchar, orientar, participar, dialogar. 3- De acuerdo con dicho concepto de comunicar-nos, hemos creado diferentes foros de participación a nivel externo: a) Grupo de participación ciudadana (grupo formado por nuestro hospital y diez asociaciones pertenecientes a nuestro Distrito) b) Programa de Educación para la Salud (pacientes y sociedad) c) Programa de colaboración Social (tercer y cuarto mundo) Para valorar los resultados se realizo una auditoria externa en el año 2010 para valorar la percepción, que diferentes grupos de interés, tienen sobre 5 áreas básicas de nuestra organización (ámbito general, Responsabilidad Social, Calidad, Liderazgo i Medio ambiente). La auditoria a objetivado sobre una puntuación de diez los siguientes resultados: Ámbito general: 7,7, Responsabilidad Social, 8,1, Liderazgo: 8,4, Calidad (EFQM): 7,1 Medio ambiente: 8, con una media global de 8,1. Conclusiones: 1) Cualquier accion a realizar debe estar sistemáticamente planificada. 2) A pesar de la importancia de los grupos de interes, el primer grupo de interes son los propios profesionales. 3) Acercarnos a la ciudadanía a través de las acciones citadas anteriormente, permite mejorar el orgullo de los propios profesionales y la reputación corporativa.

INTEGRIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ARCHIVO CLÍNICO PARA UNA MAYOR SEGURIDAD DE PACIENTES Y PROFESIONALES

Autores:

CASTILLA DOMINGUEZ, EJ; OSUNA CORTES, MC; DIAZ GALLARDO, AJ; URAN GARCIA, JE; ESTEVEZ IGLESIAS, L y RODRIGUEZ BLANCO, ID.

Palabras Clave:

seguridad, paciente, Integridad Historia Clínica

Resumen:

Introducción: La ley 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, en su Artículo 19 - Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica, recoge: El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, etc. **Objetivo:** Analizar los Procesos Actuales de Recepción de Historias Clínicas (HC) y Documentación Clínica Adicional (DC) y su Posible Repercusión en la Integridad de la Misma en el Archivo Clínico. **Material y métodos:** El proceso seguido es el siguiente: 1. Períodos Analizados: 17 de Enero - 8 de Abril y 16-31 de Agosto de 2011. 2. Se Registró Diariamente el Número de Historias Clínicas (HC) para Archivar (nº estimado). 3. Se Registró Diariamente el Número de Documentación Clínica Adicional (DC) para Archivar (nº estimado). 4. Se Registró Diariamente el Número de HC que en el Momento del Archivado tenían DC en el Archivador (nº estimado). 5. Se Registró Diariamente el Número de DC que en el momento del Archivado tenían HC en el Archivador (nº estimado). 6. Se realizó una tabulación con estos datos. **Resultados:** 1. Documentación Recibida en el Archivo Clínico: (media diaria en estimación) o Historias Clínicas: 723 / 114 HC. o Documentación Clínica Adicional: 113 / 81 DC. 2. Proporción HC y DC con Documentación ya Archivada: o Proporción de HC para archivar con DC archivada: 4-35% / 2-72 %. o Proporción de DC para archivar con HC archivada: 53-86% / 88-16 %. 3. Si Sumamos Ambas Situaciones, se Podría Tener hasta un 16% (estimado) de Historias Clínicas -No Integradas- Completamente. **Discusión:** 1. La Existencia de DC Archivada sin el sobre de HC es susceptible de no ser Integrada en la HC a Causa de las Variables Inevitables de Archivado. 2. Un Número Elevado de HC o DC Pendientes de Ser Integradas en el Momento del Archivado Ocasiona una Carga Extra de Trabajo al Personal Encargado, con la Repercusión que ello puede Provocar en la Tarea. **Conclusiones:** 1. Se hace Necesaria una Limitación/Regulación, Cumpliendo con la Ley y con el Reglamento de Historias Clínicas, de la Llegada de DC Adicional Mediante la Toma de Decisiones Oportuna. 2. La Optimización y Disminución de estos datos redundaría en la Seguridad Asistencial del Paciente al tener la Historia Integrada y Minimizar los riesgos de -Dispersión- de la Misma.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE VANCOMICINA FRENTE A INFECCIONES NO ESTAFILOCÓCICAS A NIVEL HOSPITALARIO

Autores:

MORALES MOLINA, JA; Martínez de la Plata, JE; Urquizar Rodríguez, O; Fernández Martín, JM; Verdejo Reche, F y Canto Mangana, J.

Palabras Clave:

Eficacia, Seguridad, Vancomicina

Resumen:

Objetivos Las resistencias frente a infecciones no estafilocócicas por microorganismos grampositivos (MGP) son cada vez más elevadas. Por ello, se evaluó la eficacia y seguridad de vancomicina (antibiótico glucopeptídico sólo activo frente a MGP) frente a este tipo de infecciones. **Material y Método** Estudio prospectivo de 9 meses en un Hospital Comarcal. **Datos recogidos:** demográficos, estancia, duración de tratamiento, aclaramiento de creatinina (Clcr) y Cmin o valle al inicio y final del tratamiento con vancomicina, Área Bajo la Curva (ABC)/ Concentración Mínima Inhibitoria (CMI), tipo de infección, MGP aislados y resolución de la infección. El Área de Farmacia realizó el ajuste farmacocinético (programa PKS-Abbott®) y la recomendación de dosis. La eficacia se correlaciona con una Cmin (mcg/mL): 10-15 (Bacteriemia/Bacteriuria), 15-20 (Neumonía/ Infección líquido peritoneal), 20-25 (Endocarditis, Osteomielitis, Meningitis) y un ABC/CMI (mcg*h/mL) ³ 400. La seguridad fué evaluada mediante cambios en el Clcr durante el tratamiento antibiótico. **Resultados** Pacientes: 18, edad (años): 58,3, hombres: 11 (61,1%); estancia (días): 50,5; duración del tratamiento (días): 16,8, Clcr inicio de vancomicina (mL/min): 151,9; Clcr fin de vancomicina (mL/min): 138,5; Cmin o valle (mcg/mL) inicial: 10,0, Cmin o valle (mcg/mL) tras monitorización: 20,2, ABC/CMI (mcg*h/mL): 446; Tipo de infección, Bacteriemia: 5, Neumonía: 4, Herida: 4, Otros: 5. MGP aislados: Enterococcus spp.: 13, E. faecium: 6 (46,2%) y E. faecalis: 7 (53,8%), S. pneumoniae: 3 y S. ?-haemoliticus: 11. CMI (mcg/mL) de los microorganismos aislados: E. faecalis: 1, con CMI=2 y S. ?-haemoliticus: 3, con CMI=2, el resto CMI<1. Resolución de la infección: 15/18 (83,3%). 3 pacientes cambiaron a linezolid, antibiótico de rescate, por mala evolución clínica, 2 con bacteriemia y 1 con neumonía, ambos infradosificados inicialmente. **Discusión** Las infecciones por S. ?-haemoliticus y Enterococcus spp. fueron mayoritarias precisando los pacientes dos semanas de vancomicina para la resolución de la infección. Las prescripciones de linezolid (16,7%) pudieron deberse tanto a una infradosificación inicial y tardía monitorización de vancomicina como a una sensibilidad disminuida al glucopéptido. **Conclusiones** La mayoría de pacientes, infradosificados inicialmente, tras la monitorización de niveles plasmáticos de vancomicina precisaron un incremento de dosis para alcanzar el rango terapéutico, presentando buena evolución clínica sin alteración de la función renal.

INFECCIÓN NOSOCOMIAL, ¿LA LLEVAMOS PUESTA?

Autores:

Feito Alvarez, I; Lopez Casanova, FB; Valentín Rabadán, s y SantiagoGomez , MJ.

Palabras Clave:

Higiene nosocomial infeccion asepsia unifromes

Resumen:

- **Objetivos:** General: Conocer las conductas de higiene y asepsia de nuestros profesionales + Conocer la frecuencia de cambio de uniforme de los profesionales. + Conocer el lugar de limpieza de los uniformes y porque. + Analizar las posibles conductas de riesgo de nuestros profesionales. - **Material y método:** Se ha elaborado una encuesta con 25 preguntas, que ha sido cumplimentada por 150 profesionales del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de San Juan de Dios Aljarafe, durante el periodo del 20 de julio al 31 de Agosto de 2011. El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS 15.0. - **Resultados:** El 23,2% de los encuestados son médicos, el 41,5% son enfermeros y el 35,3% son auxiliares de enfermería, de este porcentaje un 88'6% tienen edades comprendidas entre 20 ? 35 años y el 12,4% entre 36 ? 44 años. El 21,7% refiere lavarlos tras cada turno, 58,3% afirma lavar el uniforme cada 2 turnos y el 30% restante los lava cada 3 o 4 turnos. Solo el 59,8% usa la lavandería del hospital y el 40,2% los lava en su domicilio, de estos el 89,3% lo hace por comodidad, el 2,3% porque no posee taquilla propia y 8,4% por disconformidad del uniforme recibido (no es de su talla o tiene alguna mancha,?) El 8% de los encuestados se va y viene de manera habitual del hospital con el uniforme puesto y hasta un 15% lo hacen manera ocasional. El 87,3% de los encuestados guarda en la taquilla los uniformes sucios con los limpios, hasta que los cambia o los lleva a lavar. El 95,5% afirma conocer el hecho, de que usar el uniforme fuera del medio hospitalario puede ser una vía de infección nosocomial. - **Conclusiones:** Todos conocemos la importancia de mantener una adecuada uniformidad, por el hecho de, ser una vía de contagio para los pacientes como para nosotros mismos y nuestros compañeros. Es también sabido por todos, que el uso del uniforme fuera del recinto sanitario está prohibido y conlleva posibles riesgos hacia los demás, aun así, no es difícil encontrar por los alrededores de los hospitales personas uniformadas que acuden a trabajar, que regresan a casa o que salen en los periodos de descanso a los comercios cercanos. Quizás desde los servicios de prevención de los hospitales deberían lanzar campañas de sensibilización al personal acerca de cómo realizar un uso adecuado del uniforme, por ejemplo: informando de la importancia de usar la lavandería del hospital y no lavar los uniformes en el domicilio ya que estamos poniendo en peligro la salud de nuestras familias.

EVENTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) Y PROCESOS ASISTENCIALES

Autores:

MIÑARRO DEL MORAL, RM; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M; CASTRO RUIZ, MJ; MILLÁN CASADO, M; BERENGUER GARCÍA, MJ y RUIZ GARCÍA, A.

Palabras Clave:

Seguridad del paciente Procesos asistenciales.

Resumen:

Objetivo Describir el resultado de la aplicación de programas de seguridad del paciente (PSP) en el Hospital Reina Sofía. Metodología El abordaje de PSP se inició en 2008 a demanda de los responsables de las UGC o Procesos Asistenciales (PAs). El Servicio de Calidad y Documentación Clínica (SCDC) asumió la coordinación, el soporte metodológico y la logística del trabajo. Se han realizado PSP en 8 PAs (Cáncer de mama, Trasplante hepático, Radioterapia oncológica, Hospital de Día Oncológico, Hemodiálisis, Aborto, Hospitalización Ginecológica y Postoperatorio de Cir. Cardíaca Pediátrica) y 10 UGCs (Cir. General, Cir. Torácica, Med. Nuclear, Rehabilitación, Reumatología, Salud Mental, Enf. Infecciosas, de la Mujer, Urgencias y Med. Interna). Para cada uno de los PSP se constituyó un grupo de trabajo (de 5 a 14 miembros) compuesto por profesionales asistenciales y miembros del SCDC. Se elaboró el catálogo de eventos adversos (EA), fallos y causas para cada uno de los PSP mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Resultados Se identificaron 706 EAs (PA: 337 y UGCs: 369), media de 39 EAs (PA: 42,1 y UGCs: 36,9). El número de EAs osciló entre 11 de UGC Medicina Nuclear y 61 en PA Post-operatorio de Cir. Cardíaca Pediátrica. Los EAs se clasificaron en cinco grandes grupos: déficits en el mismo proceso de atención (43,8%), errores en técnicas/procedimientos (23,4%), manejo clínico inadecuado (19,0%), deficiencias en la información/comunicación al paciente o entre profesionales (8,6%) y aspectos de gestión (5,2%). Los fallos que provocan finalmente estos EAs ascienden a 1.787 (PA: 766 y UGC: 1.021). Discusión El abordaje de PSP específicos para cada UGCs y PAs permite un planteamiento efectivo para la mejora de la atención a los pacientes en la práctica. Se exponen sólo algunos resultados parciales y, aunque los catálogos de EAs identificados en cada uno de los PSP no son exhaustivos, su análisis global ofrece una aproximación útil tanto sobre la cantidad de EAs, como de fallos que los provocan, ya que gran parte de éstos son evitables con acciones preventivas adecuadas. Conclusiones Los EA con una mayor frecuencia potencial de aparición fueron los relativos a deficiencias en el diseño y/o ejecución del mismo PA, seguidos por errores o técnicas utilizadas inadecuadamente, manejo clínico, información/comunicación y gestión. El método empleado permitió establecer un plan de acciones preventivas derivado del análisis de los fallos identificados a pesar de las grandes diferencias en la naturaleza de éstos.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MENTORING EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN .

Autores:

García Fernandez, C; Penco Ramirez, C; Barrientos Moran, C; Medina Serna, M; Aparicio Ramos, R y García Fernandez, B.

Palabras Clave:

mentoring Tutorización contexto real

Resumen:

Objetivo general. Actualizar y entrenar competencias básicas de los profesionales de nueva incorporación para asegurar la calidad de cuidados de los pacientes hospitalizados. Material y métodos. Se elabora un plan formativo que consta de una primera fase de formación on-line de contenidos básicos y una segunda fase de entrenamiento en contexto real (puesto de trabajo). Durante el primer día de trabajo el profesional es acompañado por un profesional experto, formado como tutor (mentoring), durante 6 horas con una guía didáctica establecida y específica para cada área de conocimientos. Se evalúa tanto la satisfacción del profesional, como la del tutor, así como la evaluación del aprendizaje a través de guía de observación con criterios establecidos y evaluados mediante escala Liker. Resultados: se realiza esta actividad durante el año 2010 y 2011, con un total de 88 profesionales formados y la participación de 72 tutores. Las horas impartidas son: 486 El nivel de satisfacción de los profesionales es: 85.8% y de los tutores es: 81.7%. El nivel de Aprendizaje tiene una media entre 3-4. La actividad es evaluada positivamente por todos los participantes, resaltando la necesidad de aumentar el número de horas de Entrenamiento en contexto real. Discusión: Durante el periodo vacacional entran a realizar su actividad profesionales que vienen a sustituir a los profesionales de plantilla. En muchos casos son profesionales que tienen escasa experiencia en el desarrollo de las competencias específicas del cuidado de los usuarios de nuestra área hospitalaria. Esta necesidad de formación, teniendo en cuenta la estrategia de seguridad del paciente, al cual tenemos que garantizarle los mejores cuidados y un nivel de riesgo cero, hacen imprescindible llevar a cabo esta actividad de tutorización, a través de mentoring, de competencias profesionales básicas en contexto real. Conclusiones: Se confirma la efectividad de esta metodología como herramienta de adquisición de competencias en estos profesionales. Sería necesario evaluar el impacto de la misma en la mejora de la práctica clínica.

LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA REALIZACIÓN DE LA GLUCEMIA CAPILAR

Autores:

LÓPEZ HURTADO, F.

Palabras Clave:

“Glucemia capilar” “Limpieza” “Desinfección” “Alcohol” “Técnica”

Resumen:

- Objetivo: Conocer la utilidad y/o necesidad de la limpieza o desinfección previa a glucemia capilar - Material y método: Revisión bibliográfica integradora. Bases de datos: Cuiden tradicional, Cuiden plus, Lilacs, Medline, Scielo, Pubmed, Google Académico, Biblioteca Virtual del SAS. Período: desde 1988 hasta 2009. Términos de búsqueda: ?glucemia capilar?/ ?glucosa sangre periférica?/ ?glucemia periférica?/ técnica / ?técnica de enfermería?/ medición / desinfectante / alcohol / limpieza / test Idioma: inglés y español. Criterio de inclusión: Todo aquel material que se refería exclusivamente a la técnica de la extracción de glucemia capilar. - Resultados: Documentos consultados: 305 Documentos seleccionados: 4 De los estudios encontrados, uno sugiere utilizar agua estéril para la limpieza de la piel cuando se va a determinar glucemia, otro aclara que el alcohol como desinfectante previo a la extracción de la muestra no altera los valores. Un tercero indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de glucemia capilar obtenidos tras la desinfección con alcohol 70° y los valores obtenidos tras la limpieza con suero fisiológico. El cuarto reafirma la importancia de la limpieza de la zona de punción previa a la determinación de glucemia capilar para evitar lecturas erróneas debidas a la existencia de restos de glucosa. - Discusión: La determinación de glucemia capilar a pacientes es una técnica de enfermería muy habitual y no libre de controversia en cuanto a la limpieza o desinfección previa del sitio de punción, dado que la mayoría de profesionales no limpian la zona antes o simplemente pasan un algodón seco, argumentando que el alcohol altera los resultados; ante estos argumentos los estudios encontrados avalan la necesidad de la limpieza o desinfección (uso de alcohol) previa a la realización de glucemia capilar. - Conclusión: La limpieza pre-punción no sólo no interfiere en los resultados de la glucemia capilar, sino que es necesaria y de ?vital? importancia para el paciente.

AUDITORIA DE CONTROL DE ACCESOS A LA HISTORIA CLÍNICA EN SOPORTE PAPEL

Autores:

Jimber del Río, M; Ruiz García, A; Mohedano Gómez, A; Miñarro del Moral, R; Tejedor Fernández, M y Berenguer García, MJ.

Palabras Clave:

Resumen:

Objetivo Diseño y aplicación de un método de auditoría de verificación de accesos del personal autorizado a la Historia Clínica en Papel. Material y Método Revisión de la legislación y normativa vigente sobre finalidades legales y los perfiles profesionales autorizados para el acceso a la historia clínica . Revisión de las políticas internas para contrastar su nivel de alineación con las leyes y normativas vigentes. Revisión de los procedimientos de acceso a la Historia Clínica para contrastar su nivel de alineamiento con las políticas y la legislación vigente. Revisión y catalogación de peticiones de acceso a la Historia Clínica. Revisión y catalogación de prestamos de Historias Clínicas. Identificación de peticiones y prestamos que cumplen y no cumplen con la normativa y procedimiento de acceso a la historia clínica Obtención de resultados. Resultados Alineación adecuada entre la normativa de acceso a la historia clínica y la legislación vigente. Falta de alineación entre los procedimientos de petición y préstamo y la normativa interna. Ausencia de procedimientos para ciertos circuitos (investigación, docencia). Defectos formales en la cumplimentación de las peticiones de acceso. Aunque todos los accesos han sido efectuados por facultativos y personas autorizadas los procedimientos actuales no permiten discernir hasta que punto se trata de accesos pertinentes. No hay separación de roles entre quien autoriza el acceso y quien entrega la historia. Discusión Una vez revisados y establecidos los nuevos procedimientos de acuerdo con las deficiencias detectadas habrá que establecer un procedimiento sistemático para poder realizar la auditoria de accesos mensualmente tal y como exige la Ley Orgánica de Protección de Datos y su Reglamento de desarrollo. Conclusiones La auditoría realizada nos ha permitido alinear la legislación vigente, las políticas y normas internas y los procedimientos para que todo el proceso sea coherente y acorde a la ley. La realización periódica de la auditoría de accesos nos posibilitará conocer cómo influir en la concienciación de los profesionales que solicitan accesos a la historia clínica y los profesionales del archivo, para mejorar el cumplimiento de los procedimientos establecidos.

COMPATIBILIDAD DE PERFUSIONES ENDOVENOSAS UTILIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores:

Vázquez Vela, V; Ladrón de Guevara García, M; Rodríguez Camacho, JM; Obel Gil, L*; Domínguez Cantero, M y Buló Concellón, R.

Palabras Clave:

Compatibilidad Cuidados Intensivos Seguridad

Resumen:

OBJETIVO: Revisión de la información disponible sobre compatibilidades de medicamentos en perfusión endovenosa y nutrición parenteral (NP) para elaborar una herramienta ágil con el fin de aumentar la seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó una revisión bibliográfica de diferentes fuentes de información: fichas técnicas, manuales de medicamentos inyectables y artículos publicados sobre compatibilidad de fármacos en perfusión. Se elaboró una tabla para facilitar la visualización de la estabilidad de los fármacos entre sí o bien con NP. **RESULTADOS:** Los fármacos seleccionados para construir la tabla son de uso habitual en la UCI. Con los 52 medicamentos seleccionados se construyó una tabla cruzada con información sobre su estabilidad y compatibilidad en perfusión endovenosa en jeringa o en Y. En la tabla se indicó según una escala de color la compatibilidad entre sí: verde (compatible), amarillo (compatible según la concentración), rojo (incompatible), blanco (información no disponible). También se reflejó el diluyente más apropiado a utilizar para asegurar la compatibilidad y estabilidad de los fármacos durante su administración. En cuanto a los fármacos compatibles entre sí pero con datos no precisos o insuficientes según la concentración (amarillo), se recomienda solicitar información al servicio de Farmacia antes de su administración. **DISCUSIÓN:** La seguridad es un objetivo primordial en el actual sistema sanitario. El farmacéutico debe implicarse en actividades que puedan contribuir a aumentar la seguridad de los pacientes, sobre todo en el circuito de utilización de los medicamentos, desde su prescripción hasta su administración. La elaboración de una tabla de fácil visualización para la administración concomitante de medicamentos en perfusión endovenosa puede ser una herramienta que facilita el trabajo de enfermería, al proporcionar información relevante para su correcta administración, en beneficio de la seguridad de los pacientes. **CONCLUSIONES:** Se evidencia la necesidad de realizar estudios complementarios para determinar la compatibilidad de algunos fármacos entre sí, sobre los que no existe información disponible, y sobre todo con nutrición parenteral. La tabla de compatibilidad de medicamentos en perfusión endovenosa constituye una herramienta útil para enfermería en cuanto a la administración de fármacos, pues evita errores debidos a incompatibilidades, aumenta la seguridad de los procesos de utilización de medicamentos y la calidad de la asistencia al paciente.

ESTUDIO DE RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA EN PACIENTES INMOVILIZADOS EN SU DOMICILIO

Autores:

BRAVO RODRIGUEZ, MC; MENDEZ SERRANO, B; SALAZAR BRAVO, LM; URBANO PRIEGO, M; CUEVAS PAREJA, F y OCAÑA JIMENEZ, MJ.

Palabras Clave:

Atención Primaria; Riesgo Ulceras; Pacientes Inmovilizados

Resumen:

OBJETIVOS: Conocer el porcentaje de pacientes inmovilizados con riesgo de padecer úlceras por presión (UPP) en la zona de influencia de la UGC Huerta de la Reina. Mejorar la seguridad de los pacientes con riesgo de padecer UPP poniendo en marcha las medidas preventivas necesarias. Determinar el grado de capacitación/ implicación de las cuidadoras familiares para colaborar en los cuidados. **METODOLOGIA:** Realizamos un estudio descriptivo (enero a agosto de 2011) a partir de la explotación la base de datos de pacientes inmovilizados de nuestro centro de salud. Excluimos de este registro a los pacientes institucionalizados debido a la diferencia en las condiciones en el entorno.. Determinamos el riesgo de UPP utilizando como instrumento estandarizado la escala de NORTON. Se definieron una serie de parámetros indispensables para conocer el perfil del paciente inmovilizado en su domicilio con riesgo de UPP y de su cuidadora familiar. **RESULTADOS:** Se ha estudiado los primeros 8 meses del 2011 obteniendo los siguientes resultados: De los 337 pacientes inmovilizados en el domicilio, a 285 se les ha realizado una Valoración Integral haciendo especial hincapié en la necesidad de Eliminación, por ser la incontinencia urinaria uno de los principales factores de riesgo de UPP. De estos, 37 (11%) se encuentran encamados las 24 horas. De los 285, el 51,9% (148) tienen riesgo de presentar una úlcera, y el 37,2% tienen riesgo alto y muy alto. El 14,5% (24) sufre al menos una UPP. **DISCUSION:** Conocer la realidad de nuestros pacientes ha contribuido a mejorar las estrategias de prevención cuyos resultados podrán ser motivo de un próximo estudio,. **CONCLUSIONES:** Conocer el nivel de riesgo de UPP en el total de nuestros pacientes inmovilizados nos ha permitido realizar las siguientes intervenciones de mejora: Distribuir el trabajo enfermera en función del nº de inmovilizados y las cargas según niveles de cuidados y riesgo en la seguridad de los pacientes. ? Conocer el grado de dependencia de los pacientes y el nivel de suplencia proporcionado por las cuidadoras familiares. ? Programar Talleres sobre Movilización y Nutrición dirigidos a aquellas personas cuidadoras de pacientes dependientes, a los que se les detectó riesgo y/o deterioro de la integridad cutánea. ? Utilización de la valoración del riesgo para gestionar la obtención de material orto protésico preventivo. ? Inclusión en el documento de continuidad de cuidados (DCD) domiciliarios la hoja de seguimiento de UPP.

¿CÓMO ELABORAR UNA MATRIZ DE RIESGOS?

Autores:

del Nozal Nalda, M; Vilaplana García, A; Román Fuentes, M; Melcón de Dios, A; Molas Cotén, JR y Vergara Santos, S.

Palabras Clave:

Seguridad Riegos Indicadores

Resumen:

Objetivos: Elaboración de un mapa de riesgos e indicadores de calidad-seguridad fundamentados en la normativa actualmente vigente, en estrategias autonómicas y nacionales y en ser varios de ellos requisitos obligatorios del Manual de Acreditación de las Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Material y Método: La Comisión Central de Calidad Asistencial asume la seguridad de paciente como uno de sus objetivos. Dentro de la comisión se constituyeron tres grupos de trabajo de composición multidisciplinar con objeto de identificar posibles riesgos que puedan afectar a diferentes ámbitos asistenciales. Simultáneamente se formularon indicadores de seguridad utilizando como referencia bibliografía relevante y normativa. Resultados: A partir de este análisis, se ha identificado un listado único de riesgos asociados a la asistencia agrupados en once áreas: identificación del paciente; atención asistencial; riesgos asociados al uso de medicamentos; pruebas complementarias; procedimientos; otros cuidados; control de medicamentos; control de material fungible; comunicación; trámites administrativos/clasificación/triage y adecuación estructural. Esta información así como la metodología para la elaboración de una matriz de evaluación de riesgos, se ha incluido en un documento que está disponible en la intranet. Los indicadores de seguridad elaborados se han vinculado con objetivos de cada Unidad y se ha puesto a disposición de los profesionales registros para su evaluación periódica. Discusión: La relación de riesgos elaborada se ha diseñado como una medida más para favorecer la cultura de seguridad, facilitando esta herramienta como punto de partida para la individualización por las Unidades. Este documento será revisado anualmente incorporando nuevas aportaciones. La definición centralizada de los indicadores para el área así como la unificación de la metodología para su registro permitirá realizar comparativas evitando así la variabilidad en la medición Conclusiones: La elaboración por las Unidades de su propia matriz de riesgos, el seguimiento de indicadores permitirá iniciar líneas de trabajo para el establecimiento de planes de mejora con un enfoque proactivo con medidas preventivas orientadas a eliminar, reducir o mitigar para mejorar la seguridad del paciente y reducir los efectos adversos así como para dar respuesta al cumplimiento de estándares obligatorios del Manual de Acreditación de Andalucía.

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN DIABETES INSULINODEPENDIENTE Y SU TRATAMIENTO EN UN ENTORNO RURAL: FRIGILIANA (UGC NERJA)

Autores:

CALLE MOLINA, F; ALCÁNTARA CAMPOS, P; GALLEGO GALLEGO, G; CAPOTE GALINDO, A y SANCHEZ NAVAS, FJ.

Palabras Clave:

Gestión cuidados calidad investigación cualitativa seguridad

Resumen:

Introducción En el marco del PIDMA, con una orientación estratégica enfocada a las respuestas humanas en la adquisición de conocimientos y habilidades en Diabetes insulino-dependiente, se realiza un proyecto de investigación cualitativa en el centro de Frigiliana de la UGC de Nerja, es decir, un entorno rural, que nos acerque a lo que le llega a los ciudadanos y cómo lo asimilan y actúan en el día a día, tocando aspectos tan importantes como conciencia de su enfermedad, dieta, ejercicio, autoanálisis o autoinyección de insulina. Objetivos - Conocer el nivel de conocimientos sobre la diabetes en pacientes insulino-dependientes - Indagar en las habilidades del autoanálisis y la autoinyección. Material y Métodos - Revisión bibliográfica - Estudio descriptivo cualitativo, tras investigación cualitativa en la población diabética insulino-dependiente de Frigiliana Resultados - Queremos conocer lo que llega de los conocimientos transmitidos a los ciudadanos diabéticos insulino-dependientes sobre su enfermedad y los autocuidados relacionados con la misma - Describir desde la evidencia las habilidades respecto a los autocuidados - Realizar una intervención que mejore los conocimientos y habilidades de dichos ciudadanos sobre la base de un estudio de evidencia Discusión - Es necesario para avanzar en la calidad asistencial contar con el ciudadano - Los estudios de evidencia son los más adecuados para conocer las respuestas humanas a situaciones como el conocimiento y manejo de la enfermedad por el propio paciente. - La variabilidad del entorno sociocultural hace necesario los estudios locales de evidencia, que por métodos comparativos sería posible extrapolar para intervenir sobre la prevención de complicaciones derivadas de los autocuidados de los propios pacientes Conclusiones Con unos estudios cualitativos de evidencia podemos incidir mejor sobre los aspectos que no les lleguen bien a los ciudadanos respecto a los conocimientos de su enfermedad y el manejo de la misma que realicen. Hoy por hoy, al hablar de seguridad del paciente, tenemos que hacerlo partícipe y elemento central de la misma, como garante de su propia seguridad

ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN DE MEDICAMENTOS PARA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: BLOQUE QUIRÚRGICO, AGS ESTE DE MÁLAGA-AXARQUÍA

Autores:

MIRALLES MARTÍNEZ, RM; MARTOS MORENO, R; GALLEGO GALLEGO, G; DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, AM; MARTÍN MÁRQUEZ, A y ALCÁNTARA CAMPOS, P.

Palabras Clave:

Seguridad calidad gestión tiempo

Resumen:

Introducción En el marco del Plan Andaluz de Calidad 2010, que incide en "incorporar de forma efectiva la seguridad, como un valor fundamental en la práctica de calidad de los diferentes equipos profesionales", se plantea la necesidad de una organización de los medicamentos en la UGC del Bloque Quirúrgico que garantice la Seguridad del paciente, mediante prácticas seguras que impidan errores en la aplicación de tratamientos y mejorar, a la vez, la gestión del tiempo. Objetivos - Implantar prácticas seguras en la UGC - Crear un documento con todos los medicamentos almacenados y de uso en la Unidad, incluyendo composición, nombre comercial y genérico - Desarrollar y difundir un procedimiento que garantice la diseminación del conocimiento de los medicamentos de uso entre las auxiliares de enfermería de la Unidad y la actualización permanente del mismo Material y Métodos - Revisión bibliográfica - Creación de un grupo de trabajo dentro de la Unidad para el desarrollo de un documento de almacenaje y descripción de medicamentos y difusión del mismo - Reuniones periódicas, mediante la incorporación en un cronograma, que garanticen la actualización permanente según la Guía farmacológica del Hospital Resultados - Documento que incorpora la revisión y correcta colocación en almacén de los medicamentos - Cronograma de revisiones periódicas del mismo para actualización permanente - Difusión entre todos los profesionales de la Unidad implicados Discusión - Es imprescindible el conocimiento de los medicamentos por parte de las auxiliares de enfermería de la Unidad, para garantizar la seguridad de los pacientes - El mantenimiento de prácticas clínicas seguras y ordenadas, mejoran la gestión del tiempo y pueden aumentar la efectividad y, en un paso posterior, la eficiencia - Los profesionales, empoderados de su propia responsabilidad, desarrollan estrategias que inciden en la Calidad, en un apartado tan importante como la Seguridad Conclusiones El desarrollo de procedimientos reglados en cualquier ámbito asistencial, es una herramienta fundamental para una práctica clínica de Calidad. Cuando se habla de administración de medicamentos, el circuito de los mismos es una parte importante en la seguridad. La asunción de responsabilidades en estas áreas, incide positivamente en la adhesión a prácticas clínicas seguras y de calidad en el equipo

NUEVOS SISTEMAS DE MEJORA EN EL CONTROL TRANSFUSIONAL

Autores:

RIVERO TORREJON, A.; JIMENEZ PEREZ, I.; BAC PALMA, M.; RIVERA PADILLA, M.; ALMAGRO CARAVACA, C. y LOPEZ RODRIGUEZ, R..

Palabras Clave:

Resumen:

OBJETIVOS: En Febrero de 2011 procedimos a la revisión del circuito transfusional en vigor, en nuestro hospital, con vistas a aumentar el sistema de seguridad y la minimización de errores en la administración de hemoderivados. Con tal motivación implantamos la hoja de control de transfusiones que venía a complementar la pulsera de seguridad transfusional ya en uso, implicando al personal de enfermería hospitalario en el control transfusional. Realizamos su difusión e implantación por todos los Servicios hospitalarios durante en el primer semestre del 2011, comenzando por las unidades con mayor índice transfusional.

MATERIAL Y MÉTODO: Nos proponemos evaluar los controles de transfusión recibidos en Banco de Sangre y comprobar su correcta cumplimentación. Para ello hemos seleccionado aleatoriamente 200 solicitudes donde hemos verificado los datos referentes a hora y constantes del inicio y final de la transfusión, incidencias del procedimiento y registro de reacciones transfusionales.

RESULTADOS: En los 200 controles realizados detectamos que el 19'5% no están bien cumplimentadas, siendo el mayor porcentaje de incumplimiento la ausencia de Registro de Incidencias (7% de las peticiones), no constan Constantes de Inicio de la transfusión en el 1% y en el 5% las Constantes Finales. En el 6'5% restante encontramos más de un incumplimiento (2 tipos de errores en el 2'5% y ninguna recogida de datos en el 4%).

DISCUSIÓN: El grado de cumplimiento en la recogida de datos del control transfusional permite evaluar la implicación del personal en los objetivos de seguridad marcados. Aún habiendo realizado la formación del personal de enfermería en las modificaciones del circuito transfusional, preveíamos que se produjesen ciertas incidencias. Con este estudio pretendemos detectar los puntos débiles del sistema con vistas a la resolución y mejora de los errores detectados.

CONCLUSIONES: El documento de control transfusional ha supuesto una clara mejora de los sistemas ya implantados para la seguridad y control de las transfusiones en nuestro hospital. En el estudio planteado hemos detectado el mayor índice de error en la toma de datos del final de la transfusión, punto en el que habrá que incidir fundamentalmente. Dado que el diseño actual del circuito transfusional es todavía muy novedoso en el Hospital creemos que sería preciso insistir en el seguimiento del circuito con el objetivo de conseguir las mejoras de seguridad planteadas y el aumento de la comunicación de efectos adversos de la transfusión.

LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

GONZALEZ MARTIN, A; PORRAS TEJERO, E y GARCIA RUIZ, R.

Palabras Clave:

Seguridad Historia de Salud Auditorías

Resumen:

-Objetivos: La tecnología de la información más importante e imprescindible en seguridad clínica, es la historia clínica. Actualmente en Andalucía disponemos de ella en formato electrónico, Historia de Salud Digital (HSD) en Diraya. Hemos llevado a cabo auditorías internas de las HSD con el objetivo de monitorizar la cumplimentación de los contenidos mínimos para el seguimiento de los problemas de salud del paciente y así poder establecer áreas de mejora y su seguimiento. Objetivos: + Promover prácticas que apoyan el desarrollo seguro y efectivo de la asistencia sanitaria. + Buscar la aplicación de las nuevas tecnologías (HSD) para mejorar la seguridad del paciente. + Monitorizar la cumplimentación de la historia clínica como factor predisponente a la producción de un efecto adverso. + Reducir los riesgos derivados del sistema con la normalización de procedimientos. -Material y Método: Estudio descriptivo utilizando la Base de Datos de Usuarios (BDU) con HSD en Diraya asignados a la Unidad (27.421 usuarios) y que fueron asistidos en las consultas de Medicina de Familia durante un día elegido al azar, desde la apertura hasta el cierre del centro (N=516), siendo la muestra (n) de estudio de 60 pacientes con un nivel de confianza (Z?2) para el 90% de 1,652, una proporción esperada (p) de 0,5 y una precisión (d) del 10 % de 0,1. Se estudiaron las siguientes variables: alergia, hábitos tóxicos, hojas de problemas, motivo de consulta, anamnesis, exploración física, diagnóstico con codificación CIE-9, tratamiento y planes de cuidado. Comunicación a los profesionales de las herramientas de medición utilizadas y los resultados obtenidos y creación de grupo de mejora para implantar las medidas correctoras. -Resultados: De la muestra estudiada, 46 de las HSD tenían cumplimentado correctamente el dato alergia, 22 los hábitos tóxicos, 49 las hojas de problemas, 60 el motivo de consulta, 36 la anamnesis, 21 la exploración, 33 el diagnóstico (CIE-9), 24 el tratamiento y 7 los planes de cuidado. -Discusión: Excepto la variable motivo de consulta, el resto de las variables presentan una gran variabilidad respecto a su cumplimiento entre los distintos profesionales. Conclusiones Es necesario formar e incentivar a los profesionales sobre la importancia de los criterios de calidad de las HSD como práctica segura y efectiva en la seguridad de pacientes. Las autoauditorías de las historias se muestran una herramienta eficaz para retroalimentar a los profesionales en la mejora de su práctica clínica.

ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL AL MANEJO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS POR UNIDOSIS

Autores:

BARRIOS GARCIA, R; MORA BANDERAS, A; SEPULVEDA SANCHEZ, J; ARANDA GALLARDO, M; ALCALA GUTIERREZ, P y MEDINA LOPEZ, R.

Palabras Clave:

SISTEMA UNIDOSIS, SEGURIDAD , BUENAS PRACTICAS

Resumen:

OBJETIVOS:1.Realizar un análisis de situación del cumplimiento del manejo del sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria (SDMDU), 2. Identificar los puntos de incumplimiento del proceso,3. Medir el impacto. 4. Definir/ planificar propuestas de mejora. **MATERIAL Y METODO:** En el año 2010, se identifican las unidades de análisis: servicios que tengan implantado el SDMDU. Se define un grupo de mejora formado por 2 de profesionales referentes de cada unidad de hospitalización que realizaron una evaluación anual de 156 profesionales de enfermería en coordinación de los supervisores de las unidades implicadas y la unidad de calidad del centro. Se elabora una parrilla de buenas prácticas que recopila todos los aspectos fundamentales del SDMDU acorde al protocolo general del sistema de distribución de dosis unitaria de medicamentos instaurado en el centro. Se forma a los profesionales encargados de realizar la recogida de datos a través de dos sesiones formativas. Se definen los criterios de evaluación y se explota la información recogida. Los porcentuales obtenidos se comparan con la media obtenida por ítem y turno, posteriormente se realizó un informe y se establecen las propuestas de mejora asociadas a responsables con un cronograma de actuación. **RESULTADOS:** Para estimar el estándar aceptado en cada criterio para la reevaluación del 2011 se ha obtenido el límite superior e inferior del intervalo de confianza (IC) del 95% y se ha consensado el estándar definitivo tomando como referencia el IC 95% superior, se presentan los resultados estadísticos de la parrilla de buenas prácticas del proceso de administración por este sistema. **DISCUSION:** Este análisis nos ha permitido valorar nuestra situación actual identificando los puntos de incumplimiento y marcando unos estándares que nos permitan ir hacia la mejora continua con una reevaluación continuada del procedimiento. **CONCLUSIONES:** El sistema de dispensación de medicamentos por unidosis mejora la seguridad del paciente en el punto más crítico la preparación/ administración. Para ello requiere un adecuado uso del mismo teniendo en cuenta todas las variables a controlar en este proceso que incluye desde las verificaciones hasta la educación al paciente incorporándolo como parte activa. La creación del grupo de mejora del medicamento en nuestro centro ha ayudado a mejorar las buenas prácticas en esta línea, garantizando una atención más segura y de calidad a nuestros pacientes.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO (APQ) MODELADO CON BPMN

Autores:

CALAHORRA FERNANDEZ, L; GRANDE ARNESTO, M; LLORENTE PARRADO, C; ALONSO GARCÍA, CP; GARCÍA RUBIO, FO y RUIZ GARCÍA, F.

Palabras Clave:

AMFE BPMN SEGURIDAD GESTIÓN PROCESO

Resumen:

OBJETIVOS 1- Mejorar la seguridad del proceso APQ mediante la metodología AMFE. 2- Extender la cultura de seguridad del paciente en los profesionales participantes en APQ. **MATERIAL Y MÉTODO** Trabajo encuadrado en proyecto de investigación conjunto entre el Hospital General Universitario de Ciudad Real y el Grupo de investigación Alarcos de la Universidad de Castilla la Mancha. Para la realización del AMFE se han empleado diagramas del proceso modelados con BPMN (Business Process Modeling Notation), dividiéndolo en cuatro subprocesos: Inclusión en Lista de Espera y Programación, Cirugía Ambulante, Mayor Ambulatoria y con Ingreso. Se ha seleccionado una representación de los profesionales participantes en el proceso APQ y se han impartido dos talleres prácticos por miembros de la Unidad de Seguridad del Paciente. Se han identificado los posibles modos de fallo, sus causas y potenciales consecuencias en las etapas de cada subproceso. Tras la priorización en función de su frecuencia, gravedad y detectabilidad para los modos de fallo priorizados se han propuesto acciones de mejora con responsable, recursos, cronograma e indicadores. Los talleres han sido evaluados mediante encuestas de satisfacción. **RESULTADOS** En la realización de este AMFE han participado 82 profesionales. Se han identificado 181 potenciales modos de fallo y se han realizado 59 propuestas de mejora distribuidas de la siguiente manera: Inclusión en Lista de Espera y Programación (51/13); Ambulante (18/4); Mayor Ambulatoria(21/13); con Ingreso(91/29). Los resultados de la evaluación por los participantes son muy favorables. Los resultados del AMFE se han plasmado en un informe que se ha remitido a la dirección del centro y se han publicado en el repositorio del conocimiento del proceso APQ realizado con la aplicación BizAgi Process Modeler. **DISCUSIÓN** Los modelos realizados con el estándar BPMN han sido muy bien entendidos por los trabajadores que desconocían la notación. La participación e implicación de trabajadores expertos en el proceso con un alto índice de y satisfacción y la publicación del AMFE en el repositorio facilitan la difusión de la cultura de seguridad. Para la dirección, disponer de múltiples propuestas de mejora, muchas de ellas de bajo coste, permite la mejora continua de la seguridad del proceso. **CONCLUSIONES** La metodología AMFE ha permitido hacer un análisis exhaustivo de seguridad del proceso APQ con gran implicación y satisfacción de los profesionales, obteniéndose una valiosa información para la mejora del proceso.

MECANISMOS DE SEGURIDAD INCORPORADOS AL USO DE MEDICAMENTOS

Autores:

Romero Alonso, MM; Estaire Gutiérrez, J; Bolívar Raya, MA y Plata Casas, C.

Palabras Clave:

Medicamentos Seguridad Prescripción Electrónica

Resumen:

Objetivo Optimizar el sistema Prescripción Electrónica Asistida (PEA) y los Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos (SADME), incorporando información relevante: alergias, intolerancias, interacciones, consejos de administración, protocolos, compatibilidad de sueros e información referente a los medicamentos de alto riesgo establecidos por el Instituto de Uso Seguro de los Medicamentos. Método Se realiza búsqueda bibliográfica en ficha técnica, libros de consulta como Martindale, Trissel, manuales de administración de medicamentos y para elaborar protocolos Farmacia propone a los servicios su implantación en patologías/situaciones estandarizadas. Se analizan por Farmacia y crean en el sistema de PEA. El sistema incorpora alertas inmediatas cuando sucede alguna situación de riesgo, mediante pantallas informativas. Resultados Principales resultados: -Alergias: 63, intolerancias: 13, interacciones: 299, estados de riesgo: 13, enfermedades crónicas: 14, enfermedades congénitas: 4 -Medicamentos de alto riesgo, se han elegido 2: oPotasio cloruro: prescripción por miliequivalentes, se ha creado frecuencia específica que indica -Diluido en cada suero-, además se asocia obligatoriamente al suero correspondiente para evitar la administración en forma de bolus. A los SADME, se les ha incorporado un mecanismo de seguridad que indica -MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO, SIEMPRE ADMINISTRAR DILUIDO EN GRAN VOLUMEN-, este mensaje debe ser aceptado por enfermería para poder acceder a la medicación. oAcenocumarol: frecuencia horaria protocolizada a 16h, posibilidad de asignar el día de semana al que corresponde la dosis prescrita. Se envían notas de aviso al médico para recordar finalizaciones de pautas. -Los protocolos implican 116 líneas de prescripción con 65 medicamentos diferentes. Ahora el sistema tiene activos 30 protocolos: 4 Anestesia, 2 Cardiología, 4 Digestivo, 3 Obstetricia, 4 Medicina Interna, 1 Respiratorio, 7 Oftalmología y 2 varios. Discusión Es una labor de monitorización continua de la calidad y actualización constante de evidencias e informaciones disponibles de medicamentos para obtener un programa adaptado a la casuística del hospital, ésto recae sobre el personal facultativo del Servicio de Farmacia. Conclusiones Poder asistir a la PEA con este tipo de información aumenta la seguridad del proceso farmacoterapéutico. Incorporar protocolos al sistema incrementa la eficiencia y calidad ya que mejora la rapidez de la PEA y estandariza la medicación para las mismas situaciones, entre otras ventajas.

PLAN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Autores:

Jimber del Río, M; Tejedor Fernández, M; Ruiz García, A; Berenguer García, MJ; Romero Campos, A y Mohedano Gómez, A.

Palabras Clave:

Plan, Seguridad, Información

Resumen:

Objetivo Desarrollar e implantar del Plan de Seguridad de la Información del Hospital Universitario Reina Sofia Método Nombramiento del Responsable de Seguridad de la Información de acuerdo con Esquema Nacional de Seguridad. Constitución de la Comisión de Seguridad de la Información (CSI). Integrada por profesionales de todos los ámbitos de gestión del centro. La CSI se encarga de velar por el cumplimiento normativo y tomar las decisiones oportunas respecto de la seguridad de la información. Es un órgano asesor a la Dirección Gerencia. Aprobación del plan de adecuación adaptado específicamente al centro . Elaboración e implantación de los procedimientos exigidos en el Documento de Seguridad con los profesionales directamente implicados en el cumplimiento como encargados de diseñarlos asesorados por el Responsable de Seguridad. Resultados Se ha elaborado el Documento de Seguridad de la Información Se han elaborado 12 procedimientos generales de seguridad Se han desarrollado e impartido 2 cursos específicos sobre Principios básicos y medidas de Seguridad dirigidos a los colectivos profesionales del Servicio de Atención al Ciudadano, Archivo e Historias Clínicas, Cargos Directivos e Intermedios y Personal de Tecnologías de la Información. Discusión Falta el desarrollo de 6 procedimientos generales: Procedimiento para el Consentimiento informado para facilitar información a familiares y allegados, Definición e implantación de la gestión de accesos. Política de Contraseñas. Entrada y Salida de Documentos. Gestión de Soportes. Registro de Accesos. Adecuación del Centro de Proceso de Datos Está previsto ampliar el plan para abordar en 2012 todos los procedimientos técnicos. Conclusión Avance en el cumplimiento real, no solo formal de la ley y la normativa Mejora en la calidad gracias a la perspectiva de la seguridad Mayor difusión de la normativa y los procedimientos entre los profesionales

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA GLOBAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Ramos Calero, E; Aljama Alcántara, M; Velázquez Salas, A; Paz León, U; Ponce González, JM y González González, MJ.

Palabras Clave:

Seguridad Paciente Estrategia Global Atención Primaria

Resumen:

La seguridad del paciente (SP) (seguridad clínica) es una dimensión de la calidad asistencial que implica una atención en salud libre de daños.. Esto supone desarrollar procesos y sistemas encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos. El Distrito AP Sevilla Sur (DAPSS), durante los años 2010 y 2011, ha diseñado he implantado una estrategia global de SP mediante un abordaje estructurado, en cascada, con un despliegue matricial en las diferentes unidades que permite minimizar esfuerzos en los procedimientos de mejora continua y que implica a más de 800 profesionales. Los objetivos son: Blindar los procesos prevalentes que significan mayor riesgo para los pacientes. Sensibilizar a los profesionales del DAPSS y difundir la cultura de SP Metodología: Los profesionales del DAPSS, como objetivo común en su Acuerdo de Gestión, han realizado un análisis de riesgos de los procedimientos más comunes evaluando su magnitud, la importancia de los eventos adversos (EAs), la vulnerabilidad y la factibilidad de las áreas de mejora que se deben llevar a cabo para blindarlos sin bloquear los sistemas ni agotar los recursos disponibles. Una vez priorizadas las áreas o procedimientos de riesgo, se realizó el análisis mediante metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) para buscar de forma proactiva los posibles fallos de un forma estructurada. Se establecieron coordinadores por cada procedimiento priorizado que han facilitado los AMFEs. Se han definido coordinadores de UGCs y coordinadores operativos por cada área. De esta manera se ha involucrado en materia de SP a un gran grupo de profesionales que siguen una estructura organizada para implantar la estrategia de SP permitiendo el desarrollo de áreas de mejora que eviten EAs, así como llevar una estadística de los EAs más frecuentes como indicador para evaluar la estrategia. Resultados Se priorizaron 5 áreas: Prevención de Heridas por Presión, Transferencia interniveles del paciente crónico, Tratamiento Anticoagulación Oral, Asistencia a polimedicados e Identificación de Usuarios. Se han redefinido 4 de los procesos seleccionados e implantado las áreas de mejora. Se ha establecido una red de coordinadores de áreas en materia de SP que involucra a 105 personas . Se han declarado 28 EAs a través de la aplicación del Observatorio de Seguridad. Conclusión y Discusión: Difundir una cultura de SP favorece la sensibilización de los profesionales y facilita la implantación de prácticas seguras a nivel asistencial.

REVISIONES ESTANDARIZADAS: CUIDANDO SEGUROS

Autores:

RITA ACOSTA, MJ; PEÑA ROMERO, E; TACÓN REINA, F; SERRANO CATENA, MT; DIAZ RAMIREZ, EM y OLIVA CONTERO, JP.

Palabras Clave:

Seguridad, revisiones, equipamiento electromédico

Resumen:

OBJETIVOS En un entorno hospitalario tener todo el material disponible en el momento necesario es de vital importancia. No se trata solo del fungible o medicación, también hablamos de los espacios físicos, de los equipos de apoyo, etc. En 2009 comenzamos a implantar en nuestro centro el denominado “Procedimiento de Mantenimiento Autónomo (PMA)”, que tiene como objetivos: -Regular la revisión de equipos e instalaciones, verificaciones de seguridad y mantenimiento de estocajes de equipamiento y consumibles de cada área. -Aumentar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los equipos disponibles. Con ello tratamos de ordenar y normalizar una serie de tareas que tradicionalmente ya realizaba el personal sanitario como son las tareas de conservación y control, garantizando la funcionalidad y conservación de las áreas asistenciales y asegurando los criterios mínimos de idoneidad y confortabilidad de las instalaciones para el usuario del servicio. Una herramienta por tanto, de Control de Calidad integrada en el modelo de Calidad Total del Sistema. **MATERIAL Y MÉTODO** Las intervenciones para el mantenimiento autónomo de las áreas asistenciales consisten en: 1. Tareas de limpieza y conservación 2. Tareas de control de estocaje 3. Tareas de verificación de funcionamiento 4. Tareas de mantenimiento preventivo básico (a nivel de usuario) Estas tareas se realizan de forma periódica programada por turnos, diarias, semanales, mensuales y anuales. Las tareas con mayor impacto sobre la seguridad del paciente recibirán un trato preferente, priorizándose con una mayor frecuencia de realización. Se han elaborado unas fichas que describen detalladamente el procedimiento de revisión. El profesional registra su realización una vez llevada a cabo, así como si ha habido alguna incidencia. Está establecido un sistema de auditorías por parte de la supervisión que permite actuar precozmente sobre las incidencias registradas y el control del cumplimiento. **RESULTADOS** -Detección precoz de incidencias en los equipos, instalaciones y dotación en general de cada área. -Mejora en el conocimiento por parte de los profesionales de los equipos disponibles **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** Durante 2011 se ha completado la implantación del PMA en todo el Hospital. A pesar de tener que vencer reticencias iniciales se comienza a apreciar una aceptación positiva por parte de los profesionales que están más comprometidos con el mantenimiento de las áreas asistenciales. Consideramos necesario durante este año mejorar el sistema de auditorías.

ESTUDIO DE MORTALIDAD A UN AÑO Y FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES POLIMEDICADOS ANCIANOS

Autores:

DIEZ RODRIGUEZ, M; TEROL FERNANDEZ, FJ; FAUS FELIPE, V; VAZQUEZ LUQUE, AJ y PAZ CEREZO, M.

Palabras Clave:

POLIMEDICACION ANCIANOS MORTALIDAD CHARLSON

Resumen:

Objetivos Caracterizar una población de pacientes polimedicados en un centro de salud de 36.000 habitantes, sus factores de riesgo y la mortalidad a un año. Material y Método Se seleccionaron 250 pacientes con edad superior a 65 años en tratamiento con 10 ó más medicamentos y productos sanitarios. Se obtuvo la información sobre prestación farmacéutica a partir de la aplicación corporativa Microstrategy. Se revisó la historia clínica de los pacientes para determinar su comorbilidad medida con el índice de Charlson (IC), el nivel de dependencia (test de Barthel), el deterioro cognitivo (test de Pfeiffer), la necesidad de cuidador, hábito tabáquico, obesidad (IMC>30), sexo y edad. Se obtuvo la tasa de mortalidad (TM) a 1 año a partir del registro electrónico de defunciones del Instituto Nacional de Estadística. Resultados La edad media de los pacientes fue 77,3 años (IC95 76,4-78,2), el 64% mujeres. La historia registró hábito tabáquico en un 4% de los pacientes, y sobrepeso en el 21%. El nivel de dependencia, evaluado en 143 pacientes, fue leve en el 38%, moderado en el 15% e importante en el 19%. El 39% de los individuos necesitaba cuidador. De los 91 pacientes con registro de deterioro cognitivo, el 48% tenían algún deterioro neurológico, con el 12% de deterioro severo. La tasa de mortalidad a un año fue del 4.8%; la supervivencia mediana de los pacientes fallecidos fue de 211 días, y el promedio de su índice de Charlson 3.25, mientras que en los pacientes no fallecidos fue de 1.76. Existe una correlación logarítmica entre comorbilidad y mortalidad a un año con la ecuación $\log \%M = IC \times 0.223 - 1.96$ ($R^2 = 0.87$). Discusión El conocimiento de la población con polimedicación es imprescindible para planificar y evaluar los aspectos que determinan su asistencia sanitaria. En nuestro medio, se caracteriza por un elevado nivel de dependencia, deterioro neurológico y la necesidad de cuidador en casi la mitad de los individuos. Entre los factores de riesgo dependientes del estilo de vida, destaca el sobrepeso, por encima del tabaco. La comorbilidad presenta una elevada correlación con la mortalidad a un año, siendo esta exponencial, de modo que cada punto adicional del IC aumenta el riesgo relativo de mortalidad un 67%. Conclusiones Nuestros datos sugieren que 1 de cada 20 pacientes fallece antes del primer año, siendo la comorbilidad un factor determinante para evaluar su riesgo. La cuantificación de estos valores permite evaluar la utilidad clínica de los programas de seguimiento en Atención Primaria.

LA NECESIDAD DE UN PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO DE CONTENCIONES

Autores:

Hidalgo Hidalgo, M*; Bocanegra Rojas, E y Rosado Suárez, A.

Palabras Clave:

Contención física, seguridad, protocolos

Resumen:

La necesidad de elaborar protocolos de actuación sobre actuaciones profesionales que pueden afectar a la seguridad de los pacientes se enmarca dentro de los planes de calidad de la Consejería de Salud de Andalucía para garantizar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias, siendo una de las líneas de acción estratégica. Objetivos: Consensuar la actuación de los profesionales que intervienen en las contenciones físicas de los pacientes por su prevalencia en las organizaciones sanitaria y la existencia de efectos indeseables. Material y método: La necesidad de elaborar un procedimiento operativo estandarizado (POE) sobre contenciones se enmarca dentro de las acciones del Plan de Seguridad del paciente del Hospital Infanta Elena. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema y se siguió una plantilla común a otros POE. Desde el punto de vista ético, se ve conveniente la obtención del consentimiento informado del propio paciente o de sus familiares o allegados si esto no es posible. Según la ley que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cualquier actuación en el ámbito de la salud de un paciente requiere el consentimiento libre y voluntario del afectado, después de haber sido informado y haber valorado las opciones propias del caso. Resultados: Se obtiene un POE de contenciones físicas en el que se incluyen aspectos como pacientes susceptibles de contención física, indicaciones, medidas complementarias, posibles efectos adversos de la contención, procedimiento, obtención del consentimiento y bibliografía. Discusión y conclusiones: La necesidad de un POE de contenciones físicas se basa en la prevalencia y en los efectos indeseables. Es importante la formación y concienciación de los profesionales susceptibles de utilizarla ante posibles atentados a la dignidad humana debiendo ser el último recurso y como medida de urgencia. Es conveniente el consentimiento informado del paciente o familiares y allegados.

PROYECTO HOSPITAL SEGURO: IDENTIFICANDO EL MAPA DE RIESGOS EN EL HAR SIERRA NORTE

Autores:

Sianes Blanco, A; Pérez Ramos, J; Rodríguez Massia, A; Gómez Calvo, D; Torres Cordero, D y Hidalgo Llonis,

Palabras Clave:

mapa riesgos, seguridad paciente, hospital seguro

Resumen:

OBJETIVOS: ? Disponer de un mapa de riesgo (MR) en el centro que permita clasificar y priorizar actuaciones sobre riesgos latentes identificados ? Conseguir participación de profesionales en identificar riesgos por área **MATERIAL Y MÉTODO:** En 2009 se establece un sistema voluntario de notificación relacionado con la seguridad del paciente donde profesionales ayudan a identificar tanto Áreas de Mejora en Seguridad (AM), como incidentes (Inc) y Eventos Adversos (EA). En 2011 se plantea como objetivo elaborar un MR usando como fuente de datos para su diseño, cada notificación efectuada en estos 2 años, analizándolas por profesionales cualificados (que al menos tengan hecho curso básico de seguridad EASP) encargándose cada uno del análisis de AM, Inc y EA y se triangula con otros miembros hasta consensuar clasificación y priorización según 4 variables: ? Problema solucionado, Posibilidad de ocurrencia, Riesgo/repercusión vital paciente y existencia medidas que controlen actualmente el problema ? Cada variable puntúa de 0-10. Punt máx de riesgo: 40 **RESULTADOS** Septiembre 2011: 49 notificaciones (20 AM, 12 Inc y 17 EA). Tras análisis se clasifican en 7 grupos: Caídas (7), Equipamiento (10), Estructura (10), Identificación de paciente (4), Plan RCP (3), Uso del medicamento (13), Otros (2) 18 elementos > 20 puntos (el 66.6% de estos se reparten en uso del medicamento, equipamiento y estructura) Individualmente, el grupo RCP dispone de mayor riesgo medio (27.6), seguido de identificación de pacientes (22.7) y uso del medicamento (18.4) **DISCUSIÓN** En 2009, se consideró que la fuente para elaborar el MR fueran exclusivamente las AM, no obstante, la riqueza de datos aportadas por los Inc y EA, origina su inclusión (29 aspectos más), arrancando en 2011 el MR con 7 grupos con actuaciones y responsabilidades definidas, que hagan del Centro un entorno más seguro para el paciente **CONCLUSIONES** ? Tras un análisis de registros de 2 años, se dispone de un MR en el centro clasificado y priorizado con actuaciones y responsabilidades que permitirán su evaluación posterior ? Dado el riesgo intragrupo, se priorizan actuaciones para elaborar un protocolo de RCP en el Centro, otro de identificación de pacientes y la creación de una comisión de uso seguro del medicamento, medidas puestas YA en marcha en un plazo de 2 meses desde la finalización del MR ? Se ha conseguido introducir cultura de seguridad en el Centro al conseguir la participación de profesionales en identificar los riesgos por área

ANÁLISIS MODAL PARA LA PREVENCIÓN DE HERIDAS POR PRESIÓN EN EL DOMICILIO

Autores:

Ponce González, JM; Ramos Calero, E; Velázquez Salas, A; Maldonado Campaña, M; Navarro Maldonado, C y Márquez Crespo, E.

Palabras Clave:

Seguridad Clínica, AMFE, HPP, Atención Primaria

Resumen:

Introducción En nuestro Distrito de AP Sevilla Sur, tras realizar un análisis de la situación de su asistencia sanitaria en materia de seguridad clínica se priorizaron áreas críticas, entre las que se encontraba la aparición de HPP (heridas por presión) en el ámbito domiciliario. El objetivo general es mejorar la seguridad clínica del paciente en relación a la aparición de HPP Material y Método Realización un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) en la prevención de las HPP en ámbito domiciliario. Tras constituir un grupo de trabajo se realizó la identificación de las fases del proceso, esquematizando las etapas necesarias para lograr el resultado mediante diagrama de flujo, construido sobre 5 grandes bloques. Posteriormente se analizaron los fallos potenciales, los efectos y las posibles causas. Para cada fallo potencial se estimó la probabilidad de aparición, de detección y de trascendencia, obteniéndose un coeficiente de riesgo (NPR) inicial que sirvió para priorizar las acciones recomendadas para reducir el riesgo. Resultados Según esta priorización, nos centramos en 4 grupos de modo de fallo: 1) No captación tras el alta hospitalaria, 2) No se lleva a cabo el plan de cuidados: competencias de la cuidadora 3) Error en el proceso de Educación para la Salud (EpS) y 4) Error en la comunicación de profesionales con NPR inicial de 405, 405, 243 y 225 puntos respectivamente. En todos los casos el efecto sería el aumento del riesgo y aparición de HPP Se determinaron las causas para cada modo de fallo y acciones específicas para reducir el riesgo Con estas acciones recomendadas que se trasladan en acciones tomadas gracias la adaptación local de las diferentes UGC, se puede reducir considerablemente el riesgo pasando a un NPR final de 125 para el fallo nº 1, 175 para el nº 2 y 30 para el nº 3 y 4. Conclusiones La adaptación local de una estrategia de seguridad favorece la sensibilización de los profesionales y facilita la implantación de prácticas seguras a nivel asistencial que reduzcan el desarrollo de HPP en los domicilios

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN ANALGESIA INVASIVA DOMICILIARIA TRAS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Autores:

Crespillo García, E; Cuéllar Obispo, E; Toscano Méndez, RJ; Rodríguez de la Torre, R y Pérez García, A.

Palabras Clave:

analgesia invasiva domiciliaria seguridad investigación cualitativa

Resumen:

Objetivos: Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios sobre la analgesia invasiva domiciliaria tras cirugía mayor ambulatoria, estudiar la satisfacción de los pacientes sobre el circuito quirúrgico, establecer los procedimientos que pueden suponer un riesgo para su seguridad, así como investigar la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los mecanismos invasivos. **Método:** Investigación cualitativa transversal. Realización de Grupos focales y Entrevistas a pacientes intervenidos de procedimientos quirúrgicos con analgesia invasiva domiciliaria postoperatoria (bombas elastoméricas Intravenosas y catéteres Perineurales). Se establecieron los siguientes ejes temáticos: 1. Nivel de satisfacción, 2. Proceso prequirúrgico (información, educación para el dolor), 3. Proceso postquirúrgico (hospitalización, alta domiciliaria, tratamiento analgésico, percepción de seguridad de los mecanismos invasivos, efectos secundarios, etc.) 4. Trato personalizado, 5. Accesibilidad, 6. Valoración del circuito quirúrgico. Se llegó a la finalización de la investigación cuando los datos se saturaron y no aportaron más información. **Resultados:** Para el grupo de bombas elastoméricas intravenosas el nivel de satisfacción general es de 9.7 puntos y para el grupo de catéteres perineurales el nivel de satisfacción fue de 9.2. Los pacientes valoran positivamente la información aportada en todo el proceso quirúrgico, el trato personalizado, la seguridad de los mecanismos invasivos y el seguimiento que realiza enfermería. Los pacientes identifican como factores importantes para su seguridad: que se aporte información sobre el manejo de los mecanismos, hospitalización de 12 a 24 horas tras la intervención, que el mecanismo invasivo sea efectivo en el alivio del dolor, apoyo familiar en pacientes de avanzada edad, ausencia de efectos secundarios o incidencias y accesibilidad a través del teléfono de emergencia aportado. **Discusión:** La información aportada al paciente, el seguimiento y la accesibilidad al centro son valoradas como elementos clave de la calidad del proceso quirúrgico. El trato personalizado a través de llamadas pre y postoperatorias al paciente genera confianza y seguridad, aspecto que hace aumentar el nivel de satisfacción. **Conclusiones:** La analgesia invasiva domiciliaria tras procedimientos quirúrgicos de CMA resulta ser para nuestros pacientes un abordaje analgésico efectivo, seguro y bien aceptado.

ATENCIÓN PACIENTE CODIGO ICTUS EN JAEN PROVINCIA

Autores:

De Haro Ramírez, N; García Garrido, A; De Castro García, S; Lietor Villajos, N; Castillo Lorente, E y Maestre Martínez, A.

Palabras Clave:

atención sanitaria, Código ictus, jaen,

Resumen:

Objetivos: Dar la mejor atención al paciente código ictus, en cualquier punto de la provincia, garantizando su detección precoz, prealertando a través del CCUE para canalizar la activación del centro útil que corresponda y posibilitando la preparación de dicho centro para asegurar el tratamiento más adecuado a la situación del paciente. Material y Métodos: El Grupo de trabajo Código Ictus, se creó en marzo 2010. Se enmarca en el seno de la Comisión de Urgencias y Emergencias de la Delegación de Salud, contando con la activa intervención de todos los niveles asistenciales. Cada una de las instituciones y centros que forman parte del grupo han avanzado en mejoras internas en relación a la atención de estos pacientes Resultados: - Se han establecido protocolos en todos los centros Hospitalarios basados en la actualización 2011 del Hospital de referencia, el CHJ -Han mejorado los tiempos de coordinación de las demandas Sospecha de ACVA desde el CCUE de Jaén. -Se han consensado elementos clave, como la derivación de pacientes en función de las prioridades 1 y 2 del PLACA, contactos directos de prealerta en los distintos centros, tratamiento de la hiperglucemia de estos pacientes, confirmación de realización de Fx en el centro receptor.-Todos los centros Hospitalarios de la provincia tienen los procedimientos actualizados e implantados para realizar la Fibrinólisis en estos pacientes.-Se ha establecido la prealerta de paciente código ictus a través del CCUE de Jaén, siendo ésta correcta con los criterios establecidos en el 70% de los casos estudiados.-Se han realizado seis reuniones del grupo más una sesión interniveles provincial en la que se han mostrado los resultados actuales y se han determinado los compromisos para avanzar en el grupo de trabajo. -Se está formando a profesionales en todos los niveles asistenciales Discusión: Los datos actuales muestran un cambio muy significativo desde que el grupo comenzó a establecer los consensos y compromisos para la mejor atención de estos pacientes, pero es necesario avanzar más en todo el proceso. Desde la detección del paciente, a la reducción de los tiempos de atención, prealertas y realización de Fx en los centros con menor experiencia en su aplicación. Conclusiones: La comunicación interniveles del grupo provincial nos ha concienciado a todos del efecto que pueden tener los acuerdos instaurados y su impacto en estos pacientes. Este es el motivo fundamental por el que el grupo debe seguir esforzándose por dar la mejor atención a este problema de salud.

ANÁLISIS DE RIESGOS Y ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN EL AREA DEL MEDICAMENTO EN EL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Autores:

SABORIDO CANSINO, MC; VELAZQUEZ SALAS, A; RAMOS CALERO, E; SERRANO SANCHEZ, B; BENITEZ MELERO, D y FLORES CABALLERO, L.

Palabras Clave:

RIESGOS FALLOS CAUSAS EFECTOS ADVERSOS

Resumen:

Objetivo General: Mejorar la seguridad del paciente y reducir los eventos adversos derivados del uso de los medicamentos en el Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla Sur
Objetivos Específicos: Establecer un diagrama de flujo para cada uno de los procesos priorizados. Describir los posibles fallos y sus posibles causas. Analizar la Gravedad, Ocurrencia y Detectabilidad de cada fallo (IPR). Describir áreas de mejora. Definir indicadores de monitorización. Metodología: Un grupo multidisciplinar elabora un Mapa de riesgos en el ámbito del área del medicamento. Éstos se priorizan mediante la metodología de Hanlon. A partir de los riesgos priorizados se definen procesos de diseño. Cada uno de los procesos es trabajado por un grupo de profesionales expertos en el tema, en el cual establecen un diagrama de flujo de los procesos. Se utiliza la metodología AMFE, como método proactivo, con el fin de evitar los fallos, problemas y debilidades antes de que aparezcan. Se priorizará mediante el Índice de Prioridad de riesgos (IPR), según Gravedad, Aparición y Detectabilidad. Resultados: En el análisis de riesgos dentro del área del medicamento, se establecen 12 riesgos y 3 tuvieron mayor puntuación: error de administración de vacunas, polimedición en pacientes inmovilizados y reacción medicamentosa debida a alergias. Así pues, se definen tres procesos de diseño: - ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS SEGÚN EL PLAN DE VACUNACIÓN INFANTIL (PVA) EN CENTROS SANITARIOS - REVISIÓN DE BOTIQUINES A PACIENTES INMOVILIZADOS - VALORACIÓN Y REGISTRO DE REACCIONES ALÉRGICAS MEDICAMENTOSAS EN HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE. Mediante metodología AMFE, de cada proceso, se priorizan los fallos con mayor IPR: selección de vacuna que no corresponde a la que queremos administrar y no reconstituir o reconstitución errónea, ambos con IPR de 384, no coincidencia entre medicación activa y medicación domiciliaria con IPR de 441 y registro incorrecto de alergias medicamentosas con IPR de 504. Se proponen medidas correctoras para reducir los riesgos para cada uno de los procesos: difusión de calendario vacunal actualizado, elaborar y difundir documento similitud vacunas y de preparación óptima de vacunas, crear e implantar un documento de comunicación formal entre los profesionales y establecer y difundir un manual de registro de alergias para los profesionales. Conclusiones y Discusión: Adaptar a las UGC a las medidas propuestas y Participar y fomentar la formación específica en materia de seguridad propuesta.

RECOMENDACIONES A LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO

Autores:

Aguayo Canela, DM; Lora Monge, E; Coronado Vázquez, MV; Prada Carrasco, C; Rivera Bautista, JM y González Carrión, P.

Palabras Clave:

estado vegetativo permanente(EVP), Comité Ética Asistencial(CEA)

Resumen:

OBJETIVOS: Realizar recomendaciones a seguir en los Comités de Ética Asistencial (CEA) para la resolución de conflictos en la toma de decisiones en pacientes en Estado Vegetativo y otras alteraciones graves de la conciencia que les hace ser no capaces. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realiza una revisión bibliográfica de los casos famosos que han suscitado el debate ético, de la etiología, epidemiología, pronóstico y evolución del Estado Vegetativo Permanente (EVP), del posicionamiento de las principales religiones en el proceso de muerte (en especial de la católica en pacientes en EVP), de los informes y recomendaciones de Organizaciones profesionales y grupos de expertos, así como del marco jurídico de aplicación en España y en la Comunidad Autónoma Andaluza. **RESULTADO:** Las recomendaciones sobre las actuaciones del CEA en estos casos se dividen en dos grandes bloques. Unas actuaciones generales (o proactivas) que se centran en evaluar protocolos locales existentes, elaborar recomendaciones a profesionales y en concreto sobre solicitudes de suspensión de alimentación e hidratación enteral. Otras en los casos concretos (o reactivas), en la que deben tener información exhaustiva sobre aspectos clínicos, diagnósticos y evolutivos, valorar los deseos previos del propio paciente (ahora no-capaz) o para el paciente por representación (jerarquía y tipo), considerar los objetivos que se marca el equipo asistencial, evaluar los posibles conflictos entre profesionales o familiares (LET, rechazos de tratamientos, creencias religiosas) sin olvidar analizar las repercusiones legales y mediáticas. **DISCUSIÓN:** La reciente constitución en Andalucía de los CEAs hace aconsejable generar un cuerpo de conocimiento teórico y práctico en el campo de la Bioética que sirva de apoyo directo para su trabajo y guíe sus debates en los casos que se vayan presentando. Los temas del final de la vida serán los más frecuentes. El EVP es un proceso emergente debido a las maniobras de RCP y otras medidas de soporte vital en casos de anoxia cerebral o TCE grave, por lo que puede ser útil disponer de información relevante para la reflexión bioética en este tema. **CONCLUSIONES:** Las recomendaciones actuales implican centrar los esfuerzos en: 1) Asegurar el diagnóstico de EVP. 2) Conocer la prevalencia real de este síndrome y los factores clínicos, sociales y de costes asociados. 3) Desarrollar guías para los equipos multiprofesionales que atienden a estos pacientes. 4) Potenciar el uso de la Voluntades Previas (VVA) y del registro andaluz.

AVANCES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE SCACEST EN JAÉN PROVINCIA

Autores:

García Garrido, A; De Castro García, S; Romero Morales, F; Fernández Guerrero, JC; Cordero Pérez, M y Ureña Fernández, T.

Palabras Clave:

SCACEST, acuerdos, grupo provincial

Resumen:

Objetivos: Reperusión precoz en el paciente con SCACEST en la provincia de Jaén. Mejorar la comunicación interniveles para que el paciente sea detectado lo antes posible y pueda realizarse la Fibrinólisis extra o intrahospitalaria en el menor tiempo posible, así como acceder a la ICTPp en el CHJ, en los casos en los que la Fx está contraindicada. Material y Métodos: El Grupo de trabajo SCACEST, se creó en marzo 2010. Se enmarca en el seno de la Comisión de Urgencias y Emergencias de la Delegación de Salud, contando con la activa intervención de todos los niveles asistenciales, AP, Hospitales comarcales y de referencia, 061 y CHARES. Cada una de las instituciones y centros que forman parte del grupo han avanzado en mejoras internas en relación a la atención de estos pacientes Resultados: - Mejoras en el Plan Experto de Dolor Torácico, disminuyendo los tiempos de coordinación en pacientes con esta sintomatología. -Adecuación por encima del 85% en los procesos SCACEST en el SP 061 de Jaén ? Establecimiento de las prealertas de AP y 061, desde el CCUE a los centros de referencia para preparar la acogida de estos pacientes y posibilitar la realización de Fx en los casos en los que no se haya realizado a nivel extrahospitalario o la ICCTp en situaciones de contraindicación de la Fx ? Comunicación directa del médico/a responsable del paciente con Hemodinámica del CHJ para decisiones de ICTPp en el menor tiempo posible. ? Derivación de pacientes con patología cardíaca y contraindicación de Fx desde poblaciones de cobertura del equipo periférico de Emergencias al CHJ ? Determinación de cuatro puntos de AP, uno en cada Distrito Sanitario, para la realización de Fx extrahospitalaria por parte de AP. Discusión: El CCUE y Los Equipos de Emergencias del SP 061 de la provincia han modificado su operativa de actuación para posibilitar la mejor continuidad asistencial en estos pacientes; sin embargo, hay que avanzar en cuanto a comunicación de las mejoras establecidas por el grupo en los diferentes niveles asistenciales, así como en la formación de profesionales de AP, en la evaluación de las historias clínicas realizadas por AP y la interacción entre este nivel asistencial y el centro útil para el paciente. Conclusiones: La comunicación interniveles del grupo provincial nos ha concienciado a todos del efecto que pueden tener los acuerdos instaurados y su impacto en estos pacientes. Este es el motivo fundamental por el que el grupo debe seguir esforzándose por dar la mejor atención a este problema de salud.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE COLON-RECTO EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

Autores:

Fuentes Gómez, V; Gándara Adan, N; Díaz Gonzalez, C; Palma Carazo, F; Gavira Albiach, P y Alcalá Gutiérrez,

Palabras Clave:

infección sitio quirúrgico, intervención, impacto

Resumen:

OBJETIVOS: desde que se monitoriza la infección del sitio quirúrgico (ISQ) de cirugía de colon y recto (C-R) según metodología del plan de vigilancia y control de la infección nosocomial (IN) de Andalucía (PVCIN), las tasas en nuestro hospital han sido elevadas, en parte debido al hecho de disponer de unos sistemas de información que nos permiten el seguimiento estrecho del paciente hasta los 30 días tras la intervención. Hemos analizado y abordado la ISQ desde diferentes ángulos, pero hasta enero de 2010 no ha sido realmente objeto de una intervención multimodal bien ejecutada. **Objetivo principal:** implantar 6 medidas seleccionadas en el abordaje de la cirugía de C-R y evaluar su impacto sobre las tasas de ISQ. **MATERIAL Y METODO:** entre enero y diciembre de 2010 se llevó a cabo una intervención en la Unidad de Cirugía General y Digestiva del Hospital Costa del Sol de Marbella (Agencia sanitaria Costa del Sol), sobre los pacientes de cirugía urgente y programada de colon-recto (C-R) correspondientes a los códigos CIE contemplados en el PVCIN. Las medidas puestas en marcha desde enero de 2010 han sido: 1. Reestructuración del equipo quirúrgico para la cirugía rectal. 2. Modificación del protocolo quirúrgico en el cáncer de recto medio e inferior. 3. Normalización de la rutina de dos tiempos, sucio y limpio, de las intervenciones. 4. Profilaxis antibiótica sistemática combinada oral y parenteral. 5. Introducción de los preparados de base alcohólica para preparación de manos en quirófano. 6. Formación y feedback a los profesionales. **RESULTADOS Y DISCUSION:** La incidencia promedio de ISQ en cirugía de C-R en los años previos (2003-2009) fue del 31.7%. En 2010 se realizaron 177 intervenciones de C-R, y la incidencia de ISQ con cierre de seguimiento a 30 días, fue del 12.92%, lo que supone una reducción de un 60% respecto a los datos previos. Esto supuso una reducción estimada de 34 infecciones del sitio quirúrgico y más de 500 días de estancia (estimación en base a los datos de 2003 a 2009). **CONCLUSIONES:** Cuando los líderes naturales ponen el foco de atención sobre la IN y consiguen además la implicación de los agentes clave en los procesos quirúrgicos, disponen de las herramientas necesarias para inducir reducciones drásticas en las tasas de ISQ, tal y como preveían estudios de incidencia de efectos adversos (EA) como el ENEAS, en el que hasta un 56 % de los EA relacionados con la infección nosocomial se consideraron evitables.

AUDIOVISUAL SOBRE BRIEFING EN ATENCION PRIMARIA

Autores:

SANCHEZ BLANCO, J; BENITEZ MERELO, D; FABIANI RODRIGUEZ, F; MARQUEZ CRESPO, E; RUIZ PLAZA, JM y FERNANDEZ ORTIZ, V.

Palabras Clave:

Audiovisual, Atención Primaria, Comunicación

Resumen:

OBJETIVOS 1.Elaboración de un vídeo explicativo sobre la técnica del Briefing en Atención Primaria (AP). 2.Disponer de un instrumento que facilite el aprendizaje y difusión de la técnica del Briefing en AP. 3.Impulsar la cultura de la seguridad del paciente en los centros de AP. **MATERIAL Y METODOS** 1.Constitución de un grupo nominal de profesionales multidisciplinares (médicos de familia, enfermer@s, matrón, auxiliares) con experiencia y compromiso con la organización para impulsar la cultura de Seguridad del Paciente en el Distrito Sevilla Sur en Diciembre de 2010. Reuniones de trabajo para consensuar los elementos claves que debe contener un BRIEFING. 2.Elaboración de un guión que permitiera representar, en un formato audiovisual, situaciones típicas y frecuentes de la práctica asistencial susceptibles de utilizarse para demostrar la utilidad del briefing a efectos de mejorar la seguridad del paciente en el ámbito de la AP. **RESULTADOS** Realización de un audiovisual sobre los Briefing en AP por los propios profesionales que han constituido el grupo operativo sobre los Briefing en AP del Distrito Sanitario Sevilla Sur. **DISCUSION** Conocemos el empleo del briefing como instrumento de comunicación dentro de los equipos, especialmente y en lo que concierne a la salud, en el ámbito hospitalario pero carecíamos de un elemento de apoyo audiovisual destinado a su difusión en el ámbito de la AP, ámbito con una cultura de seguridad del paciente menos extendida. La elaboración de este audiovisual, diseñado específicamente para el mismo, puede contribuir a la difusión del briefing. Es posible que con este instrumento los profesionales de AP comprueben que la falta o mala comunicación es en muchas ocasiones motivo de error, a veces, la única causa. La realización de los briefing en AP podría tener como consecuencia un aumento de las notificaciones de los efectos adversos, en ocasiones -casi errores-. **CONCLUSIONES** El audiovisual sobre los briefings en AP es un instrumento que pretende fundamentalmente impulsar la cultura de seguridad del paciente en el entorno comunitario. El briefing facilita la integración de un equipo, promoviendo una cultura de seguridad del paciente. Desde la AP se deben y pueden adaptar instrumentos de mejora continua que facilitan el desarrollo de la estrategia de seguridad del paciente, promoviendo una atención más segura.

INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

Autores:

Garrido Ramiro, MD; Florez Almonacid, CI y Caballero Piedra, A.

Palabras Clave:

Barthel Braden Intervenciones enfermería

Resumen:

El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de úlceras por presión y las intervenciones para prevenirlas en pacientes con problemas neurológicos, durante el periodo de hospitalización. Método: Estudio piloto de seguimiento de todos los pacientes hospitalizados en el periodo de mayo a junio del 2011. Se les realizó valoración al ingreso y alta hospitalaria del grado de autonomía (Barthel), valoración del riesgo de presentar upp (Braden), intervenciones de enfermería (Cambio de posición, levantar, vigilancia e hidratación de la piel, protecciones, superficie de manejo de presión (SEMP), datos demográficos (edad, género, días de estancia hospitalaria, cuidador familiar), presencia de úlceras por presión (UPP) Resultados: total de pacientes fue de 108 de los cuales el 43.5%(n=47) presentaban riesgo de úlceras por presión durante su ingreso. La incidencia de upp fue de 2.1%, localizada en la nariz y de grado II. El 40.5% presentaban problemas cerebrovasculares. El promedio de edad fue de 63.6 años (DT 14,7), el 42.6%% tenían entre 51-65 años. La media de ingreso fue 11 días (DT 8.9). EL 57.4% eran hombres. El 87.2% tenían cuidador familiar las 24 horas del día. En relación al grado de autonomía el 72% tenían dependencia total y /o severa al ingreso y al alta hospitalaria el 55% (el cambio es significativo $p<0.05$). El 40,4% presentaban riesgo alto y 59.6% riesgo medio de presentar úlceras por presión al ingreso y al alta el 34% riesgo alto y el 31% riesgo medio(el cambio es significativo $p<0.05$). En relación a las intervenciones al ingreso el 27% se les realizó cambio de posición y al alta al 30.5%, ayuda para levantarse al sillón el 73% al ingreso y el 79% al alta; vigilancia de la piel 70% al ingreso y el 81% al alta, hidratación de la piel al 66% al ingreso y al 62% al alta; al 30% se les colocó protectores en los talones al ingreso y a alta el 49% los requerían, el 7.3% se les colocó una SEMP. La incidencia de UPP se asocia con la intervención levantar al sillón ($p>0.05$) Conclusión: Al alta hospitalaria los pacientes continúan presentando grado de dependencia y riesgo de UPP alto. Si bien la incidencia intrahospitalaria es muy baja, es posible que puedan desarrollar úlceras en su domicilio si no continúan con las intervenciones de prevención. El Riesgo de úlceras por presión debe ser comunicado en el informe de continuidad de cuidados a las enfermeras de atención primaria.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SAHOS: UNA APUESTA SEGURA

Autores:

García Navarro, EB; Lozano León, T; Maldonado Pérez, JA y Dominguez Gomez, JA.

Palabras Clave:

adherencia tratamiento-SAHOS-seguridad

Resumen:

La presión nasal positiva continua (CPAP), es actualmente el tratamiento más utilizado en el síndrome de apnea, hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS) de carácter severo. A pesar de la importancia del tratamiento para mejorar la clínica del paciente y sus repercusiones biológicas, la adherencia a éste, no es una característica que prevalezca en los pacientes que la poseen, la no adherencia viene condicionada por numerosos factores según determina la literatura científica, pero no encontramos ninguna específica que analice este fenómeno a pesar de las repercusiones socioeconómicas que este proyecta en nuestro sistema sanitario. En la siguiente comunicación abordaremos este problema desde la perspectiva emic de los sujetos, conociendo así las percepciones de cada uno de ellos y analizar las causas que inciden en la no adherencia del tratamiento. Objetivo: Conocer las percepciones de los pacientes con tratamiento CPAP adheridos/ no adheridos. Metodología: Estudio Cualitativo de carácter fenomenológico Población: La elección de los sujetos se realizó con un muestreo no probabilística de conveniencia o estratégico, la decisión de este tipo de muestreo está en relación con la simplicidad y la economía de este tipo de diseños muestrales. Los sujetos de estudio se han dividido en dos grupos, aquellos que están plenamente adheridos al tratamiento y los que no. Para determinar el número de sujetos en cada uno de los grupos se planteó el criterio de saturación del discurso es decir, cuando la información comience a ser redundante y no aporte ningún nuevo punto de vista analítico. Recogida de los datos: La recogida de datos se ha realizado a través de entrevistas en profundidad, para conocer el emic de los sujetos entrevistados. El análisis de los datos se llevará a cabo mediante la metodología propuesta por Taylor y Bogdan, basado en tres fases: descripción, codificación, relativización. Resultados/Conclusiones Categorías resultantes que siguen un patrón característico de adherencia al tratamiento en cada grupo. Codificación La adherencia al tratamiento viene determinada por un constructo biopsicosocial que genera cada uno de los individuos en función de su biografía y cultura. Esta adherencia al tratamiento es fundamental para preservar la seguridad de nuestros pacientes.

ABORDAJE DEL DUELO ANTICIPADO: SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Autores:

García Navarro, EB y García Navarro, S.

Palabras Clave:

Duelo anticipado, acompañamiento, seguridad del paciente

Resumen:

La fase previa a la muerte deja una huella importante en la memoria de todos los familiares. La finalidad del equipo que los acompaña debe ser la de ofrecer al paciente y a la familia seguridad, confort y confianza suficiente para vivir esa experiencia de un modo constructivo que haga entender el proceso como cierre de lo vivido y favorezca el enriquecimiento y maduración personal y familiar. Estos momentos previos a la muerte van a ser temas reiterativos en la elaboración del duelo posterior. El duelo anticipado es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima donde aparecen síntomas como la ansiedad y el miedo. Este periodo es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida y deja huellas profundas en la memoria. Objetivos generales: Identificar la influencia en el acompañamiento profesional en el duelo posterior de los familiares atendidos. Favorecer la comunicación entre los profesionales y los familiares iniciando el proceso de acompañamiento en el duelo Metodología Estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico. Herramientas de recogida de datos: La técnica empleada es el grupo focal, ya que nos ayudará a conocer qué piensan los participantes respecto a la influencia del acompañamiento profesional en su duelo posterior. Se han realizado dos grupos focales de una zona básica de salud del Distrito sanitario Huelva-Costa. Este estudio se ha realizado como pilotaje para una ampliación posterior a otras zonas básicas de salud del mismo distrito. Análisis de los datos: Modelo Taylor-Bodgan Resultados: Categorías resultantes ya codificadas sobre acompañamiento, duelo y seguridad del paciente. Conclusión: El acompañamiento profesional al final de la vida ofrece a los dolientes seguridad y confort suficiente para mejorar y entender el proceso de morir, ayudando también a la maduración de todos los implicados en el proceso y favoreciendo el duelo familiar posterior. El control de síntomas, la facilitación de la expresión emocional, la comunicación y el apoyo a la unidad familiar serán parte fundamental de los recuerdos familiares que favorecen la elaboración del duelo.

BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE UROLÓGICO.**Autores:**

SOTO DELGADO, M; PEDRERO MÁRQUEZ, G; JUÁREZ SOTO, A; ARROYO MAESTRE, JM; IBÁÑEZ SUÁREZ, R y QUINTERO RODRÍGUEZ, R.

Palabras Clave:

SEGURIDAD DE PACIENTES; EVENTOS ADVERSOS; UROLOGÍA.

Resumen:

Introducción: La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos. **Objetivos:** Los objetivos del presente documento son: mejorar la seguridad de los pacientes urológicos, reducir los incidentes evitables y trabajar para que la cultura de seguridad del paciente sea un patrón de referencia de nuestra práctica sanitaria diaria. **Material y Método:** Durante un periodo de 3 meses se realizó un mapa de riesgo en la Unidad de Gestión Clínica de Urología del Hospital de Jerez. Para ello se elaboró una hoja de recogida de datos donde los miembros del servicio reflexionaban sobre los motivos de inseguridad de su ámbito de actuación. La priorización de los ítems seleccionados según la matriz de riesgo fue analizada mediante el método de Hanlon adaptado. **Resultados:** Se identificaron 40 riesgos específicos en las 3 áreas de la unidad: 12 en el área de hospitalización, 23 en el área de quirófano y 5 en el área de consultas externas. Tras la priorización de los puntos críticos se establecieron e implantaron una serie de buenas prácticas en seguridad del paciente urológico. Asimismo se establecieron una serie de indicadores para medir el grado de cumplimiento de las medidas implantadas. **Discusión:** La concienciación de los profesionales sanitarios sobre la detección y notificación de eventos de inseguridad debe ser el comienzo de la actividad en materia de seguridad. Es clave y prioritario que todos los profesionales entiendan y asuman este cambio de cultura que supone la seguridad del paciente como máxima en nuestra práctica asistencial 14,15. En nuestro caso, hemos realizado un profundo trabajo para concienciar al personal de la unidad de gestión clínica de Urología, realizando sesiones clínicas, cursos de formación, incluso implicándolos en procesos del servicio como la elaboración del mapa de riesgo. Es clave que todos los miembros de un servicio se sientan partícipes, por ello recomendamos que todos los estamentos de los servicios participen en la elaboración de los protocolos de seguridad para potenciar posteriormente la comunicación de eventos adversos. **Conclusiones:** La elaboración de un mapa de riesgo ha permitido identificar y priorizar nuestras actuaciones en materia de seguridad y profundizar en la concienciación del personal sanitario en general sobre la importancia de la seguridad del paciente.

ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Autores:

Vázquez Vela, V; Buló Concellón, R; González-Carrascosa Vega, T*; Manzano Martín, V; Pantoja Grosso, S y Aguirre Copano, T.

Palabras Clave:

Incidentes Seguridad Cuidados Intensivos Pediatricos

Resumen:

OBJETIVO: Mejorar la calidad de la prescripción y la utilización de medicamentos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), con la detección de incidentes e identificación de oportunidades de mejora mediante la colaboración de las Unidades de Gestión Clínica de Pediatría y Farmacia. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo prospectivo de 1 mes tras integrarse un farmacéutico en UCIP. Variable principal: Incidentes relacionados con medicamentos. Registro de los incidentes detectados según taxonomía del grupo de trabajo Ruiz-Jarabo. Variables secundarias: Identificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). Intervenciones farmacéuticas (IF) aceptadas. Otras aportaciones del farmacéutico y propuestas de mejora. **RESULTADOS:** 18 incidentes en 5 pacientes en seguimiento (media 8 prescripciones/paciente). Clasificación: 2 tipo A(incidente con capacidad de producir error), 6B(Error que no alcanza al paciente), 6C(Alcanza al paciente sin causar daño) y 4D(precisó monitorización y/o intervención). Errores de prescripción: 13(omisión dosis/pauta 4, omisión medicamento 2, dosis mayor 2, dosis menor 1, duplicidad 1 y otras causas 3). Errores de administración: 5(manipulación incorrecta 3, medicamento erróneo 2). PRM totales 11: 1 por no recibir medicación necesaria, 2 medicación innecesaria, 3 inefectividad cuantitativa y 5 inseguridad cuantitativa de la medicación. 13 IF aceptadas. Otras aportaciones: gestión medicamentos, elaboración guía compatibilidad medicamentos IV, actualización formulario magistral pediátrico, sesiones informativas y validación prescripciones médicas. Propuestas: Cumplimiento Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs), notificación voluntaria de errores e implantación prescripción electrónica. **DISCUSIÓN:** La mayor parte de los incidentes se producen por fallos en los procedimientos de trabajo con posibles daños para el paciente y aumento de costes en la asistencia. Deben ser entendidos como errores del sistema fomentando una cultura de seguridad no punitiva. La población pediátrica es especialmente susceptible de experimentar incidentes, los profesionales deben implicarse en la notificación e implantar medidas preventivas. Trabajo en equipo, protocolización e informatización de procesos relacionados con medicamentos son los pilares básicos para construir un sistema más seguro. **CONCLUSIONES:** La integración del farmacéutico en un equipo multidisciplinar permitió la optimización de la farmacoterapia, con mejoras en su eficacia y seguridad en pacientes críticos pediátricos

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE RUIDOS ESTRESANTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores:

Bendicho López, M^a; Benítez Ruiz, L; Cárdenas Landróguez, F; Fernández Arias, E y González de Rueda Ruiz,

Palabras Clave:

Ruido, stress, UCI

Resumen:

OBJETIVOS: Conocer el tipo de ruidos y el mayor o menor grado de stress que producen en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. **MATERIAL Y METODO:** Diseño: Estudio prospectivo y descriptivo. **Ámbito:** unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de referencia. **Periodo de estudio:** Año 2011 **Sujetos:** Pacientes ingresados. **Protocolo:** Recogida de datos al alta. **Variables:** Las constitutivas de la Escala de Ballard. **RESULTADOS:** Se entrevistaron 30 pacientes, 27 (90%) eran hombres y 3 (10%) mujeres. Edad media: 58,8 (21-80) años. Estancia media 6,7 (3-29) días. Enfermos que en algún momento requirieron sedación 51,7%. Sin sedación 48,3%. El 40% de los pacientes opinaban que oían muchos ruidos en general. Oír las distintas alarmas les molestaba bastante al 56,7% de los enfermos. Los ruidos producidos por las llamadas de teléfono sólo estresaban al 10% de los ingresados. Los ruidos desconocidos (oxígeno, agua..) producían muy poco grado de stress al 43,3% de los pacientes y nada al 20%. Al 50 7% de los ingresados les estresaba mucho o bastante oír hablar al personal. Los ruidos producidos por los tratamientos a otros pacientes sólo afectaban al 3,6% de los enfermos. **DISCUSIÓN:** Los niveles de ruidos en los hospitales han aumentado gradualmente durante los últimos años, impidiendo el descanso necesario en los pacientes y constituyéndose en un factor de estrés añadido para los enfermos. Conociendo esta realidad, es necesario conocer la causa y la intensidad de los ruidos para evitar en la medida de lo posible, la ansiedad generada en los pacientes por esta causa. **CONCLUSIONES:** Más de la mitad de los pacientes ingresados en nuestra UCI opinaban que les estresaba en mayor o menor grado las alarmas del aparataje de los otros pacientes y el escuchar hablar en tono elevado a los médicos y enfermeros. En contraposición el 90% de ellos no se sentían molestos al producirse ruidos atendiendo a otros pacientes ni por las llamadas telefónicas.

RESULTADOS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

Autores:

MORA BANDERAS, A; PEREZ TRUEBA, E (*); CANCA SANCHEZ, JC; FAUS FELIPE, V; GARCIA RUIZ, JA y SUAREZ ALEMAN, G.

Palabras Clave:

seguridad registro notificación eventos adversos

Resumen:

OBJETIVOS ? Evaluar anualmente los resultados un registro de eventos adversos voluntario, anónimo y confidencial ? Difundir los a todos los profesionales de la ASCS. ? Diseñar las propuestas de mejora. **MATERIAL Y MÉTODOS** El periodo evaluado es del año 2010 e incluye el Hospital Costa del Sol y HARE de Benalmádena. El informe recoge las variables y aspectos claves de la notificación. Se publica en la Intranet corporativa y difunde a los profesionales. Se evalúan los resultados del año 2010 y se planifican las propuestas de mejora. **RESULTADOS** Se recibieron 90 notificaciones de EA este periodo. El 87.78% de los EA declarados son considerados evitables. El error llega al paciente en el 54,44% de los casos. Sólo se informa al paciente/familia en el 26,67% de los casos. El 75,56% de los eventos ocurre en días laborables. La mayor proporción de eventos declarados se observa en urgencias (32,22%) seguido de hospitalización (25,56%) y quirófano (16,67%). Las enfermeras son las más declaran (66.6%). Los eventos más frecuentes están relacionados con el uso de medicamentos, la identificación/evaluación de pacientes, complicaciones por uso de dispositivos-equipos, cumplimentación de registros. Los factores asociados están relacionados con los profesionales, protocolos y procedimientos, liderazgo, información, entorno y paciente. Las propuestas de mejora son el refuerzo del cumplimiento de procedimientos. Concienciación de la importancia de la verificación continua, cumplimentación de registros. Formación sobre el cumplimiento del check-list de seguridad en el proceso quirúrgico. **DISCUSIÓN** Los resultados obtenidos coinciden parcialmente con los escenarios de riesgos descritos en la bibliografía (medicamentos, procedimientos, urgencias). Las enfermeras son el colectivo que más declaraciones notifica y se centran en los errores de medicación. Destaca la ausencia de notificaciones relacionadas con la infección nosocomial. **CONCLUSIONES** La existencia de un registro de notificación permite identificar los puntos débiles del sistema y establecer las propuestas de mejora. El profesional recibe una información transparente de los incidentes de seguridad identificados y de las intervenciones que se va a poner en marcha para su mejora. Para aumentar la cultura de seguridad se debe poder manifestar libremente los problemas de seguridad existentes, esta es ya una responsabilidad de todos los profesionales y una obligación de las organizaciones sanitarias.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.

Autores:

Tejedor Benítez, A; Berenguer García, MJ; Miñarro del Moral, R; Castro Ruiz, MJ; Ruiz García, A y Tejedor Fernández, M.

Palabras Clave:

Seguridad del paciente Cuidados Críticos Urgencias.

Resumen:

Objetivo: Analizar y comparar los estándares de seguridad del paciente de los modelos de acreditación de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) utilizados en Andalucía. **Material y método:** Revisión de manuales de estándares de acreditación en vigor (versiones 2010 y 2008, respectivamente) de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y de Servicios de Urgencias de Hospitales de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). **Identificación de estándares específicos de seguridad del paciente.** Listado de medidas a adoptar en cualquier SCCU para afrontar con éxito una evaluación externa por alguna de estas instituciones. **Resultados:** El modelo de acreditación de ACSA incluye 12 estándares de seguridad del paciente (11 %). El de SEMES 8 (3,4 %). ACSA: 9 estándares son de nivel I (7 obligatorios), 2 nivel II y 1 nivel III. SEMES: 4 son obligatorios y 4 recomendables. Los estándares hacen referencia expresa a: Gestión de riesgos en procesos asistenciales integrados(A) Plan de seguridad del paciente(A-S) Gestión del equipamiento electromédico(A) Identificación y análisis sistemático de riesgos(A) Buenas prácticas para prevención de incidentes de seguridad(A) Procedimiento seguro de identificación de las personas(A) Notificación riesgos y eventos adversos(A) Análisis eventos adversos(A-S) Uso responsable y seguro de medicamentos y productos sanitarios(A) Adecuación prescripción grupos pacientes de riesgo(A) Cuadro de Mando para monitorización de indicadores de seguridad (A-S) Objetivos de seguridad(A) Sistema prevención de infecciones y accidentes(S) Identificación, registro, análisis, evaluación y corrección de: Complicaciones(S) Errores en proceso asistencial(S) Reacciones adversas(S) Seguridad de profesionales(S) A: ACSA; S: SEMES. **Discusión:** La seguridad del paciente es una prioridad en cualquier SCCU. Aunque con fines de acreditación, los estándares son una herramienta útil para el diseño y desarrollo de un plan de seguridad del paciente en SCCU. **Conclusiones:** ACSA incluye un porcentaje mayor de estándares de seguridad del paciente que SEMES, probablemente porque se trata de un modelo genérico aplicable a cualquier UGC y de publicación más reciente. SEMES contiene muchos elementos de un plan de acciones preventivas implícitos en otros estándares. Añade la seguridad de los profesionales. Ambos modelos hacen énfasis en un plan de seguridad que sostenga el registro, notificación, análisis, evaluación, corrección y/o prevención de eventos adversos.

ANALISIS CAUSA RAIZ: SUCESOS CENTINELA.**Autores:**

basquero glez, b; dominguez carrasco, f; diaz narvaez, f; lopez marquez, r; estaire gutierrez, J. y fernandez agustiño, c.

Palabras Clave:

sucesos centinela.

Resumen:

- **Objetivos:** Valoración retrospectiva de un suceso centinela mediante el análisis causa raíz. Presentación de metodología y herramienta de análisis. La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de error en la asistencia sanitaria y constituye un riesgo para la seguridad de los pacientes. - **Material y Método:** Aplicación en hospital comarcal del procedimiento general de identificación de pacientes difundido desde el Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Alcance: Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen contacto directo y asistencial en algún momento con el paciente. - **Resultados:** Análisis causa-raíz de error en identificación de paciente: SUCESO CENTINELA: Hecho inesperado que produce o puede producir muerte o lesión grave (física o psíquica) cuya gravedad es real o potencial. Son muchas veces evitables (corrigiendo las condiciones latentes) Requiere de un análisis inmediato (causa- raíz) y cambios urgentes obligados. - **Discusión:** El evento adverso se define como lesión o complicación no intencionada que se deriva de la asistencia sanitaria, más que de la propia evolución clínica del paciente. Las 3 causas relacionadas con los efectos adversos (EAs) en los hospitales españoles son: EA relacionados con la medicación (37,4% de los EAs detectados) infecciones nosocomiales (25,3%) y EA durante la realización de un procedimiento (25,0%). Estudio ENEAS. El 31,7% de los efectos adversos relacionados con problemas técnicos durante la realización de un procedimiento, pueden evitarse. - **Conclusiones:** En nuestra práctica diaria, confiamos excesivamente en la memoria obviando aquellas comprobaciones vitales que nos confirman que estamos atendiendo a la persona correcta, en el momento correcto y con el procedimiento correcto. La identificación debe ser activa: preguntando nombre y apellidos y fecha de nacimiento. Los EA ocasionan mayor gasto sanitario, consecuencia de los ingresos hospitalarios más días de estancia así como pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado.

LA PARTICIPACIÓN COMO ELEMENTO DE CALIDAD: PERFIL DE ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES EN ANDALUCÍA

Autores:

MENA JIMÉNEZ, AL; GÓMEZ MARTÍNEZ, ME; BONO DEL TRIGO, MA; PASCUAL MARTÍNEZ, N; GIJÓN SÁNCHEZ, MT y MARÍN RODRÍGUEZ, I.

Palabras Clave:

Participación colectiva asociaciones políticas de salud

Resumen:

Objetivo: Caracterizar la naturaleza del tejido asociativo y medidas de su participación en el SSPA. **Material y método:** Estudio cuantitativo transversal observacional a través de encuesta. La encuesta es una adaptación de la -Encuesta utilizada para el análisis de las organizaciones representativas de pacientes desarrollada por García-Sempere et al. Partiendo del Registro de Asociaciones de Pacientes y Familiares de la Consejería de Salud y siendo la tasa de respuesta del 62%. **Análisis estadístico descriptivo a través de SSPP v.15 Resultados:** Las AA.PP. dan cobertura a 167.117 afiliados (2,5% de personas adultas en Andalucía). La media es de 207,28 asociados/as por AA.PP, aunque en el 47,9% de casos sólo un reducido grupo de afiliados está implicado en su actividad, que es principalmente intraprovincial (87,3%). El perfil de población usuaria es de mujer de 43 años. Por tipología de AA.PP., hay tres grandes grupos: 57,8% engloba enfermedades crónicas (más de la mitad dedicadas a alzheimer, salud mental, fibromialgia y esclerosis múltiple), un 25,9% representan a discapacidades y un 7,2%, a adicciones. Entre los servicios que ofertan destacan -Servicios alternativos no proporcionados por la Administración Pública, -Mediación entre Administración sanitaria y pacientes, Información específica de alternativas al tratamiento, -Denunciar casos de discriminación o trato inadecuado e -Identificación de posibles errores médicos. El aspecto más valorado como medida de participación para mejorar el SSPA es calidad asistencial, y respecto a toma de decisiones en su propio proceso de enfermedad, es poder elegir al profesional/equipo sanitario y acceder a una segunda opinión. Las medidas de participación más importantes son: tomar parte en los debates sobre leyes, definir y evaluar políticas sanitarias, evaluar la actividad profesional y decidir sobre el diseño y organización de los servicios sanitarios públicos. **Discusión:** Existe una gran heterogeneidad de asociaciones, tanto por tipología, como número de afiliados (de 8.000 socios a un 15% con menos de 50) o presupuestos (un 17% menos de 3.000? a un 5% más de un millón de euros). **Conclusiones:** El movimiento asociativo de pacientes en Andalucía representa un 23% del total de AA.PP. de España, con una especial afluencia en Andalucía Occidental. Sus objetivos y actividades apuntan hacia una mayor participación en el SSPA y contribución a mejorar la calidad asistencial.

DISMINUCION CONSUMO DE AINES TRAS REALIZACION DE TALLER DE LUMBALGIA EN ATENCION PRIMARIA.

Autores:

RODRÍGUEZ PÉREZ, R; OSCOZ MUÑOA, G y FRIGOLET MACERA, J.

Palabras Clave:

Fisioterapia, lumbalgia, ejercicios.

Resumen:

La intervención consiste en la realización de 30 sesiones en las que se desarrollan aspectos educativos, realización de ejercicios generales de columna lumbar y espalda combinando esta con técnicas de relajación guiadas, facilitándose el material necesario para la incorporación del mismo en la actividad de la vida diaria. Los talleres se hacen una vez a la semana desde Octubre a Junio de cada año, tienen una duración de una hora a la semana. Objetivos.

- Concienciar y educar al paciente en el manejo de su problema de salud. - Incorporar actividad física a la vida diaria. - Conocer a los profesionales que le pueden ayudar. Material y métodos. Se estableció un protocolo de derivación con la participación del médico de Atención Primaria, enfermería y fisioterapia. Consentimiento informado para la realización y participación en la actividad. Valoración inicial en la que empleamos entre otras Índice del dolor y el Índice de Incapacidad lumbar así como el consumo inicial y final de AINES. Valoración final en la que se vuelven a realizar nuevamente los test. Resultados Se incluyeron en el taller 50 pacientes, de sexo femenino, edades comprendidas entre 43 y 61 años, con una media de 53,74 años La medida de la escala analógica del dolor antes de las sesiones era de 8,16 de media y después de 2,16. El Índice de incapacidad lumbar al inicio era de 34,54 y al final de 17,4 Al inicio del programa consumían AINES el 70% de los pacientes, este consumo se reduce al 28% al final. Discusión En los resultados en nuestro estudio hemos obtenido una mejoría significativa en la lumbalgia, asociando ejercicios generales de columna lumbar combinado con técnicas de relajación en consonancia con los resultados de la revisión de la Fundación Kovacks. Conclusiones Las participantes del estudio han sido del sexo femenino. (debido a la hora en que se ofertan los talleres y al aumento de desempleo en la mujer con respecto al hombre). Disminución del dolor al final del estudio medido con escala de dolor. Disminución del Índice de incapacidad lumbar, con aumento de la flexibilidad y mejora de la musculatura en general, reduciendo riesgo de padecer dolores de espalda. Menor consumo de AINES al final del estudio. Mejora la calidad de vida y adecuación a la actividad de la vida diaria de las personas que han participado. Debemos continuar estudiando los diferentes tratamientos para la prevención y tratamiento del dolor lumbar para genere evidencias para nuestra profesión.

DETECCION DE PUNTOS CRITICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DOLOR TORACICO

Autores:

CORDOBA G, L; POZO MUÑOZ, F; GIL AGUILAR, V; FONTALBA NAVAS, A; NUÑEZ MONTENEGRO, A y SANTOS PEREZ, J.

Palabras Clave:

Seguridad Paciente Proceso Dolor Torácico

Resumen:

OBJETIVOS: detectar los puntos críticos e implementar recomendaciones de buena practica y características de calidad que eviten o minimicen los riesgos en la seguridad de pacientes(SP) y profesionales **MATERIAL Y MÉTODO:** se realizo en tres fases durante el primer semestre de 2011; participaron 12 profesionales multidisciplinares pertenecientes al grupo de mejora del proceso de dolor torácico. Primera fase: identificación de riesgos para la SP según el recorrido del paciente en el proceso asistencial junto a un análisis de las notificaciones realizadas en el observatorio para la seguridad del paciente en el Área Sanitaria Norte de Málaga. Segunda fase:análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) de los puntos críticos detectados que han permitido identificar donde y como podrían fallar tales procesos y valorar el impacto relativo de los diferentes fallos, a fin de identificar aquellas procedimientos que necesitan mejorarse e implementar recomendaciones de buena practicas y características de calidad, en la tercera fase del proyecto **DISCUSION:** El análisis de los puntos críticos de seguridad se realiza como método proactivo y sistemático de análisis de la calidad sanitaria prestada al ciudadano del Área. La monitorización mediante evaluación cualitativa con indicadores de seguridad presenta dificultades como la cuantificación de la efectividad y la resolución asistencial y retos como una mayor implicación de pacientes **RESULTADOS:** puntos críticos identificados:40;prioritarios 5 representando un 15.79 % identificación inequívoca de pacientes,10.53 % en la valoración de los pacientes se identificaran los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la SP, 13.58% prevención de las infecciones nosocomiales asociadas a la asistencia sanitaria junto a potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos y un 7.89% para control de las soluciones concentradas de electrolitos y control de las soluciones concentradas de electrolitos **Recomendaciones de buena práctica:** 44.**Características de calidad:** 18.**Puntos críticos de información:** 9 **CONCLUSIONES:** desarrollo de una herramienta eficaz para la gestión de riesgos de SP en procesos asistenciales que ayuda a evitar nuevos incidentes de seguridad, lo que contribuye a disminuir el nivel de riesgo, genera acciones para reducir el riesgo y permite una monitorización del proceso por lo que es un elemento evidente de SP y calidad asistencial.

ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA. UNA EXPERIENCIA DE CALIDAD**Autores:**

GÓMEZ FERNÁNDEZ, JA; LOZANO LEÓN, FT; PERAL BELCHIOR, B y ROMERO INDIANO, EM.

Palabras Clave:

MODELO DE UTILIDAD CALIDAD CUIDADOS

Resumen:

OBJETIVOS -Lograr cuidados que satisfagan al paciente. -Asegurar la continuidad de los cuidados. -Lograr cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes. -Prestar asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia (EBE) **MATERIAL Y MÉTODOS** En este documento se detalla la línea a veces inconexa que une en nuestro caso la observación clínica de un problema determinado de salud, concretamente el relacionado con las curas de las heridas, su evaluación, desarrollo de un modelo teórico que dé solución al problema planteado, el diseño definitivo de un prototipo y por último la creación y el registro en firme y definitivo de un Modelo de Utilidad listo para el uso a nivel industrial. Se presenta proyecto de Ensayo Clínico y pilotaje de la invención. **RESULTADOS** - Modelo de utilidad patentado: VENDAJE DE HERIDAS PARA CURAS SIN DOLOR (nºU200802259). - Disminución del dolor causado por la retirada del apósito durante las curas. - Aumento de la seguridad del paciente al evitar irritación o daño de la piel circundante a la herida. - Aumento de la satisfacción del paciente. **DISCUSIÓN** Aunque existen multitud de apósitos destinados a una mejor cicatrización de las heridas y/o a evitar infecciones, no se ha evidenciado la existencia de apósitos con características iguales o similares a los del modelo de utilidad presentado. **CONCLUSIONES** Es posible prestar unos cuidados de calidad con los recursos disponibles. Esta es una experiencia de calidad basada en la innovación, satisfacción y seguridad del paciente nacida de la observación directa de la práctica diaria. Para cerrar el círculo de la calidad es necesaria la puesta en marcha y evaluación de la invención y por supuesto la transferencia del conocimiento a través de los canales disponibles.

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES DURANTE SU TRASLADO A OTROS CENTROS SANITARIOS

Autores:

Moreno Becerra, Ma; Peralta Gutierrez del Alamo, M^a; Cruces Jiménez, Jm; BOLLICI MARTINEZ, L J ; RIAZA RAMIREZ, MD y VALLECILLO CASTELLANO, E.

Palabras Clave:

Transferencia Información Pacientes Profesionales Traslado

Resumen:

Objetivos: El Hospital de la Serranía de Ronda por su ubicación y cartera de servicios, precisa realizar traslados de pacientes con carácter programado o urgente a otros centros sanitarios. La ausencia de un procedimiento estandarizado enfermero en la transferencia de pacientes es motivo del siguiente estudio. Objetivos: Sistematización de procedimiento de transferencia de pacientes entre centros sanitarios y diseño de registro enfermero que garantice la Continuidad de los Cuidados. Material y método: Se constituyó un grupo de mejora con profesionales sanitarios relacionados con el traslado de pacientes a otros centros sanitarios. En el plan de trabajo se realizó un análisis de la situación actual en el Centro (DAFO, matriz de riesgos, etc.) y análisis de necesidades y expectativas de los profesionales. Posteriormente, se priorizaron las actuaciones según factibilidad y seguridad. Resultados: - Diseño de Registro Enfermero de traslado entre centros sanitarios: identificación correcta del paciente, situación clínica al inicio del traslado, incidencias durante el mismo, tratamiento utilizado en el traslado. - Diseño de cuestionario de satisfacción al enfermero que traslada al enfermo al Centro Sanitario de destino. - Elaboración de una Guía de Actuación para profesionales relacionada con la transferencia de información de los pacientes durante su traslado a los distintos centros sanitarios. - Elaboración de una estrategia de implantación y sistema de monitorización Discusión: Es preciso asegurar la continuidad y seguridad de la atención del paciente durante su traslado a los distintos centros sanitarios, realizando un enfoque estandarizado para la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso entre distintas unidades de atención al paciente que permita proporcionar una información actualizada respecto al estado del paciente en el momento del traslado. Conclusiones: El procedimiento diseñado pretende ser una herramienta que permita la continuidad asistencial en la Transferencia de pacientes entre centros sanitarios con criterios de calidad y seguridad

PROGRAMA INTERNIVELES DE EPS PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE IAM. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA ÉSTE DE MÁLAGA AXARQUÍA.

Autores:

Muñoz Conde, M; Alcántara Campos, P; Campillos Gallardo, E; Fernández López, JA; Rengel Pérez, L y Martínez Pascual, C.

Palabras Clave:

Calidad Educación Satisfacción Continuidad

Resumen:

Objetivo: Facilitar el cambio hacia comportamientos de hábitos de vida que influyen en la aparición de enfermedades cardiovasculares de forma precoz a los pacientes dados de alta del Hospital Comarcal Axarquía con diagnóstico de IAM. Método: Sesiones individuales de información con material de apoyo gráfico de elaboración propia, sobre factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) a pacientes/cuidadores. Sesiones grupales de apoyo en Atención Primaria (AP). Elaboración de Indicadores que permitan evaluar resultados (mejorar la accesibilidad del paciente; aumentar la efectividad y eficacia; mejorar la calidad de vida y la satisfacción del paciente/cuidador respecto al proceso de aprendizaje; asegurar la continuidad asistencial en la transferencia de información y enseñanza). Resultados: Diseño de: atlas gráfico y tríptico informativo para pacientes/cuidadores; encuesta sobre conocimiento, adherencia, medidas terapéuticas y estilos de vida: encuesta de satisfacción. Apertura de consulta de enfermería en Hospital para valoración tras alta. Inclusión de pacientes de forma preferente en programa de Riesgo Cardiovascular en A P. Discusión: La bibliografía existente apoya la efectividad de la intervención precoz en la educación para la salud (EpS), aprovechando la situación de especial receptividad de estos pacientes, el seguimiento protocolizado consigue modificar y mantener los estilos de vida cardiosaludables. La continuidad en los cuidados es fundamental para garantizar la EpS, realizada de forma reglada y con la implementación de este programa aseguramos la transferencia de los pacientes con necesidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales. Con la puesta en marcha de este programa de EpS interniveles contribuiremos a la disminución en la variabilidad de la atención sanitaria prestada, asegurando la calidad, efectividad y eficiencia de las intervenciones. Conclusiones: Con la puesta en marcha del programa se asegurará la captación de este grupo de pacientes aportando, desde el primer ingreso hospitalario, EpS a los pacientes debutantes con diagnóstico de IAM, con implicación de paciente/familia, control de los factores de riesgo, y contribuyendo al manejo del temor y ansiedad al proporcionar la información adecuada. Se pretende disminuir los reingresos y prevenir recaídas por inadecuados manejos del régimen terapéutico y estilos de vida poco saludables y aumentar la satisfacción de los pacientes/familia respecto a la atención recibida para el autocontrol de su enfermedad.

DESCRIPCIÓN DE LAS FÓRMULAS MAGISTRALES ELABORADAS A PACIENTES PEDIÁTRICOS POR UN SERVICIO DE FARMACIA

Autores:

Rodríguez Camacho, JM; Vázquez Vela, V; Obel Gil, L; Buló Concellón, R; Domínguez Cantero, M y Gallego Muñoz, C.

Palabras Clave:

PEDIATRÍA FÓRMULAS DOSIFICACIÓN

Resumen:

OBJETIVOS: Describir la actividad de elaboración de fórmulas magistrales (FM) en el área de farmacotecnia y las peticiones de las unidades de pediatría en un hospital de tercer nivel. Analizar las fórmulas que presentan mayor demanda en pacientes pediátricos. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo de la actividad de elaboración de FM destinadas a su uso en pediatría durante el 2010. Explotamos una base de datos diseñada para el registro de: FM elaborada, cantidad o volumen preparado, forma farmacéutica (FF), unidades clínicas solicitantes y pacientes a los que se destinan. Se contabilizó el total de fórmulas pediátricas que fueron analizadas posteriormente. **RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio se elaboraron 1955 FM en la unidad de farmacotecnia, 952 (48,7%) fueron destinadas a pacientes pediátricos. Se realizaron peticiones de 8 unidades: Neonatología 245 (25,7%), UCI Pediátrica 189 (19,9%), Lactantes 153 (16,1%), Pacientes externos de pediatría 107 (11,2%), Urgencias de pediatría 88 (9,2%), Preescolares 83 (8,7%), Cirugía pediátrica 50 (5,3%) y Hospital de día de pediatría 37 (3,9%). Las formas farmacéuticas elaboradas fueron: Líquida oral 530 (55,7%), Papelillos 187(19,6%), Colirios 112(11,8%), Tópica líquida 62(6,5%), Enemas 47(4,9%) y Otras 14(1,5%). En total fueron 68 FM distintas, siendo las más demandadas: Ranitidina jarabe 77(8,1%), Hidrato de cloral jarabe 65(6,8%), Ciclopentolato colirio 60(6,3%), Hidrato de cloral enema 54(5,7%), Vigabatrina papelillos 42(4,4%), Hidroclorotiazida suspensión 39(4,1%), Espironolactona jarabe 38(4,0%). **DISCUSIÓN:** La mayoría de los medicamentos comercializados no están diseñados para su uso en niños y no contempla la edad pediátrica entre sus indicaciones. La única alternativa para el tratamiento de muchas patologías pediátricas es la elaboración de fórmulas magistrales. El disponer de una unidad de farmacotecnia de calidad en un hospital con servicios pediátricos supone un apoyo significativo para garantizar que los pacientes reciban una medicación individualizada y a dosis correctas. **CONCLUSIONES:** Se demuestra la importancia del área de farmacotecnia en un hospital con unidades de atención pediátricas, pues aproximadamente la mitad de las fórmulas elaboradas fueron solicitadas para pacientes pediátricos. Asimismo, se pone de manifiesto el vacío terapéutico existente para determinadas patologías en pediatría, como son las alteraciones relacionadas con la acidez gástrica, hipertensión, edema o epilepsia y otros fármacos utilizados en maniobras diagnósticas.

MEDICIÓN DE LA DIFUSIÓN DE UNA GPC PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

Autores:

Gallego Puerto, P; Botanegra Muñoz, C; Gonzalez Doce, V; Alcaraz Garcia, S; Villanueva Rodriguez, P y Rivas Aguayo, L.

Palabras Clave:

ETEV auditoria GPC seguridad

Resumen:

ANTECEDENTES Según la AHRQ la prevención de la ETEV es la 1ª práctica de demostrado beneficio en la mejora de la seguridad del paciente. El 10 % de los fallecidos en el hospital lo son en relación con Embolia de pulmón y constituye la mayor causa de muerte evitable 50-75 % de los episodios de ETV en pacientes hospitalizados ocurren en servicios médicos

OBJETIVOS: Iniciar la Difusión las Recomendaciones de una GPC andaluza ?PRETEMED? en el ámbito de especialidades médicas y medir la utilización de un documento resumen de las recomendaciones donde se establecen los criterios de indicación de la profilaxis MÉTODOS* Estrategia liderada por la UGC de M. Interna del hospital de Jerez :1) Presentación a los facultativos y líderes de enfermería en Hematología, Digestivo, Oncología y Neurología, la justificación de esta buena práctica.2)Presentación de una plantilla ?documento resumen de los criterios y recomendaciones?3)Acuerdo explícito de las distintas unidades sobre la utilización/implantación de dicha plantilla, Consensuado previamente, a partir de diciembre de 2010 en los pacientes hospitalizados en las mismas. Monitorización del cumplimiento del acuerdo mediante un procedimiento de Auditoria por lotes de historias clínicas con objeto de supervisar el empleo del documento resumen de recomendaciones PRETEMED. Fuente altas CMBDA. Se acepta lote si la auditoria presenta como máximo 6 errores (no aparece el documento en la historia clínica. No cumplidores) Tamaño muestral calculado (Programa Sigesmu): 30 (Estándar 90%Umbral 75%Error del comprador 9,6%Error del proveedor 10%) **RESULTADOS:** Se revisaron 10 historias en Digestivo, 10 en neurología y 10 en Oncología. Solo en 10 de las 30 historias revisadas se encontró el documento-plantilla . Resultado global de la auditoria fue la no aceptación del lote. Digestivo y Oncología presentaron solo 3 no cumplidores frente a los 6 de Neurología. **CONCLUSIONES:** La auditoria solo comprueba la existencia en la historia o no del documento elaborado, no mide la realización adecuada de la profilaxis de ETEV. Consideramos que hay que insistir con las estrategias de difusión, implantación y medición de la adecuación de esta práctica extendiéndola a mas profesionales y acompañarla de otras acciones, como los recordatorios, intervenciones mediadas por líderes, que además del feed-back de las auditorias clínicas han demostrado ser efectivas en el cambio de práctica profesional

CONTINUIDAD DE CUIDADOS COMO GARANTIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

Autores:

Cuevas Pareja, F; Urbano Priego, M; Mendez Serrano, B y Bravo Rodriguez, MC.

Palabras Clave:

Cuidados Pacientes Seguridad Profesional de enfermería

Resumen:

INTRODUCCIÓN El incremento de la población anciana conlleva a la creación de un mayor número de residencias para cubrir sus necesidades. Pretendemos un acercamiento a los ancianos institucionalizados para mejorar la coordinación entre Residencias y Centro de Salud garantizando la calidad de los cuidados y aprovechar los recursos existentes. **OBJETIVO** Conocer las necesidades de salud del anciano institucionalizado. **Garantizar los cuidados y la seguridad a través de la intervención de enfermería.** **MATERIAL Y MÉTODOS** Estudio observacional-descriptivo centrado en la población total de ancianos institucionalizados en la residencia de Nuestra Sra del Valle, Córdoba. Se realiza **VALORACIÓN** integral basándonos en el modelo de Virginia Henderson y encuesta que incluye las siguientes variables: -Datos personales: edad, sexo, estado civil -Autonomía física y de salud con los siguientes apartados: N° de fármacos que toma, Test de Peiffer, Índice de Barthel, E. Norton, Riesgo de Caída, Inmunización, Nutrición enteral, Oxigenoterapia, Incontinencia urinaria. Todos los datos están recogidos en tabla Excel. Y serán registrados en su Historia de Salud Única. **Diraya.** ?Entrega de la Documentación Clínica Domiciliaria: documento explotado de su historia digital donde se refleja un resumen del estado de salud. ?Intervenciones en Salud: talleres de educación sanitaria a los cuidadores de la residencia. **RESULTADOS** Se ha valorado el total de 47 pacientes obteniendo una visión general de las necesidades de salud. Se ha observado que en su mayoría son mujeres, mayores de 85 años, dependientes para la mayoría de las ABVD, polimedicadas y con incontinencia urinaria, con necesidades de nutrición enteral y oxigenoterapia, tienen realizada inmunización de forma correcta y a la responsable de la residencia se le ha entregado la documentación clínica necesaria para cualquier atención sanitaria que precisen de otro profesional u otro nivel de atención. Se ha detectado de forma tácita la satisfacción tanto de las cuidadoras como de la responsable de la residencia de la atención recibida por parte del Centro y de sus profesionales. **DISCUSIÓN** y **CONCLUSIONES** La comunicación y coordinación con la residencia y el centro de salud se ha visto incrementada y fluida, así la información de cualquier cambio o incidencia es transmitida en tiempo real. La revisión del botiquín, la continuidad de los cuidados, la entrega de la Documentación Clínica favorecen la seguridad del paciente. La formación dada a la cuidadoras se traduce en una mejora de los cuidados que dan.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Autores:

Martinón Torres, G; Calahorra Fernández, L; Llorente Parrado, C; Parras García de León, N; Grande Arnesto, M y Gil Moreno, J.

Palabras Clave:

AMFE Geriatria Seguridad Gestión Proceso

Resumen:

OBJETIVO Mejorar la seguridad del proceso de atención al paciente hospitalizado en el Servicio de Geriatria del Hospital General Universitario de Ciudad Real, mediante la metodología AMFE. **MATERIAL Y MÉTODO** La asistencia a pacientes hospitalizados es un proceso clave, que cobra especial relevancia en el área de geriatría dadas las características de estos pacientes que implica una asistencia eficaz, eficiente y segura. Para la realización del AMFE se han adaptado los diagramas del proceso modelados con IDEF, dividiendo el proceso en cinco subprocesos: decisión de ingreso, acogida y valoración inicial en planta, atención y cuidados en planta, coordinación con Servicios de Apoyo y alta El grupo de trabajo compuesto por médicos del Servicio de Geriatria y de la Unidad de Calidad, ha realizado el análisis de seguridad de los subprocesos. Se han identificado múltiples modos de fallo, sus causas y potenciales consecuencias. Tras la priorización por frecuencia, gravedad y detectabilidad se han propuesto acciones de mejora con responsable, recursos necesarios, cronograma e indicadores, teniendo especial consideración las que implican menor coste. **RESULTADOS** Los problemas priorizados y las acciones de mejora propuestas son las siguientes: Permanencia excesiva en urgencias/ priorización de ingresos por gravedad; Valoración inicial médica inadecuada/asignación equitativa de nuevos ingresos y preparación del pase de visita; Documentación incompleta al llegar a planta/ informatización de todos los informes ; Ingreso no adecuado en el servicio/Definición de criterios de ingreso en Geriatria; Deficiencias de comunicación entre profesionales/Creación de sistema de transmisión de información entre facultativos; Retraso en el alta/Formación en metodología de adecuación de estancias ;Información al alta incompleta/No realización de informes provisionales y creación de trípticos informativos de procesos frecuentes. **DISCUSIÓN** La aplicación de la metodología AMFE por geriatras expertos en el proceso, permite identificar los problemas específicos de la atención a los pacientes hospitalizados en el servicio. Esta experiencia, unida al apoyo prestado por la Unidad de Calidad, ha permitido definir propuestas con bajo coste para la mejora continua de la seguridad del proceso . **CONCLUSIONES** La metodología AMFE ha permitido hacer un exhaustivo análisis de seguridad del proceso con gran implicación de los profesionales, obteniéndose una valiosa información en forma de propuestas para la

ADHESION A LA HIGIENE DE MANOS EN LA UGC DCCU MOVIL CONDADO-CAMPIÑA

Autores:

COLCHERO CALDERON, F; MORAL HERNANDEZ, M; BEJARANO JACINTO, F; COSTA JURADO, N; GONZALEZ BELLERIN, R y TORRES TEJADO, A.

Palabras Clave:

ADHESIÓN A DIRECTRIZ HIGIENE DE MANOS

Resumen:

Antecedentes: El SAS en su documento -Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios-, fomenta la evaluación de estas prácticas.

Objetivos: Conocer la tasa de adhesión a la higiene de manos. Conocer el consumo de solución hidroalcohólica. Conocer la tasa del uso de guantes. **Material y método:**

Población: personal sanitario de la UGC DCCU Móvil Condado-Campiña **Tipo de estudio:** Observacional descriptivo. **Variables de estudio:** Tasa de adhesión a la higiene de manos. Previa a la asistencia y posterior. Volumen de solución hidroalcohólica consumido, en los meses de Marzo y Mayo de 2011. Mediante la fórmula: $V \times h$. (h es altura) **Uso de guantes.** Tipo de personal: Médicos y Enfermeros. Base de la unidad: Bollullos Par del Condado y San Juan del Puerto. **Recogida de datos:** El consumo de solución hidroalcohólica se midió en un dispensador durante el mes de Marzo, la población no conocía esta fase del estudio para evitar el efecto Hawthorne (solo dos participantes conocían esta fase). Posteriormente en el mes de Mayo se midió de nuevo. Se diseñó un formulario de recogida de datos ad hoc para rellenar por el personal de guardia durante el mes de Mayo. **Resultados:** La tasa global de lavado de manos previa a la asistencia del personal sanitario de la UGC DCCU Móvil es: 60.14%. San Juan obtiene una tasa previa de 55.04% y Bollullos 65.24%. La tasa global de lavado de manos posterior a la asistencia del personal sanitario de la UGC DCCU Móvil es: 86.05%. San Juan obtiene una tasa previa de 85.52% y Bollullos 86.58%. El volumen de solución alcohólica consumido: Mes de marzo: 225.6 ml. Por bases: San Juan: 100 ml y Bollullos: 125.6 ml. Mes de Mayo 451 ml. Por bases: San Juan: 200 ml y Bollullos: 251 ml. La tasa global de uso de guantes del personal sanitario del UGC DCCU Móvil es un 92.66%.

Discusión: La tasa de higiene de manos en los profesionales sanitarios según diferentes estudios está en un 40%. La tasa obtenida en la Unidad de estudio es 60.14%. Hemos obtenido un resultado mejor que la tasa general, es probable que se deba a la concienciación de los profesionales de la unidad. **Conclusiones:** Se ha incrementado la tasa de higiene de manos en nuestra unidad desde la situación de partida hasta el análisis posterior. - Existe un responsable de higiene de manos en la unidad, esta estrategia es muy útil para la concienciación de los profesionales. - Evaluar la tasa de higiene de manos nos interesa para detectar posibles errores e implantar acciones de mejora.

GESTIÓN INFORMATIZADA DE LA INFORMACIÓN A TRABAJADORES SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN CENTROS HOSPITALARIOS.

Autores:

GARRIDO MUÑOZ, JA; SELVA ORELLANA, A; DIAZ EXPÓSITO, FJ; MARTIN AFAN DE RIVERA, JC; BLANCA GUTIERREZ, JJ y MARTI TUÑÓN, FJ.

Palabras Clave:

información prevención riesgos hospitales informatización acceso

Resumen:

El artículo 18 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que el empresario deberá adoptar todas las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban toda la información necesaria en relación con los riesgos que puedan afectar a su seguridad y salud en el trabajo, así como información relativa a las medidas a adoptar en relación a dichos riesgos, incluyendo las medidas de emergencia. Con objeto de llevar a la práctica esta norma, nuestro Hospital, tras la realización de las evaluaciones de riesgos del entorno y puestos de trabajo (unos 140, que afectan a una plantilla de algo más de 1000 trabajadores), la determinación de medidas preventivas a llevar a cabo, y la designación de responsables por parte de la Dirección para la aplicación de dichas medidas, ha establecido una metodología para la implantación de la planificación de la actividad preventiva, que en un principio se inició mediante reuniones con los distintos mandos, donde se objetivaron algunas dificultades a la hora de integrar las tareas asociadas a sus responsabilidades en relación a la transmisión de información a los trabajadores con el resto de tareas que ya venían asumiendo. Con objeto de facilitar la labor de los mandos, y siempre teniendo como meta la integración de la Prevención de Riesgos Laborales en todos los niveles del Centro, nuestra UPRL ha diseñado una herramienta Web que permite el acceso directo de esta información a los trabajadores. Dicha herramienta, permite que la información referida pueda ser consultada y actualizada de forma continua, aún en los casos de cambios de puesto, e incluso en el caso de profesionales con funciones de pool, que pueden acceder a ella de forma inmediata durante su jornada laboral, independientemente de la presencia física o no del mando durante el horario de trabajo. Satisfechos con el grado de integración obtenido, queremos compartir nuestra experiencia con profesionales de otros centros de modo que la metodología empleada pueda ser aprovechada e incluso mejorada con nuevas aportaciones.

LAS ENFERMERAS AYUDAN A REDUCIR EL CANSANCIO DE LAS CUIDADORAS MEDIANTE LA INTERVENCIÓN POR TELÉFONO

Autores:

LIÉBANA FERNÁNDEZ, J.; FERNÁNDEZ GÁMEZ, M^a; NIETO MUÑOZ, M^a; QUERO CABEZA, M^a; CASTILLO QUINTERO, A. y ROMERO PÉREZ, I.

Palabras Clave:

CUIDADORA INFORMAL, CONSULTA TELEFÓNICA, CANSANCIO CUIDADORA

Resumen:

OBJETIVOS Pretendemos determinar en las cuidadoras diagnosticadas de cansancio en el desempeño del rol del cuidador del Distrito Sanitario Jaén Sur la efectividad de la intervención enfermera ?consulta por teléfono? para mejorar el índice de esfuerzo del cuidador, su estado emocional y percepción de salud. **MATERIAL Y MÉTODO** Estudio cuasi-experimental, evaluando la situación antes y después de la intervención. Realizamos valoración inicial de las tres variables a estudiar (Índice de esfuerzo del cuidador, Goldberg Ansiedad-Depresión, pregunta de autopercepción de salud: En general, Ud. diría que su salud es... excelente, muy buena, buena, regular o mala); reevaluamos a los tres y 6 meses (enfermera de familia), durante ese tiempo hacemos llamadas cada dos semanas. La población de estudio son cuidadoras informales de adultos con algún grado de dependencia valoradas por la enfermera de enlace que presenten cansancio del rol del cuidador, residentes en distrito sanitario Jaén-sur, captadas entre 1 de enero del 2010 al 31 de marzo del 2011. La intervención telefónica está basada en la NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería) y se aplica un guión preestablecido. El estudio está financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, PI-0480/2009. Hemos realizado análisis de los resultados con una muestra de 39 cuidadoras, continuamos ampliando la muestra. **RESULTADOS** Todas son mujeres, con una edad media de 61 años, llevan cuidando 7.5 años, una media de 21.5 horas diarias. El 80% está casada, un 51.5% sin terminar los estudios básicos; el 75% ama de casa, casi la mitad (46.2%) toma algún fármaco psicótopo. El 25.6% no dispone de ninguna ayuda. El 82% convive con el receptor de cuidados (RC), estos tienen una edad de 79 años, dependiente severo (índice de Barthel 35), un 67% es dependiente física y psíquicamente. En la comparación entre la valoración inicial y posteriores de los tres y seis meses, encontramos diferencias significativas respecto al IEC que se reduce. En cuanto a las otras dos variables no hay cambios estadísticamente significativos. **CONCLUSIONES** 1) La intervención telefónica por las enfermeras puede mejorar el IEC aunque no el estado emocional ni la autopercepción de salud. 2) Se dan diversos factores que pueden influir en las variables a medir. 3) Permitiría completar la evaluación hacer un análisis cualitativo de las conversaciones por teléfono. 4) Ampliar la muestra de cuidadoras nos puede permitir encontrar diferencias respecto a las otras variables.

ELABORACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE DOSIFICACIÓN GONADOTROFINAS PARA PACIENTES REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Autores:

Ladrón de Guevara García, M; Vázquez Vela, V; Huertas Fernández, MJ; Rodríguez Mateos, ME; González-Carrascosa Vega, T y Obel Gil, L*.

Palabras Clave:

información, eficacia, gonadotrofinas, folitropina alfa, menotropina

Resumen:

Objetivos: Elaboración de dos trípticos informativos sobre las gonadotrofinas folitropina alfa y menotropina para facilitar al paciente su preparación y administración de acuerdo con la dosis prescrita, durante la entrevista con el farmacéutico. **Material y métodos:** El diseño del tríptico se realizó durante mayo de 2011. La información de ambos trípticos se extrajo de la ficha técnica del medicamento y del prospecto. Se seleccionó el contenido referido a la forma de preparación, administración y conservación para su inclusión. Posteriormente, se analizó y modificó el texto, utilizando un lenguaje menos técnico y de fácil comprensión para el paciente. **Discusión:** Es importante que la información que recibe el paciente sea clara y concisa, evitando usar palabras técnicas. En diversos estudios, se ha demostrado que la información escrita ayuda y complementa la información verbal proporcionada. **Resultados:** Se obtuvo dos trípticos de folitropina alfa y menotropina que refuerzan la información sobre su preparación, administración y conservación dada por el farmacéutico durante la entrevista. En ambos trípticos se explica el modo de reconstitución del vial utilizando una jeringa precargada en el caso de la folitropina alfa o a partir de la ampolla que contiene el disolvente en el caso de menotropina. Posteriormente, tras disolución completa y tras asegurarse de la ausencia de partículas, se extrae el líquido. También se explica cómo y para qué se usa cada tipo de aguja, incluida en el envase. Por último se expone de forma detallada el modo de preparación para dosis superiores a 75 UI (1 vial). En el caso de dosis de 150UI, utilizar dos viales pero sólo una jeringa precargada o una ampolla de disolvente, respectivamente para su reconstitución. Para la dosis de 225UI se utilizarán tres viales también con único disolvente. Algunas pacientes pueden necesitar una dosis de 300 UI de folitropina alfa para lo cual usaran cuatro viales, utilizando una sola jeringa para su disolución. **Conclusiones:** El propio paciente constituye un elemento fundamental en la seguridad de la administración de fármacos, pero para ello es necesario que la información recibida sea comprensible y adaptada a nivel del usuario. Los trípticos proporcionados refuerzan la información al paciente y son de fácil comprensión.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores:

LAGUNA PARRAS, JM; CARRASCOSA GARCIA, MI; JOVER CASAS, JM; AGUILA BARRANCO, JC; MORCILLO NIETO, MC y NUEVO LARA, EA.

Palabras Clave:

FORMACION NOSOCOMIAL HOSPITAL INFECCION

Resumen:

INTRODUCCIÓN El abordaje formativo de un programa de prevención de la infección nosocomial es una prioridad por la frecuencia de la discapacidad que supone para los pacientes, por el gran impacto económico, porque es prevenible en un alto porcentaje y porque existe evidencia sobre el impacto y efectividad de medidas y prácticas seguras. **OBJETIVO** Provocar un cambio cultural y la mejora del comportamiento de la organización en relación a la prevención y control de las infecciones hospitalarias generando una masa crítica de profesionales formados como “agentes activos de prevención de la infección nosocomial”. **METODOLOGIA** Se realizó revisión bibliográfica para identificar las áreas a incidir y se diseñó las acciones formativas que les dieran respuesta. Las dos primeras actividades desarrollan una línea de formación en cascada sobre correcta higiene de manos, como iniciativa transversal para la prevención de la infección nosocomial. El resto de actividades pretenden que los profesionales adquieran competencias y apliquen buenas prácticas relacionadas con la prevención de situaciones de riesgo específicas (prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica, recomendaciones de higiene quirúrgica y prevención de la infección asociada a catéteres) y ámbitos concretos (aislamientos y uso racional de antibióticos) que contribuyen a la prevención en materia de infección nosocomial. Se acreditó el programa formativo en el año 2010 por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía obteniendo el nivel Óptimo. **RESULTADOS** Se han realizado 2 sesiones de formación de formadores en higiene de manos, formando a 49 profesionales (2,57%). 40 convocatorias de sensibilización en manos seguras formando a 676 profesionales (35,41%). Del resto de actividades: 1 de prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica y prevención de la infección asociada a catéteres, 2 de recomendaciones de higiene quirúrgica y uso racional de antibióticos y 5 de aislamientos; formándose a un total de 192 profesionales (10,06%). **DISCUSIÓN** Con este programa formativo hemos formado a casi la mitad de profesionales de nuestro hospital, lo que sin duda ha contribuido a mantener la incidencia de la infección nosocomial por debajo del 6%. **CONCLUSIONES** La realización de este programa formativa nos está permitiendo formar a un gran número de profesionales y sensibilizarlos sobre el impacto y efectividad de las buenas prácticas en la incidencia de las infecciones nosocomiales.

IDENTIFICACION INEQUIVOCA DEL PACIENTE EN EL AREA DE GESTION SANITARIA SERRANIA.

Autores:

SEPULVEDA SANCHEZ, M; RIAZA RAMIREZ, MD; BEL PEÑA, N; GAMARRO PIMENTEL, R; CARRASCO JIMENEZ, MV y PEREZ VILLAGRAN, J.

Palabras Clave:

Identificación seguridad pulseras identificativas identificación verbal

Resumen:

Objetivos: Instaurar una identificación segura de pacientes, con el fin de identificar de forma fidedigna al paciente como la persona a la que va dirigida el tratamiento, los cuidados o el servicio y a su vez relacionarlos con dicho paciente, mediante :Uso de pulseras identificativas e Identificación verbal del paciente. Implicar al personal sanitario en el proceso de identificación de pacientes. **Método:** Grupo de trabajo de profesionales, realizó análisis de la situación y elaboración del procedimiento de identificación de paciente. La evaluación se realizó tras seis meses de la implantación del proceso mediante un estudio de prevalencia (Junio 2011), en el cual se evaluó la cobertura relacionada con el uso de la pulsera identificativa, a través de observación directa. La identificación verbal se realizó mediante una entrevista directa al paciente o cuidador/a, se le preguntó si el profesional sanitario le había preguntado su nombre y apellidos en los distintos momentos que recoge nuestro procedimiento. **Resultados:** Se realizó la evaluación a 93 pacientes ingresados distribuidos en las distintas áreas de estudio: (5%)Bloque quirúrgico, (18,3%)Urgencias, (44%)Hospitalización medica, (13%)Hospitalización maternal, (19,4%)Especialidades quirúrgicas. El 46,2% de los pacientes estaban identificados mediante pulseras identificadas. La identificación verbal del paciente fue realizada correctamente en un 59% en el momento del ingreso, antes de un procedimiento terapéutico a un 47,3%, en un 50% de los pacientes que fueron cambiados de unidad durante su hospitalización, 50% de los pacientes antes de la intervención quirúrgica, 32% de los pacientes antes de realizarle alguna prueba complementaria. **Conclusiones:** Como áreas de mejora para la implantación del sistema de identificación de pacientes, el grupo de identificación de pacientes ha priorizado la realización de una nueva campaña de sensibilización a los profesionales, dirigida no sólo a los líderes (supervisoras de enfermería), sino a todos los profesionales, englobada en el conjunto de acciones de mejora de seguridad desarrollado en el hospital dirigidas al cambio de cultura hacia la seguridad del paciente. La necesidad de un cambio en la cultura de los profesionales, en la que las actividades que disminuyan el riesgo de cometer errores en los pacientes estén integradas en la práctica asistencial, es patente día a día, y aunque las iniciativas son múltiples, resultados como los observados en nuestro estudio demuestran que todavía queda mucho camino por andar.

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA ELECTRÓNICA.

Autores:

MEDINA PÉREZ, MJ; SERRANO FERNÁNDEZ, P y JIMÉNEZ OJEDA, C.

Palabras Clave:

Hemovigilancia electrónica, trazabilidad, seguridad.

Resumen:

Introducción. La terapia transfusional se considera un procedimiento seguro y eficaz. Sin embargo, conlleva riesgo de reacciones adversas, de leves a muy graves, incluso mortales. La nueva tecnología está consiguiendo una sangre segura, pero conseguir una transfusión segura está lejos todavía. El R.D. 1088/2005 y la Orden SCO/322/2007, establecen los requisitos de trazabilidad y de notificación de reacciones y efectos adversos graves. La hemovigilancia electrónica tiene como objetivo garantizar la máxima seguridad en el proceso transfusional. Objetivos. 1. Implantación de un sistema de hemovigilancia electrónica que garantice la trazabilidad. 2. Mejorar la calidad de los registros enfermeros. Metodología El número de transfusiones cerradas durante los dos últimos años ha sido de un 80%, no obstante, decidimos implantar un sistema de hemovigilancia electrónica que elimine los sesgos detectados. Las unidades del hospital se dotaron de los recursos informáticos, conectados con banco de sangre. Se realizó la formación de los profesionales así como a una codificación alfanumérica incluida en las tarjetas de identificación del personal sanitario. Resultados. Se ha implantado un sistema de hemovigilancia electrónica en el hospital, consiguiendo un 95% de transfusiones cerradas. Además, el número de ítems completados fue del 100%. Como problema encontrado cabe destacar la dificultad de control de las PDAs y su correcto funcionamiento. Discusión. La calidad de los registros con el cierre manual era deficitaria, sobre todo en número de ítems completados. Sin embargo, este nuevo sistema asegura la cumplimentación de todos los ítems de forma inequívoca, así como la reducción del error humano en el proceso de transfusión. Además, facilita enormemente la explotación de datos a través del sistema informático. Conclusiones. El sistema de hemovigilancia electrónica es un sistema fiable, que garantiza la administración del producto adecuado para cada receptor, siendo fácil de utilizar y asegurando los registros de enfermería. Con este sistema garantizamos la trazabilidad, así como la identificación inequívoca del receptor, previa a la transfusión, poniéndose de manifiesto un incremento de la seguridad del paciente en materia de hemoterapia. Es fundamental el papel que juegan los técnicos de banco de sangre en nuestro sistema de hemovigilancia

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A DOCETAXEL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Rodríguez Camacho, JM; Vázquez Vela, V; González-Carrascosa Vega, T; Fernández Anguita, MJ; Ladrón de Guevara García, M y Romero Hernández, I.

Palabras Clave:

PROTOCOLO DESENSIBILIZACIÓN DOCETAXEL ALERGIA

Resumen:

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de una técnica de desensibilización a docetaxel en un paciente con adenocarcinoma gástrico metastásico. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre técnicas de desensibilización a docetaxel. Los datos del paciente y evolución clínica, se obtuvieron de la historia clínica, entrevista médica y seguimiento prospectivo del farmacéutico. **Caso clínico:** varón, 69 años, diagnosticado de adenocarcinoma gástrico infiltrante con metástasis pulmonares, sin antecedentes alérgicos conocidos. Inició tratamiento con docetaxel 133,5mg y carboplatino cada 21 días. Tras administrar 4 ciclos, el paciente presentó una lesión cutánea de evolución tórpida con descamación en el dorso de la mano y planta de los pies. Tras realización de prueba epicutánea, el alergólogo diagnosticó toxicodermia a taxanos. Se propone realizar técnica de desensibilización. La desensibilización se consideró efectiva si se conseguía tolerar y mantener la dosis terapéutica establecida sin la aparición de reacciones de sensibilidad inmediata o tardía. **RESULTADOS:** La desensibilización a docetaxel se inició en el 5º ciclo de quimioterapia para lo cual se ingresó al paciente. Tras consultar diferentes fuentes bibliográficas se estableció de forma consensuada la dosis total a recibir del fármaco: 106 mg. Se prepararon 6 diluciones a concentraciones crecientes: 0,01mg/ml(100ml); 0,05mg/ml(100 ml); 0,04mg/ml; 0,08mg/ml(500 ml); 0,1mg/ml(500 ml). Las diluciones fueron administradas bajo monitorización y estricta vigilancia a diferentes velocidades: 0,033mg/min (30min); 0,083mg/min (60min); 0,166mg/min (60min); 0,333mg/min (120min); 0,833mg/min (60min). Tras cada administración se obtuvieron las siguientes dosis acumuladas: 1 mg; 6 mg; 16 mg; 56 mg y 106 mg. El paciente no presentó ninguna reacción. No fueron necesarias desensibilizaciones posteriores. Tras 8 ciclos completos la toxicodermia evolucionó favorablemente lo que permitió proseguir con el esquema oncológico del paciente. **DISCUSIÓN:** La pauta de desensibilización a docetaxel podría resultar una herramienta útil en aquellos pacientes alérgicos sin otras alternativas de tratamiento disponibles o cuando se considere que es el fármaco más idóneo para tratar su patología. Se evidencia la necesidad de estandarizar las técnicas de desensibilización. **CONCLUSIÓN:** La desensibilización a docetaxel se mostró segura y efectiva en nuestro paciente, que presentó una evolución positiva con la resolución de la hipersensibilidad inducida por docetaxel.

IMPULSO A LA CREACIÓN DE UNA ASOCIACIÓN DE PADRES DE GRANDES PREMATUROS EN EL MARCO DE PARTICIPACIÓN DE UNA UGC.

Autores:

CAZENAVE BERNAL, A; LUBIAN LOPEZ, S; AGUIRRE COPANO, T; PEREZ ASENSIO, D; SANCHEZ FERNANDEZ, I y JULIA HERRERA, M^a.

Palabras Clave:

Participación. Asociación de padres. Grandes prematuros.

Resumen:

Introducción: La UGC Intercentros de Pediatría (UGCIP) de los HU Puerta del Mar de Cádiz y de Puerto Real, se planteó el impulso a la creación de una asociación en la que participaran padres de grandes inmaduros atendidos en la unidad y donde también colaboraran profesionales en un contexto que facilitara una comunicación bidireccional con menos barreras. **Objetivos:** 1.- Apoyar y orientar a los padres de grandes prematuros facilitándoles: información actualizada sobre el problema, apoyo emocional y consejos basados en la experiencia de padres que ya han pasado por una situación similar. 2.- Mejorar la comunicación entre padres y profesionales para abordar sin barreras aquellos aspectos de la hospitalización en la Unidad que se perciben como mejorables por los padres. **Material y Métodos:** En 2.010, ingresaron 95 prematuros de muy bajo peso (menos de 1500g), lo que nos sitúa en la tercera Unidad Neonatal de Andalucía. La participación y las opiniones de padres de los pacientes con mayor estancia en la Unidad, es un ejercicio necesario en la búsqueda de la mejora continua de la calidad asistencial. Establecimos un Grupo de Trabajo para concretar una Estrategia de captación de padres, que consistió en la invitación a una actividad lúdica a los padres y niños de prematuros nacidos en los 5 últimos años y a la que asistieron 400 personas. Una reunión posterior se tradujo en un compromiso de trabajo continuo entre 3 profesionales (Supervisor de Enfermería, Matrona y Pediatra) con un grupo de 8 padres. **Resultados:** En reuniones periódicas posteriores se consensúan los estatutos de la Asociación, creando una dirección de correo electrónico y una página en Facebook. El grupo de Ayuda mantiene 2 reuniones al mes con el conjunto de padres ingresados en la unidad, habiéndose confeccionado una hoja informativa que se entrega a los padres hospitalizados con número de teléfono de los padres del grupo para cualquier tipo de consulta. **Conclusiones:** Las actividades de la Asociación generan satisfacción en los padres hospitalizados, mejorando su confianza en la unidad y en sus profesionales, estando prevista la realización de entrevistas semiestructuradas para su posterior análisis cualitativo. Las aportaciones que hacen los padres de la asociación en relación al alta de los pacientes, permiten disminuir la estancia hospitalaria al poderles dar de alta de forma precoz, al tiempo que se incrementa la seguridad en el cuidado de los hijos en domicilio, al perpetuarse el apoyo del grupo tras el alta.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE ALTA RESOLUCIÓN MEDIANTE METODOLOGÍA CUALITATIVA

Autores:

Crespillo García, E; Cuéllar Obispo, E; Martos Pérez, F; Toscano Méndez, RJ; Martínez del Campo, MF y García Luque, MJ.

Palabras Clave:

servqhos investigación cualitativa satisfacción pacientes

Resumen:

Objetivo: Conocer la opinión de los usuarios de un Centro de Alta Resolución sobre la calidad de los servicios que afectan a su satisfacción. Método: Estudio transversal mediante la realización de 9 Grupos Focales y 6 Entrevistas Semiestructuradas, con un total de 50 participantes. Los sujetos de estudio fueron usuarios del Área de Atención al menor de Urgencias, Proceso Quirúrgico y Consultas Externas. El guión de preguntas se desarrolló a partir de las dimensiones del cuestionario SERVQHOS. Se integró la información, relacionando las categorías con los fundamentos teóricos de la investigación. Se llegó a la finalización de la investigación cuando los datos se saturaron y no aportaron más información. Resultados: El nivel de satisfacción general de los pacientes para el área de Atención al menor de Urgencias es de 6,3 puntos. La falta de pediatras y los problemas asociados parecen ser la causa fundamental. Para el área de Proceso Quirúrgico el nivel de satisfacción es de 9.2 y para Consultas Externas es de 9.1 puntos. Las categorías mejor valoradas han sido: accesibilidad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, cortesía y competencia. La comunicación y la fiabilidad han sido peor valoradas en el área de Atención al menor de Urgencias; los tiempos de espera y la información que se da en admisión y en el triaje han influido significativamente en la satisfacción de los usuarios. Discusión: La calidad del proceso asistencial es valorada de manera positiva, pero con posibilidades de realizar mejoras que repercutan en la satisfacción de los usuarios, sobre todo en el área de Atención al menor de Urgencias. El área de Proceso Quirúrgico y Consultas Externas han sido muy bien valorados por nuestros pacientes. El área de de Atención al menor de Urgencias aunque ha obtenido una puntuación aceptable, son necesarias mejoras concretas para mejorar la calidad de los servicios. Conclusiones: El modelo Servqhos junto con los métodos de investigación cualitativa, nos ha servido para conocer la percepción y experiencia de los usuarios.

UNA MIRADA HACIA LA FIBROMIALGIA. COLABORANDO CON LA COMUNIDAD

Autores:

Benitez Ordoñez, D; Cuevas Pareja, F; Aguilera López, MD; Muñoz Alonso, A y Caliz Osuna, C.

Palabras Clave:

Coordinación, comunicación, educación grupal, equipo multidisciplinar.

Resumen:

RESUMEN La fibromialgia problema de salud que dificulta la adaptación y desarrollo biopsicosocial Produce un elevado nivel de sufrimiento personal,familiar y social. La OMS la reconoce como una entidad diferenciada y algunos autores como un síndrome que explica la existencia de personas con dolor generalizado persistente y de origen idiopático. El Distrito Sanitario Córdoba pone en marcha actividades para el cumplimiento de los estándares de calidad del Proceso de Fibromialgia,fundamental la comunicación y coordinación con la asociación de estos pacientes,ACOFI.Como resultado de las reuniones se establecen intervenciones en la comunidad para potenciar la atención integral **OBJETIVOS** General:Promover intervenciones grupales para la mejora de su estado de bienestar Específicos: -Identificar pacientes en coordinación con la asociación de fibromialgia y los servicios de salud -Adquirir conocimientos para fomentar los autocuidados -Adquirir habilidades y aptitudes para un afrontamiento eficaz de su enfermedad -Saber identificar recursos propios **METODOLOGÍA** Se formaron cinco grupos de 15 personas a cada grupo se le impartió 8 sesiones de 90 minutos,En los talleres se desarrollaron las actividades programadas con el equipo multidisciplinar (médico de familia, enfermeras de familia, trabajadora social, terapeuta ocupacional, enfermeras gestoras de casos y fisioterapeuta). Se evaluaron los talleres mediante encuestas de conocimientos, satisfacción y valoración de los ponentes **RESULTADOS** Los resultados han sido positivos, beneficiadseo de esta atención grupal un total de 49 pacientes.Siendo identificados en el Proceso Asistencial Integrado en su Hª de Salud digital Se han llevado a cabo cinco talleres de 8 sesiones cada uno en colaboración con la asociación y con la atención del equipo multidisciplinar. La satisfacción de los pacientes ha sido valorada de forma excelente,así como la valoración de los profesionales implicados y los conocimientos adquiridos han sido altos. **DISCUSIÓN** Al final de los talleres se ha identificado a un grupo de la comunidad que se ha beneficiado de la educación grupal,se han sentido apoyadas por el sistema sanitario y se les ha facilitado los recursos para poder realizar un afrontamiento eficaz favoreciendo el autocuidado,fomentando el asociacionismo y a la vez pueden contar con profesionales sanitarios **CONCLUSIONES** La más relevante el aumento de su autoestima, la puesta en marcha de grupos de autoayuda,utilizar los recursos disponibles, sentirse por el sistema sanitario

EL RETO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO: IMPACTO DE LAS ÁREAS DE MEJORA REALIZADAS.

Autores:

POLANCO MUÑOZ, MD; DE LAS PEÑAS CABRERA, MD; DÍAZ RODRÍGUEZ, M; GIL NÚÑEZ, E; GARCÍA ALCARAZ, AM y DÍAZ GÓMEZ, L.

Palabras Clave:

Habilidades de comunicación, cáncer, información oncológica

Resumen:

Autores: 1,2,5,6, UAIC, HUPM,Cádiz; 3,4 Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz. Pertinencia: El II PIOA 2007-2012, establece: Asegurar la capacitación...en técnicas y habilidades de comunicación e información. El Código de Buenas Prácticas en comunicación, expone: Muchas de las dificultades que aparecen en la práctica profesional...se deben al desconocimiento de estrategias útiles de comunicación y habilidades de relación. En 2010 realizamos el curso: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y EMOCIONALES EN LA RELACION CON EL PACIENTE ONCOLOGICO en la UAIC para formación del personal adscrito. Objetivo: Mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de la UAIC, para garantizar una atención integral al paciente y mejorar la calidad de vida emocional del profesional. Material y método: Para la edición de 2011, hemos diseñado un estudio de investigación cualitativa con dos grupos focales: uno con 11 pacientes oncológicos y/o cuidadoras para conocer las carencias que perciben en nuestras habilidades de comunicación y otro con los profesionales al inicio del mismo. Al finalizar, se repetirán los grupos focales para medir el impacto del mismo. Resultados: En el análisis de la transferencia del aprendizaje de los cursos del 2010, se obtuvo una transferencia de conocimientos en la práctica profesional y en el entorno organizativo globalmente del 70-80%. Expondremos los resultados de ambos grupos focales, tanto lo relacionado con su perfil personal (edad, sexo, estudios, localización del tumor e intención de tratamiento, etc) como cuestiones relacionadas con otras fuentes de información: redes sociales, internet, etc. Los resultados más importantes del grupo focal con pacientes: los foros de pacientes ofrecen gran ayuda psicológica, el cuidador anula el rol del paciente, demandan apoyo psicológico, piden mejorar la información en la fase diagnóstica, optimizar la comunicación entre profesionales, relevante la comunicación no verbal, en el médico formación psicológica, clima de confianza con éste, información por escrito, conocer el tipo de afrontamiento del paciente, tiempos de esperas, y se detectan carencias de habilidades sociales en pacientes . Conclusiones: Entre el 70-78.57%, los profesionales mejoraron con el curso sus habilidades de comunicación en 2010. Nuestros pacientes también tienen carencias de habilidades sociales que les dificulta el afrontamiento



COMUNICACIONES PÓSTER

LA BARRERA CUTÁNEA EN NUESTROS MAYORES TRAS EL IMPACTO DE LA INCONTINENCIA ? EXCESO DE HUMEDAD

Autores:

García Alegre, R; Portuondo Jimenez, J; de Luis Alvarez, S; Larrinaga Llaguno, M; Larrinaga Llaguno, N y Gonzalez Reguero, A.

Palabras Clave:

Incontinencia;upp:

Resumen:

Introducción: Siempre se ha relacionado las UPP con la incontinencia urinaria, fecal o una combinación de ambas. Por ello la mayoría de las escalas utilizadas para valorar el riesgo de UPP, incluyen la incontinencia y humedad de la piel. Son varias las publicaciones las que intentan diferenciar las lesiones por incontinencia o por UPP. Incluso algunos autores se plantean la posibilidad de un nuevo sistema de clasificación de las lesiones. **Objetivo:** Que el personal de enfermería identifique grupos con riesgo de desarrollar deterioro de la integridad cutánea relacionado con la incontinencia y/o exceso de humedad. **Método:** Se podrían dividir en seis los grupos de personas con especial riesgo de desarrollar deterioro de la integridad cutánea relacionado con la incontinencia y/o exceso de humedad: **Ancianos:** son un grupo de alto riesgo, ya que su piel es cualitativamente diferente de la piel de un adulto más joven, siendo más permeable y por tanto permitiendo que la humedad exterior penetre en las capas de la epidermis y así aumentando el coeficiente de fricción en la superficie de la piel elevando el riesgo de lisis. Además, la piel de los ancianos también es más propensa a la sequedad. **Mujeres:** son uno de los grupos de alto riesgo, debido a una mayor prevalencia de padecer incontinencia y un aumento de la misma con la edad, menopausia y número de partos. **Obesidad:** se debería de considerar como factor de riesgo para la incontinencia urinaria, especialmente en mujeres, por la formación de pliegues y la exacerbación de incontinencia urinaria de estrés según menciona Gray. **Enuresis:** a un siendo un factor de riesgo en la edad infanto-juvenil, un 1% de la población en edad adulta lo padece. **Pacientes neurológicos:** sabiendo que el acto de orinar es voluntario y consciente, controlado por los centros superiores, cualquier patología que intervenga en los mismos puede inducir a la incontinencia. **Otros problemas de salud:** patologías cardio pulmonares que afecten a la oxigenación de los tejidos, problemas de movilidad o sensoriales, bajos niveles de albumina, **Resultados:** Identificar de forma eficaz, eficiente y efectiva las lesiones cutáneas causadas por incontinencia, y/o humedad en la piel. **Conclusión:** Reconocer y diferenciar a los diferentes grupos en función de la edad, género y otros factores relacionados con la incontinencia y/o exceso de humedad para así poder prevenir en la medida de lo posible problemas de humedad en la piel.

INTRODUCCION DE ENCUESTA PREOPERATORIA PARA DESPISTAJE DE MUJER GESTANTE CANDIDATA A ANALGESIA EPIDURAL

Autores:

HERNANDEZ DEL CASTILLO, M; TOLEDEANO BLANCO, R; SORIANO , D; URBANIACQ , M; GALLEGO , I y PEREZ , S.

Palabras Clave:

BLOQUE QUIRURGICO, GESTANTE,ENCUESTA

Resumen:

La lucha contra el dolor ha sido un objetivo de la medicina desde que existe la humanidad, de hecho, la historia de la analgesia - anestesia obstétrica empieza de forma muy reciente. Es a principios de 1970 cuando se inicia en nuestro país la introducción de la analgesia epidural en obstetricia. Actualmente existen muchos métodos para aliviar o eliminar el dolor en el parto. Actualmente la analgesia epidural es la técnica más empleada, procedimiento que es realizado por anestesiólogos, el cual no está exento de riesgos. Por ello es importante que la gestante este bien informada para poder tomar una decisión con seguridad. Además no todas las gestantes son candidatas para esta técnica analgésica, la detección precoz de mujeres no candidatas, adelantar el diagnóstico y la intervención temprana son quizás las claves para actuar con seguridad. Actualmente no se recoge ninguna medida en el control del embarazo para detectar casos de riesgo que deben derivarse a la consulta de pre anestesia para su valoración y seguimiento .Con la introducción del cuestionario preoperatorio tendríamos una herramienta para el control e inclusión o no ser gestante candidata a analgesia epidural.

MATERIAL Y METODOS: Para esta detección precoz hemos diseñado un cuestionario para el despistaje de aquellas gestantes que necesitan valoración preoperatoria antes de la indicación de analgesia epidural.Los datos serán recabado mediante encuestas de diseño propio, la validación del cuestionario se ha realizado mediante valoración de expertos y serán incorporados y procesados con el software Statistical Package for Social Science (SPSS).

RESULTADOS: Se realizó un plan de comunicación a todos los profesionales afectados el objetivo de dicho proyecto de mejora, la necesidad de la colaboración por parte de todos ellos. Se establece como indicador de medida Indicador: número de gestantes de riesgo que han sido derivadas a la consulta de preanestésica durante el periodo de un año.

CONCLUSIONES:La preocupación por las necesidades reales de la mujer gestante y la voluntad de proporcionar y de adecuar la información que necesitan para una óptima toma de decisiones es la única manera de garantizar la continuidad de la atención a la gestante y neonato

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA ACREDITADA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL

Autores:

VELA CERERO, CJ; VISUERTE SANCHEZ, JM; CORTES VEGA, JA y FORJA PAJARES, F.

Palabras Clave:

FORMACION DESCENTRALIZACION BUCODENTAL

Resumen:

Objetivos: con la descentralización de la formación continuada en la UGC de Salud Bucodental del D.S.Bahía de Cádiz-La Janda se persigue. 1.- Conocer los mapas de competencias profesionales como herramientas para la gestión del conocimiento, aplicadas a su puesto de trabajo para detectar déficits competenciales y necesidades formativas. 2.- Dotar a los profesionales de herramientas para elaborar planes de formación individuales en base a las necesidades detectadas por ellos mismos. 3.- Conseguir un plan de formación anual para la Unidad de acuerdo con los planes de formación individuales de los profesionales.

Material y método: Se realiza una actividad formativa acreditada donde se da a conocer a los integrantes de la UGC los mapas de competencias profesionales como herramientas de detección de necesidades formativas, se detectan las necesidades formativas y se elaboran los planes de desarrollo individual, elaborándose una propuesta de plan de formación continuada para la UGC. Resultados: hemos pasado de contar con una única actividad acreditada en los años 2007, 2008 y 2009, a contar con planes formativos para los años 2010 y 2011 que han estado formados por un programa formativo y 6 actividades individuales. Discusión: Se ha obtenido una mejora evidente en la formación continuada dentro de la Unidad pasando de una formación testimonial para los integrantes de la UGC de Salud Bucodental ha contar con planes formativos anuales consensuados. Conclusiones: la descentralización de la formación continuada para la UGC de Salud Bucodental está justificada por los siguientes motivos:

1.- Para la Organización, puesto que se impulsa la formación como elemento estratégico en el SSPA; incorporando la dimensión de la formación en el modelo de gestión clínica, que es una línea estratégica del Plan de Formación Integral de la Consejería de Salud de Andalucía. 2.- Para los profesionales porque facilita el desarrollo de las actividades de Formación Continuada en su propio entorno laboral, haciéndolos protagonistas del proceso, mediante el descubrimiento de sus propios déficits competenciales y desarrollar sus planes de Formación Individual, fomentando también el trabajo en equipo y la toma de decisiones descentralizadas al elaborar, de forma consensuada, el Plan de Formación de la UGC, incorporando así la dimensión de la formación en el Modelo de Gestión Clínica, dentro de la Salud Bucodental.

SALUD ORAL EN ENFERMOS DE ALZHEIMER DE LA UGC DE SALUD BUCODENTAL DEL DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CÁDIZ LA JANDA.

Autores:

VISUERTE SÁNCHEZ, JM; CORTES VEGA, JA; VELA CERERO, CJ y PEREIRO HERNÁNDEZ, RM.

Palabras Clave:

SALUD BUCODENTAL, ORAL, ALZHEIMER

Resumen:

Objetivos: Teniendo en cuenta que el 2011 está siendo el año de investigación del Alzheimer, desde la UGC salud bucodental (UGC SBD) del Distrito sanitario Bahía de Cádiz-la Janda, nos hemos planteado la necesidad de conocer y evaluar el estado de salud bucodental de estos enfermos a fin de detectar sus necesidades no satisfechas por los servicios de salud de nuestra UGC, para poder identificar elementos de mejora en nuestra calidad asistencial. Material y método: Se ha realizado una exploración bucodental, más una completa historia clínica de 268 enfermos de Alzheimer seleccionados aleatoriamente de entre los 503 afectados pertenecientes a Asociaciones de enfermos de Alzheimer distribuidas por el ámbito geográfico de la UGC SBD del Distrito sanitario Bahía de Cádiz-la Janda. Han participado en dicho estudio 6 dentistas pertenecientes a la UGC. Resultados: De los 268 pacientes explorados, el 32,84% eran hombres y el 67,16% mujeres, con una media de edad de 79,76 años y una media de medicación consumida de 5,8 fármacos/día. El porcentaje de enfermos de Alzheimer edéntulos totales era del 63,10% y el 36,90% eran edéntulos parciales. Eran portadores de prótesis completa el 19,40 % y el 10,10% eran portadores de prótesis parcial. El 84,30% necesitaba algún tipo de prótesis dentaria o ajuste de la que ya tenían, mientras que el 15,70% no necesitaba ningún tipo de prótesis ni ajuste de la misma. Discusión: El estudio muestra que la cantidad de mujeres que pertenecen a este tipo de Asociaciones casi duplica al de hombres, que la media de edad ronda los 80 años y que ambos están muy polimedicados. Todos los pacientes explorados presentaban algún tipo de edentulismo en mayor o menor grado, (aunque 2/3 de los pacientes eran edéntulos totales) y sólo algo menos de 1/3 de estos pacientes tenían confeccionada una prótesis dental. La gran mayoría de los pacientes explorados, el 84,3%, necesitaban una prótesis nueva o un ajuste de la que ya tenían. Conclusiones: La UGC se plantea como elemento de mejora para la calidad asistencial en este tipo de pacientes la necesidad de realizar más actividades de prevención y promoción de la salud enfocadas a conseguir una mayor higiene oral por los propios pacientes o por sus cuidadores, con el fin de disminuir el número de piezas

ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE AVISO EN UNA SALA DE ESPERA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD

Autores:

Rodríguez Lara, M; Jiménez Estrada, M; López Casanova, F; De Tovar Fernández, M; Fernández García, A y Torres Martín, M.

Palabras Clave:

Calidad, Promover, Gestión

Resumen:

Introducción: Todas las salas de espera tienen esas sillas asépticas enganchadas unas con otras de forma que la distancia es suficiente para sentirse cerca del desconocido. Lo que nunca falta es la persona que se enfada y lo exterioriza pero no conocemos las incidencias que presentan nuestros pacientes mientras esperan. **Objetivos:** Conocer las incidencias de los pacientes que esperan en la sala de espera para promover, mantener la salud, aliviar y tratar la enfermedad. **Material y métodos:** Estudio de retrospectivo en un hospital comarcal del número de incidencias registra desde Enero a Junio del 2011. Las variables mediadas son: Nivel de triaje, motivo de consulta, hora de llegada, hora de la incidencia, hora vista por el médico, motivo de la incidencia, destino. **Resultados** En el periodo estudiado se han atendido en el servicio de urgencias de nuestro hospital 50917 pacientes, y se han registrado 658 incidencias en la sala de espera, lo que supone un 1,2 % de los pacientes atendidos. Por niveles de triaje predominan los pacientes que tenían asignado un nivel 3. El 52% de los que reclaman es por dolor, seguidos de nauseas y la fiebre . El tiempo medio de espera antes de reclamar es del 1,38 minutos. En el 50,5% de los casos aún no había sido visto en consulta y en el 42,5 % de ellos ya se les había administrado medicación. Volvieron a avisar por el mismo motivo en un 3.7% de los casos El 72.3% de los pacientes que avisaron, tras ser valorados, permanecieron en la sala de espera y fueron dados de alta directa, el 20.3 % ingresaron en el área de OBS-STC, el 6,7% tuvieron un ingreso directo en Hospitalización y el 0,7% fueron trasladados a otros centros. **Conclusión** Lo más destacable del análisis es la baja incidencia de acontecimientos registrados en la sala de espera (<2% de los pacientes atendidos), y que la gran mayoría se resuelve en el mismo área de urgencias. Así mismo no se ha registrado ningún evento centinela. La gestión de incidencias debe ir más allá de las meras indagaciones y emisión de un informe. Debe servir, para la institución y para cada servicio, como elemento útil a la hora de detectar deficiencias organizativas, de equipamiento, etc, y como termómetro de la calidad percibida por nuestros usuarios. En base a los resultados que se obtienen se revisan las pautas de actuación de aquellos pacientes que acuden por dolor en nuestro servicio. La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial.

INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO EN ANDALUCÍA A TRAVÉS DE LA LÍNEA TELEFÓNICA ?QUIT LINE? EN EL DISTRITO SEVILLA SUR

Autores:

SAGRERA PÉREZ, MR y SÁNCHEZ BLANCO, J.

Palabras Clave:

INTERVENCIÓN TABAQUISMO LÍNEA TELEFÓNICA

Resumen:

1.OBJETIVO: La línea telefónica para dejar de fumar QUIT LINE incluida en el Plan Integral de Atención al Tabaquismo de Andalucía (PITA), pretende facilitar la accesibilidad a la deshabituación del tabaco de personas con barreras de acceso o a aquellas que prefieran esta modalidad de tratamiento proporcionando ayuda telefónica para dejar de fumar Este estudio analiza el desarrollo del programa desde su inicio hasta la actualidad en el Distrito Sevilla Sur 2.MATERIAL Y METODO: Se recoge la información de 201 pacientes atendidos en 55 guardias realizadas por la Técnica del Distrito de junio de 2007 a junio de 2011. Al ser las guardias determinadas por la dirección del PITA sin ningún criterio fijo, se considera un muestreo aleatorio de los pacientes que solicitan esta modalidad de tratamiento en toda Andalucía. Las variables demográficas estudiadas han sido: edad, sexo y zona geográfica de procedencia del demandante; las del proceso: número de llamadas realizadas al paciente y tiempo de llamada; de resultado de la intervención: pacientes que consiguen dejar de fumar y motivos de cierre de la solicitud 3.RESULTADOS: No hay diferencias en el acceso a este servicio entre hombres (50,25%) y mujeres (49,75), ni difiere su edad media (41,9 años). No se encuentran diferencias entre sexos en el número medio de llamadas realizadas (7,5) ni en el tiempo medio dedicado (9,4 minutos). En cambio, más hombres (14,85%) que mujeres (5%) consiguen dejar de fumar. La imposibilidad de establecer contacto con el paciente es la causa más frecuente de baja en el programa (41%) Las provincias andaluzas con mas solicitudes de demanda son Sevilla (35,8%) y Granada (13%); Jaén, la que menos (4,5%) 4. DISCUSIÓN: En relación con otras modalidades de intervención, diversos estudios concluyen que no hay evidencia consistente de diferencias por sexo en la respuesta a los tratamientos para dejar de fumar. No se conocen datos en ese sentido de otras líneas telefónicas en otras comunidades o países. Los resultados aquí obtenidos sugieren que las intervenciones dirigidas a las mujeres requieren mayor relación presencial 5.CONCLUSIONES: La intervención en tabaquismo a través de la QUIT LINE en el DSSS, complementa a otras intervenciones que se realizan de manera presencial en los centros de salud. El perfil del ciudadano que accede a este tipo de intervención es similar en ambos sexos, aunque con mayor éxito terapéutico en los hombres. La dificultad para contactar con el paciente es la principal causa de baja en el programa

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN TERAPIA SECUENCIAL: OMEPRAZOL, PARACETAMOL Y LEVOFLOXACINO

Autores:

GOMEZ PEÑA, C; GARCIA FERNANDEZ, C; BELDA RUSTARAZO, S; RUIZ FUENTES, S; ALVAREZ GONZALEZ, J y CABEZA BARRERA, J.

Palabras Clave:

Terapia-secuencial, intervención, eficiencia

Resumen:

OBJETIVO Conocer el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas y evaluar la eficiencia de la terapia secuencial en el uso de omeprazol, paracetamol y levofloxacino. **MATERIAL Y METODOS** Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel con datos recogidos entre Septiembre de 2010 y Septiembre de 2011. En el período de estudio se evaluaron todas las intervenciones farmacéuticas realizadas sobre terapia secuencial así como el grado de aceptación de las mismas correspondientes a los fármacos omeprazol, paracetamol y levofloxacino, en los distintos servicios del hospital, excluyendo U.C.I. y Urgencias. En nuestro centro, la terapia secuencial se realiza mediante una notificación por parte del farmacéutico al médico prescriptor cuando el paciente es susceptible de utilizar la vía oral por inicio de tolerancia tanto por medio de comprimidos como a través de sonda nasogástrica. Esta intervención se realiza a partir del primer día para el caso de omeprazol y paracetamol y a partir del tercer día en el caso del levofloxacino, siempre y cuando el paciente tolere la vía oral. **RESULTADOS** En el periodo de estudio, se realizaron un total de 491 intervenciones farmacéuticas relativas a terapia secuencial. La distribución de estas intervenciones fueron: 274 casos de omeprazol, 156 de paracetamol y 61 de levofloxacino. Respecto al grado de aceptación, un 55,4% de las intervenciones fueron aceptadas (n=272). La distribución fue la siguiente: 156 intervenciones aceptadas en el caso de omeprazol, 83 en el caso de paracetamol y por último, 33 intervenciones aceptadas en el caso de levofloxacino. En relación a los servicios afectados, se detectaron 13 intervenciones en cirugía vascular, 17 en cardiología, 45 de cirugía, 14 dermatología, 29 digestivo, 134 de medicina interna, 52 neumología, 15 de oncología, 12 de otorrino, 93 en traumatología, 67 en urología. **CONCLUSIONES** La terapia secuencial como intervención farmacéutica es un objetivo en nuestro servicio que vela por el control del gasto farmacéutico, pero ante todo, intenta establecer la vía oral como principal, con el consiguiente aumento de la comodidad y seguridad del paciente durante su estancia en el hospital. Asimismo, el uso de la vía fisiológica facilita el trabajo del personal de enfermería y conlleva una reducción del tiempo requerido por paciente.

VALORACIÓN DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN LABORAL DE PROFESIONALES DEL LABORATORIO

Autores:

García Linares, S; Sánchez Navarro, R; De Haro Muñoz, T; Poyatos Andújar, A y Mora Vallellano, J.

Palabras Clave:

Resumen:

OBJETIVOS. Obtener información de tipo cuantitativo sobre la satisfacción de los profesionales que prestan servicio en el Laboratorio mediante la realización de encuestas y adoptar las medidas necesarias, tras su valoración, para que sea lo más positiva posible.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se diseña una encuesta derivada de la revisión del modelo EFQM. Consta de 24 preguntas cerradas con respuestas del 1 al 5, de menos a más favorable y se dan a elegir 3 aspectos de mejora de un total de 12. Se evalúan 8 dimensiones referentes a: Condiciones de trabajo y recursos, Formación, promoción y desarrollo profesional, Motivación y reconocimiento, Relación con superiores, Implicación en la mejora, Organización y funcionamiento, Comunicación interna, objetivos, Dirección de la unidad. Se seleccionan 3 variables de relieve crítico: grupo profesional, antigüedad, régimen laboral. La cumplimentación de la encuesta es anónima y voluntaria. Una vez recogidas se procede a su volcado en soporte informático calculándose: Puntuación media ponderada para cada respuesta. Índice de satisfacción en cada pregunta. Índice de satisfacción global. Porcentaje de aceptación

RESULTADOS. En diciembre de 2010 se reparten un total de 80 encuestas, se recogen 52 rellenas en su totalidad (65%). Por categorías el colectivo mayoritario fue el de Enfermería (80%), seguido del personal Técnico (75%), administrativos y facultativos (45%), no señalan categoría un 16%. Puntuación media 3,19. Porcentaje de aceptación 57,8%, índice de satisfacción global 0,28

CONCLUSIONES. En el 16% de las encuestas recogidas no se indica la categoría profesional y el área de trabajo lo que dificulta el análisis de resultados. Los aspectos en los que se ha obtenido una puntuación más baja son: 1) referentes a las condiciones ambientales (P1 y P2). La falta de aprovechamiento de las capacidades individuales y de valoración del trabajo (P6 y P8). Falta de participación en objetivos y proyectos de mejora (P11 y P12). Dificultad en el desarrollo de las funciones (P17). La comunicación y coordinación adecuadas (P20, P22), la falta de recepción a problemas y/o demandas (P24). En cuanto a los aspectos de mejora se priorizan el reconocimiento al trabajo realizado, reparto equitativo de las cargas de trabajo, posibilidades de participación y conocimiento de objetivos. La valoración de esta encuesta es objeto de revisión anual por parte de la Dirección del servicio.

USO DE LA CROMOTERAPIA EN EL EQUILIBRIO DE LAS EMOCIONES DEL PACIENTE EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE TRASPLANTE RENAL

Autores:

PÉREZ DOCTOR, M; LÓPEZ SÁNCHEZ, T y AMOEDO CABRERA, ML.

Palabras Clave:

Resumen:

INTRODUCCION La ansiedad, el temor o el riesgo de soledad son los diagnósticos enfermeros que se activan con mayor prevalencia en el paciente renal trasplantado. El entorno físico es uno de estos factores sobre los que se puede actuar para conseguir beneficios terapéuticos sobre su equilibrio emocional y mejorar la calidad asistencial. El color es parte del entorno. El objetivo de enfermería es: ?Elaborar un proyecto de pintura para las habitaciones, techos y pasillos seleccionando los colores de mejor beneficio terapéutico para el equilibrio emocional de estos pacientes, mejorando la calidad asistencial. **METODOLOGIA** ?Búsqueda, análisis y selección de contenidos prácticos y funcionales sobre la cromoterapia y sus efectos terapéuticos. ?Estudio de las características terapéuticas de las habitaciones en la unidad de trasplante renal.**RESULTADOS: DISEÑO DE PINTURA DE UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL:** La unidad tiene 6 habitaciones: -Tres habitaciones individuales para el postoperatorio inmediato. ?Color azul: inductor a la relajación, para estados febriles e inflamaciones. ?Color verde: efecto analgésico, para la hipertensión y la incontinencia urinaria. Contribuye a la calma en los pacientes quirúrgicos. ?Color violeta: relajante, para inflamaciones y efecto sobre la anemia. -Dos habitaciones con 2 camas: color púrpura como color frío recomendado en habitaciones soleadas para pacientes de larga estancia. -Habitación individual destinada a la preparación del trasplante y realización de biopsias: verde cálido, para pacientes de paso, por su poder analgésico y precursor de calma y equilibrio. **RECOMENDACIONES GENERALES:** Los techos serán del mismo color que la pared, aunque de una tonalidad más clara. Se evitará el color blanco por resultar deprimente y monótono para pacientes que estarán muchas horas contemplándolo. Se buscará el contraste del mobiliario con el uso del color crema para evitar la monotonía. El pasillo irá en un color claro y luminoso: melocotón pálido por su efecto estimulante de la movilización en la planificación del alta. **CONCLUSIONES:** La selección de los colores con conocimiento de su función terapéutica como actividad enfermera dentro de la intervención NIC 6480 MANEJO AMBIENTAL (mobiliario, luminosidad, ruido?) puede contribuir a resolver o mejorar las manifestaciones emocionales del paciente trasplantado y aumentar la calidad asistencial. ?Los conocimientos técnicos sobre cromoterapia deberían ser utilizados en los hospitales para favorecer la recuperación de los pacientes.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN AUTOMÁTICA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Autores:

Fayet Pérez, A; Jordá Gimeno, MJ; Verdejo Reche, F; Acosta Robles, P; Urquizar Rodríguez, O y Martínez De La Plata, JE.

Palabras Clave:

Calidad SADME Consumo

Resumen:

Objetivos: Los sistemas automatizados de dispensación individualizada de medicamentos (SADME) son dispositivos descentralizados que permiten disponibilidad inmediata y adecuada de la medicación en las unidades clínicas. Se pretende cuantificar y evaluar la variación del consumo asociado al gasto y el impacto de la carga asistencial en el área de farmacia tras la implantación de un SADME en el bloque quirúrgico en marzo de 2011.

Material y Método: Tras la implantación del SADME se llevó a cabo un seguimiento del consumo de medicamentos empleados durante el período abril-agosto 2011, que se comparó con el mismo período de 2010. Los datos se obtuvieron mediante el programa informático de gestión económica. Se estableció un día de la semana para la reposición programada y para evitar posibles roturas de stock se establecieron niveles críticos de existencias que conllevan reposiciones extraordinarias. Para conocer la carga de trabajo en farmacia se contabilizó, durante el mes de agosto de 2011, el tiempo empleado para la reposición de la medicación en el SADME (se diferenció la preparación de la colocación). Los farmacéuticos se encargan de los estupefacientes y los técnicos del resto de medicación.

Resultados: El consumo total durante el período abril-agosto fue de 187.546,35? en 2010 y de 158.596,32? en 2011. Para este período, en 2010 se emitieron 307 albaranes (52 reposiciones programadas) y en 2011, 253 albaranes (22 programados). El tiempo medio diario empleado por los técnicos en la reposición programada fue de 40,75 min en la preparación de la medicación y 69,5 min en la colocación. En la reposición extraordinaria emplearon 5,13 min en la preparación y 20 min en la colocación. El tiempo medio diario empleado por los farmacéuticos en la reposición programada de estupefacientes fue de 9,25 min en la preparación y 13,5 min en la colocación. En la reposición extraordinaria emplearon 3,5 min en la preparación y 9 min en la colocación.

Discusión: El consumo de medicamentos ha disminuido un 15,4% y se ha reducido 17,6% los albaranes emitidos (57,7% los programados). La carga de trabajo en el área de farmacia ha aumentado ya que anteriormente la colocación la realizaba personal del bloque quirúrgico.

Conclusiones: La calidad del proceso ha mejorado al disminuir el consumo y aumentar el tiempo disponible en bloque quirúrgico para la atención de los pacientes aunque la carga de trabajo en el área de farmacia ha aumentado.

ANÁLISIS DEL CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

Autores:

Sánchez Argáiz, MC; Pérez Díaz, I*; Piñero García de Vinuesa, MA; Prieto Callejero, B; Grutzmancher Saiz, S y Bocanegra Martín, C.

Palabras Clave:

Caducidades error de medicación almacenamiento

Resumen:

Objetivos: Análisis del control mensual de las caducidades de los medicamentos pertenecientes a las distintas áreas de un Servicio de Farmacia. Material y método: Se elaboró una base de datos de caducidades de medicamentos. Se diseñó según las distintas áreas de almacenamiento: dosis unitaria, almacén general, antidotos y botiquín metabólico. Anualmente en dos ocasiones (enero y junio) se revisan las caducidades de todos los medicamentos disponibles en el Servicio de Farmacia, con la finalidad de introducir en la base de datos el nombre del medicamento que caducaría durante el año en curso y su correspondiente fecha de caducidad (mes/año). La aplicación informática permite obtener de cada área un listado mensual de los medicamentos que caducan en dicho mes. Posteriormente se procede a la retirada de los mismos (en caso de haber existencias) del lugar de almacenamiento. Una vez retirados, es necesario introducir en la base de datos la cantidad de cada medicamento retirado. Según el tipo de medicamento y la cantidad caducada, la base de datos nos permite obtener un informe indicando si el medicamento en cuestión ha de ser destruido, o por el contrario es posible la devolución del mismo al laboratorio. Resultados: A comienzos del año 2011 se procedió a la revisión de todos los medicamentos disponibles en el Servicio de Farmacia, de los cuales 200 especialidades diferentes se registraron en la base de datos descrita por presentar una caducidad dentro del año en curso. Hasta la fecha durante el periodo Enero-Agosto de 2011 se ha procedido a la retirada de la medicación caducada, un total de 67 especialidades farmacéuticas, siendo el 26,9% destruida y el 73,1% devuelta al laboratorio correspondiente. Discusión: La administración de medicamentos caducados constituye un tipo de error de medicación (EM) y estos errores son, actualmente, unos de los problemas más comunes de seguridad del paciente. Por ello, es muy importante actuar para prevenir la existencia de medicamentos caducados. Conclusiones: Entre las responsabilidades del farmacéutico está la de asegurar que las condiciones de recepción, almacenamiento y conservación de los medicamentos sean las correctas. La elaboración de esta base de datos nos facilita el control mensual de las caducidades de todo medicamento que se incorpora al stock del Servicio de Farmacia. El control de caducidades de forma informatizada es una estrategia que permite minimizar los EM.

MODELO DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE HEPATITIS VIRALES EN EL AREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ

Autores:

JIMÉNEZ MACÍAS, FM; PRADA PEÑA, M; RAMOS LORA, M; CAMACHO PIZARRO, A; PUJOL DE LA LLAVE, E y RUÍZ FRUTOS, C.

Palabras Clave:

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO; HEPATITIS VIRALES

Resumen:

OBJETIVO: La gestión por procesos es una novedosa y potente herramienta que se está imponiendo en el diseño asistencial de la prestación sanitaria, basándose en el cumplimiento de unos estándares de alta calidad de los servicios sanitarios, y cuyo principal objetivo es dar respuesta a las expectativas de nuestros pacientes con la menor variabilidad en la toma de decisiones y ajustados a la evidencia científica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Basándonos en las directrices del Proceso Asistencial Integrado (PAI) de hepatitis virales elaborado en nuestra comunidad autónoma, nuestro centro hospitalario asumió la responsabilidad de llevar a cabo su difusión e implantación entre los distintos equipos de atención primaria (EAP) sometidos a una mayor prevalencia en hepatitis crónicas virales (HCV). Desde Junio del 2009 hasta Junio del 2011 se programaron sesiones informativas con los EAP. Como herramientas de mejora de la continuidad asistencial (CA) internivel se emplearon tanto una dirección de correo electrónico como una conexión telefónica permanente, que permitía un asesoramiento y acceso directo al personal responsable del PAI. **RESULTADOS:** Fueron visitados un total de 14 centros de salud y consultorios onubenses (Adoratrices, Aljaraque, Bellavista, Bollullos Par del Condado, Corrales, El Rocío, Torrejón, Huelva-Centro, Isla Chica, Isla Cristina, La Orden, Los Rosales, Molino de la Vega, Punta Umbría), así como el CPD de Huelva. En la implantación de dicho PAI participaron un total de 113 profesionales sanitarios (FEA y DUE), media 8 profesionales/centro; rango 3-18. Durante este periodo se notificaron 38 pacientes con HCV vía email (65% VHB/35% VHC), siendo 45 las notificaciones telefónicas recibidas (67% VHC/33% VHB). Los pacientes eran citados telefónicamente en la consulta de Hepatología, con una demora media de 8 días; rango 3-13. Tras ser valorados se establecía indicación o no de terapia. **DISCUSIONES Y CONCLUSIONES:** Con la implantación en nuestra Área Hospitalaria del PAI Hepatitis Virales y el uso de herramientas facilitadoras de la CA internivel (vía email y conexión telefónica), los pacientes con HCV eran valorados de forma más precoz, mejorando su accesibilidad a los servicios sanitarios. Además se consiguió mejorar la competencia científico-técnica de nuestros profesionales basada en una actividad asistencial más cercana y directa al ciudadano, basada en estándares de calidad, que consideramos responde de forma más eficaz y eficiente a las expectativas de nuestros pacientes.

IMPACTO ECONÓMICO DE LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE TRATAMIENTOS HORMONALES DE INFERTILIDAD Y TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Autores:

Ruiz Cruz, C; Valle Diaz de la Guardia, AM; Belda Rustarazo, S; Ruiz Fuentes, S; Fernández López, C y Álvarez González, J.

Palabras Clave:

Dispensación hospitalaria, impacto económico

Resumen:

INTRODUCCIÓN: el 22 de diciembre de 2010, la dirección gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS) dicta la resolución SC 0403 por la que se incluyen determinados medicamentos para tratamientos extrahospitalarios, en la dispensación de los servicios de Farmacia Hospitalaria. Los medicamentos afectados por la resolución son la mayor parte de los destinados a tratamientos oncológicos y la totalidad de los tratamientos hormonales de la infertilidad. En concreto, los principios activos que han pasado a dispensarse en las unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria, son aquellos incluidos en los siguientes subgrupos de la clasificación ATC de los medicamentos: G03GA, G03GB, H01CC, L01AA, L01AX, L01BC, L01CB, L01DB, L01DC, L01XA, L01XE, L01XX, L02AE, L04AB Y L04AC. La resolución se hace efectiva el 22 de enero de 2011 para el ámbito del SAS. **OBJETIVO:** evaluar el impacto económico de la dispensación de los medicamentos afectos por la resolución SC 0403/10 para un Servicio de Farmacia Hospitalaria. **MATERIAL Y MÉTODOS:** a partir de la sección de Pacientes Externos del programa Farmatools® se obtuvieron las dispensaciones y el importe de las mismas. El periodo de estudio fue de 3 meses: del 1 de febrero al 30 abril de 2011. **RESULTADOS:** el coste de los medicamentos incluidos en la resolución durante 3 meses fue de 286.605,08 €, lo que supuso el 8,9% del gasto de la unidad de Pacientes Externos durante ese periodo. Por principio activo, el que implicó un mayor impacto económico es el ustekinumab, con un coste de 61662 € (1,9% del consumo de Pacientes Externos). Por grupo terapéutico, el que supuso un mayor gasto es el L01XE (inhibidores directos de la proteína-quinasa) con un importe de 125541 € (3,9% del consumo de Pacientes Externos). Dentro de este grupo, la contribución principal se debió al imatinib (con un coste de 53583 €). El consumo de la unidad de Pacientes Externos de febrero a abril de 2011 con respecto al mismo periodo de 2010 se redujo un 0,4%. **CONCLUSIONES:** la resolución ha supuesto un notable impacto económico y asistencial para los servicios de Farmacia Hospitalaria. La mejora en el seguimiento y uso seguro de los medicamentos afectos por esta resolución deberá ser evaluada en otros estudios. A pesar del coste que implica la resolución para el Servicio de Farmacia, el gasto de la unidad de Pacientes Externos ha disminuido, posiblemente por la simplificación de los tratamientos para el VIH y por la medida de descuento del 7,5% efectuada por la industria.

ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DE ETANERCERPT Y ADALIMUMAB COMO AYUDA A LA GESTIÓN CLÍNICA.

Autores:

Acosta Robles, P; Gimeno Jorda, MJ; Sanchez Arcos, MA; Tarin Remohi, MJ; Fayet Perez, A y Urquizar Rodriguez, O.

Palabras Clave:

Etanercept, adalimumab, coste

Resumen:

OBJETIVOS: Analizar el coste real que supone para el sistema regional de salud el tratamiento de las siguientes enfermedades inflamatorias (Artritis Reumatoide (AR), Espondilitis Aquilosa (EA) y Artritis Psoriasisica (APs)) con los principales fármacos anti-TNFs con sistema de autoadministración en los hospitales de la provincia de Almería, como herramienta de ayuda en la toma de decisiones **MATERIAL Y METODO:** Estudio retrospectivo multicéntrico de todos los enfermos tratados con etanercept (etan) o adalimumab (ada) durante el periodo enero-diciembre 2010 en los hospitales públicos almerienses. Las variables estudiadas fueron: número total de pacientes tratados, % de enfermos tratados con cada alternativa terapéutica de cada indicación, coste medio anual de cada alternativa terapéutica en cada indicación **RESULTADOS:** Durante el periodo estudiado se han tratado un total de 300 enfermos de alguna espondiloartropatía, de los cuales 112 (37.3%) recibieron adalimumab y 188 (62.7%) etanercept; por patologías la distribución de los pacientes fue: AR 51.6%, EA 29.7% y APs 18.7%. La distribución de los tratamientos por indicación fue: AR (ada 32.2%, etan 67.8%); EA (ada 39.3%, etan 60.7 %) y APs (ada 48.2%, etan 51.8 %). El coste anual medio por paciente para cada alternativa terapéutica fue: AR (ada 9931.6?, etan 7363.5?); EA (ada 10162.5?, etan 8146.2?) y APs (ada 6577.8?, etan 8585.9?) **DISCUSIÓN:** En el diseño del estudio no se incluyó infliximab por su complejidad de administración y costes asociados a la misma. A la vista de los resultados obtenidos en nuestros hospitales y ante los datos de eficacia similar de ambos fármacos, etanercept resulta ser la opción más favorable en el tratamiento de AR y EA, mientras que adalimumab lo es en APs. En el caso de los enfermos de APs, los resultados con eta podrían verse afectados por enfermos dermatológicos en los que se utiliza comúnmente doble dosis de fármaco. **CONCLUSIONES:** Para las patologías de mayor prevalencia e incidencia, etanercept resulta la opción más económica, por lo que se propone como tratamiento de primera línea en nuestros hospitales, dejando a adalimumab como segunda opción en caso de falta de respuesta a etanercept. Se hace necesario realizar este tipo de estudios a más largo plazo y con el resto de alternativas actualmente utilizadas para posicionar a cada una de ellas en su indicación de máxima eficiencia.

OPTIMIZACION DEL GASTO FARMACEUTICO TRAS LA PREPARACION CENTRALIZADA DE TERAPIAS BIOLOGICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:

BELDA RUSTARAZO, S; RUIZ FUENTES, S; ALVAREZ GONZALEZ*, J; DAMAS FERNANDEZ-FIGARES, M; FERNANDEZ LOPEZ, C y CABEZA BARRERA, J.

Palabras Clave:

optimización, centralización, terapia-biológica

Resumen:

OBJETIVO Conocer el gasto derivado de las nuevas terapias biológicas y cuantificar el ahorro económico que supone la preparación individualizada por paciente y centralizada en el servicio de farmacia. **MATERIAL Y METODOS** Estudio observacional retrospectivo realizado con datos correspondientes al periodo de septiembre de 2010 a Septiembre de 2011(1 año). Mediante el programa de gestión de farmacia se identifican aquellos pacientes en tratamiento con terapias biológicas de alto coste cuyo preparado intravenoso se prepara en el Servicio de Farmacia mediante el fraccionamiento de los viales. Se ha calculado el gasto total que supondrían estos tratamientos si se hubieran administrado los viales sin fraccionar y el ahorro total y por medicamento al año tras el fraccionamiento y la preparación centralizada de los mismos. **RESULTADOS** El ahorro total obtenido para cada fármaco fue el siguiente: -ADALIMUMAB presentación de 40mg. La preparación se realizó para 1 paciente. La dosis media fue de 20mg. El ahorro por año fue de 2911,8? y el porcentaje de ahorro fue del 50%. -ANAKINRA presentación de 100mg. La preparación se realizó para 1 paciente. La dosis media usada fue de 50mg. El ahorro por año fue de 4050,6? y el porcentaje de ahorro fue del 50%. -INFLIXIMAB presentación de 100mg. La preparación se realizó para 133 pacientes. La dosis media fue de 361,4mg. El ahorro por año fue de 143009? y el porcentaje de ahorro fue del 10%. -ROMIPLOSTIN presentación de 250mcg. Preparación realizada para 6 pacientes. La dosis media fue de 311,7mcg. El ahorro por año fue de 17948,8? y el porcentaje de ahorro fue del 18,5%. -TOCILIZUMAB presentaciones de 200mg y 80mg. Preparación realizada para 8 pacientes. La dosis media fue de 533,3mg. El ahorro por año fue de 2684,8? y el porcentaje de ahorro fue del 4,3%. El coste total de estas terapias para ese número de pacientes mediante la dispensación de los viales sin fraccionar hubiera sido de 1.613.002,8?. Mediante el fraccionamiento y la preparación en nuestro servicio el coste total fue de 1.442.397,8?. Por tanto, el ahorro total obtenido mediante la preparación centralizada fue de 170605? que corresponde a un 10,6%. **CONCLUSIONES** - La organización en la elaboración y administración de las terapias biológicas supone un notable ahorro económico contribuyendo a una optimización del gasto farmacéutico. - El elevado coste económico de estas terapias nos obliga a introducir sistemas centralizados de preparación y administración para minimizar el coste total de las mismas.

IMPORTANCIA DEL HOSPITAL COMO CENTRO DE APOYO LOGISTICO EN SITUACIONES DE CATASTROFES.

Autores:

Rubio Quiñones, J; Rubio Mateo-Sidrón, JA; Moreno Gómez, L; Jiménez Moragas, JM y Sánchez Andreu, J.

Palabras Clave:

Resumen:

OBJETIVO. Poner en valor la capacidad potencial del Hospital como Centro de Apoyo Logístico (CALH) durante la asistencia a las catástrofes. **MATERIAL Y METODO.** Se revisa la activación del Plan de Emergencias ante Catástrofes Externas (PECEX) del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz en junio de 2011 con motivo del incendio en un edificio de 130 viviendas ubicado a unos 300 metros del centro hospitalario y en concreto las consecuencias de la necesidad de determinado material en el lugar del siniestro al superarse las previsiones en los Equipos de Emergencias (EE) intervinientes y solicitarse apoyo al Hospital para su suministro. **RESULTADOS .** Se estableció un circuito para la solicitud, transporte y entrega del material que se necesitaba. Se suministraron mascarillas quirúrgicas, respiradores de Equipos de Protección Individual FFP2, mascarillas de oxigenoterapia con reservorio y suero glucosado hipertónico. El tiempo de respuesta en cada petición en el Hospital no superó los 10 minutos. **DISCUSION.** La diversidad de situaciones a las que se enfrentan los EE en las catástrofes hacen imposible preveer la disponibilidad in situ de todo lo necesario. Los Hospitales pueden ofrecer su amplia dotación de material y equipos, configurándose como CALH de 2º o 3º nivel. Su buen funcionamiento requiere una adecuada planificación en la que se considere especialmente la accesibilidad y coordinación. En nuestro caso la efectividad obtenida de las actuaciones realizadas, dando respuesta a las necesidades planteadas, tuvo que ver con la participación del Área de Urgencias como lugar de transferencia de la solicitud y entrega de los pedidos, con un abordaje transversal de la situación como UGC de Cuidados Críticos y Urgencias (UGCCCU), en el contexto del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias como convergente de las diferentes partes de la asistencia urgente, lo que confieren a nuestra Comunidad Autónoma unas características únicas que hacen posible considerar la función del CALH en estas situaciones. **CONCLUSIONES.** Los Planes de Emergencia deberían considerar a los Hospitales también por el apoyo logístico que pueden prestar en situaciones de catástrofes. Para obtener la mayor eficiencia es preciso una adecuada planificación en la que se definan todos los elementos que conforman el proceso necesario para su funcionamiento, donde las UGCCCU juegan un papel destacado en el modelo sanitario andaluz.

CUIDADOS DE CALIDAD EN LA HUMIDIFICACIÓN ACTIVA

Autores:

Portuondo Jimenez, J; Martinez Leston, M y Sanchez Mendez, E.

Palabras Clave:

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La humedad es esencial para la salud y el bienestar del sistema respiratorio. Las vías respiratorias están acondicionadas de forma natural al aire inspirado con un grado de temperatura y humedad que permite el equilibrio fisiológico de las vías respiratorias. Por ello, la humidificación de los gases inspirados es una práctica esencial. Cuando este equilibrio natural se ve alterado, el funcionamiento del pulmón se inhibe, por lo que a menudo se producen dificultades para proporcionar el apoyo respiratorio necesario y se retrasa la recuperación. **OBJETIVOS:** Emular el equilibrio de temperatura y humedad que se produce de forma natural en pulmones de adultos sanos, salvando la distancia que hay entre los sistemas de respiración artificial y las vías respiratorias. Realizando una oxigenoterapia eficaz, efectiva y eficiente. **MATERIAL Y MÉTODO:** Un sistema de humidificación de la vía aérea ha de cumplir dos requisitos principales: garantizar una temperatura y humedad adecuadas y evitar la posibilidad de contaminación de la vía respiratoria. Hay tres factores clave concretos que producen complicaciones en los pacientes con ventilación mecánica: 4 ? Gases médicos: El gas administrado por una fuente artificial, como el que viaja por tuberías, está frío (10-15°C) y extremadamente seco (0mg/l de humedad). ? Omisión de las vías respiratorias: Un tubo endotraqueal omite las vías respiratorias superiores, donde se produce la mayor parte de la humidificación natural. ? Flujos de gas superiores: Los flujos de gas altos también se necesitan para administrar una serie de terapias paralelas al cuidado respiratorio continuado. Estos factores agotan el calor y la humedad de la mucosa de las vías respiratorias. La mucosa de las vías respiratorias seguirá perdiendo calor y humedad por el flujo de gas, hasta que éste alcance la temperatura corporal y se sature completamente. **RESULTADOS:** Con la implantación de los mecanismos de humidificación activa en los pacientes con una traqueotomía son tres las ventajas que se alcanzan: ? Ayudar a los mecanismos naturales de defensa de las vías respiratorias. ? Fomentar un intercambio de gases y una ventilación eficaz. ? Aumentar el bienestar del paciente y su tolerancia al tratamiento. **CONCLUSIÓN:** Fomentar la utilización de mecanismos de humidificación activa en los pacientes con traqueotomía en las unidades de cuidados críticos, favoreciendo de esta forma el intercambio gaseoso y las defensas de las vías respiratorias.

¿ES ASUMIBLE EL TRATAMIENTO DE LAS PIEZAS TEMPORALES DENTRO DE UN PROGRAMA

Autores:

FERNANDEZ ORTEGA, C; MARCHENA RODRIGUEZ, L; BERMUDEZ BRAVO, Z; SAN MARTÍN GALINDO, L; LLEDO VILLAR, E y RIVAS PEREZ, D.

Palabras Clave:

PIEZAS TEMPORALES, FIDELIZACIÓN, EDUCACIÓN SANITARIA, PADI

Resumen:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El niño que entra en un Programa para recibir la Prestación Dental con su edad, a los 6 años, consideramos que debe integrarse en una filosofía de educación sanitaria para ser, desde el inicio, llevado a un estado de salud bucodental óptimo, siendo nuestra obligación el realizarle todo el tipo de tratamiento restaurador necesario en todas sus piezas dentales, temporales o definitivas, por nuestra cuenta, ya que si lo necesita debemos considerarlo como un fracaso nuestro por no haber sabido transmitir o no haber sido capaces de implicar lo suficiente al niño, y a su familia, en su salud bucodental. **MATERIAL Y MÉTODO:** Como una forma de incentívación positiva hacia los padres, nosotros nos hacemos cargo de toda la patología que presenten los pacientes tanto en dentición temporal como permanente, siempre y cuando no hayan interrumpido su asistencia bucodental con nosotros y no incumplan una serie de normas impuestas por nuestra clínica con un compromiso firmado de asistencia y corresponsabilidad. **RESULTADOS:** Esta actividad terapéutica de fidelización nos supone haber realizado 4.070 tratamientos en piezas temporales durante todo el periodo de vigencia de la Prestación Dental (8 años, de 2003 a 2010). El índice de utilización de las OBTURACIONES en piezas temporales es del 0,845 a lo largo de toda la prestación, el de PULPOTOMÍAS es de 0,102 y el de RECONSTRUCCIONES es del 0,093 La actividad terapéutica en piezas temporales nos supone el 7,34% de la actividad asistencial realizada dentro de la Prestación Dental, con un índice de utilización del 1,04, lo que significa que a todos nuestros pacientes se les ha realizado DE MEDIA UNA ACCIÓN TERAPÉUTICA EN PIEZAS TEMPORALES A LO LARGO DE TODO EL PERIODO QUE LLEVA VIGENTE LA PRESTACIÓN DENTAL. **CONCLUSIÓN:** -En nuestra evaluación hemos obtenido que el tratamiento en piezas temporales supone el 28,13% DE LA ACTIVIDAD TERAPÉUTICA que realizamos dentro de la Prestación. -La carga de trabajo que supone el tratamiento de las piezas temporales es de 1 pulpotomía a la semana, 1 reconstrucción a la semana y 8 obturaciones a la semana. -Podríamos pensar por los resultados obtenidos que integrado en un plan global preventivo, el tratamiento de la dentición temporal sí es asumible por la Prestación Asistencial Dental.

LA INCENTIVACIÓN POSITIVA COMO BASE PARA CONSEGUIR UN AUMENTO DE LOS PACIENTES EN UN PROGRAMA PADI

Autores:

FERNANDEZ ORTEGA, C; MARCHENA RODRIGUEZ, L; BERMUDEZ BRAVO, Z; SAN MARTÍN GALINDO, L; LLEDO VILLAR, E y RIVAS PÉREZ, D.

Palabras Clave:

PADI, INCENTIVACION POSITIVA, FAMILIA DENTAL

Resumen:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Creemos en la filosofía de que, al pertenecer a un programa PADI, estamos en un plan de fomento de la salud bucodental y no en un mero plan de tratamiento dental, por ello trabajamos desde el año 2002 con un método de incentivación positiva tanto para los niños como para los padres. Al niño sano que se incorpora en nuestra clínica para recibir la Prestación Dental, debemos mantenerlo en este estado durante toda la vigencia de la Prestación, y entregarlo al terminar de ejercer su derecho totalmente sano. Durante este periodo nosotros somos los responsables de toda la patología que le suceda, tanto en dentición temporal como en dentición definitiva, siendo nuestra obligación el realizarle todo el tipo de tratamiento necesario para conservar su correcto estado de salud bucodental. La aparición de cualquier tipo de patología representa un fracaso nuestro, bien por no haber sabido transmitir la educación sanitaria bucodental o bien por no haber sabido conseguir la suficiente implicación del paciente y de su familia. Por ello nuestra forma de trabajo está impregnada de esta filosofía y se basa en la creación de lo que denominamos?la familia dental? que la intentamos conseguir mediante la implicación y la integración de los pacientes, los padres y los profesionales en la consecución de un objetivo común: la salud bucodental.

MATERIAL Y MÉTODO: La incentivación a los niños sería a través de regalos si han cumplido los objetivos marcados a la siguiente visita, la creación anual de los premios?diente feliz? y difusión por los medios de comunicación de los ganadores de estos premios, y la incentivación de los padres es el realizarles los tratamientos de las piezas deciduas totalmente gratis. Los requisitos que exigimos son iniciarse en el programa desde los 6 años o si quiere entrar con mayor edad deben que establecer previamente su salud bucal, nosotros nos encargáramos de mantenerla.

RESULTADOS: En el 2003 iniciaron el programa 505 pacientes, desde entonces hasta la actualidad cada año han incrementado el número de pacientes: 327, 507, 493, 526, 524, 521, 504. El incremento de niños de 2003 a 2010 es del 631.1%, siendo actualmente la cartera de pacientes es de 3187.

CONCLUSIONES: Todos los niños que finalizan el programa a los 15 años se encuentran en un magnífico estado de salud bucal. Si se pudiese extrapolar nuestra forma de trabajo al resto de las clínicas que realizan una prestación tipo PADI en el resto de la comunidad autónoma, el grado de penetración de estos programas en la población sería mucho mayor.

ADECUACIÓN CON LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MENINGITIS

Autores:

Massi Aguirre, P; Granados Reyes, G; Merlo Serrano, A; Merelo Ruiz, B; Perez Caceres, JA y Suarez-Lozano ., I.

Palabras Clave:

Auditoría. Meningitis. Guías práctica clínica

Resumen:

Introducción. La evaluación de la práctica médica en grupos seleccionados de pacientes puede ser útil para mejorar la calidad de la asistencia y disminuir la variabilidad en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es evaluar la adecuación de la asistencia y el grado de adecuación con las guías de práctica clínica en pacientes diagnosticados de meningitis mediante indicadores previamente elaborados con este fin. Métodos. Basado en las guías de práctica clínica, mediante reuniones de consenso se seleccionaron indicadores de calidad y se diseñó un protocolo de datos que se utilizó de forma retrospectiva en las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de meningitis entre 2001 y 2010 en un hospital general básico de 280 camas. Resultados. Se identificaron un total de 92 episodios; se excluyeron 2 casos con una patología diferente a una meningitis y tres por no localizar la historia, por lo que se analizaron 87 episodios. Se comprobó registro de antibioterapia previa en el 88,5 %, antigüedad de los síntomas en el 66,6 %, exploración de fondo de ojo en el 10 %, presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) en el 11,5 %; el estudio bioquímico y microbiológico de LCR fue adecuado (96,5-94%) pero no los hemocultivos (57,5 %, 36% en meningitis linfocitarias, 69% en el resto). Se realizó un TAC en 81 sujetos; de forma global la indicación fue adecuada en el 34,5 % de los pacientes. El tratamiento de los pacientes se realizó según el protocolo del momento en el 92 % en meningitis bacterianas y el 77% en linfocitarias. Fallecieron el 5,7 % de los pacientes. Conclusión. Se observa una infrautilización del fondo de ojo, la determinación de la presión del LCR y los Hemocultivos. Hay una sobreutilización de la TC craneal. El tratamiento se ajustó a los protocolos establecidos en algo más de la mitad de las meningitis bacterianas. Este tipo de auditorías son útiles para identificar la variabilidad de la práctica clínica y diseñar estrategias dirigidas a corregirlas.

EFFECTIVIDAD DE LA CITA SIMULTANEA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DIRIGIDA A INCREMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN MUJERES VIH

Autores:

Perez-Tristancho ., M; de Soto Cardenal, M; Fajardo Picó, JM; Fernández ? Villarrenaga ., L; López Hidalgo, ML y Suárez-Lozano , I.

Palabras Clave:

Auditoria de Calidad, Estrategias de mejora

Resumen:

Introducción La incidencia de carcinoma de cervix(CC)es mayor en mujeres VIH+ que la población general.El CC es la neoplasia relacionada con el sida mas frecuente en la mujer y es un evento oportunista incluido en la definición de caso-sida. La evaluación ginecologica periódica permite su diagnóstico precoz y su realización y registro se recomienda en la mayoría de las guías de practica clínica y algunas sociedades la han incluido en sus indicadores de calidad.En nuestro hospital la adherencia a esta recomendación entre 2000-2008 era <50 %.Con el fin de mejorar el cumplimiento de esta recomendación y mejorar la accesibilidad diseñamos un programa dirigido a sincronizar revisiones periódicas en un mismo día de consulta. El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de esta intervención. Métodos Hospital comarcal de 350 camas con un área sanitaria de 167000 habitantes,de procedencia rural o semiurbana.Para el seguimiento de las personas con infección por el VIH en la consulta del hospital se utiliza una historia clínica informatizada (AdvanCedHIV®).Para la inclusión del paciente en este registro se solicita un consentimiento informado. Para la realización del estudio se extrajeron los datos clinico-epidemiológicos de la as mujeres que acudieron a revisión entre 2000-2010. Consideramos que las pacientes tenían revisión ginecológica si la intervención estaba registrada o su resultado constaba en el fichero de anatomía patológica. El indicador se definió como % de mujeres VIH en seguimiento con revisión ginecológica registrada. A partir de enero del 2009 modificamos el diseño del proceso asistencial para que las mujeres con infección VIH se citaran de forma simultánea en ambos servicios. Estimamos que la intervención propuesta sería eficiente si el límite inferior del IC95% del incremento en el cumplimiento de la recomendación fuera >15%. Resultados Se analizaron los datos de 220 mujeres. Las principales características de la población analizada en ambos periodos se resumen en la tabla 1. La estrategia de mejora propuesta incrementa el cumplimiento de la recomendación de las guías de práctica clínica en un 33,8% (IC95%:21-45). Conclusiones La intervención propuesta, dirigida a facilitar el acceso, es eficiente e incrementa la frecuencia de exámenes ginecológicos entre un 21% - 45%.

-PERFIL Y SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE LOS PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE EN LA COSTA OCCIDENTAL DE HUELVA -

Autores:

DIAZ VAZ, B; ESCOLASTICO CUETO, A; MACIAS COLORADO, M; PEGUERO RODRIGUEZ, B y RAMIREZ BALAGUERA, R.

Palabras Clave:

TRANSTORNO MENTAL GRAVE, CUIDADOR/A, SOBRECARGA, PERFIL

Resumen:

El presente trabajo se está llevando a cabo actualmente en la zona de influencia de la Unidad de Salud Mental de la Costa Occidental de Huelva(USMC) en las Unidad de Gestión Clínica de Cartaya , UGC de Isla Cristina, UGC de Lepe, UGC de Ayamonte . La idea del trabajo parte de las manifestaciones expresadas por los familiares de los pacientes con TMG sobre los factores estresantes de la convivencia con ellos y la falta de recursos para su manejo. Objetivos: 1. Identificar a las cuidadoras/es de los pacientes con TMG en la Historia de Salud Digital 2. Conocer la sobrecarga de las cuidadoras/es de pacientes con TMG Material y método: Estudio descriptivo y trasversal, se describirán las características de las cuidadoras / es de los pacientes con TMG en seguimiento por la USM Costa Occidental y la sobrecarga de éstas/os. La población de pacientes en seguimiento por la USMC de la que partimos es de 268 , según los datos proporcionados por ellos a 30 de junio de 2011. Mediante entrevista telefónica se están identificando a los familiares responsables (cuidadoras/es) de estos pacientes en la HSD. En la segunda parte del estudio, tras el cálculo de la muestra estratificada por localidad de residencia y previo consentimiento informado, se realizará una entrevista personal a las cuidadoras /es. Para medir la sobrecarga en esta entrevista usaremos como herramienta el ECFOS-II (entrevista de la carga objetiva y subjetiva, validada en la población española por el grupo PSICOST en el año 2007).Este cuestionario incluye los siguientes módulos(ayuda de la familia en las actividades de la vida cotidiana del paciente, , contención de comportamientos alterados, gastos económicos, cambios en la rutina diaria del cuidador, motivos de preocupación por el paciente, ayuda de la que dispone el informante , repercusiones en la salud del cuidador? Discusión-conclusión Actualmente estamos acabando la primera parte del estudio de la identificación de las cuidadoras. Esperamos comenzar este mes con las entrevistas personales para poder tener conclusiones sobre la sobrecarga en 6 meses.

IMPLICACIÓN ECONÓMICA EN UGC: ACUERDOS DE CONSUMO COMO HERRAMIENTA DE CORRESPONSABILIDAD EN LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Autores:

Arjona Sánchez, JL; Valle Navarrete, C; Aparicio Guerra, M*; Ossorio Martínez, J; Fernandez García, M y Marchante Mateos, FJ.

Palabras Clave:

Gestión clínica, corresponsabilidad económica, acuerdo consumo.

Resumen:

OBJETIVOS: Implantar herramientas en la constitución y seguimiento de acuerdos de consumo para descentralizar el presupuesto del HG (HUVR) en UGCs. **MATERIAL Y MÉTODO** 1)Constitución del mapa de 15 UGCs del HG. 2)Grupo de gestión del HG: a.Análisis de catálogos y consumos históricos (fungibles, prótesis, reactivos, farmacia) basados en GFHs. b.Validación, cancelación o generación de nuevos GFHs. c.Desglose de GFHs ¿bolsas comunes? en UGC. (Ej. Fungible de Bloque Quirúrgico de HG asignado a las 8 especialidades intervinientes, aprox 10Mill eur) d.Asignación de GFHs (aprox 90) a las correspondientes UGCs. e.Preparación de la información por GFHs a UGCs mediante la explotación del sistema de información de suministros del centro. f.Elaboración mediante hojas de cálculo (ofimática) del acuerdo, catálogo y consumos, para cada UGCs. 3)Entrega, discusión y acuerdo técnico antes de final de año entre Directores de UGCs, Responsable de Cuidados Enfermería y Responsable de Gestión HG. 4)Cierre y validación económica por Responsable Médico del HG. 5)Validación global de los acuerdos por Dirección HUVR. 6) Implantación de procedimientos de seguimiento y cumplimiento del acuerdo (catálogo y consumo) basado en comunicación formal mediante correo electrónico, y en procedimiento de validación de modificación en catálogo y/o presupuesto. **RESULTADOS:**Constitución de 15 acuerdos de consumo (fungible, prótesis, reactivos, URVs, farmacia) y descentralización del presupuesto de HG (Aprox 65Mill).NO incremento del presupuesto asignado inicialmente al HG.Conocimiento real del presupuesto, consumo y catálogo por cada UGC.Depuración de catálogos de artículos.Restrictión en compras fuera de acuerdo.Más de 2 reuniones por UGC para la constitución de acuerdos.Más de 1300 correos electrónicos (08/2011) cruzados entre el grupo de gestión de HG y las UGCs para el seguimiento de acuerdos. Consumos cruzados entre UGCs <5% **DISCUSIÓN:**Plantamos dicha herramienta como alternativa para el cumplimiento presupuestario. A cierre de 08/2011 podríamos estimar que 80% de UGCs cumplirán lo acordado.Actitud proactiva de UGCs en la modificación de precios de sus adquisiciones frente a las limitaciones de los procedimientos administrativos vigentes **CONCLUSIONES:**Corresponsabilidad e implicación de las UGCs en el presupuesto.Acercamiento de las divisiones de gestión, enfermería y médica en la ejecución presupuestaria.Control en las adquisiciones de artículos.Se nos plantean retos en la gestión de las adquisiciones de bienes y servicios

CALIDAD PRESTADA A LOS ENFERMOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Podio Castro, M.; Pérez Hernandez, P.; Guillén Rodriguez, M. y Calvo Lozano, J..

Palabras Clave:

EPOC - Calidad asistencial

Resumen:

Objetivo: Conocer la calidad asistencial en la atención prestada a los pacientes con EPOC
 Material Y Método: Auditoría retrospectiva de las historias clínicas de los 485 pacientes con EPOC de nuestro C de S. Seleccionamos una muestra aleatoria de 196, (Error α : 0.05, Precisión: 7%, cumplimiento esperado: 50%) Nos basamos en los criterios de calidad, indicadores y estándares fijados por el comité de calidad de la SEPAR. Resultados: Distribución de la muestra: Varones 148 (75.55%); Mujeres: 48 (24.45%). Media de edad: 67.22 años. Grado de cumplimiento de los criterios: Diagnóstico correcto: 52 ± 7 %; Intervención tabáquica: 69 ± 12 %; Uso de BDAC a demanda: 62 ± 9 %; Uso de BDAP si hay síntomas: 80 ± 8 %; Uso de corticoides inhalados: 66 ± 11 %; Indicación de oxigenoterapia domiciliaria: 75 ± 42 %; Uso de β_2 de acción corta/Ipatoropio: 69 ± 12 %; Uso adecuado de corticoides sistémicos: 62 ± 15 %; Utilización de antibióticos: 90 ± 8 % y Utilización de oxigenoterapia suplementaria: 100%.
 Discusión: La calidad de la asistencia prestada a los enfermos con EPOC es globalmente deficiente. La prevalencia es inferior a la esperada y hay un bajo porcentaje de diagnósticos correctos. Puede deberse a defecto de registro y a falta de seguimiento de los protocolos. Solamente en dos los criterios se alcanzan los estándares establecidos Para la oxigenoterapia domiciliaria el intervalo de confianza es tan amplio que no podemos sacar ninguna conclusión. En los criterios 2,3,5,7 y 8 , se alcanza en la muestra el estándar establecido pero el cálculo estadístico no nos permite afirmar que también se alcancen para en la población estudiada. El uso de oxígeno en exacerbaciones está registrado solamente cuando ha sido utilizado. No sabemos si hay casos en que estaba indicado y no se utilizó Conclusiones Existen diagnósticos incorrectos, falta de diagnóstico e inadecuación en los registros . No hemos superado los 10 indicadores claves, por lo cual hemos obtenido una calidad asistencial global deficiente y hemos interrumpido el proceso de evaluación con el resto de los indicadores convencionales y del bloque administrativo. Pensamos que deberían incluirse la evaluación clínica inicial y la clasificación correcta de los pacientes en función del FEV1. Los incluiremos en la próxima evaluación. Como medidas correctoras proponemos: Exponer los resultados al equipo, obtener listados de pacientes con EPOC por médico y establecer normas y procedimientos de actuación y de registro en nuestro centro y reevaluar anualmente la calidad del proceso.

REINGENIERIA DEL PAI INCLUSIONES DENTARIAS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD BUCODENTAL JEREZ COSTA NOROESTE

Autores:

PASCUAL CODESO, J y RODRIGUEZ PRIEGO, E.

Palabras Clave:

REINGENIERIA ABM INCLUSIONES

Resumen:

Objetivos: Promover la eficiencia de los recursos disponibles en la UGC Salud Bucodental Jerez Costa Noroeste en la implantación del Proceso Asistencial Integrado Inclusiones Dentarias. Material y Métodos: Se establecieron tres etapas para la implantación siguiendo la metodología de reingeniería de procesos. En una primera etapa (?Descubrir?) se estudió cómo la UGC integraba hasta el momento a los pacientes que acudían presentando Inclusiones Dentarias susceptibles de tratamiento. Se siguieron los indicadores descritos en el PAI, se evaluaron las expectativas de los pacientes a través de encuestas de satisfacción y reclamaciones y de los dentistas de la Unidad; se marcaron objetivos cuantificables y se desarrolló un sistema de información que permitiera comunicar los resultados a toda la organización. En una segunda etapa (?Rediseñar?) se detectaron áreas de mejora, se realizó un análisis de la hoja de ruta, rendimiento, organización y recursos tecnológicos, puntos críticos y obstáculos potenciales; se estudió mediante el sistema de análisis ABM (Activity Based Management) el valor y el coste para el paciente, el profesional y la sociedad de la implantación del PAI, se evaluó la posibilidad de un cambio organizativo incluyendo la formación de los profesionales en Cirugía Bucal, se planteó establecer un horario específico para Cirugía Bucal en las consultas de los centros de salud de San Benito en Jerez y Barrio Alto en Sanlúcar de Barrameda, con la finalidad de disminuir el número de derivaciones al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, los tiempos de espera, el coste sanitario y el coste para el paciente. En la tercera etapa (?Realizar?) se llevó a cabo la formación de los profesionales mediante un programa acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en Cirugía Bucal, y se implantaron los cambios organizativos propuestos. Resultados: El PAI Inclusiones Dentarias lleva implantado en la UGC desde 2008 atendiendo en las consultas de Atención Primaria a gran parte de los pacientes que entran en el proceso. Discusión: Aunque la satisfacción por parte de los profesionales no se tiene en cuenta en los modelos de gestión de calidad como calidad en el producto, sino como calidad en la organización, hemos querido rediseñar la implantación del PAI Inclusiones Dentarias buscando no sólo calidad en el servicio que se ofrece, sino además la calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz. Conclusiones: Se ha logrado simplificar el PAI y aportar un valor añadido al paciente.

ELIMINAR TEJIDO FIBRINOSO EN UNA ULCERA VENOSA DE DOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD CON PIEL PERILESIONAL FRÁGIL

Autores:

Portuondo Jimenez, J; Martinez Leston, M y Sanchez Mendez, E.

Palabras Clave:

Resumen:

Introducción: En este caso, la paciente es una mujer de 90 años de edad que presenta como antecedentes personales de importancia: HTA, Artrosis lumbar y coccígea, Episodio de trombosis venosa profunda. Presenta en EID una ulcera de etiología no filiada que probablemente en base a los antecedentes personales la sintomatología, corresponde a una ulcera vascular de etiología venosa. Esta ulcera, tiene una antigüedad de dos años habiendo sido refractaria a cualquier tipo de tratamiento. Objetivo: Conseguimos eliminar el tejido muerto sino que salvamos el escollo de la fragilidad de la piel, con los cuidados de enfermería necesarios. Material y Metodos: Tratamiento En el momento de la consulta, la lesión tiene un tamaño de 15x12 presentando en el fondo de la misma un tejido fibrinoso fuertemente adherido al lecho de la lesión presentando al mismo tiempo, signos de infección local. Como tratamientos anteriores se aplicaba tratamiento con sulfadiazina argéntica y gasas por orden prescriptiva del servicio de cirugía plástica que atendía a la paciente realizándose de forma diaria. Así mismo, hay que reflejar que la paciente no tolera los apósitos adhesivos debido a la fragilidad de la piel perilesional. Se inicia tratamiento el 05/06/09 con cadexómero iodado (Iodosorb Ointment), apósito de alginato cálcico y apósito hidrocélular trilaminar con adhesivo de gel suave (Allevyn Gentle) Resultados Estas curas se mantienen durante 50 días realizándose únicamente dos curas por semana hasta la completa eliminación del tejido fibrinoso que presentaba la lesión apareciendo un tejido de granulación de una coloración rojiza oscura. Estas curas se realizan únicamente dos veces por semana. Conclusiones -El Iodosorb Ointment ha ayudado de manera efectiva a la eliminación de un tejido fibrinoso que no se conseguía eliminar con la cura anterior -Ante la imposibilidad de poder usar un apósito adhesivo para realizar cura en ambiente húmedo, con la aplicación de Allevyn Gentle, se consigue realizar este tipo de cura sin lesionar la frágil piel perilesional. -La asociación de estos dos productos ha permitido pasar de realizar una cura diaria a dos curas por semana con lo que supone de ahorro en molestias para la paciente así como en tiempo y material de enfermería.

EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL PACIENTE CARDIACO EN LA TOMA DE ANTIAGREGANTES

Autores:

Sanchez Mendez, E; Portuondo Jimenez, J y Martinez Leston, M.

Palabras Clave:

Resumen:

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbi-mortalidad en todo el mundo. La trombosis es un proceso, en el cual, un agregado de plaquetas o de fibrina ocluye un vaso sanguíneo. Un trombo es una coágulo que se forma en el interior del aparato circulatorio y está constituido por sangre del paciente. La causa más frecuente es la aterosclerosis. Los antiagregantes plaquetarios son un grupo de fármacos cuyo principal efecto es inhibir el funcionalismo de las plaquetas, inhibiendo su agregación y por tanto la formación de trombos o coágulos en el interior de las arterias y venas. La utilización de estos fármacos se ha confirmado como una gran ayuda en la prevención primaria. Del mismo modo se utilizan como prevención secundaria en pacientes que ya han sufrido un evento cardiovascular, para evitar la aparición de un nuevo episodio. **OBJETIVOS:** Que el personal de enfermería realice una educación sanitaria de calidad con el paciente, a fin de concienciar a este de la importancia de su toma, así como de su abandono indebido, e informar de los posibles efectos adversos y consecuencias de sus actos respecto con el tratamiento. **MATERIAL Y MÉTODO:** A través de la educación sanitaria que realiza el personal de enfermería en el ingreso y en el momento del alta hospitalaria, se promueven estilos de vida saludables a partir de las necesidades relacionadas con los antiagregantes plaquetarios orales. La información proporcionada, recalcará situaciones como las siguientes: ? El NO ABANDONO del tratamiento en caso de pequeñas cirugías). El retraso de las cirugías no urgentes ? Fijar un horario de toma concreto o asociarla a rutinas diarias, para evitar olvidos. ? En caso de olvido en una toma, y no transcurridas 12 horas, deberá tomarse la medicación pautada. Nunca se deberá tomar doble dosis. ? Si surgiesen efectos adversos, nunca se deberá finalizar el tratamiento por cuenta propia. Se consultará inmediatamente a un especialista. ? Si se pautasen nuevas prescripciones, se deberá informar al médico de la toma de los antiagregantes. ? Ante cualquier duda, se consultará con el facultativo responsable. **CONCLUSIÓN:** La educación sanitaria realizada por el personal de enfermería tanto a lo largo del ingreso como al alta, disminuye el riesgo de abandono del tratamiento por desconocimiento y por tanto la posibilidad de aparición de nuevos episodios coronarios.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA FRENTE A CIRUGÍAS

Autores:

Martinez Leston, M; Sanchez Mendez, E y Portuondo Jimenez, J.

Palabras Clave:

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La infección es una de las causas más importantes del fracaso en una cirugía, por ello, la profilaxis antibiótica toma un máximo interés. El personal de enfermería, tiene la obligación de corroborar la correcta administración del antibiótico prescrito, realizando un plan de cuidados para optimizar la calidad de estos, satisfaciendo las necesidades del paciente. De este modo, la profilaxis antibiótica en cirugía consiste en la correcta administración de un antimicrobiano, a fin de reducir el número de patógenos hasta que las defensas del organismo sean suficientes y eficientes para evitar una infección.

OBJETIVOS: Crear una guía de fácil manejo y didáctica que asegure unos cuidados de calidad al enfermo en la prevención de infecciones nosocomiales.

MATERIAL Y MÉTODOS: El personal de enfermería previo a la administración de cualquier antibiótico, incluso estando prescrito, se cerciorará de las posibles alergias medicamentosas del paciente-usuario. La vía venosa se tomará como vía de primera elección, de no ser posible, se reemplazará por la vía intramuscular u oral, administrándose 60 minutos antes. En la guía se especificará de forma clara y concisa, la dosis, vía y tiempo necesario de trasfusión en función del antibiótico prescrito, así como el momento de administración del mismo. Generalmente bastará con una única dosis de antibiótico. Siendo necesaria una segunda, si la intervención superase en tiempo a las 4 horas, se realizase circulación extracorpórea, existiese una pérdida de sangre superior a 1,5l, o hubiese una prescripción médica que así lo indicará. A excepción de la domamiclina, gentamicina, tobramicina, metronidazol y vancomicina, que se rigen por otras normas.

CONCLUSIONES: Dado que la profilaxis antibiótica previa a la intervención quirúrgica es imprescindible para la prevención de infecciones; y con el fin de mejorar la satisfacción del personal de enfermería y garantizar unos cuidados de calidad para el paciente, así como de optimizar los recursos sanitarios, se ha creado una guía sencilla y de fácil acceso a los usuarios de la misma, unificando criterios para la mejora de su desarrollo.

PLAN DE IMPLANTACIÓN Y EVALUACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SEGÚN LA ORDEN 8 DE JULIO DE 2009.

Autores:

PRADA PEÑA, M; CAMACHO PIZARRO, A; GARCIA DE LA VEGA, M y PENCO RAMIREZ, C.

Palabras Clave:

consentimiento informado, auditoría

Resumen:

Objetivo: Evaluar el grado de implantación y cumplimiento de los documentos específicos de la orden 8 de julio de 2009, correspondientes a realización del consentimiento informado (CI). Metodología: La Unidad de calidad realiza un plan de implantación del nuevo modelo de consentimiento informado basado en 2 fases. La primera fase se realizó en 2009/2010: Se basó en informar del actual modelo de CI a todos los responsables de calidad, jefes de servicio y profesionales sanitarios. En esta información se incluía la Orden del 8 de julio de 2009 en formato papel y en formato electrónico disponible en la intranet. Además de un díptico informativo de preguntas frecuentes acerca del CI. La segunda fase se basó en la evaluación, realizándose en el 2011: En los servicios quirúrgicos de Cirugía general, Traumatología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Oftalmología, Urología, Toco ginecología, Digestivo, Oncología radioterápica. Se realiza un corte transversal, mediante la metodología de aceptación de lotes. Se determinó las variables a medir en el documento de consentimiento Informado como son: Presencia del documento de consentimiento Informado en la historia clínica: Sí o No. 1. Identificación del paciente: Sí o No. 2. Firma del Paciente: Sí o No. 3. Firma del facultativo: Sí o No. 4. Fecha del CI: Sí o No. Resultados: En el área Juan Ramón Jiménez se realizan aprox. 3300 Procedimientos quirúrgicos al año. Se selecciona una muestra de 200 documentos de CI, para un intervalo de confianza de 95%, $p < 0,5\%$. Todos los servicios tenían el documento del CI en la historia clínica del paciente con una totalidad del 100%. Identificándose el nombre paciente en y la firma del paciente en un 95%. La firma del facultativo en un 80% y la fecha del CI en un 75%. Discusión y Conclusiones: Los resultados de la presente comunicación confirman que el grado de cumplimiento del documento del CI de la Orden del 8 de Julio es bueno. Aunque todavía nos queda camino para comprender que el documento de consentimiento informado, no se debe confundir con los efectos jurídicos. Si no que su importancia radica en el proceso comunicativo de la toma de decisiones con el paciente. Se considera como una buena práctica asistencial el reflejar esta información en el soporte documental, que el paciente ha recibido y ha entendido la información facilitada por el médico, avanzando de esta forma en el modelo de autonomista de respeto a la libertad e individualidad del paciente, clave del nuevo marco del espacio compartido entre paciente y facultativo.

DOSIS DIARIAS DEFINIDAS: HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA VALORACIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS

Autores:

RODRÍGUEZ MOLINS, E; ARCO PRADOS, Y; SÁNCHEZ GÓMEZ, E; PÉREZ* DÍAZ*, I; GRUTZMANCHER SAIZ, S y BOCANEGRA MARTÍN, C.

Palabras Clave:

Dosis Diaria Definida, Epoetinas, Medicamentos.

Resumen:

Objetivos Valorar la evolución del consumo e identificar áreas de mejora en el empleo de los fármacos estimulantes de la eritropoyesis(FEE) mediante las dosis diarias definidas(DDD). Material y métodos Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado en un hospital general de especialidades. Se analizó el empleo de medicamentos en la anemia sintomática asociada a la insuficiencia renal crónica desde 2005 hasta 2010. Para comparar el consumo se utilizó como herramienta de mejora las DDD, establecidas por el WHO collaborating centre for Drug Statistic Methodology. Para analizar el coste económico se utilizaron los precios de venta en factura. Resultados Los consumos, medidos por DDD/1000habitantes/día, fueron: -Pacientes en diálisis(desde 2005 hasta 2010): -epoetina alfa:0,82;1,01;1,03;0,99;1,04;0,97. -darbepoetina:0,06;0,05;0,06;0,06;0,07;0,09. - Pacientes no sometidos a diálisis(desde 2005 hasta 2010): -darbepoetina:0,02;0,03;0,02;0,02;0,03;0,02. -epoetina beta:0,16;0,18;0,22;0,21;0,16;0,11. -epoetina beta pegilada(sólo 2009-2010):0,12;0,2. Los costes en términos económicos (euros) fueron: -Pacientes en diálisis (desde 2005 hasta 2010): -epoetina alfa:311.524;386.767;400.530;393.386;416.624;392.932. -darbepoetina:47.868;42.441;52.835;56.293;64.074;77.288. - Pacientes no sometidos a diálisis (desde 2005 hasta 2010): -darbepoetina:14.227;21.331;14.643;19.377;26.417;13.386. -epoetina beta:88.832;101.612;122.032;118.683;93.328;62.609. -epoetina beta pegilada(sólo 2009-2010):103.674;176.176. El coste por paciente y DDD/día fue: epoetina alfa 377?, epoetina beta 547?, darbepoetina 786?, epoetina beta pegilada 877?. El sobrecoste en términos monetarios derivados del empleo de epoetina beta pegilada fue de 51.999? en el año 2009 y 88.364? en el año 2010. Discusión La determinación de las DDD permite identificar la evolución en el consumo de fármacos, identificándose así excesos o defecto en el empleo de los mismos, que pueden relacionarse con los costes económicos y la calidad asistencial aportada. Epoetina beta pegilada, posiblemente sobreutilizada en detrimento de epoetina beta, ha aumentado su consumo al doble en tan solo dos años. Este cambio ha supuesto un incremento del 140.363?, con el único beneficio adicional de permitir una más cómoda posología para el paciente. Conclusión El empleo de las DDD, y sus costes asociados, constituye una herramienta útil para la valoración del consumo de fármacos, permitiendo identificar áreas de mejora.

DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD EN UN ÁREA SANITARIA

Autores:

CORONADO VÁZQUEZ, V; LORA MONGE, E; PEDERNERA AYEN, M; MARTÍN GÓMEZ, MP y ROMERO CORCHERO, M.

Palabras Clave:

Indicadores Gestión Clínica

Resumen:

OBJETIVOS El objetivo de este trabajo es el desarrollo y análisis de un cuadro de mando para el seguimiento y evaluación de los indicadores de calidad asistencial de Atención Primaria y Hospitalaria, en el marco de un sistema de gestión integrada de los dos niveles asistenciales. **MATERIAL Y MÉTODO** Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo. **Método:** Se creó un grupo de trabajo formado por representantes de la Dirección Médica y de Enfermería, responsables de Gestoría de Usuarios y Documentación, y miembros del Servicio de Sistemas de Información. En las siguientes etapas se fijaron las perspectivas y áreas a incluir en la línea marcada por la Organización. A partir de aquí se determinaron los indicadores y sus medidas de resultados, se establecieron los proveedores de información y las vías de difusión. **RESULTADOS** Los datos se presentan desagregados por Unidades de Gestión Clínica, aunque en algunos indicadores también se muestran de forma global. Las perspectivas consideradas son: - Financiera. Capítulo I y capítulo II. - Del Cliente. Con las áreas de accesibilidad, usuarios, actividad asistencial, salud pública y resultados en salud. - Interna. Con el área de sistemas de información. - Desarrollo crítico. Con el área de uso adecuado del medicamento. Se definieron 59 objetivos estratégicos y 71 indicadores. Había un 44,1% de objetivos del Hospital, un 33,9% de Atención Primaria y el 22% correspondían a objetivos integrados de ambos niveles asistenciales. En Atención Primaria estaban más representados los objetivos relacionados con la actividad asistencial (5 vs. 2) y la salud pública (10 vs. 5), mientras que en el Hospital había más en el área de accesibilidad (6 vs. 1), resultados en salud (8 vs. 2) y uso adecuado del medicamento (3 vs. 1). No había diferencias en el área de usuarios. Los objetivos con integración de ambos niveles pertenecían al área financiera, usuarios, salud pública, sistemas de información y uso adecuado del medicamento. Los datos de actividad de enfermería se encuentran encuadrados en los objetivos de actividad asistencial y salud pública. **CONCLUSIONES** El cuadro de mando desarrollado pretende ser una herramienta de gestión de calidad, relacionando los indicadores con la estrategia de la Organización. La perspectiva del cliente es la que tiene un mayor peso con cinco áreas. La distribución de indicadores no es homogénea en el Hospital y en Atención Primaria. Sería conveniente incrementar el número de los objetivos integrados de los dos niveles asistenciales.

CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores:

Canto Mangana, J; Martínez de la Plata, JE; Morales Molina, JA; Urquizar* Rodríguez*, O*; Fayet Pérez, A y Verdejo Reche, F.

Palabras Clave:

Proceso Seguridad Calidad

Resumen:

Objetivo Implementación del proceso de integración de los servicios de farmacia y hematología en la atención farmacéutica al paciente anticoagulado durante el episodio de hospitalización. Material y métodos Estudio observacional, descriptivo realizado en un hospital comarcal durante los meses de enero a mayo del 2.011. Resultados Los pacientes hospitalizados en terapia anticoagulante domiciliaria (heparina de bajo peso molecular, acenocumarol o warfarina) son filtrados y evaluados por el servicio de hematología, el cuál elabora un informe con la pauta a seguir. Cuando se valida el informe automáticamente se imprime en el servicio de farmacia. Una vez en el servicio de farmacia, el informe es transcrito diariamente a la orden médica del paciente, validando la prescripción. Durante el proceso de validación el farmacéutico comprueba las posibles interacciones de impacto clínico destacando acenocumarol con fluconazol y con levofloxacino, que inmediatamente son informadas al servicio de hematología para su evaluación y posterior comunicación al servicio de farmacia. Discusión La coordinación entre los servicios de farmacia y hematología facilita el seguimiento y control de los pacientes anticoagulados en el ámbito hospitalario. A su vez, constituye una herramienta para el facultativo responsable del episodio de hospitalización, pudiendo consultar en cualquier momento la orden médica con la pauta de anticoagulante que recibe el paciente. Además, la integración de la terapia anticoagulante a la orden médica permite al farmacéutico evaluar las posibles interacciones medicamentosas minimizando los eventos adversos que acontecen a los pacientes, que son de especial repercusión en fármacos de estrecho margen terapéutico como los anticoagulantes orales. Conclusiones La calidad en los procesos asistenciales constituye actualmente uno de los pilares fundamentales del sistema sanitario andaluz. La implementación del proceso de asistencia sanitaria integral al paciente anticoagulado revierte en una mayor eficiencia, seguridad y calidad del mismo.

REALIZACION Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN LA UNIDAD INFANTOJUVENIL DE LA UGC SALUD MENTAL . HUELVA

Autores:

HERNANDEZ GONZALEZ, L; MANCHEÑO BARBA, JJ; SILVA RODRIGUEZ, J; RUIZ REGLERO, T; BENITEZ ORTEGA, JL y GALVEZ BORRERO, I.

Palabras Clave:

PLAN, CALIDAD, SALUD MENTAL

Resumen:

OBJETIVO: La Unidad Infanto juvenil (USMIJ-HD) forma parte de la UGC de Salud mental y está destinada a desarrollar programas especializados de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente de edad no superior a dieciocho años. La elaboración de un plan de calidad en la unidad Infanto Juvenil tiene como objeto recopilar las estrategias priorizadas en la unidad y enmarcarlas en un tiempo de desarrollo. El lograr mejorar la salud mental de las personas más jóvenes de una sociedad es poner las bases para unas relaciones interpersonales más sanas. **MATERIAL Y METODOS:** El plan de calidad se realizó en la Unidad Infanto Juvenil del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez y tuvo una duración de 2 meses. Una especialista en psiquiatría Infantil fue la responsable del desarrollo del proyecto. Se establecieron varias reuniones con los integrantes de la unidad (enfermeras, psicólogos, psiquiatras, auxiliares de enfermería, Terapeuta ocupacional, maestra de educación, Trabajador social). La metodología usada fue el ciclo de la mejora continua. Se estableció seis líneas estratégicas: 1. Accesibilidad. 2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 3. Continuidad de cuidados y coordinación intersectorial. 4. Mejora de procesos o procedimientos de la atención a la Salud Mental. 5. Participación ciudadana y 6. Formación y desarrollo profesionales. Tras su elaboración éste fue distribuido a los integrantes de la UGC. **RESULTADOS:** En el área USMIJ-HD se atienden 6535 consultas en el año y el hospital de día se atendieron 98 pacientes. Los resultados obtenidos en algunos indicadores de calidad definidos en el plan fueron: 1. Cumplimentar el registro de actividades individuales y grupales se realizan en SISMA: 100% 2. Potenciar actividades deportivas y de vida saludable se alcanzó con un 98% (414 pacientes participaron). 3. Realizar Informes de continuidad al alta a domicilio: 100%. 4. Asignar una enfermera referente en el momento del ingreso: 100%. **DISCUSIONES Y CONCLUSIONES:** La realización y la evaluación de éste plan en la USMIJ se considera como una herramienta que unifica y define los criterios de calidad de carácter multidisciplinar promoviendo la autonomía de la unidad. En un futuro la evaluación de todos los indicadores de calidad establecidos nos ayudará a avanzar en conocer la magnitud e impacto real del estado de salud infantojuvenil del área hospitalaria. Se espera como resultado final mejorar la calidad asistencial para todos en un ambiente de espacio compartido.

CORRECTA UTILIZACIÓN DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Autores:

pedrero palacios, c; duarte gonzalez, l; garcia gonzalez, s y prieto santana, m.

Palabras Clave:

plandeparto informacion participacion

Resumen:

OBJETIVOS: ? Fomentar la participación activa de la gestante durante su proceso de parto y nacimiento. ? Concienciar a los profesionales del derecho de las gestantes a manifestar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existan alternativas igual de eficaces seguras **MATERIAL Y MÉTODO** La matrona de atención primaria distribuirá el plan de parto facilitado por la consejería de salud durante el programa de preparación al parto. Se dará la opción de comentar acerca del mismo y resolver las dudas que se planteen tras haberlo leído en casa. Los profesionales encargados de atender a la gestante plantearán las distintas opciones y la gestante decidirá en función de sus convicciones y preferencias. De acuerdo con sus derechos recibirá información sobre la evolución del parto y en los casos previstos por la ley se entregará el consentimiento informado por escrito. **RESULTADOS** Tras recibir la preparación al parto la gestantes comprenden mejor el proceso que van a vivir. El parto no se puede planificar, ya que influyen muchas variables que son impredecibles. Con plan de parto y nacimiento quedan de manifiesto los deseos y expectativas de la embarazada y facilita la comunicación de la misma con los profesionales. El trabajo en equipo multidisciplinar y la buena coordinación de los profesionales de atención primaria y especializada aumenta la calidad en la atención de la usuaria. **DISCUSIÓN** Los sanitarios pondrán empeño y profesionalidad para que el proceso se desarrolle de acuerdo a las expectativas, pero los deseos de la gestante serán respetados siempre que estemos en un parto de bajo riesgo. En el momento que surja alguna complicación, prevista o inesperada, los profesionales actuarán según los protocolos de actuación clínica, diseñado para las distintas situaciones. Siempre se mantendrá informada de la evolución y si es necesario se solicitará su consentimiento. **CONCLUSIÓN** Las gestantes que acuden a la preparación al parto en la provincia de Huelva reciben toda la información actualizada acerca del proceso que van a vivir. Tienen la oportunidad de resolver todas sus dudas e inquietudes y poder elaborar su propio plan de parto y nacimiento con antelación. La comunicación de los profesionales con las gestantes cada vez es más fluida y la participación activa de las embarazadas cada vez es palpable. Las usuarias manifiestan verbalmente su satisfacción por haberse sentido bien atendidas, escuchadas y respetadas.

NUEVAS COMPETENCIAS DE LA MATRONA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO: UN PASO MÁS HACIA LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores:

Pedrero Palacios, C; Prieto Santana, M; Garcia Gonzalez, S y Duarte Gonzalez, L.

Palabras Clave:

matrona, competencias, alto riesgo obstétrico

Resumen:

Objetivo Dar a conocer las nuevas competencias de la matrona de alto riesgo obstétrico en relación con las anteriores **Material y método** Se crea un grupo de trabajo para la investigación de las nuevas competencias que se pueden desarrollar y que supondrán un aumento de la calidad en la atención de la gestante de alto riesgo obstétrico **Resultados** Se amplían las competencias de la matrona, dividiéndose en competencias propias, compartidas y de colaboración, es decir se aumentan en gran medida las competencias de la matrona de alto riesgo aumentando la calidad de la atención al ser ésta mucho más completa y dirigida a la satisfacción de las necesidades de las gestantes de alto riesgo obstétrico **Discusión** Se propone un año de puesta en marcha y posterior evaluación **Conclusiones** El aumento de competencias de la matrona de alto riesgo obstétrico supone un aumento de la satisfacción de la gestante en la consulta de alto riesgo obstétrico por tanto un aumento en la calidad de la atención y una justificación de un puesto de trabajo

IMPACTO SOBRE LA FORMACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN ADOLESCENTES DESDE EL PROGRAMA FORMA JOVEN

Autores:

JIMENEZ VIZCAÍNO, B; GARCÍA MURILLO, M; FRANCO GARCÍA, EM; RIVERA FERNÁNDEZ, C y ALVAREZ MILLÁN, S.

Palabras Clave:

FORMAJOVEN ADOLESCENTE EDUCACIONSEXUAL RIESGOS

Resumen:

OBJETIVOS Generales Facilitar instrumentos para afrontar riesgos Plantear medidas de mejora Específicos Determinar conocimientos sobre salud sexual en los tres IES Identificar diferencias según zona geográfica ZNTS(Zona de transformación social) **MATERIAL Y METODO** Forma Joven comienza en la localidad en 2006 La metodología de trabajo es principalmente activa,preventiva y confidencial Estudio Observacional Trasversal Recogida de datos:cuestionario cerrado;10 preguntas y 4 opciones cada una,antes de la sesión grupal. Anónimo,obligatorio Resultados:curso 2010/11 Población:alumnos 2ºy 4ºESO de los IES locales,(IES San Juan en ZNTS) **RESULTADOS** Salud Sexual:57,5%necesita mas información.El 37% cree conocerlo todo ETS: el 52% dice haber oído algo, el 18% quiere saber más Prevenir ETS:el 70% opta por el preservativo Embarazo no deseado: >25% de alumnos de 2º,usaría la píldora postcoital. Un 30% quiere conocer más sobre el tema. En 4º la mayoría (>45%) pide información El 41% de los adolescentes no habla nunca con sus padres de sexualidad En el IES San Juan sólo un 22% confía en hablar con sus amigos frente a un 42% de los otros IES Adicciones: Un 21% no ha probado el alcohol, el 22% sí, pero no les va .Un 57% bebe en fin de semana ó cree que es mejor con 1 copa. Un 20% se va de botellona Drogas: El 68% ha contactado con alguna. Rechazo del 58% **DISCUSIÓN** Diferencia importante de absentismo/participación del IES San Juan(ZNTS) Los adolescentes reconocen necesitar más información El grupo que opina saberlo todo, es un grupo de riesgo Destaca con el porcentaje mas bajo(4.5%) 4º del IES Severo Ochoa identificando al SIDA como única ETS y 0% en el uso de pastillas para la prevención de las ETS, ya que este grupo en particular recibió la formación grupal en 2º En los IES de mayor nivel cultural los grupos están formados. Los amigos son más confidentes que sus padres. En IES San Juan, los grupos no están formados, pocos hablan con sus amigos y menos con sus padres La imagen corporal es importante sólo en los IES de mayor nivel cultural Para próximas ediciones haremos diferencia entre sexos en los cuestionarios **CONCLUSIONES** Más educación sanitaria sobre los riesgos del alcohol y drogas Más hincapié a nivel político-sanitario en campañas contra drogodependencias en adolescentes En estos momentos no tenemos datos sobre la interrupción voluntaria de embarazos en adolescentes, pero los tendremos para la comunicación, ya que nos parece un dato importante a comparar con los obtenidos en la encuesta sobre prevención

ELABORACION DE UN PLAN DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores:

LOPEZ SANCHEZ, T; PEREZ DOCTOR, M; AMOEDO CABRERA, ML; GARCIA ROMERO, M; ROMERO CUEVAS, A y DUARTE RODRIGUEZ, C.

Palabras Clave:

ACOGIDA CALIDAD INCORPORACION INFORMACION

Resumen:

OBJETIVOS: La incorporación de nuevos profesionales para la gestión de cuidados a los pacientes renales hospitalizados (GCPRH) supone una incertidumbre en cuanto a su rendimiento y capacitación pues reciben con frecuencia una información incompleta, sesgada y variable. Para homogeneizar y mejorar la calidad de los cuidados el objetivo específico es: Elaborar un plan de acogida a los profesionales de nueva incorporación (PAPNI) con la información útil y necesaria que garantice la gestión eficaz y segura de los cuidados. **MATERIAL Y MÉTODO:** -Diseño: Plan de acogida -Población Diana: Todos los profesionales de enfermería y auxiliares de nueva incorporación (PNI) con cualquier tipo de contrato y turno. -Principios: enfermería basada en la evidencia externa (procedimientos) e interna fruto de la reflexibilidad de los profesionales experimentados. -Estrategias de elaboración del Plan de Acogida: -Análisis DAFO de la situación actual: errores, omisiones y demoras relacionadas con la información a los PNI de mayor incidencia en los períodos vacacionales. -Compromiso recíproco entre los mandos intermedios y los PNI (recibimiento/disponibilidad). - Selección, redacción y edición de los planes (consenso por pares) con: 1.-Mensaje de bienvenida. 2.-Objetivos de la Unidad de Gestión y Mapa de competencias específico (conocimientos, habilidades y actitudes). 2.-Distribución geográfica de la unidad (mapa de ubicación y funcionalidad de todas las estancias). 3.-Personal de la unidad, turnos, sistemas de comunicación. 4.-Descripción de funciones y actividades de los enfermeros y auxiliares con enfoque práctico. 5.-Metodología de cuidados y registros (planes de cuidados, recomendaciones, informes de alta). 6.-Sistemas de emergencia (flujogramas de eventos adversos y autoprotección) y carro de parada. **RESULTADOS:** Edición y entrega de los PAPNI (dossier informativo y mensaje de bienvenida). -Hoja de recepción del documento con firma de recogida del PNI. -98,8% de satisfacción de los PNI en cuestionario validado. **DISCUSION:** Se solicitan talleres prácticos junto con estos PAPNI previos a la incorporación. **CONCLUSIONES:** La protocolización de la acogida a los PNI permite el reconocimiento de los recursos humanos como el principal valor añadido al producto final de enfermería y conforma un sistema de información que facilita el trabajo en equipo (A-0074) y las relaciones interprofesionales, la investigación y la docencia como herramientas de mejora de la calidad asistencial.

EVOLUCIÓN DE LOS ESTUDIOS DE OPINIÓN DEL USUARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

Autores:

BERENGUER GARCÍA, MJ; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M; TORO SANTIAGO, J; MIÑARRO DEL MORAL, RM; CASTRO RUIZ, MJ y MILLÁN CASADO, M.

Palabras Clave:

Investigación Cualitativa Satisfacción del Paciente

Resumen:

Objetivo Describir la experiencia de la Unidad de Calidad (UCal) del Hospital Reina Sofía en la realización de estudios de opinión de usuarios en el periodo 2004-2011. **Material y Método** Se describe la evolución de estos estudios en nuestro ámbito en el periodo 2004-2011. **Resultados** Durante el periodo 2004-2011 la UCal ha realizado 76 estudios de opinión. La media de estudios realizados al año ha pasado de 3 en 2004-2008, a 9 en 2009-2010 siendo 41 los previstos para 2011. Inicialmente los estudios se realizaban a demanda de las Unidades pero en los últimos años se han ido incorporando como objetivo en los acuerdos de gestión y en 2011 son 36 las unidades que los contemplan en sus acuerdos. La principal técnica utilizada ha sido la de Grupos Focales (GF) si bien, en ocasiones, se han empleado otras técnicas cualitativas (entrevistas telefónicas, entrevistas en profundidad). La UCal ha elaborado un Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) para el desarrollo de GF y ha realizado sesiones formativas para profesionales de otras unidades que, cada vez más, se interesan por este tipo de estudios. **Discusión** Dentro de nuestra cartera de servicios la realización de estudios de opinión ha cobrado un gran protagonismo, en gran parte por su inclusión en los acuerdos de objetivos (propiciada por la desaparición de encuestas de satisfacción corporativas) pero también por un mayor interés de los profesionales por contar con la opinión de sus usuarios y un mayor conocimiento de las técnicas de investigación cualitativas. La experiencia acumulada en estos años ha permitido elaborar un POE contrastado y homogeneizar la ejecución de la técnica por parte de los diferentes miembros de la UCal. Hemos pasado de contar con 2 profesionales expertos a ser 6 los miembros de la unidad con experiencia en GF, además de contar con profesionales de otras unidades formados en la técnica. Nuestra percepción es que estos estudios son cada vez más apreciados y tenidos en cuenta por los profesionales para incorporar mejoras en su entorno. **Conclusiones** En nuestra unidad la realización de estudios de opinión es una actividad consolidada y cada vez más demandada. La homogeneidad en la realización de la técnica se ve reforzada al disponer de un POE específico para GF y actividades de formación. Los profesionales del hospital se interesan cada vez más por las técnicas de investigación cualitativa y valoran positivamente contar con estos estudios.

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN MARCHA DE LA FACTURA INFORMATIVA EN EL HOSPITAL LA INMACULADA

Autores:

PARRA GARCIA, M; PARRA GARCIA, D; RUIZ RUIZ, F; RUS CEJUDO, MC; EGEA PARRA, A y RUIZ RUIZ, MC.

Palabras Clave:

FACTURA INFORMATIVA CIUDADANIA COMUNICACION

Resumen:

OBJETIVOS: ANALIZAR LA IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE LA FACTURA INFORMATIVA. **MATERIAL Y METODO:** Es un estudio observacional, descriptivo y transversal. Periodo de estudio: desde el 15/03/2011 al 14/09/2011 para un total de 420 facturas emitidas a pacientes intervenidos de cataratas, vesículas y hernias en el Hospital la Inmaculada, con alta el mismo día de la intervención. Fuentes de datos consultadas son los sistemas de información Medix y una base de datos de una página Web disponible en la intranet de nuestra Área. Se realiza un calculo muestral con un nivel de confianza del 95% y un 5% de error aumentando un 10 % la muestra para compensar posibles perdidas, con una muestra estimada de 75 pacientes. Se seleccionan los casos mediante números aleatorios y realizándose un análisis descriptivo de las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, así como una encuesta telefónica con preguntas relacionadas con la implantación del procedimiento, con tres respuestas cerradas y una final abierta para recoger sugerencias. Se recogen y analizan los resultados en una base de datos Access de Microsoft. **RESULTADOS:** Se realizan 75 encuestas, de las que 45 contestan los pacientes y 30 familiares que acompañaron al paciente durante la intervención. De los encuestados 33 son mujeres (44%) y 42 varones (52%). En relación a la edad 68% supera los 65 años y en cuanto al nivel de estudios el 48% no tiene estudios o son primarios, el 40% secundarios y el 12% universitarios. Los resultados de las encuestas son los siguientes: el 93.33% de los intervenidos se le da de alta el mismo día de la intervención, de los cuales al 80% se le entrega la factura informativa, contestando un 3% que no lo recuerda. La factura informativa fue entregada por el personal sanitario en un 87.5%, siendo informado de su contenido el 71.43%. Las facturas son entregadas en un 96.43% junto con la documentación del Alta del paciente. **CONCLUSIÓN:** Se ha podido comprobar que esta medida implantada por la Consejería de Salud se está llevando a cabo por nuestros profesionales. Aunque los sistemas de información recogen un 100% de facturas emitidas se comprueba en la encuesta realizada que hay un pequeño porcentaje que no la ha recibido ó no lo recuerda. **DISCUSIÓN:** Las encuestas telefónicas han aportado varias áreas de mejora como extender la medida al 100% de los procedimientos, incidir en los profesionales para dar una mejor información sobre la factura y recoger sugerencias que han aportado los usuarios.

PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE INCIDENCIAS EN LA UNIDAD TÉCNICA DE RECURSOS MATERIALES DE LA PLATAFORMA LOGÍSTICA DE HUELVA

Autores:

ROBLEDO CARDENAS, FJ; MACIAS ALVEZ, J; PICON MACIAS, A; ROSA FERNANDEZ, JM y GUTIERREZ FERNANDEZ, C.

Palabras Clave:

INCIDENCIA TECNICA LOGISTICA RESOLUCION

Resumen:

Objetivos: Mejorar la calidad de la gestión de los recursos materiales. Homogeneizar y estandarizar la resolución de incidencias técnicas y logísticas. Teorizar la gestión de incidencias técnicas y logísticas. Determinar la arquitectura a seguir. Material y Método: Teorización de la práctica habitual de la resolución de incidencias técnicas y logísticas. Determinación de los puntos de entrada al procedimiento. Establecimiento de los pasos básicos y elementales en la gestión. Discusión de los elementos en el grupo. Elaboración de la arquitectura básica. Creación de un registro de incidencias y establecimiento de las continuas revisiones de los procedimientos. Resultados: Presentación de los procedimientos de la gestión de incidencias técnicas y logísticas con su desarrollo teórico y arquitecturas básicas, que incluyen las entradas para los problemas logísticos (Roturas temporales de stocks, cambios en la situación logística por problemas en la codificación corporativa, falta de concordancia entre pedidos y albaranes) y para los problemas técnicos (Alertas sanitarias, comité de seguridad del paciente, prevención de riesgos laborales y las presentadas por los profesionales de los distintos servicios y unidades de gestión clínica). Presentación de los pasos a seguir. Presentación del registro de incidencias. Discusión: El establecimiento de procedimientos para la gestión de incidencias precisa de un esfuerzo importante a la hora de intentar dotarlo de la doble característica de homogeneidad y proximidad a los usuarios del producto sanitario en el ámbito de mejora de la accesibilidad. Conclusiones: La elaboración de procedimientos de gestión de incidencias pretende mejorar la práctica de la gestión de los recursos materiales en la medida que aporta una metodología única, homogénea y estandarizada con lo que se ofrece una atención de calidad para nuestros clientes internos y, por ende, a la población atendida.

ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Autores:

FUENTES CARMONA, G; CASTRO DUARTE, JR; DURAN GOMEZ, L; DIAZ VAZQUEZ, L; TIRADOR FERNANDEZ, MC y JIMENEZ MUÑOZ, M.

Palabras Clave:

solicitudes usuarios respuesta

Resumen:

Objetivo: Revisar el procedimiento de tramitación de solicitudes de documentación clínica para obtener conclusiones que nos permitan implantar medidas de mejora del proceso dirigidas a la satisfacción del usuario. Material y método: El procedimiento a seguir consiste en analizar los registros de solicitudes de documentación clínica desde el año 2008 hasta el 2010, cuantificando: 1. El número de peticiones por mes y año. 2. El número de pacientes que han realizado más de una petición en este periodo. 3. El tiempo medio de respuesta por año. Resultados: Se ha constatado un importante crecimiento de solicitudes del año 2008 al 2009 al pasar de 796 a 945. En el año 2010 la tendencia se ha estabilizado al recibirse 927 solicitudes. Los meses con una media superior a 80 peticiones en el periodo 2008-2010 son los de noviembre, octubre, junio y mayo. Frente a esto, los meses de agosto, diciembre y septiembre muestran una menor actividad al situarse por debajo de 65 solicitudes. Se han detectado 231 usuarios que han efectuado en este periodo más de una petición de documentación. Estos usuarios recurrentes han efectuado 492 peticiones lo que supone un 18.44% del total de 2.668. El tiempo de respuesta a las solicitudes ha ido aumentando de los 7?28 días de media del año 2008 a los 10?95 del 2010. Discusión: Con el fin de no aumentar la demora de la tramitación de las solicitudes sería recomendable reforzar el puesto de tramitación durante los meses de mayor actividad (noviembre, octubre, junio y mayo). Conclusiones: El aumento del número de solicitudes ha influido de forma importante en el tiempo de respuesta, con los posibles efectos negativos para el usuario que este retraso podría ocasionar. Se definirá de manera conjunta con el SIU la manera en la que se puede aconsejar al usuario para agilizar la respuesta: - A que acote la documentación solicitada a los datos pertinentes y necesarios. Como último recurso el SIU podrá limitar, aquellas peticiones de usuarios recurrentes ateniéndose al artículo 15 de la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), excepto: - Cuando haya transcurrido más de un año desde la última solicitud, el paciente demuestre una causa justificada e imperiosa (pérdida, extravío, urgencia, etc.) - Cuando solicite documentación distinta de la solicitada anteriormente.

PROTOCOLO DE ACOGIDA A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION A LABORATORIOS DE URGENCIAS

Autores:

MALMAGRO ROMERO, A; MUÑOZ MARQUEZ, M; MEDINA ALONSO, M y AMIAN MARTINEZ, A.

Palabras Clave:

MEJORAR LA ADAPTACION MEJORA LA RESPUESTA

Resumen:

OBJETIVOS -Disponer en los Servicios de Urgencias del Laboratorio de Hematología de una herramienta que garantice y acorte los tiempos de adaptación de personal de nueva incorporación de manera que estos puedan emitir respuestas rápidas, fiables y uniformes a las demandas de que puedan ser objeto. -Servir de guía rápida de consulta de técnicas y procedimientos -Aumentar la polivalencia del personal -Establecer una sistemática uniforme de trabajo. **MATERIAL Y METODOS** PC con impresora, cámara de fotos y material de ofimática. Respecto del método empleado, podríamos decir que mediante un periodo de observación se ha obtenido un sucesión ordenada de tareas a las que posteriormente se ha aplicado un gran esfuerzo descriptivo e ilustrativo para facilitar su comprensión y su consulta rápida. **RESULTADOS** El Protocolo que presentamos es de reciente creación y de momento no existen datos cuantitativos que demuestren su eficacia, aunque todas las opiniones consultadas justifican su importancia y evidencian una consecución de los objetivos que se plantearon en su creación. Consideramos que disponer de una guía tan completa y descriptiva es siempre un buen resultado **DISCUSION** En el Laboratorio de hematología se han realizado a lo largo de los años múltiples protocolos que, de forma puntual, recogían de forma superficial técnicas y procedimientos a medida que se demandaban. Al mismo tiempo, dada la complejidad del Servicio habíamos observado que el personal laboral que accedía por primera vez o de forma discontinua, necesitaba largos procesos de adaptación derivados de que su aprendizaje tenía lugar de forma verbal, heterogénea y mediante protocolos poco dados a la docencia. Derivado de esta situación se nos ocurrió crear una guía estructurada que integrase de forma pormenorizada la totalidad de las tareas y procedimientos, los fundamentos bioquímicos de los mismos, las herramientas y equipos necesarios, los materiales y los métodos, el manejo de los resultados, etc; de manera que cubriamos ambas demandas: mejorar la calidad de la documentación y mejorar la adaptación del personal a una misma sistemática de trabajo **CONCLUSIONES** Este protocolo constituye una valiosa aportación a la calidad del Laboratorio de Hematología permitiendo al profesional de la sección de Urgencias, operar en todo momento con destreza, fiabilidad, calidad asistencial y actitud segura en el desempeño de sus funciones.

COMUNIDADES DE PRÁCTICA VIRTUALES PARA EL TRABAJO COLABORATIVO Y EL APRENDIZAJE COMPARTIDO

Autores:

Espósito Gonfía, T; Periañez Vega, M; García Rioja, F; Domínguez Rojas, D; Fuentes Barrera, F y Rodríguez Contreras, H.

Palabras Clave:

comunidades aprendizaje colaboración web

Resumen:

Objetivos Fomentar el trabajo colaborativo y el aprendizaje compartido, facilitando la comunicación y el intercambio de conocimiento entre profesionales para el desarrollo de trabajo on-line. Material y Método El Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud ha implementado una plataforma para la constitución de comunidades de prácticas, basada en el software ELGG. La plataforma favorece el desarrollo de flujos de trabajo on-line y el intercambio de experiencias alrededor de distintas líneas temáticas en un único espacio compartido, permitiendo generar conocimiento para la mejora de la práctica asistencial y la atención que se presta al ciudadano. Esta herramienta está siendo utilizada para dar soporte a la implantación del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual en los centros del SSPA, a través de dos comunidades de práctica: en la primera, de carácter privado y destinada a los responsables de formación de los centros que están implantando el modelo, se comparten los resultados del trabajo de los profesionales y, basándose en su experiencias, se van elaborando nuevas recomendaciones para la gestión de planes de desarrollo individual; la segunda, de carácter abierto, es un espacio de interacción entre todos los profesionales involucrados en la implantación, donde además se van publicando los resultados del trabajo del grupo de trabajo de los responsables de formación y más recomendaciones. Resultados Las 'Comunidades de práctica para la calidad' fueron lanzadas en junio 2011 y actualmente cuentan con 147 usuarios, que han intercambiado 431 mensajes, 90 archivos y 42 enlaces. Se han creado 11 grupos y producido 31 entradas en blogs internos a la plataforma. Asimismo, se han detectado picos de actividad y de registro de nuevos usuarios en los días siguientes a las sesiones presenciales de implantación del modelo GPDI. Discusión Los datos sobre la participación de los profesionales y sus aportaciones en la plataforma demuestran su interés en este tipo de metodología y la utilidad de esta herramienta para la extensión del modelo y el aprendizaje compartido. Conclusiones La utilización de un espacio de encuentro virtual está favoreciendo el desarrollo de dinámicas de trabajo horizontales y el intercambio de conocimiento y experiencias entre los profesionales involucrados en el proceso de implantación, convirtiéndolos en agentes y referentes de este mismo proceso.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA DESCENTRALIZAR LA GESTIÓN DE PLANES DE VACACIONES Y RECURSOS HUMANOS

Autores:

Lora Monge, E; Coronado Vázquez, MV; Romero Corchero, M; Prieto Vizcaya, FJ; Gómez Pérez, J y Díaz, JC.

Palabras Clave:

herramienta gestión, recursos humanos, vacaciones, descentralización

Resumen:

OBJETIVO: Desarrollar y validar una herramienta informática sencilla y accesible, que facilite la toma de decisiones en la elaboración de planes de vacaciones y que permita la descentralización en las Unidades a la vez que satisfaga los requerimientos de los distintos destinatarios de la información (gestores, responsables de unidades, servicios de apoyo, etc.). **MATERIAL Y MÉTODO:** En una Hoja de Excel se introducen las reglas de la normativa SAS sobre vacaciones y los permisos/licencias que de forma más frecuente se gestionan de forma conjunta en los planes de vacaciones anuales, así como el coste medio diario de cada categoría/especialidad. La Hoja es utilizada para elaborar los Planes de Vacaciones en Unidades de 4 Centros del SAS (1 Área de Gestión Sanitaria, 2 Distritos y 1 Hospital) de 2 provincias (Huelva y Sevilla): Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (AGSNH), Distrito Huelva-Costa (DHC), Hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) y Distrito Sevilla Sur (DSS). A la hoja se acompaña un manual y en algunos casos se realiza una sesión formativa para su presentación. Cada Dirección Económica-Administrativa (DEA) resuelve las dudas e incidencias de las Unidades, actuando la del AGSNH como coordinadora. Finalizado el proceso, se pasa un cuestionario para evaluar el grado de uso y la satisfacción de los usuarios, así como encontrar áreas de mejora. **RESULTADO:** En el primer año de implantación de la herramienta se ha conseguido un uso en 56 Unidades (un 50%), con un grado de satisfacción de 4 sobre 5. De los tres principales problemas en la gestión del plan vacacional detectados (exceso de burocracia, cumplimiento plazos y requerimiento información por diversos destinatarios) se valora que la herramienta facilita su resolución con una satisfacción de 4 sobre 5. **DISCUSIÓN:** Es posible la automatización de una gran parte de las tareas que forman parte de la elaboración de los planes de vacaciones anuales, facilitando centrar los esfuerzos en aquellas relacionadas con las ausencias máximas permitidas, el grado de cobertura y el coste de personal, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente, los plazos establecidos y el suministro de información a cada uno de los posibles destinatarios de la misma. Es necesario avanzar en la elaboración de informes y adaptar la herramienta para satisfacer necesidades más específicas. **CONCLUSIONES:** Una herramienta informática sencilla y flexible en un entorno de hoja de cálculo permite facilitar la toma de decisiones en la gestión de los recursos humanos.

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS RESPONSABLES DE UGC SOBRE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DE PACTOS DE CONSUMO

Autores:

Antonio Pérez de León, M; Lora Monge, E; Coronado Vázquez, MV; Pedernera de Allén, M; Romero Corchero, M y Hidalgo Sánchez, JM.

Palabras Clave:

seguimiento pacto consumo, satisfacción, gestión clínica

Resumen:

OBJETIVOS: Conocer el grado de satisfacción de los Responsables de las UGC del AGSNH sobre la información que disponen del seguimiento de los Pactos de Consumo, para encontrar áreas de mejora. **MATERIAL Y MÉTODO:** Telefónicamente se pasa un cuestionario a los responsables de UGC del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (AGSNH), sobre la información que se les suministra en relación a los Pactos de Consumo (PC). Se evalúa la percepción sobre la adecuación en la periodicidad de la información, la pertinencia de los informes, la facilidad para personalizar la información, identificación de la unidad responsable de su elaboración, posibilidad de corrección de errores detectados, etc. El tratamiento de la información se realiza de forma anonimizada, ya que la persona que realiza la encuesta telefónicamente recoge los datos sin ningún tipo de referencia a la unidad (salvo si es del ámbito de atención primaria u hospitalaria), y éstos son pasados para su tratamiento estadístico a otra persona del grupo investigador. **RESULTADO:** En el primer año de implantación de la herramienta de Gestión de Acuerdos de Consumo (GAC), el 100% de los Responsables encuestados conoce el PC y el estado de seguimiento. Se identifica claramente la unidad encargada de suministrar la información en el AGSNH (un 92%), con un alto grado de satisfacción en relación a la información recibida (4 sobre 5), aunque se desconoce la posibilidad de personalizarla. Se valora como aspectos muy positivos la periodicidad en el suministro y la posibilidad de corrección de errores detectados, y como aspectos a mejorar la posibilidad de modificar el acuerdo en función de variaciones de actividad. **SIGLO** y los Genéricos de Centro (GC) son desconocidos para casi la mitad de los encuestados. **DISCUSIÓN:** La información sobre PC debe ser accesible a los Responsables de UGC para que puedan gestionar de forma adecuada el presupuesto asignado. Es necesario conocer su opinión para corregir aquellas áreas deficitarias y avanzar en la consecución del objetivo de consumo, implicándolos y formando en aquellos aspectos que les son más desconocidos. **CONCLUSIONES:** Si bien la información en cuanto a pertinencia y periodicidad han sido valorada muy positivamente y se identifica perfectamente la unidad/responsable que suministra la información, se evidencia el desconocimiento en materias clave como Genéricos de Centro y SIGLO, suponiendo esto una importante área de mejora.

ADECUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA AL NUEVO “CONSENSO” DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Autores:

Cachay Osorio, H; Aguayo Canela, M; Barón Franco, B; Hidalgo Jiménez, A; Sousa Baena, M y Quattrino, S.

Palabras Clave:

Informe de alta hospitalaria

Resumen:

Objetivos: Recientemente (2010) se ha publicado un ?Consenso para la elaboración del Informe de Alta Hospitalario (IAH) en especialidades médicas?, a iniciativa de la SEMI. Un año después evaluamos el grado de adecuación de nuestros IAH. Material y Método: Revisamos una muestra aleatoria de 100 IAH emitidos entre en-jun/2011 en tres UGC médicas del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez (AHJRJ-Huelva). En cada IAH se evaluaron una serie de ítems extraídos de las recomendaciones publicadas en el Consenso.(Med Clin Barc) Resultados:El IAH fue globalmente evaluado con un notable alto ?en términos de sintético (83%), preciso (91%), conciso (81%) y completo (85%)- y siempre se redactó en términos médicos (100%), aunque con un uso excesivo de siglas y abreviaturas (99%). En cuanto a su contenido, en nuestros IAH consta siempre un ?motivo del ingreso? (100%), y un resumen de ?antecedentes personales? (100%), al igual que un ?diagnóstico principal? (98%) o un ?razonamiento clínico? en su ausencia (100%); hay al menos un ?diagnóstico secundario? en las 2/3 partes de los IAH, con un rango que oscila entre 0 y 8 (media 1,57); con menor frecuencia constan explícitamente ?procedimientos invasivos o complejos? realizados y/o ?complicaciones habidas durante el ingreso? (68% y 17% respectivamente). En cuanto a información clinimétrica se muestran casi siempre las ?analíticas alteradas? (93%) pero no tanto datos sobre las ?valoraciones? del estado funcional (68%), cognitivo (14%) o social (2%), a pesar de que el 53% de nuestros pacientes -en la muestra analizada- cumplían criterios de pluripatología, y la edad media era de 64,6 años (DE 17,8). Discusión: El IAH es un documento de comunicación que tiene múltiples destinatarios, y por ello debe ser elaborado con calidad y rigor. En este sentido, ninguno de los IAH analizados tenían referencias explícitas a teléfonos, FAX o correos electrónicos donde poder contactar, para aclarar dudas o recibir información adicional a la escrita. La auditoría demuestra que, a pesar de estar bien confeccionados, hay áreas de mejora, debiendo reducirse el uso de siglas y abreviaturas, e implementarse la información relativa a la valoración integral, lo que podría conseguirse incorporando las evaluaciones y diagnósticos del informe de cuidados al IAH. Conclusiones: Los IAH de las unidades médicas del AHJRJ-Huelva se adecuan bastante a las últimas recomendaciones del Consenso español para la elaboración del IAH en especialidades médicas, aunque deben mejorar en algunos aspectos señalados.

ADECUACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA AL NUEVO CONSENSO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Autores:

Quattrino Q, S; Barón Franco, B; Aguayo Canela, M; Sousa Baena, M; Hidalgo Jiménez, A y Cachay Osorio, H.

Palabras Clave:

Informe de alta hospitalaria

Resumen:

Objetivos: Recientemente (Med Clin (Barc) 2010) se ha publicado un "Consenso para la elaboración del Informe de Alta Hospitalario (IAH) en especialidades médicas", a iniciativa de la SEMI, proponiéndose una serie de recomendaciones para mejorar su calidad y su utilidad. Un año después de su publicación evaluamos el grado de adecuación de nuestros IAH a las propuestas del Consenso relativas al Plan Terapéutico y Recomendaciones de Tratamiento. Material y Método: Revisamos una muestra aleatoria de 100 IAH emitidos en el primer semestre del año 2011 por facultativos especialistas de tres UGC médicas del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva (AHJRJ-H). En cada IAH se evaluaron una serie de ítems extraídos de las recomendaciones publicadas en el Consenso. Resultados: En las recomendaciones terapéuticas, el 32% de los IAH adolecía de instrucciones sobre qué hacer con los tratamientos anteriores al ingreso, mientras que eran muy precisos en la relación de los nombres de los medicamentos prescritos al alta (98%), la vía de administración (95%), la dosificación (95%) y la duración del tratamiento (81%), siendo la prescripción por principio activo en el 75%. Otras recomendaciones no medicamentosas eran menos frecuentes (dietéticas 71%, ejercicio físico 19%, rehabilitadoras 12%, prohibición de hábitos tóxicos en el 22%). Excepcionalmente (2%) había instrucciones de cuidados integradas en el IAH. Discusión: El IAH es un documento de comunicación fundamental con el paciente y sus familiares, y con el médico de atención primaria y otros especialistas, conteniendo un resumen del episodio de ingreso así como una serie de recomendaciones y/o tratamientos al alta, que pueden colisionar con las prescripciones anteriores del paciente (interacciones, duplicaciones, errores posológicos, abandonos injustificados, etc.) por lo que hay un amplio margen de mejora en su elaboración. Conclusiones: A pesar de la claridad y precisión de las recomendaciones terapéuticas en los IAH de las unidades médicas del AHJRJ-H, se hace necesario mejorar en los mensajes no medicamentosos y conciliar la medicación con la prescrita por su médico de familia, responsable del seguimiento del paciente a largo plazo. El Consenso propone elaborar el Plan Terapéutico en hoja aparte del IAH, con instrucciones claras y comprensibles, así como evitar cambios injustificados de tratamientos o hacer modificaciones sustanciales del mismo sin el conocimiento explícito del médico de familia.

ACEPTABILIDAD DE LA FACTURA INFORMATIVA POR PARTE DEL PACIENTE INTERVENIDO EN EL HOSPITAL LA INMACULADA

Autores:

RUIZ RUIZ, F; PARRA GARCIA, M; PARRA GARCIA, D; RUS CEJUDO, MC; EGEA PARRA, A y RUIZ RUIZ, MC.

Palabras Clave:

ACEPTABILIDAD CIUDADANIA FACTURA INFORMATIVA

Resumen:

OBJETIVOS: CONOCER LA OPINIÓN QUE HA GENERADO LA ENTREGA DE LA FACTURA INFORMATIVA EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL LA INMACULADA **MATERIAL Y METODO:** Es un estudio observacional, descriptivo y transversal. Periodo de estudio desde el 15/03/2011 al 14/09/2011 para un total de 420 facturas emitidas a pacientes intervenidos de cataratas, vesículas y hernias en el Hospital la Inmaculada, con alta el mismo día de la intervención. Fuentes de datos consultadas son los sistemas de información Medix y una base de datos disponible en la intranet de nuestra Área. Se realiza un calculo muestral con un nivel de confianza del 95% y un 5% de error aumentando un 10% la muestra para compensar posibles perdidas, con una muestra estimada de 75 pacientes. Se seleccionan los casos mediante números aleatorios y realizándose un análisis descriptivo de las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, así como una encuesta telefónica con preguntas relacionadas sobre la aceptación del procedimiento, con tres respuestas cerradas y una final abierta para recoger sugerencias. Se recogen y analizan los resultados en una base de datos Access de Microsoft **RESULTADOS:** Se realizan 75 encuestas, de las que 45 contestan los pacientes y 30 familiares que acompañaron al paciente durante la intervención. De los encuestados 33 son mujeres (44%) y 42 varones (52%). En relación a la edad 68% supera los 65 años y en cuanto al nivel de estudios el 48% no tiene estudios o son primarios, el 40% secundarios y el 12% universitarios. Los resultados obtenidos: el 90,6% de los encuestados no conocía el coste de su intervención, pareciéndole aceptable su importe al 68 %, al 18,6% le ha parecido caro y a un 10,6% barato. El 98,6% de los pacientes o familiares han acogido bien la información recibida, aunque el 43,3% cree que el momento adecuado de ser informados es antes de la intervención. Así mismo el 82,66% cree que esta medida servirá par fomentar un uso adecuado de la sanidad. La medida implantada con la entrega de factura informativa ha sido valorada por el paciente como muy bien 50,6% bien 46,6% y ni bien ni mal 2,66%. **CONCLUSIÓN:** Los resultados nos muestran un índice de participación elevado, comprobando que a la mayoría de los encuestados les parece buena o muy buena la implantación de esta medida. **DISCUSIÓN:** Las encuestas telefónicas han aportado áreas de mejora como son: tener la posibilidad de imprimir la factura en varios idiomas, ser ampliada a otros procedimientos, tratamientos y pruebas diagnosticas.

IMPACTO EN EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UNA FORMACIÓN EN EL MÓDULO DE CUIDADOS AZAHAR

Autores:

RODRIGUEZ MORCILLO, R; LAGUNA PARRAS, JM; MORCILLO NIETO, MC; AGUILA BARRANCO, JC; JOVER CASAS, JM y CRUZ LENDINEZ, AJ.

Palabras Clave:

IMPACTO DESARROLLO CUIDADOS AZAHAR ENFERMERIA

Resumen:

INTRODUCCIÓN El Módulo de Cuidados Azahar es una plataforma tecnológica que da soporte integrado al Proceso Asistencial de Enfermería, permitiendo llevar el proceso de cuidados a pie de cama, mejorando la continuidad de cuidados y permitiendo una evaluación objetiva de la efectividad de las intervenciones. OBJETIVO Evaluar el impacto en el desarrollo profesional, percibido por los alumnos y los cargos intermedios, de la formación realizada a las auxiliares de enfermería del Complejo Hospitalario de Jaén sobre el módulo de cuidados Azahar. METODOLOGÍA Durante los años 2009-2011 se ha llevado a cabo la formación de las auxiliares de enfermería, en el módulo de cuidados Azahar, para lo cual se diseñó una estrategia de formación en tres fases, que ha completado todas las unidades del hospital. Se han formado a 316 auxiliares de enfermería, lo que supone el 50,96% de la plantilla. A los dos meses de realizado el curso se les ha pasado una encuesta donde recoge diversos aspectos que evalúa el impacto percibido en el desarrollo profesional de los conocimientos adquiridos. Así mismo a los supervisores de enfermería se les ha pasado la misma encuesta, para que lo evalúen desde su perspectiva. RESULTADOS: Los resultados obtenidos han sido muy similares teniendo en cuenta ambas perspectivas. - En cuanto a sí les ha permitido obtener mejores resultados en el desempeño profesional, van desde un 78,14% de los alumnos hasta un 76,51% de los supervisores. - Con relación a sí les ha permitido llevar a cabo nuevas tareas, van desde un 74,86% de los alumnos hasta un 77,30 de los supervisores. - Con relación a sí les ha permitido aumentar su motivación en el puesto de trabajo, van desde un 76,14% de los alumnos hasta un 76,77 de los supervisores. - Y en cuanto a sí les ha permitido tener más autonomía en su puesto de trabajo, van desde un 78,87% de los alumnos hasta un 76,77% de los supervisores. CONCLUSIONES La acción formativa ha tenido un impacto positivo en el desarrollo profesional de las auxiliares de enfermería, ya que más del 75% de los profesionales y supervisores de enfermería, perciben que les ha permitido obtener mejores resultados en el desarrollo profesional, llevar a cabo nuevas tareas, aumentar su motivación y tener más autonomía en su puesto de trabajo.

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE TERAPEUTICA ANTIMICROBIANA ELECTRÓNICA PARA EL ABORDAJE DE LAS INFECCIONES EN LA COMUNIDAD

Autores:

Fernández Urrusuno, R; Serrano Martino, C; Corral Baena, S; Páez Pinto, JM; García Garmendia, JL y Domínguez Aguirre, M.

Palabras Clave:

Guía terapéutica interniveles, antimicrobianos, guía electrónica.

Resumen:

Objetivos.Elaborar una guía antimicrobiana que contribuya a mejorar el abordaje de las infecciones en la comunidad. **Método.**La guía se elaboró utilizando la técnica de consenso,basándose en la evidencia científica y los porcentajes de resistencias bacterianas locales. Se constituyeron grupos de trabajo, con 53 profesionales de todas las áreas de interés. Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática de guías de práctica clínica (GPC) y una búsqueda manual de estudios primarios y documentos de consenso. Se realizó una revisión externa por 40 expertos de reconocido prestigio y una revisión metodológica por la AETSA. **Resultados.**Se abordaron 115 situaciones clínicas. La información (etiología, tratamiento de primera línea y alternativos, medidas no farmacológicas, criterios de derivación) se sintetizó en tablas autoexplicativas teniendo en cuenta las circunstancias que pudieran originar un cambio en el abordaje terapéutico y los grupos de población especiales: geriatría, embarazo, lactancia, insuficiencia renal,etc. Cada recomendación se acompaña de referencias bibliográficas y grados de recomendación. La guía electrónica es accesible a todos los profesionales del SAS, desde Atención Primaria y Hospitales. Este formato se presta a una actualización continua y abre una vía de comunicación que garantiza la interactividad y la incorporación de mejoras. En los 2 primeros meses se han contabilizado 2756 accesos. **Discusión.**Se ha elaborado una guía dirigida a todos los facultativos con capacidad de prescribir antibióticos a pacientes ambulatorios: médicos/pediatras de familia, médicos de urgencias, odontólogos, geriatras, especialistas hospitalarios (otorrinolaringólogos, neumólogos, ginecólogos, internistas,etc), estableciendo criterios únicos de selección de tratamientos. Es una guía práctica, adaptada a las necesidades de la consulta y una herramienta útil para la toma de decisiones. Estos aspectos han sido bien valorados, lo cual ha permitido su financiación por el Instituto de Salud Carlos III y la Consejería de Salud de Andalucía. También ha sido incluida en el catálogo de GPC del Ministerio de Sanidad, Guíasalud. **Conclusión.**El valor añadido de este documento está en la participación de un amplio grupo de profesionales de ambos niveles asistenciales que ha sido capaz de generar un documento basado en la evidencia, en la experiencia compartida, en la validación por expertos y en la visión integral de la atención sanitaria con un objetivo común: la mejora de la salud de los ciudadanos.

UN BOLETIN SEMANAL DE NOTICIAS EN UNA U.G.C. QUE TIENE “PROBLEMAS” CON LA WEB 2.0 (Y CON LA INFORMÁTICA EN GENERAL)

Autores:

Aguayo Canela, M; Lora Monge, E; Alegre Herrera, S y Pujol de la Llave, E.

Palabras Clave:

Publicacion informacion gestion clinica

Resumen:

Objetivos: Ante la limitación de medios informáticos en un centro hospitalario de tercer nivel y una importante falta de formación en habilidades en las modernas técnicas de comunicación (web 1.0 y sobre todo web 2.0) por una plantilla de profesionales sanitarios con una edad media por encima de 50 años, se planteó en nuestra UGC (con 195 profesionales adscritos en tres centros distintos) un sistema de información tradicional y periódico, para al menos de forma provisional, mantener un mínimo nivel de información para la gestión, promover el conocimiento mutuo y la cooperación, difundir las oportunidades de desarrollo profesional y mantener un clima Material y Método: A lo largo de cuatro años (2006-2010) se ha editado por parte del director de la UGC un Boletín Semanal (36 números al año) con información específica de la Unidad, casuística de seguimiento de los objetivos pactados en el Acuerdo de Gestión (ingresos, eficiencia, gasto en farmacia, indicadores de URM, etc.), aspectos relevantes de la actividad de sus profesionales, noticias generales del hospital y del SSPA de interés para nuestro colectivo, convocatorias (de cursos, actividades docentes, premios de investigación, becas, etc.) y novedades relacionadas con la gestión clínica (nuevas GPC, acreditaciones, revisiones MBE, etc.). Tras dos años de publicación en papel, los dos años siguientes se ha hecho envío a través de correo electrónico, reduciendo la impresión a sólo 20 ejemplares. Resultados: Se ha evaluado el grado de aceptación y de lectura por los receptores, a través de encuesta anónimizada, siendo del 78% y del 86% en los dos primeros años (formato papel tradicional) y del 50% y del 25% respectivamente en los dos últimos años (e-mail). En cuanto al grado de participación puntual como colaborador o de feed-back a los mensajes solo se ha conseguido en un 5% de las ediciones. Discusión: a pesar de los avances tecnológicos y el impulso de la informática como medio de comunicación, en determinados ambientes profesionales con limitados recursos sigue siendo válido un medio tan tradicional como un periódico semanal de 2 páginas para mantener una información útil sobre la propia UGC, su entorno y otras novedades que interesan a todos, aunque no es un buen vehículo de comunicación bidireccional. Conclusiones: En un mundo que es web 2.0, no deberían despreciarse medios clásicos de información para la gestión, como la publicación sintética y periódica de resultados en un formato amigable de amplia difusión que se identifica como propia.

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LA MEDICACIÓN QUE APARECE EN LA HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA Y LA REAL

Autores:

NIETO GUINDO, P; MATEO CARRASCO, H; GIMENEZ RAMOS, M; URQUIZAR RODRIGUEZ, O y FERNANDEZ GINES, F.

Palabras Clave:

HISTORIA SALUD DIGITAL CONCORDANCIA

Resumen:

Objetivos: Comprobar si la historia de salud electrónica de Andalucía (Diraya) es una herramienta fiable en cuanto a la lista de medicación de cada paciente, y por tanto si facilita el proceso de conciliación de medicación en el ingreso hospitalario. Material y métodos: Se revisó en la historia digital de salud, el listado de prescripciones activas de cada paciente polimedcado que ingresó en el servicio de cirugía durante el mes de marzo. Fueron un total de 52 pacientes. A continuación se entrevistó a cada paciente para obtener el listado de todos los medicamentos que tomaba habitualmente en casa antes del ingreso, la dosis y la duración del tratamiento. Resultados: De las 52 historias digitales revisadas, en 15 se detectó una discrepancia respectó al tratamiento habitual de casa. De estas 15 discrepancias, 10 fueron fármacos analgésicos. En 3 se detectaron dos discrepancias. En las otras 34 historias digitales de salud coincidía el listado de prescripciones activas con la medicación habitual de casa. Discusión: Gracias a la historia de salud electrónica se evitarían errores de medicación tales como: duplicidades, omisiones, inicios de tratamiento no justificados, etc. Conclusiones: El listado de medicación que aparece en la historia de salud electrónica es una herramienta fiable, a la que deben acudir tanto el médico como el farmacéutico, para realizar el proceso de conciliación demedicación

AUDITORÍA INTERNA DE CODIFICACIÓN CLÍNICA COMO HERRAMIENTA ÚTIL EN UN SISTEMA DE INFORMACIÓN, CALIDAD Y MEJORA DEL CMBD

Autores:

CASTILLA DOMINGUEZ, EJ; URAN GARCIA, JE; DIAZ GALLARDO, AJ; OSUNA CORTES, MC; MURCIA SANCHEZ, MM y PALMA JAPON, MA.

Palabras Clave:

Auditoría, Codificación Clínica, Sistema de Información.

Resumen:

Objetivos 1Determinar Errores en la Asignación de Códigos CIE 9-MC 2Explicar los Errores Definidos 3Proponer Mejoras Material y método 1El Manual de Auditoría del CMBD-SAS, Año 2009, tiene como Objetivo: 1 Determinar Metodología para Analizar la Calidad de la Información Clínico-Asistencial, del CMBD de Hospitalización del SSPA 2 Se Realiza una Auditoría de la Información Clínico-Asistencial de Codificación de Diagnósticos con CIE 9-MC 3 Proceso a.-Período Analizado: Enero-Junio b.-Ítems Analizados iEpisodios Sin Errores iiEpisodios con Error en el Diagnóstico Principal -código distinto del correcto iiiEpisodios con Error de Exhaustividad de Diagnósticos Secundarios -falta de códigos - Se Determinó una Muestra (5%) de Ingresos de los Servicios de Ginecología-(11 episodios) y Obstetricia-(68 episodios) dSe Re-Codificaron los Episodios, Como Fuente de Información Clínica el Informe de Alta eLos Datos se Compararon con los del CMBD del Periodo fÍndices de Control Estándar iDiagnóstico Principal: 41,60 % (Murcia?2000) iiDiagnósticos Secundarios: 8 % (MSC?1993) Resultados 1Episodios SIN ERRORES aGinecología: 0 Episodios (0 %) bObstetricia: 41 Episodios (60?29 %) 2Episodios CON ERROR EN EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL aGinecología: 1 Episodio (9?09 %) bObstetricia: 9 Episodios (13?24 %) 3Episodios CON FALTA DE DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS aGinecología: 8 Episodios (72?73 %) bObstetricia: 16 Episodios (23?53 %) Discusión 1El Análisis Global Contiene Errores Aceptables en la Selección del Diagnóstico Principal, pero Excesivo en la Exhaustividad de Diagnósticos Secundarios 2Los Errores de Ginecología, se Podrían Justificar por ser Esencialmente un Servicio Quirúrgico y en la Mayoría de Casos Está Bien Definido el Motivo del Ingreso (Ingresos Programados), y es más Difícil Determinar Diagnósticos Secundarios (más errores en Diagnósticos Secundarios) 3Más Incidencia tienen los Errores de Diagnóstico Principal en Obstetricia, que aunque no es muy Elevado (13?24 %), el Alto Volumen Habitual de Ingresos del Servicio (?20 %)Podría Afectar Proporcionalmente a la Información del CMBD Anual Conclusiones 1Es Importante para la Organización Sanitaria el Disponer del Mejor Sistema de Información Posible que le Posibilite la Toma de Decisiones Adecuada y Pertinente en cada Momento 2Es Necesaria la Interrelación Continua entre los Agentes Implicados en el Proceso (Clínicos, Documentalistas y Directivos) para Optimizar el Sistema 3Una Formación e Implicación Profesional Continua y Evolutiva Supone más Calidad

CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA OPTIMIZAR EL PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS

Autores:

URAN GARCIA, JE; GARCIA ALCUDIA, M; BERMUDEZ JEREZ, AB; CASTILLA DOMINGUEZ, EJ; DIAZ GALLARDO, AJ y HERRERA GARCIA, A.

Palabras Clave:

HERMIENTAS INFORMATICAS, HISTORIA CLINICA, CALIDAD ASISTENCIAL

Resumen:

OBJETIVO 1. Desarrollar un sistema de información de préstamo de historias clínicas que facilite la actividad. 2. Optimizar el tiempo de trabajo del profesional. 3. Minimizar los errores de préstamo de HC para una mejor asistencia sanitaria. MATERIAL Y METODO: El volumen y propia carga de trabajo, existente en los centros hospitalarios, hace imprescindible el desarrollo y utilización de recursos informáticos. El Técnico Superior en Documentación Sanitaria tiene como una de sus tareas la de Organizar y Gestionar la Documentación Clínica generada en las Historias Clínicas. El volumen y propia carga de trabajo, existente en los centros hospitalarios, hace imprescindible el desarrollo y utilización de recursos informáticos. Proceso: 1. Reuniones con el Servicio de Informática para desarrollar el programa para el reparto de los listados de HC de manera informática. 2. El programa organiza los listados de HC por el volumen estimado de las HC en función de la Consulta y Centros Peticionarios. 3. Los préstamos de las HC de pacientes ingresados son utilizados por la aplicación para equilibrar al máximo el número y tipo de HC que cada TSDS gestiona. RESULTADO: El sistema implementado: 1. Disminuye en un tercio del tiempo dedicado a la tarea de préstamo de las HC. 2. Evita sesgos significativos en la carga de trabajo entre el personal asignado a esa tarea. 3. Minimiza los errores derivados de la confección manual de los cuadrantes de préstamos. DISCUSIÓN Esta herramienta facilitadora del préstamo de HC ha disminuido el tiempo de trabajo del personal, facilitando otras tareas adicionales de mejora. CONCLUSIÓN El desarrollo y uso de herramientas informáticas posibilita una mejora significativa del tiempo y resultado en el trabajo, optimizando la eficiencia del Servicio y la calidad asistencial.

NUEVO RETO, LA CALIDAD PERCIBIDA COMPROMISO DE TODOS

Autores:

PRADA PEÑA, M; RODRIGUEZ GRIÑOLO, M, BAYO LOZANO, E; MORANO TORRESCUSA, MJ; CAMACHO PIZARRO A y ,PENCO RAMIREZ C

Palabras Clave:

ENCUESTA, CALIDAD PERCIBIDA, CIUDADANO

Resumen:

OBJETIVO: Elaborar una encuesta de calidad percibida para las consultas externas. Medir de forma integrada y única la calidad percibida y la satisfacción de la atención recibida en las consultas externas.**MATERIAL Y METODO:** Se llevó a cabo en el año 2010 en tres fases. La primera fase, recoger la encuesta de satisfacción que utilizaban en las UGC y servicios. La unidad de calidad se trabajó en unificar las diversas encuestas. La segunda fase se validó la encuesta con la metodología Delphin. La última es la administración de las encuestas. Se realizó un protocolo para la realización de administrar el cuestionario a los pacientes. Con la ayuda de la Dirección del hospital se envía a los Jefes de UGC con el objeto que asigne a una persona responsable de recoger y de mecanizar los datos en la versión electrónica de la encuesta.**RESULTADOS:** Han participado cerca de cuarenta profesionales entre ellos están los directores de UGC, supervisores, enfermeras, auxiliares y administrativos. Se han completado 1500 encuestas en un periodo de tres meses de verano. Es dirigida a los pacientes adultos que han permanecido en las consultas externas del área hospitalaria. Se ha realizado la encuesta en todas las UGC del hospital Juan Ramón Jiménez, Vázquez Díaz y Virgen de la Cinta. El 65% que respondieron la encuesta eran mujeres. El 89.7% han declarado que la calidad prestada del área hospitalaria es muy buena y buena. El 73.15% han declarado que la opinión de los profesionales médicos que le atendían es de muy buena y buena. El 73.3% han declarado estar muy satisfechos con los profesionales de enfermería que le atendían es de muy buena y buena. El 75% han declarado que se ha identificado su médico. 87% de los ciudadanos han declarado que con respecto a su intimidad en un grado de muy buena y buena. El 70.4% han declarado que el tiempo dedicado en las consultas es de muy buena y buena. El 87.6% han declarado que el trato recibido es de muy buena y buena. El 70.7% han declarado que recomendaría el servicio que le atendió a un familiar o amigo.**CONCLUSIONES:** La realización de un protocolo unificado representa una mejora añadida al modelo organizativo del área hospitalaria. Haber creado una herramienta de bajo costo, única e integradora de los elementos fundamentales que miden la calidad percibida de las consultas externas es un gran reto percibido por todos. El apoyo del equipo directivo y el compromiso de los profesionales ha sido una pieza clave para establecer una fuente actualizada de la calidad percibida del paciente

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA ASISTENCIA ANTICONCEPTIVA (ESTERILIZACIÓN) EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

Autores:

ORTEGA CASANOVA, C; RUS CEJUDO, MC; PALACIOS DÍAZ, JA; GÓMEZ DÍAZ-CANO, P; ESCABIAS MACHUCA, FJ y JIMÉNEZ LÓPEZ, AM.

Palabras Clave:

anticoncepción esterilización ligadura trompas vasectomía

Resumen:

Objetivos Comparar la evolución de las esterilizaciones por año, sexo, edad, número de hijos y tipo de intervención. **Material y método** Se han utilizado datos asistenciales procedentes del módulo de partos del hospital La Inmaculada y del programa de gestión asistencial Medicx desde el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2010. Se han estudiado datos referentes a esterilizaciones, tanto masculinas como femeninas y por edades. En el caso de las femeninas, detallando el número de hijos que se han tenido antes de la ligadura de trompas y el tipo de intervención llevada a cabo. **Resultados** Durante los dos años de estudio se han producido 425 esterilizaciones (226 masculinas y 199 femeninas). De la información del año 2010, el mayor número de esterilizaciones masculinas se ha producido en hombres de 37 y 39 años, 14 en cada caso. Curiosamente, se observa que cuando tienen 38 años (media de la distribución) hay un descenso muy acusado en las esterilizaciones. Respecto a las femeninas, el mayor número corresponde a las mujeres de 35 años, con 10 en total, donde 5 de ellas, tenían 2 hijos. La mayoría de las esterilizaciones femeninas se realizan por Laparoscopia (138 en total) seguidas de las que se realizan tras la cesárea (60). **Discusión** Se propone ampliar el estudio retrospectivo a un período más amplio para comprobar si la tendencia percibida en estos 2 años es la que se viene observando desde años anteriores. **Conclusiones** De los varones, el rango de edad en el que más se esterilizan es de los 34 a los 42. Para las mujeres, de los 33 a los 42, de lo que se deduce que la edad de esterilización no depende del sexo. Según el número de hijos, lo que con más frecuencia se repite es la ligadura de trompas tras tener 3 hijos. Respecto al modo de esterilización femenina, se ha podido observar un descenso en número de intervenciones y también que aprovechan una cesárea para esterilizarse.

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO DE LA FORMACIÓN EN MÓDULO DE CUIDADOS AZAHAR EN LAS AUX. DE ENFERMERÍA

Autores:

MORCILLO NIETO, MC; RODRIGUEZ MORCILLO, R; LAGUNA PARRAS, JM; AGUILA BARRANCO, JC; CRUZ LENDINEZ, AJ y JOVER CASAS, JM.

Palabras Clave:

EVALUACION CUIDADOS AZAHAR ENFERMERIA

Resumen:

INTRODUCCIÓN El Módulo de Cuidados Azahar es una plataforma tecnológica que da soporte integrado al Proceso Asistencial de Enfermería, permitiendo llevar el proceso de cuidados a pie de cama, mejorando la continuidad de cuidados y permitiendo una evaluación objetiva de la efectividad de las intervenciones. **OBJETIVO** Evaluar la aplicación al puesto de trabajo de la formación realizada a las auxiliares de enfermería del Complejo Hospitalario de Jaén, del módulo de cuidados Azahar. **METODOLOGÍA** Durante los años 2009-2011 se ha llevado a cabo la formación de las auxiliares de enfermería, en el módulo de cuidados Azahar, para lo cual se diseñó una estrategia de formación en tres fases, que ha completado todas las unidades del hospital. Se han formado a 316 auxiliares de enfermería, lo que supone el 92,66% de los profesionales que van a utilizar el módulo de cuidados. A los dos meses de realizado el curso se les ha pasado una encuesta donde recoge diversos aspectos que evalúa el impacto percibido en el desarrollo profesional de los conocimientos adquiridos. Así mismo a los supervisores de enfermería se les ha pasado la misma encuesta, para que lo evalúen desde su perspectiva. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos han sido muy similares teniendo en cuenta ambas perspectivas. - En cuanto a los contenidos que puede poner en práctica en su puesto de trabajo, van desde un 82,54% de los alumnos hasta un 96,03% de los supervisores. - Con relación a sí aplican los conocimientos adquiridos con frecuencia, van desde un 82,71% de los alumnos hasta un 76,03 de los supervisores. - Con relación a sí los conocimientos adquiridos les han solventado dudas o errores en el desempeño de su puesto de trabajo, van desde un 75,77% de los alumnos hasta un 75,08 de los supervisores. - Y en cuanto a sí han descubierto nuevas situaciones en las que aplicar sus conocimientos en su puesto de trabajo, van desde un 74,06% de los alumnos hasta un 75,90% de los supervisores. **CONCLUSIONES** La acción formativa ha tenido una alta aplicación al puesto de trabajo de las auxiliares de enfermería, ya que más del 80% de los profesionales y los supervisores, percibe que los contenidos se han puesto en práctica con frecuencia y más del 75% perciben que se han solventado dudas o errores y han descubierto nuevas situaciones en las que aplicarlos a su puesto de trabajo.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA ATENCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

Autores:

ORTEGA CASANOVA, C; RUS CEJUDO, MC; GÓMEZ DÍAZ-CANO, P; PALACIOS DÍAZ, JA; ESCABIAS MACHUCA, FJ y JIMÉNEZ LÓPEZ, AM.

Palabras Clave:

infarto síndrome coronario agudo miocardio corazón

Resumen:

Objetivos Conocer la calidad de la atención que se realiza a los pacientes que han sido ingresados en la UCI del Hospital La Inmaculada con tratamiento previo en Atención Primaria. Conocer cuántos de los pacientes que han sufrido un infarto se les ha realizado fibrinólisis, cateterismo e implantación de Stent. Conocer la influencia de los factores de riesgo en los pacientes que han sufrido un infarto. **Material y Método** Se han utilizado la base de datos de los pacientes ingresados en UCI y la base de datos hospitalaria (CMBD). Se han explotado los datos correspondientes a los años 2009 y 2010. Y el análisis ha sido comparativo por años. **Resultados** Se ha observado un descenso del 19% en los infartos que han pasado por UCI procedentes de urgencias. Por sexo, en hombres ha bajado un 7% y en mujeres en un 49%. Los pacientes que han sido atendidos previamente en Atención Primaria suponen un 65% en 2009 y un 48% en 2010. De éstos, el 75% en ambos años han recibido tratamiento previo (AAS, NTG o Morf). Se ha practicado fibrinólisis sobre un 39% y 36%; cateterismo en un 50% y 58%; y se le implantado un Stent en un 33% y 45% en 2009 y 2010 respectivamente. Los pacientes que tenían algún factor de riesgo representan el 98% y 94% en cada año. La mortalidad ha pasado de un 7% a un 4%. Desagregados por sexo, los hombres representan el 77% de los casos en el global de los dos años. Los factores de riesgo más frecuentes han sido Hipertensión (49%), Hiperlipidemias (41%), tabaquismo (41%) y aterosclerosis (19%). El 92% de los exitus tenían, al menos, un factor de riesgo. En pacientes mayores de 65 años, en hombres ha pasado de un 38% a un 53%. Mientras que en mujeres, la variación ha sido del 76% al 79%. **Discusión** Se considera la opción de incrementar el número de variables recogidas para ampliar el estudio y enfocarlo al seguimiento de la calidad del Proceso de Dolor Torácico en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. **Conclusiones** Ha aumentado el número de pacientes que acuden directamente al centro hospitalario. Ha descendido la mortalidad a la vez que se ha incrementado los tratamientos intervencionistas con angioplastias coronarias. Los factores de riesgo son un desencadenante importante.

CUIDADOS CULTURALES. CALIDAD Y EFICACIA DE LA ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Autores:

Montero Monterroso, I; Córdoba Osuna, C; Rodríguez Miranda, C y Herrera Lloret, MP.

Palabras Clave:

Cultura Calidad Cuidados Enfermería Radiológica

Resumen:

OBJETIVOS: La Enfermería Radiológica debe proporcionar cuidados culturalmente apropiados a los pacientes emigrantes que acuden a esta unidad de radiodiagnóstico. Para que nuestros cuidados sean de Calidad, seguros y eficientes es preciso comprender a las personas que tienen unas creencias y valores culturales diferentes a los nuestros. Valorar los cuidados transculturales que se aplican en Radiología y sensibilizar hacia los mismos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Las experiencias cotidianas con las que tratamos en este tipo de usuarios en nuestra labor profesional de enfermería radiológica constituyen la base de este trabajo, así como la bibliografía consultada. Aplicación del Método Enfermero de diagnóstico NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC **RESULTADOS:** La enfermería radiológica, siguiendo el Método Enfermero, ha conseguido minimizar los inconvenientes de una prueba radiológica para estos usuarios (dificultad en la comunicación, colaboración, duración de la prueba, otros efectos?) La enfermería radiológica de nuestra unidad ha conseguido actitudes asertivas y empáticas, escucha activa, seguridad y apoyo emocional, lenguaje sencillo, intentar una acomodación a sus valores culturales (dentro de lo posible),? entre otras actitudes, facilita la relación y la colaboración en las pruebas diagnósticas o tratamientos. **DISCUSIÓN:** Leininger define a la enfermería transcultural como ?El área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte? En Radiología también es posible aplicarlos, de hecho, se aplican. Aunque existen ciertas zonas geográficas dónde es más difícil: masificación de pacientes emigrantes, actitudes o prejuicios de los enfermeros hacia estas personas,? **CONCLUSIONES:** La labor asistencial de la enfermería radiológica debe fomentar que estos usuarios perciban calidad en sus cuidados y que les haga sentir más seguridad en que van a recibir una atención integral acorde a sus creencias y valores culturales, sin que llegue a ser obstáculo para la correcta realización de la prueba. Nuestro papel como profesionales de Enfermería en una sociedad multicultural incluye los cuidados culturales, también en Enfermería Radiológica, es un reto, pero si los aplicamos podremos comprender y comunicarnos mejor con las personas que consideramos diferentes y conseguir una mayor efectividad de nuestros cuidados.

HOSPITAL PLATÓ: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CITACIÓN DE VISITAS Y RECORDATORIO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA POR SMS.

Autores:

BARAHONA ORPINELL, M ; RUANO MAYOLAS, J. ; PUJOL COLOMER, J; JOVER MORENO, A; ALONSO CARRASCO, T; y MORET FERRON, L

Palabras Clave:

SMS visitas citación absentismo

Resumen:

a) **Objetivos:** Mejorar el absentismo de los pacientes a la primera visita y a la unidad de cirugía sin ingreso. Reducir el envío de cartas por correo ordinario para avisar a nuestros clientes de la fecha de primera visita. Optimizar espacios de visitas y quirófanos anulados mediante la respuesta de nuestros clientes al SMS b) **Método:** Implantación de un sistema de citación y recordatorio de primeras visitas via SMS a todos los pacientes que han solicitado una primera visita en Hospital Plató y tienen el teléfono móvil informado. No se les enviará carta de citación. Envío de SMS de recordatorio a todos los pacientes que tienen programada una intervención quirúrgica en la Unidad de cirugía sin ingreso cuatro días antes de dicha intervención. Los SMS de recordatorio tendrán la posibilidad de respuesta: SI, NO o texto libre. Optimización de la agenda de visitas y quirófano anulados por SMS. c) **Resultados:** Implantación del sistema de citación y recordatorio a través de SMS en dos fases: 1. Abril 2011 para citación y recordatorio primeras visitas consulta externa 2. Septiembre 2011 para recordatorio cirugía programada en la Unidad de Cirugía sin ingreso. Se envían SMS de citación y recordatorio de primeras visitas al 72% de nuestros clientes, los que tienen el teléfono móvil informado. Índice de respuesta al SMS del 58 % Un 2% de los SMS contestados sirven para anular visitas, que nos permite optimizar las agendas. El número de no presentados a la primera visita el primer semestre de aplicación bajado de un 14% a un 7% de promedio entre todos los servicios. Disminución de un 60% del coste del franqueo de cartas de todo el Hospital. d) **Conclusiones:** El resultado es muy positivo: El paciente dice sentirse más acompañado. El SMS es un 200% más barato que la carta de citación. La disminución de no presentados a la primera visita supone un aumento de la actividad y una mejora en la eficiencia de la gestión de la consulta externa. El 50% de intervenciones anuladas el mismo día es porque el paciente no había avisado y no se presentó a la intervención, con el SMS dispone de un medio rápido, inmediato y barato para hacerlo; esperamos con los resultados obtenidos mejorar la eficiencia en la gestión de los espacios del área quirúrgica. En la presentación de la comunicación se podrán presentar resultados de la implantación en el área de cirugía mayor ambulatoria, que a día de hoy no disponemos.

ESTANDARIZACIÓN DE LAS AGENDAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN DIRAYA, AGS NORTE DE HUELVA

Autores:

ROMERO CORCHERO, M; CONDE DUQUE, M; GONZALEZ MORON, A; LORA MONGE, E; CORONADO VAZQUEZ, V y PEDERNERA AYEN, M.

Palabras Clave:

ESTANDARIZACION, AGENDA ENFERMERA, DIRAYA

Resumen:

Objetivos: General: Conocer la actividad y mejorar la organización desarrollada en cada centro de salud y consultorio de Atención Primaria adscritos al AGS Norte de Huelva. Específicos: 1. Homogeneizar la recogida de datos de actividad para realizar comparaciones, establecer objetivos y hacer seguimientos entre Centros y UGCs. 2. Aumentar la calidad del registro de la actividad a través del módulo de citación de DIRAYA, garantizando la veracidad de los informes de MTI (aplicación que extrae la actividad). 3. Normalizar la estructura de las agendas de enfermería, dotándolas de una organización homogénea y eficiente. **Material y Método:** El diseño y la metodología se establecieron a través de la formación de un panel de expertos. Se organizaron dos grupos de trabajo: uno técnico con los responsables de Sistemas de Información del Área, Dirección de enfermería y un enfermero referente -dinamizador de la propuesta-, y otro grupo asistencial con coordinadores y enfermeros de familia de cada UGC para recoger sus propuestas y necesidades. A partir de los resultados del trabajo de ambos grupos se elabora una propuesta de agenda estándar que vuelve a ser consensuada con el grupo asistencial. La estrategia de implantación incluye cronograma, plan de comunicación y programa de formación a responsables y profesionales. **Resultados:** La estandarización de agendas de enfermería se completó en el primer semestre de 2011. **Discusión:** La situación de partida, tras la reciente migración del sistema TASS a DIRAYA en la práctica totalidad de los centros del AGS, añadía dificultad a los objetivos iniciales. Ha sido complejo compatibilizar las necesidades asistenciales con las dificultades técnicas teniendo en cuenta el distinto enfoque profesional de informáticos y enfermeras, ambos igualmente valiosos. En el nuevo escenario, donde la comparación entre UGC, Centros y Áreas se impone para el reparto de incentivos, en nuestra experiencia, se hace necesario normalizar la actividad e indicadores de forma centralizada al menos en los grupos que son comparables. **Conclusiones:** ? Trabajar con la misma configuración de agendas en todos los Centros: - mejora el registro de datos en los casos de rotación de profesionales y sustituciones. - facilita la extracción de la información en tiempo y la disponibilidad de datos. - facilita la toma de decisiones en base a la información más real. ? Una configuración de agendas complicada facilita que el profesional no registre bien.

ANÁLISIS DE PRESENCIA DE DISPOSITIVOS PROTÉSICOS EN PACIENTES CON INFECCIONES POR GERMENES RESISTENTES A FÁRMACOS.

Autores:

CASTILLA DOMINGUEZ, EJ; FRANCISCO VILLEGAS, C; ESPINOSA POYATOS, AI; DE LA IGLESIA SALGADO, M; FERNANDEZ PINEDA, N y JIMENEZ MUÑOZ, M.

Palabras Clave:

GERMENES RESISTENTES, DISPOSITIVOS PROTÉSICOS, INFECCIONES

Resumen:

OBJETIVO: Las tasas más elevadas de infecciones hospitalarias se encuentran sobre todo en unidades de cuidados intensivos, asociadas a ventilación mecánica y otras unidades también asociadas a procedimientos como sondajes, cateterismos?etc Pretendemos conocer qué porcentaje de pacientes con gérmenes resistentes a fármacos han sido sometidos a algún procedimiento con presencia de dispositivo. **MATERIAL Y METODO:** El proceso a seguir es el siguiente: 1. El período analizado es el año 2010 2. Se solicitó al Servicio de Microbiología listado de pacientes con cultivos positivos a algún germen y con resistencia a fármaco. 3. Se localizaron las historias clínicas de cada paciente, identificando la presencia de dispositivo asociado a la infección: sonda vesical, ventilación mecánica, presencia de prótesis-etc. **RESULTADOS:** Pacientes revisados: 64 Presencia de dispositivos en pacientes con infección: 22 Tipos: Sonda Urinaria 15 Ventilación Mecánica 5 Catéter Venoso 2 Otros 4 Existen 3 Pacientes con varios Dispositivos. Gérmenes, 91 en total E. Coli 27 Estafilococo y Streptococo 20 Enterococo faecalis 15 Pseudomona 7 Varios 22 **DISCUSIÓN:** Se observa un 34 % de pacientes con presencia de dispositivos en infecciones por gérmenes resistentes. **CONCLUSIONES:** Dada la importancia de este tipo de infecciones, sería recomendable la continua comunicación de casos entre microbiología/ servicios y su recogida en la historia clínica.

ANÁLISIS DEL INDICADOR POA EN INFECCIONES POR GÉRMENES CON RESISTENCIA A FÁRMACOS.

Autores:

CASTILLA DOMINGUEZ, EJ; FRUCTO ROMERO, M; FRANCISCO VILLEGAS, C; DE LA IGLESIA SALGADO, M; RODRIGUEZ DE LA MAYA, I y JIMENEZ MUÑOZ, M.

Palabras Clave:

POA, INFECCIONES POR GERMENES, RESISTENCIA

Resumen:

OBJETIVO: Las infecciones nosocomiales, son las que se desarrollan como consecuencia de la atención hospitalaria, y son la complicación más frecuente de pacientes hospitalizados. Nos proponemos conocer qué porcentaje de infecciones por gérmenes resistentes son debidas a la asistencia hospitalaria, y qué porcentaje son exógenas, utilizando para ello un marcador de diagnóstico presente o no al ingreso denominado POA. **MATERIAL Y METODO:** El proceso a seguir es el siguiente: 1. El período analizado es el año 2010 completo. 2. Se solicitó al Servicio de Microbiología listado de pacientes con cultivos positivos a algún germen y con resistencia a fármaco. 3. Se localizaron las historias clínicas (HC) de cada paciente revisando esta condición de presencia o no al ingreso. 4. Se comprobó en el CMBD del hospital la concordancia o no con la HC. **RESULTADO:** Total de la muestra: 64 pacientes Infección no presente al ingreso en HC: 26 Infección presente al ingreso en HC: 38 Revisión del CMBD: POA no:18 POA si:38 POA no registrados: 8 **DISCUSIÓN** 1. Se comprueba un mayor porcentaje de gérmenes resistentes en infecciones extrahospitalarias. 2. Existe una buena correlación con la información recogida en el CMBD, sobre todo en el indicador POA si. **CONCLUSIONES** 1. Se dejan de recoger en CMBD algunos casos de infecciones nosocomiales. 2. Sería recomendable mejorar la recogida de información en el Informe de Alta, que es el documento fuente donde se recoge esta información para el CMBD.

MONITORIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

Autores:

GARCIA LINARES, S; POYATOS ANDUJAR, AM; SANCHEZ NAVARRO, MR; MORA VALLELLANO, J; CORONADO ALVAREZ, NM Y PAPAY RAMIREZ, L.

Palabras Clave:

Indicadores, Gestión, Tiempo de Respuesta

Resumen:

INTRODUCCION El empleo de indicadores numéricos es la mejor manera de realizar el seguimiento de los procesos. Monitorizar el tiempo de respuesta empleado en emitir los informes tiene valor estratégico y se considera como un objetivo de calidad de la actividad desarrollada por el laboratorio. En el caso del laboratorio de urgencias se incrementa su importancia debido a que repercute de forma directa en la actividad asistencial. De los resultados analíticos se derivan muchas decisiones clínicas y el que no se demoren están en relación estrecha con el tiempo de respuesta de los mismos. **OBJETIVOS** Monitorizar mensualmente el tiempo de respuesta de emisión de informes del laboratorio de urgencias como instrumento de medida de la calidad asistencial. **MATERIALES Y METODOS** Definimos como tiempo de respuesta el período de tiempo expresado en minutos que media entre el registro de la solicitud urgente y la emisión del informe al solicitante (tiempo de respuesta intralaboratorio). Se establece como estándar de calidad que el 90% de los informes se entreguen antes de 60 minutos. Obtenemos mensualmente del sistema de información del laboratorio el registro horario de entrada de solicitudes y de salida de informes. El tratamiento de los datos consiste en obtener el percentil 90 a partir de la distribución de todos los tiempos registrados cada mes. Los datos se tabulan y se representan gráficamente para ser comunicados a los profesionales de la unidad como medida de la eficacia de su trabajo y como sistema de alerta para detectar caídas en el rendimiento. **RESULTADOS** Dentro del período 2008-2010 se ha alcanzado el cumplimiento del objetivo del tiempo de respuesta en el 100%. Nuestro valor promedio del indicador es que el 91,4% de nuestros informes de resultados son entregados antes de 60 minutos. **DISCUSION** El tiempo de respuesta no deja de ser una perspectiva más en el complejo sistema de calidad de los laboratorios pero que en el caso del laboratorio de urgencias tiene un valor importante. La actividad del laboratorio es la suma de muchas tareas y procesos sujetos a variaciones que aportan un nivel de complejidad a la actividad. Creemos que este método nos permite estimar con gran fiabilidad el grado de eficacia de nuestro trabajo. **CONCLUSION** Este sistema permite trasladar a todos los profesionales de la unidad como va siendo su comportamiento a lo largo del tiempo y detectar posibles variaciones en el rendimiento que precisen ser analizadas y corregidas si procede.

SOLUCIONES DE LAS UGC PARA ADAPTARSE A LAS MEDIDAS ENCAMINADAS A GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Autores:

Pascual de la Pisa, J; Carrasco Peralta, J y Burgos Pol, R.

Palabras Clave:

Protección datos personales gestión clínica confidencialidad

Resumen:

Objetivos: Conocer las estrategias implementadas por las Unidades de Gestión clínica (UGC) del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) para adaptarse a la normativa vigente en protección de datos de carácter personal (DCP). Material y Método: Diseño: Descriptivo transversal. Ámbito: Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria (n=98) y Hospitalaria (n=71) evaluadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Periodo a estudio: Junio del 2010 a Junio del 2011. Variables: estrategias relacionadas con protección de DCP. Fuente de datos: Registro informático mejora_C de ACSA y evaluación presencial. Análisis estadístico univariante (distribución de frecuencias) y bivariante (test chi al cuadrado). Resultados: Las estrategias implementadas más frecuentemente fueron: 80,9% Formación a los profesionales y mecanismos de acceso y verificación de usuarios de aplicaciones informáticas; 71,7% cartelería difusión derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO); 66,7% Concienciación sobre contraseñas; 56,3% auditoría; 45,8% medidas de seguridad física (escritorios PC limpios, custodia de soportes, zonas de acceso restringido, reubicación de pantallas de PC); 22,9% identificación ficheros externos a aplicaciones corporativas (registros de ficheros locales con DCP-pendrive, note-book, administradores y personal con acceso autorizado y contraseñas, inclusión de medida de seguridad corporativas, copias de seguridad y respaldo de datos); 22,9% Planes internos de confidencialidad; 20,8 Documento seguridad particularizados; 16,7% destrucción de ficheros con DCP y seguridad en el traslado de ficheros (celador responsable de entregar al personal de enfermería documentación relacionada con traslado de pacientes); 8,3 Criterios de archivo; 8,5 Investigación. Se observó asociación estadística entre el ámbito de la UGC y traslado de datos ($p=0,009$) Discusión: Las medidas implantadas para adecuar las UGC a la LOPD son numerosas y multifactoriales. A pesar del alto porcentaje de UGC que han desarrollado Formación entre sus profesionales, es mejorable la implantación del resto de líneas de trabajo identificadas en los resultados. Las auditorías en las UGC contribuyen a generar cultura para la protección de DCP. Conclusión: La Formación a profesionales sobre LOPD es la estrategia implementada de forma más homogénea entre las UGC.

IMPLANTACIÓN DE PLANES ASISTENCIALES EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA QUIRÚRGICA: RUTA DEL PACIENTE.

Autores:

BARAMBIO RUÍZ, ME; RODRÍGUEZ MANGAS, A; CASTRO RUÍZ, MJ; PARRA PEREA, J; PRIETO MARTOS, A y MENDOZA PORCUNA, M.

Palabras Clave:

PLANES ASISTENCIALES PACIENTES DE CIRUGÍA TORÁCICA

Resumen:

OBJETIVOS Dar a conocer a los pacientes su situación de salud así como las fases de su proceso hospitalario en una unidad quirúrgica mediante el plan asistencial. Proporcionar información veraz y fácil de entender antes de empezar su proceso. **MATERIAL Y MÉTODOS** En el año 2010 se plantea elaborar los planes asistenciales de los procesos más prevalentes en la unidad de cirugía torácica y trasplante pulmonar para dar respuesta a las dudas sobre su proceso asistencial desde que llegan a consulta hasta el alta hospitalaria y el seguimiento en domicilio tras el alta. Los planes asistenciales constan de los siguientes apartados informativos: consulta preoperatoria, ingreso hospitalario, día de la operación, el despertar, el postoperatorio inmediato, el postoperatorio en planta, información médica, visitas, alta a casa, promoción de la salud, continuidad asistencial, seguimiento para alta definitiva. En el plan asistencial se encuentra el documento de registro de voluntades y preferencia del usuario y la hoja de conciliación de tratamiento habitual. Además el plan asistencial "Tumores pulmonares" contiene la herramienta de ayuda a la toma de decisiones para pacientes con cáncer de pulmón. Cuando el paciente llega a la consulta, después de recibir información verbal del cirujano, la enfermera entrega el plan asistencial al paciente/familia para que este en su domicilio pueda conocer lo que va a conllevar su estancia en el hospital. **RESULTADOS** Se han elaborado 11 Planes Asistenciales. Durante el año 2011 se han entregado 107 Planes Asistenciales, distribuidos de la siguiente manera: Tumores Pulmonares 40 Hiperhidrosis 22 Metástasis Pulmonares 13 Biopsia Pleural 7 Exploración Quirúrgica del Mediastino 7 Tumores Mediastínicos 4 Bocio Cervico Mediastínico 3 Deformidades de Pared Torácica 3 Neumotórax 3 Tumores de Pared Torácica 3 Derrame Pleural Neoplásico 2 **DISCUSIÓN** Los Planes Asistenciales ofrecen información, aclaran dudas y proporcionan datos sobre el proceso al que van a ser sometidos los pacientes durante su hospitalización. También incluyen recomendaciones y cuidados a seguir tras el alta hospitalaria. **CONCLUSIONES** La implantación de los Planes Asistenciales puede permitir que los pacientes estén mejor informados, se sientan más tranquilos y pueden contribuir a la disminución del nivel de ansiedad, a la seguridad del paciente y a la demanda de menos información durante la hospitalización.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA)

Autores:

RUIZ VAZQUEZ, M; FERNANDEZ CORDERO, MJ; DOMINGUEZ RODRIGUEZ, M; SANCHEZ GONZALEZ, MC; SANCHEZ SEGOVIA, J y BAYO LOZANO, E.

Palabras Clave:

CALIDAD ENCUESTA SATISFACCIÓN

Resumen:

Objetivo El objetivo fundamental de este análisis ha sido obtener información de los pacientes, de forma abierta, sobre la atención recibida en cualquiera de los procesos en Oncología Radioterápica, como herramienta para la elaboración de planes de mejora. **Material y método** Se han elaborado unas hojas de agradecimientos, sugerencias o quejas que los pacientes han rellenado de forma anónima y posteriormente han depositado en sobre cerrado en un buzón situado junto a la puerta de la sala de espera. El tiempo de reclutamiento ha sido un año. Lo motivos de agradecimientos, sugerencias o quejas han sido clasificados para su análisis en: asistenciales, trato, información, organización y tramites, instalaciones y éticas. **Resultados** De un total de 100 hojas cumplimentadas adecuadamente y de forma anónima, 59% han correspondido a agradecimientos, siendo el trato recibido por el personal del servicio el aspecto mejor valorado. Un 36% de los usuarios han manifestado sugerencias, ligadas en más del 95% de los casos a algún tipo de agradecimiento. La mayor parte de las sugerencias estuvieron relacionadas con la organización, trámites e instalaciones. Sólo se han recibido 5 quejas. **Conclusiones** La expresión un alto porcentaje de agradecimientos implica una alta calidad percibida por los usuarios de nuestro servicio. La recogida de información mediante hojas de sugerencias ha resultado una herramienta útil para conocer áreas de mejora que nos permitirán la elaboración de planes específicos para incrementar la calidad de los servicios prestados. La utilización de hojas abiertas permite obtener una amplia información en forma de sugerencias difícil de reflejar en las encuestas estandarizadas.

DECÁLOGO DE GESTIÓN AMBIENTAL DEL DISTRITO CONDADO-CAMPIÑA PARA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA ACREDITACIÓN DE SUS CENTROS.

Autores:

MOSQUERA ADELL, MN; PRADAS MONTILLA, C; GÓMEZ SALGADO, J; MESA GALLARDO, MI; LÓPEZ LAGARES, MV y MÁRQUEZ BECERRA, MC.

Palabras Clave:

DECÁLOGO; ACREDITACIÓN; GESTIÓN AMBIENTAL.

Resumen:

OBJETIVOS:Elaborar un Decálogo para implantar el Sistema de Gestión Ambiental en el Distrito Condado-Campiña (SGA-DCC) antes del fin de 2011, conocido por todos los trabajadores y que facilite la acreditación de sus centros.**MATERIAL Y MÉTODO:** Este Distrito comprende 9 Unidades de Gestión Clínica(UGC)incluyendo la UGC Equipo Móvil. Para la implantación del SGA-DCC a nivel de centro se nombraron como responsables el Director de la Unidad y el responsable de medioambiente(RMA-UGC. Se creó una sección web en la intranet del Distrito y se han formado a los responsables a nivel de centro en una primera fase, quedando para una segunda el resto de trabajadores que se hará en cada UGC. La primera fase consistió en un curso de 20 horas en dos sesiones, días 10 y 17 de mayo, pendiente de acreditación. El resto de horas los alumnos trabajaron en la intranet del Distrito, teniendo que elaborar cada UGC un Decálogo de Gestión Ambiental en el que incluyeron consignas ambientales para los trabajadores que fue expuesto en la segunda sesión. También realizaron un Pre-test y un Post-test de evaluación. Para elaborar el Decálogo común del Distrito se ha utilizado la información contenida en los 9 decálogos aportados y se ha clasificado y agrupado en 12 aspectos calculando el porcentaje de UGC que nombran cada aspecto. También se han analizado las respuestas no acertadas en el Pre-test y en el Post-test. Por último se han añadido conceptos de especial relevancia tratados durante el curso.**RESULTADOS:** Obtención del Decálogo.Tabla de Cuantificación de los datos obtenidos a partir de los decálogos propuestos por los Responsables de medioambiente de las UGC del Distrito Condado-Campiña (RMA-UGC): Política ambiental del SAS 33%. Listado documentos en vigor 33%. Conocimiento figura del RMA-UGC 11%. Sistema de Archivos del SGA-DCC 33%. Plan de Emergencias Ambientales 55%. Reciclado pilas, toner, papel 100%. Residuos sanitarios asimilables a urbanos 66%. Material punzante 66%. Citostáticos 33%. Medicamentos 22%. Gases Medicinales 11%. Control consumo 100%.**DISCUSIÓN:** Todos coinciden en mensajes sobre control del gasto y segregación de residuos. No todas inciden en la figura de los Responsables o en los documentos en vigor.**CONCLUSIONES:** El Decálogo obtenido establece un consenso en los aspectos básicos del SGA-DCC, facilita la implicación de todas las partes y cumplir los objetivos. El análisis ha servido para conocer los temas a incidir más en la formación prevista a nivel de centros donde también participarán los RMA-UGC.

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI): MEJORAS CENTRADAS EN LA PERSONA.

Autores:

TORRES* PADILLA*, FJ; RUIZ TORRECILLAS, FJ; RUIZ VALENCIA, MD y TORO TORO, C.

Palabras Clave:

Resumen:

Objetivos: -Incorporar mejoras en el desarrollo de los PAI para garantizar la participación de la persona en todo el proceso de atención. -Elaborar una herramienta de ayuda para el abordaje integral de los PAI por los profesionales. Material y Método: Siguiendo las líneas estratégicas de la 2º edición de la guía de diseño y mejora continua de los PAI, la Dirección Gerencia del Área propuso la realización de un proyecto piloto para la implantación durante el 4º trimestre de 2011- 1º trimestre 2012, de una Hoja de ruta del paciente y una Herramienta de ayuda dirigida a los profesionales para los PAI EPOC, Asma del adulto, Diabetes, Hipertrofia benigna de próstata y Riesgo Vascular (RV). Se seleccionó un grupo de trabajo de 4 profesionales por cada Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGC-AP) con el apoyo de la dirección de calidad y asistencial, a cada grupo de mejora se le asignó la revisión de un proceso, se organizaron 5 sesiones de trabajo en cada UGC y una última en la que participaron todos los miembros del Área. Con el apoyo de las fuentes de información existentes (PAI, Guías de práctica clínica, informes de áreas de mejora previos, encuestas de satisfacción) se elaboraron los documentos de consenso. Resultados: Durante el 2º y 3er trimestre de 2011 se realizó una adaptación local del modelo de hoja de ruta publicado en las últimas ediciones (ej. Diabetes y RV), que permite informar al paciente sobre el desarrollo de su proceso y consensuar con él un -pacto terapéutico-. Por otro lado, se elaboró una hoja de trabajo guía para integrar cada uno de los PAI en la actividad asistencial diaria, estructurado en: calendarización de consultas, fase diagnóstico y fase seguimiento, el cual contiene actividades clave para su desarrollo por la consulta de medicina y enfermería de familia, con especial énfasis en la puntos críticos en la seguridad del paciente: identificación, uso adecuado del medicamento y coordinación interniveles. Estos documentos se encuentran accesibles en la intranet del Área y se ha programado un calendario para su difusión durante 1er trimestre de 2012. Conclusiones: Las dos herramientas de ayuda diseñadas, constituyen pilares fundamentales a la hora de implementar el desarrollo de los PAI en nuestros centros y promueven el trabajo directo con el paciente y su participación durante todo el proceso.

LA CONTINUIDAD EN LA ATENCION SANITARIA: MEJORA EN LA COMUNICACIÓN Y COORDINACION ENTRE PROFESIONALES

Autores:

Cruz Salgado, O; Nogueras Ruiz, S; Centeno Astudillo, J y Pascual Pisa, J.

Palabras Clave:

continuidad asistencial coordinación acreditación

Resumen:

OBJETIVOS: Analizar las soluciones que las Unidades de Gestión Clínica (UGC) implantan en el marco de la Acreditación para garantizar una continuidad asistencial en la atención sanitaria. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo. Extracción y depuración de los registros asociados a estándares de calidad referidos a la continuidad asistencial dentro del Programa de Acreditación de UGC en una muestra de 65 proyectos correspondientes a Unidades acreditadas en 2010. **RESULTADOS:** El cumplimiento de estos estándares fue de un 68,45%; el 87,7% está relacionado con una comunicación efectiva entre los profesionales y un 49,2% con asegurar la continuidad del flujo del proceso, sin vacíos asistenciales. El tipo de soluciones que han justificado su cumplimiento han sido: ? Definición de criterios de derivación conjuntos ? Disponibilidad de información para una comunicación internivel eficaz (horarios de interconsultas, profesionales de referencia, teléfonos, etc.) ? Definición del circuito y profesionales referentes para la recepción y envío de los diferentes documentos de asistencia (Informes de continuidad de cuidados, envío/recepción de muestras, informes de alta, etc.) ? Reuniones interniveles según cronograma establecido (Grupos interniveles en el seno de los PAIS, Comisión de Cuidados de Área, Sesiones interniveles/equipos multidisciplinares, etc.) ? Desarrollo y aplicación de Planes de Atención Específicos Compartidos ? Uso compartido de Historia Digital Única (Diraya) ? Desarrollo de iniciativas como Vías Clínicas, consultas en Acto Único o profesionales compartidos. El motivo principal de incumplimiento ha sido la ausencia de evaluaciones de estos mecanismos establecidos para asegurar la continuidad asistencial. **DISCUSION:** Se hace evidente que las UGC trabajan para garantizar la continuidad del proceso, sin embargo es importante señalar la necesidad de evaluar el funcionamiento de los mecanismos y canales de comunicación con otros niveles/servicios establecidos mediante Informes de evaluación/auditorías (Ej. envío/recepción y calidad de registro de informes de alta y de continuidad de cuidados, derivaciones, hojas de traslados del paciente entre Unidades de un mismo nivel, etc.) **CONCLUSIONES:** Las UGC establecen las bases para garantizar una comunicación efectiva entre los profesionales sin embargo para asegurar la continuidad en la atención se evidencian espacios de mejora en cuanto a la evaluación de los mecanismos implantados.

LACTANCIA MATERNA. ANALISIS DE LA SITUACIÓN EN HIE

Autores:

ORTIZ CABALLERO, C; MARTIN BENITEZ, R; LÓPEZ VENTURA, C; VILLARAN CAMACHO, R; RODRIGUEZ VALBUENA, M y FERNANDEZ DOMINGUEZ, F.

Palabras Clave:

lactancia materna alimentación lactante

Resumen:

Conscientes de la importancia que las maternidades tienen en el inicio y la promoción de la lactancia, la UNICEF lanzó en el año 1992 la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (actualmente Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, IHAN) para que las maternidades que acreditasen buenas prácticas en la promoción de la lactancia fuesen reconocidas. Es por ello que desde el área maternal del hospital Infanta Elena, nos planteamos como objetivo, cubrir los requisitos de Hospital IHAN y para ello necesitamos conocer como se comporta la población de púerperas de nuestro ámbito en cuanto a la lactancia materna. Realizamos un análisis descriptivo, retrospectivo de las características de mujeres que dan a luz en nuestro hospital, elaborando una encuesta al alta en la que se engloban diferentes variables sociosanitarias cumplimentándose durante el primer semestre de 2011 en 404 mujeres, estos resultados se gestionaron mediante Base de Datos Access. Posteriormente los resultados se cruzaron con los datos de lactancia que aporta el Programa de Metabolopatías (intención del tipo de lactancia al alta), de los años 2010 y primer semestre de 2011, siendo estos consistentes, por no ser significativas las diferencias encontradas. Durante el año 2010 los porcentajes fueron del 31,68% Artificial, 52,89% Natural y 15,43% Mixta; y en 2011 35,7 % Artificial, 50,13% Natural y 14,5% Mixta. Lo siguiente fue valorar como influían las variables de la encuesta, en el tipo de lactancia realizada por cada mujer. Se realizaron test de correlación de cada una de ellas con la lactancia materna, para concluir aplicando un test de regresión logística paso a paso. También se tabularon los motivos dados por las madres para no lactar de forma natural, estudiando intervenciones para incidir en cambios de actitud. Para dicho análisis se utilizó el programa epi-info. Los resultados nos muestran una única variable con significación estadística relacionándose con el tipo de parto, señalando que de tratarse de un parto vaginal (signif. 65%), hay 3,72 veces más posibilidad de que se lacte de forma natural que si este es mediante cesárea. Otros motivos indicados por las mujeres para no lactar naturalmente son 6,5% por motivos laborales, 3% por causas clínicas y 17% por ya tener previamente tomada la decisión el resto relacionadas directamente con la formación-información son tributarias de intervención protocolizada, con las se espera mejorar el porcentaje de mujeres que decidan lactar a pecho.

NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR LOS PROFESIONALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.

Autores:

Carrascosa García, MI; Águila Barranco, JC; Lendínez Carrillo, J; Moreno Paulano, C; del Rincón Vallejo, A y Jover Casas, JM.

Palabras Clave:

Necesidades Formativas, Plan de Formación, Acreditación

Resumen:

OBJETIVOS: Identificar y priorizar las necesidades formativas percibidas por los profesionales del CHJ tanto individualmente como en el marco cada una de sus UGC/ Servicios sin olvidar el contexto general de la organización. **METODOLOGÍA:** Población de Estudio: Profesionales de las diversas categorías profesionales y Servicios/UGC del Complejo Hospitalario de Jaén. Informantes Clave: Directivos, cargos intermedios, profesionales, coordinadores docentes y alumnos de actividades de formación interna. Instrumentos de Recogida de Información: encuestas a directivos, a cargos intermedios, a profesionales, evaluación de la satisfacción del alumno con la acción formativa. Metodología: cualitativa de identificación y priorización de problemas mediante construcción de una Tabla de Frecuencias sobre las Necesidades de Capacitación (NC) identificadas seguida reducción de frecuencias mediante Diagrama de Pareto, resultando prioritarias las ideas agrupadas a la izquierda del punto de corte con el 80% del porcentaje acumulado. Esta información se triangula con la aportada por el resto de informantes clave. **RESULTADOS:** 89 respuestas de 250 cuestionarios enviados (35,6%). Participan profesionales de 21 UGC/Servicios principalmente Traumatología (26%), CMA (19%) y Partos (12%). La participación Unidades de apoyo ha sido minoritaria. Por categorías destaca la participación de Enfermeras (40%), Auxiliares de Enfermería (22%) Matronas y Médicos (12% respectivamente). Se han identificado 24 áreas temáticas necesitadas de formación y 283 contenidos temáticos asociados. **DISCUSIÓN:** 24 áreas temáticas contribuyen a una percepción de déficit formativo pero sólo 8 corresponden al 80% de Pocos Vitales: Calidad de los cuidados y mejora de competencias enfermeras, Metodología de investigación, Humanización de la asistencia, Estandarización y mejora de los cuidados, Atención al cliente, Calidad, Programas informáticos y Participación ciudadana. De 116 sugerencias aportadas por alumnos al cuestionario satisfacción, se han extraído ideas que identifican la necesidad de repetir la acción formativa o nuevos temas a abordar agrupando las coincidentes. La triangulación con la información aportada por el equipo directivo, ha permitido sintetizar el listado de necesidades formativas priorizadas. **CONCLUSIONES:** El análisis permite evidenciar en los estándares de acreditación de Unidades de Formación que en la planificación de la formación participan los profesionales garantizando su alineación con las estrategias de la organización.

ANÁLISIS DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DEL SSPA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ÉTICA ORGANIZACIONAL

Autores:

Lora Monge, E; Aguayo Canela, DM; Coronado Vázquez, MV; Romero Corchero, M; Martín Gómez, MP y Marín Bonaño, M.

Palabras Clave:

Estándar calidad, acreditación centro, bioética, SSPA

Resumen:

OBJETIVOS: Analizar desde una perspectiva ética los estándares de calidad de la acreditación de centros en el SSPA, ya que las relaciones y decisiones clínicas sobre el paciente, de las que participan profesionales sanitarios y familias (bioética clínica) ocurren en un entorno organizativo (organización sanitaria) que tiene unos valores y estructura que condiciona la forma en que éstos se relacionan. **MATERIAL Y MÉTODO:** Mediante la identificación de los valores y principios éticos que encierra cada uno de los estándares de calidad del programa de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) para la acreditación de centros en el SSPA, a la luz de la Estrategia de Bioética 2011-2014 de la Consejería de Salud, valorar la presencia de los estándares de ética organizacional (aquellos íntimamente relacionados con el principio de Autonomía y con el de Justicia). **RESULTADOS:** La distribución de los estándares tradicionalmente considerados como éticos desde el punto de vista de la ética organizacional es similar en cada grupo de estándares (entre un 43% y un 53%). **DISCUSIÓN:** Aunque en sentido estricto se suele identificar como criterios o estándares de ética organizacional, aquellos íntimamente ligados con el principio de Autonomía y con el principio de Justicia, hay que tener en cuenta que: 1) toda reflexión sobre la calidad comporta una dimensión ética, por lo que todos los criterios y estándares son de alguna forma, también criterios y estándares éticos, y 2) todos vinculan en primer lugar a la organización como sistema, y a partir de ahí subsidiariamente responsabilizan a individuos particulares, por lo que en un sentido amplio, todos hacen referencia a la ética organizacional. **CONCLUSIONES:** Si bien tras el análisis podemos concluir que el manual de acreditación de centros de la ACSA considera adecuadamente la perspectiva de la ética organizacional, se pueden realizar propuestas para modificar y/o introducir nuevos estándares que fomenten la formación en bioética a los profesionales y para que el centro defina su código ético para que en función de esos valores regule tanto su actividad económica como la conducta de los profesionales.

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

Autores:

PICHARDO CABRERA, M; PRADA PEÑA, M; PEREZ HERNANDEZ, C; AFONSO NAVARRO, R y GARRIDO DAVILA, A.

Palabras Clave:

PREVENCIÓN, GESTIÓN, RIESGOS, LABORALES, EVALUACIÓN,

Resumen:

Objetivo general: dominar los aspectos claves para cumplir con los estándares exigidos en materia de prevención de riesgos laborales para las acreditaciones de calidad objetivos específicos: 1) presentar las distintas materias y su contenido básico 2) conocer la normativa aplicable 2) mostrar los resultados obtenidos en los últimos 3 años material y método: demostración gráfica sobre los aspectos necesarios para cumplir lo exigido por los estándares de calidad y presentación de datos recopilados por la puesta en marcha de las acreditaciones de unidades de gestión clínica en los últimos tres años resultados: datos sobre 5 unidades finalizadas todas ellas satisfactoriamente y 2 en proceso discusión: importancia de los estándares de prevención en las acreditaciones de calidad además de fomentar la cultura preventiva dentro de la empresa conclusiones: gracias a las acreditaciones de calidad se consigue una mayor sensibilización en materia de prevención dentro de las distintas unidades consiguiendo unos mayores niveles de seguridad en los trabajadores que repercute positivamente en la seguridad de los usuarios del sistema de salud.

LA LUCHA POR LA EXCELENCIA: EL ASTIGMATISMO Y LA CIRUGÍA DE CATARATAS.

Autores:

Márquez Cortés, M; Recuerda Hernández, M y Delgado García, C.

Palabras Clave:

cirugía cataratas astigmatismo lentes tóricas

Resumen:

INTRODUCCIÓN El astigmatismo es un defecto refractivo que impide la formación de una imagen puntual en la retina debido a la existencia de una desigualdad en la refracción en cada meridiano. El paciente percibe la imagen distorsionada tanto de cerca como de lejos. En la cirugía de cataratas mediante la incisión principal podemos modificar el astigmatismo hasta cierto grado según la localización de la misma y el ángulo astigmático del propio paciente. **OBJETIVOS** Demostrar que la cirugía de cataratas mediante el uso de lente intraocular (LIO) no tóricas, no logra corregir el defecto astigmático cuando éste es significativo (mayor de 2 dioptrías). **MATERIAL Y MÉTODOS** Se seleccionan al azar 200 pacientes a la espera de ser intervenidos de catarata, evaluando el astigmatismo queratométrico. Se escogen aquellos que presentan un astigmatismo de 2 o más dioptrías, puesto que constituye el valor a partir del cual las LIO tóricas han demostrado una mayor eficiencia. De esos 200 pacientes, 18 son los que cumplen dicha premisa. Tras la intervención de catarata se vuelve a valorar el astigmatismo queratométrico resultante, teniendo en cuenta la influencia de la propia cirugía en dicho valor. **RESULTADOS** Tras la intervención, sólo en 1 de los 18 pacientes se produce una modificación significativa del astigmatismo que consideramos aquella que le permite desenvolverse en su vida cotidiana sin corrección óptica (alrededor de 0.75 dioptrías). Deducimos que este cambio se ha producido por la combinación de dos factores: el ángulo astigmático del paciente y la localización de la incisión quirúrgica. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** La cirugía de cataratas actualmente, con el empleo de lentes no tóricas, no logra corregir el astigmatismo prequirúrgico en grado significativo, de manera que los pacientes precisan llevar corrección óptica para alcanzar una agudeza visual de calidad. Las LIO tóricas constituyen una posible solución a éste problema planteado.

ADECUACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS SÉPTICA.

Autores:

Pérez Trisancho, M; Díaz Narváez, F; Fajardo Pico, JM; Hidalgo Castellón, A; Perez Cáceres, JA y Suarez

Palabras Clave:

Artritis séptica .Guías práctica clínica .

Resumen:

Introducción Los pacientes con una artritis infecciosa (AI) son atendidos de forma urgente por facultativos de distintas áreas: urgencias, traumatología, medicina interna o enfermedades infecciosas. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de la asistencia a pacientes con AI mediante la utilización de indicadores susceptibles de ser recuperados de la historia clínica, detectar déficits y establecer estrategias de mejora. **Material y métodos:** Basado en las guías de práctica clínica, mediante reuniones de consenso se seleccionaron indicadores de calidad y se diseñó un protocolo de datos que se utilizó de forma retrospectiva en las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de meningitis entre 2001 y 2010 en un hospital general básico de 280 camas. La búsqueda de casos se realizó en la base de datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del hospital. Se excluyeron las AI relacionadas con material protésico. **Criterios Diagnósticos:** a) Diagnóstico de certeza: Cuadro clínico compatible con cultivo y/o tinción de gram, positivos en líquido sinovial (LS); b) Diagnóstico de probabilidad: Cuadro clínico y LS compatibles y hemocultivo positivo; c) Diagnóstico de posibilidad: Cuadro clínico y LS compatibles con respuesta a antibioterapia empírica, tras descartar otras causas de artritis no infecciosas. **Resultados:** En los últimos 10 años se atendieron en nuestro centro 20 episodios de artritis sépticas en 19 pacientes. El diagnóstico fue de certeza en 13 casos, de probabilidad en 4 casos y de posibilidad en 3 casos. Se realizó artrocentesis en el 80%, recuento celular en 60%, tinción de gram 75%, cultivo LS 80%, hemocultivo en 50%. En el 90% se investigó la presencia de cristales en LS. Se realizó determinación de VSG en todos los casos y de PCR sólo en un 60%. La duración media del tratamiento antibiótico por vía intravenosa fue de 17,4 días (rango 8-39) y la mortalidad del 5% (1 caso). **Conclusiones:** Es necesario elaborar e implantar un protocolo de manejo en urgencias de la AI dirigido a disminuir la variabilidad en la práctica clínica, la infrautilización de tinción de gram, recuento celular, hemocultivo y ayuda a la toma de decisiones, como área de mejora. Auditoria

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE COMPRAS

Autores:

GUTIERREZ FERNANDEZ, MC; ROSA FERNANDEZ, JM; ROBLEDO CARDENAS, FJ y MACIAS ALVEZ, J.

Palabras Clave:

COMPRAS IMPLANTACION EVALUACION

Resumen:

1° Objetivo: Implantar un sistema de calidad en una Unidad de Compras. Mejorar la eficiencia. Establecer un sistema de registro para la mejora continua de la calidad. 2° Material y método: Elaboración de un Manual de calidad para la unidad de compras. Descripción de los procedimientos de la unidad. Elaboración de un documento de objetivos y metas, con un informe trimestral de las actuaciones realizadas en la consecución de los mismos. Elaboración de un cuadro de mando de indicadores, con un seguimiento de los mismos. Identificación de los estándares ACSA en la unidad de compras, determinando la obligatoriedad, el cumplimiento y la evidencia o acción de mejora. 3° Resultados: Descripción de los procedimientos de la gestión de las compras, determinando el diagrama de flujo de cada uno de ellos y estableciendo responsabilidades y acciones correctoras al respecto. Establecimiento de los canales de comunicación con clientes externos e internos, analizando el grado de satisfacción mediante la elaboración de encuestas anuales. Análisis de las desviaciones y corrección de las mismas. 4° Discusión: La implantación de un sistema de calidad, requiere de un esfuerzo constante por parte de todo el equipo de trabajo, canalizando hacia una perspectiva común la eficacia y eficiencia de las tareas. 5° Conclusiones: La implantación de un sistema de calidad en el ámbito de la gestión de las compras, se constituye como una herramienta básica de trabajo a través de la cual, todas las gestiones realizadas en la misma, puedan medirse y valorarse de forma que se posea un conocimiento completo de la prestación de nuestras tareas.

ACREDITACION DE CALIDAD DE LA UGC PACIENTE ONCOLOGICO EN EL AREA HOSPITALARIA JUAN RAMON JIMENEZ. HUELVA

Autores:

Bayo Lozano, E; Prada Peña, M; Montañó Periañez, A; Perlez Liañez, F; Márquez García-Salazar, M y Sánchez Segovia, J.

Palabras Clave:

Acreditación, calidad

Resumen:

OBJETIVO: Valorar los diferentes procesos de la atención integral del paciente con cáncer por el equipo de profesionales que tienen como eje común al paciente, según el Modelo de Acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). **MATERIAL Y METODOS:** La Unidad de Gestión Clínica (UGC) del paciente Oncológico creada desde el año 2006, da asistencia a toda la provincia de Huelva. Conformada por los Servicios de Oncología Radioterápica, Oncología médica y el hospital de día. Tiene 46 profesionales (Médicos, enfermeras, Técnicos, Radio físicos, Celadores y administrativos) Su actividad abarca el estudio inicial diagnóstico, la evaluación de la extensión de la enfermedad y valoración de las posibilidades terapéuticas, la administración de tratamiento quimioterápico y radioterápico con intención curativa, complementaria y paliativa, y el seguimiento posterior, prestandole los cuidados precisos durante todo este proceso. En el año 2010 se plantea como estrategia clave de mejora, la acreditación por la ACSA. Se realiza según el Manual de Estándares, que está estructurado en cinco líneas estratégicas. El proceso de la acreditación se dividió en 4 fases: 1era fase de planificación: dónde se establece un plan de comunicación. 2da Fase: Recogida de evidencias pertinentes y documentación de las mismas mediante una ficha de individual para cada estándar del modelo de la acreditación 3era Fase: Identificar y crear áreas de mejora. 4ta Fase: La Evaluación externa. **RESULTADOS:** Se realizaron 6 Reuniones con todos los integrantes de la UGC. Se recogieron 153 Evidencias Positivas. Se adjuntaron 118 documentos a las evidencias Positivas. Se identificaron 106 áreas de Mejora que se destaca la elaboración del Plan de Calidad de la UGC, El Plan de Seguridad, El Plan de Emergencias, Plan de Acogida a los profesionales, la elaboración de 56 protocolos estandarizados, la creación del Registro de Eventos adversos. **DISCUSIONES Y CONCLUSIONES:** El superar la prueba de la acreditación de la ACSA, ha supuesto el reconocimiento forma más clara de las Fortalezas, Debilidades y Oportunidades en las diferentes líneas de calidad trazadas por el modelo de calidad de Andalucía. Ha introducido en la UGC la cultura de aplicar el ciclo de Mejora continua de Planificar, Hacer, Evaluar y realizar mejoras periódicas nos ha servido para entender que la acreditación no es un fin, ni un objetivo: es una herramienta eficaz de evaluación y de gestión de la calidad. Nos ha enseñado que el trabajo en equipo bien hecho no tiene fin de meta.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA LACTANCIA MATERNA DE LAS PUÉRPERAS CON PARTOS POR CESÁREA

Autores:

ÁLVAREZ PÉREZ, S; MANZANO SOLIS, A y SOLIS GONZALEZ, V.

Palabras Clave:

Lactancia materna precoz. Cesárea. Madre-neonato.

Resumen:

OBJETIVOS: -Fomentar el inicio precoz de la lactancia materna tras la cesárea. -Mejorar el estado anímico y psicológico de la madre derivado del proceso quirúrgico y del hecho de no estar cerca de su hijo. -Asegurar una asistencia de calidad durante el posparto inmediato. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realiza una búsqueda bibliográfica basada en la evidencia científica y en la base de datos Cochrane, PubMed y Medline. Elaboración de un protocolo multidisciplinar en el que participan matronas, anestesistas, pediatras y personal de enfermería de reanimación de quirófano, que consta de: - Se informa a la mujer y se pide su consentimiento para el inicio precoz de la lactancia si las circunstancias lo permiten. - Ubicación de la mujer en reanimación de quirófano en la zona más aislada con el fin de favorecer la intimidad de la madre y del recién nacido. - Colocación del recién nacido al pecho de la madre ayudado por la matrona. **DISCUSIÓN:** El inicio de forma precoz de la lactancia materna tras el nacimiento, ha demostrado en todos los estudios científicos que es la forma más eficaz de instauración de la lactancia, favoreciendo el vínculo entre la madre y el recién nacido y el inicio de la puesta en marcha de la eyección láctea. Sin embargo, en los partos que terminan en cesárea, el recién nacido es alejado de la madre impidiendo que este mecanismo se ponga en marcha de forma natural. Para evitar esto hemos elaborado un proyecto de mejora de calidad en el que participan matronas, anestesistas, pediatras y personal de enfermería de reanimación de quirófano. Entre otras ventajas pensamos que ayudará a la madre y al recién nacido asistidos por cesárea tanto en el aspecto físico como psíquico del inicio del puerperio, fomentando el acercamiento a la normalidad de este proceso. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** En estos momentos este proyecto de mejora de calidad se encuentra en proceso de aprobación y puesta en marcha, tras lo cual elaboraremos resultados y conclusiones.

IMPLANTACIÓN DE MEJORAS EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE TRAS UN PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD CLÍNICA

Autores:

Corrales Mayoral, MT; Navarro Diaz, C; Alarcon Barcos, F; Contreras Puertas, MJ; Aranda García, ML y Castro Ruiz, MJ.

Palabras Clave:

CALIDAD, ACREDITACIÓN, MEJORA, SEGURIDAD

Resumen:

Objetivos. Implantar las mejoras en materia de seguridad del paciente derivadas del proceso de acreditación de la Unidad de Gestión Clínica Material y Método. En el año 2010 la Dirección de la Unidad con el apoyo de los profesionales decide iniciar el proceso de acreditación de la unidad por el programa de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Se crearon grupos multidisciplinares para la identificación de evidencias positivas y áreas de mejora para el total de los estándares del programa. Uno de los grupos llevó a cabo la implementación de actuaciones encaminadas a dar cumplimiento con los estándares relacionados con la seguridad del paciente RESULTADOS Durante el período de autoevaluación la unidad puso en marcha las siguientes actuaciones en materia de seguridad: Identificación de pacientes mediante pulsera, formación en lavado de manos y seguridad del paciente, AMFE y plan de seguridad del proceso aborto, revisión de caducidades y procedimiento y registro de notificación de eventos adversos. Tras la visita de la Agencia se pudieron identificar aspectos que podían afectar a la seguridad del paciente y que condicionaban el cumplimiento de estándares. La unidad tras el análisis del informe emitido por la agencia puso en marcha las siguientes actuaciones: Procedimiento de garantía de cadena de frío para fármacos termolábiles, control del mantenimiento preventivo del aparataje de electromedicina incluyendo las bombas de infusión, formación a profesionales sobre el uso de los aparatos de electromedicina, gestión adecuada de los residuos peligrosos y citostáticos con fecha de apertura y cierre de los contenedores, control y custodia de los estupefaciones con libro de registro de entrada y salida, control de acceso a almacenes de fármacos y material fungible, y colocación de DESA en todos los carros de parada. DISCUSIÓN Si bien la unidad había identificado aspectos a mejorar en materia de seguridad del paciente, se pudo evidenciar durante la visita externas otros que podían afectar de manera indirecta y directa en la seguridad clínica. CONCLUSIONES El proceso de acreditación de una Unidad de Gestión Clínica puede servir como herramienta de mejora en todos los aspectos relacionados con la asistencia: Accesibilidad, Resultados, Mejora de los profesionales y por lo tanto, también puede ayudar a identificar aspectos de mejora en relación con la seguridad del paciente.

AUDITORÍA PROSPECTIVA DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

Autores:

DOMÍNGUEZ SENÍN, L; GIOVANNA GÓMEZ, K; PARADA PEÑA, M;
GRUTZMANCHER SÁIZ, S y PRIETO CALLEJERO, B *

Palabras Clave:

AUDITORÍA CONCILIACIÓN MEDICACIÓN

Resumen:

OBJETIVO Evaluar las actividades contempladas en el protocolo de Buenas Prácticas en la Conciliación de la Medicación en el Ingreso, Alta y Transición Interservicios. **MATERIAL** Realización de una auditoría interna (Peer- review) de calidad para la que se seleccionaron 4 indicadores: 1. Información básica del paciente (nombre, NHC, fecha de nacimiento, médico..) 2. Información sobre alergias. 3. Registro en la prescripción de todos los medicamentos para el ingreso hospitalario. No se aceptan las prescripciones de ?continuar con tratamiento domiciliario?. 4. En el informe debe constar el tratamiento actualizado completo (dosis, forma farmacéutica y pauta de administración) y los cambios realizados en su tratamiento ambulatorio. La muestra fue de 29 pacientes en los que se revisaron sus historias clínicas, prescripciones de unidosis e informes electrónicos. **Estándar:** Óptimo > 90% Mínimo > 75%. **RESULTADOS** El primer objetivo se cumplió en un 48.2% (IC 95%= 66.2 ? 30.1); el segundo en un 93.1% (IC 95%= 102.3 ? 83.8); el tercero en un 79.3% (IC 95% = 94.0 ? 64.5) y el cuarto objetivo se cumplió en un 65.5% (IC 95% = 72.4 ? 58.6). Se alcanzó el estándar óptimo en el segundo objetivo, el estándar mínimo en el tercero y en el primer y segundo objetivo no se cumplieron. Observamos en la revisión de las historias que en cuanto a la información básica del paciente, el dato que menos veces estaba reflejado era la fecha de nacimiento. **DISCUSIÓN** Los errores de medicación (EM) pueden ocurrir en el ámbito hospitalario y conducen a un incremento de morbi-mortalidad y de los costes económicos. Se ha determinado que hasta un 67 % de prescripciones tienen uno o más errores y que de éstos, un 46% ocurren en el ingreso y en el alta hospitalaria, es decir en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales. Los EM que ocurren en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales (ingreso, alta y transición interservicios) se deben al desconocimiento del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se omiten medicamentos ambulatorios, se producen duplicidades, se prescriben dosis y formas incorrectas. La conciliación del tratamiento es el proceso que intenta prevenir los EM que ocurren en la transición asistencial. **CONCLUSIONES** 1. Los profesionales desconocen la importancia de realizar una identificación completa del paciente e información de alergias. 2. Existe una falta de comunicación entre atención primaria y hospitalaria en cuanto al tratamiento actualizado del paciente

PROCEDIMIENTO DE APOYO A PROFESIONALES DURANTE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Autores:

castro ruiz, mj; tejedor fernández, m; millan casado, m; miñarro del moral, r; ruiz garcía, a y agredano caballero, l.

Palabras Clave:

Acreditación, Competencias, Profesionales, Procedimiento

Resumen:

Objetivos. Diseñar e implantar un método de apoyo a los profesionales que están en proceso de acreditación por el programa de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía Material y Método Se parte de la necesidad de apoyo demandada por los profesionales del Centro durante el proceso de autoevaluación del programa de acreditación de competencias. Entiendo que son los propios profesionales por el hecho de ser autónomos en su proceso los que deben realizar su autoevaluación, el papel de Servicio de calidad será el de apoyar las distintas fases del proceso mediante el uso de un método de asesoramiento sistemático. El método utilizado sigue la siguiente secuencia: Clasificar cada buena práctica por tipo de prueba a aportar y nivel de exigencia de la prueba, esencial, grupo I, II y III: Certificados de la Dirección del Centro, 2) Documentos Acreditativos, 3) Informes de Reflexión, 4) Informes de Práctica Clínica 5) Autoauditoría 6) Casos Contextualizados.

RESULTADOS En el año 2010 un total de 47 profesionales iniciaron el proceso de acreditación con apoyo de la Unidad de Atención al Profesional y el Servicio de Calidad. En el año 2011 el crecimiento ha sido exponencial cerrando en Septiembre de 2011 un total de 498 profesionales. De manera informal los profesionales han reconocido que el método de apoyo a la acreditación ha influido de manera directa en la agilización y finalización de la fase de autoevaluación

CONCLUSIÓN El uso de un método sistemático de apoyo a la fase de autoevaluación de los profesionales que están en proceso de acreditación por una unidad externa como es el Servicio de Calidad de un Centro, puede contribuir al incremento de profesionales que se acreditan y puede ayudar a simplificar dicho proceso.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PARTOS POR CESÁREA FAVORECIENDO EL VINCULO MADRE-RECIEN NACIDO.

Autores:

Manzano Solís, A; Solís Gonzalez, V y Alvarez Perez, S.

Palabras Clave:

Contacto piel con piel, cesárea.

Resumen:

OBJETIVOS: -Promover el vínculo entre la madre y el recién nacido (RN) de forma precoz en la cesárea. -Favorecer el estado anímico y psicológico derivado del proceso quirúrgico. -Garantizar una asistencia de calidad similar a las púerperas asistidas con partos eutócicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza una búsqueda bibliográfica basada en la evidencia científica y en la base de datos Cochrane, PubMed y Medline. Elaboramos un protocolo multidisciplinar en el que participan matronas, ginecólogos, anestesistas, pediatras y enfermería de quirófano, que consta de: -Información y consentimiento a la gestante para llevar a cabo el contacto piel con piel, siempre que la situación lo permita. -Preparación de la gestante para que se pueda llevar a cabo el contacto piel con piel fuera del campo quirúrgico. Para ello se cambia la colocación de los electrodos del tórax a la espalda y se baja el arco de anestesia dejando libre el tórax. -Posicion adecuada de un brazo materno fuera del campo quirúrgico para favorecer su movilidad. -Contacto piel con piel madre-RN, una vez atendido el RN por el pediatra, asegurando su abrigo y confort. -La matrona permanece con el RN y la madre hasta su paso a reanimación de quirófano, momento en que se efectúan los cuidados del RN (cura de cordón, somatometría, etc?)

DISCUSIÓN: El contacto piel con piel consiste en: la colocación del RN desnudo cubierto por una manta caliente, sobre el tórax desnudo de la madre en posición decúbulo ventral un mínimo de 70 minutos. Realizarlo de forma precoz tras el nacimiento ha sido reconocido por todas las sociedades científicas como el mejor método para reforzar el vínculo entre la madre y el RN, favoreciendo el inicio de la lactancia materna, recuperándose más rápido del estrés del nacimiento, normalizando antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y manteniendo mejor la temperatura. Sin embargo, tradicionalmente esto no se ha puesto en práctica en las púerperas cuyos partos han terminado en cesárea. Por ello hemos elaborado un proyecto de mejora en el que participan matronas, anestesistas, ginecólogos, pediatras y personal de enfermería de quirófano. Entre otras ventajas ésto ayudará a la madre asistida por cesárea tanto en el aspecto físico, como psíquico del inicio del puerperio, fomentando el acercamiento a la normalidad de este proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Actualmente este proyecto de mejora de calidad se encuentra en proceso de aprobación y puesta en marcha, tras lo cual elaboraremos resultados y conclusiones.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN UN ALIADO EN LA DIFUSIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD SANITARIA

Autores:

LEÓN VERGARA, MR y DELGADO RAMOS, RM.

Palabras Clave:

COMUNICACIÓN, ACREDITACIÓN, CALIDAD, MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Resumen:

OBJETIVOS. Los objetivos de este trabajo son exponer la utilidad de los medios de comunicación como herramienta de difusión de los diferentes programas de acreditación en Andalucía, así como mostrar el valor de los medios en la difusión de la acreditación de calidad sanitaria. Para ello, se expone la evolución de la aparición de noticias sobre acreditación de calidad entre 2008 y 2010, dejando para un estudio posterior el análisis del impacto de las noticias publicadas en el conocimiento de la acreditación de calidad por parte de la ciudadanía. **MATERIAL Y MÉTODO.** El Área de Comunicación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha realizado un análisis de las referencias encontradas en los diferentes medios de comunicación, entendiendo por éstos a la prensa escrita, tanto de carácter generalista como especializado, a la radio, la televisión y los medios digitales (páginas web y blogs). La mayoría de estas noticias publicadas parten de la redacción de notas de prensa de la propia Agencia de Calidad, así como de notas emitidas por centros sanitarios, distritos, áreas de gestión o incluso las propias delegaciones provinciales de la Consejería de Salud, y en las que estas fuentes emisoras han contado con el asesoramiento de la Agencia. **RESULTADOS.** La búsqueda y análisis de estas referencias ha dado como resultado la aparición de 171 noticias sobre acreditación en 2008, 309 en 2009 y 506 en 2010. Un incremento en el que ha tenido que ver el mayor número de notas emitidas por la Agencia, que ha pasado de las 55 en 2008 a las 75 en 2010. **DISCUSIÓN.** Este aumento de referencias 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 y UGC. 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.** La acreditación de una UGC en su entorno genera interés en los medios locales, que suelen hacerse eco de estas noticias, destacando el valor de la certificación en la mejora. Pero es necesario ir más allá y seguir profundizando en el impacto que tienen estas publicaciones en la ciudadanía, analizando la relación entre el número de noticias publicadas y el conocimiento de la acreditación de un determinado centro, unidad o colectivo de profesionales sanitarios en su entorno.

SISTEMA PARA AGILIZAR EL PROCESO DE ACREDITACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DE OSUNA

Autores:

Cuberos Fernández, V; Aparicio Oliver, E; Recio Morales, S; Delgado Osuna, JA; Irala Pérez, Fc y Recio

Palabras Clave:

Acreditación Profesional Recursos Compartidos tecnologías Información

Resumen:

OBJETIVOS: Facilitar el proceso de acreditación de competencias de los profesionales del Área de Gestión Sanitaria de Osuna (AGSO) mediante tecnologías de la información y comunicación. Fomentar el interés de profesionales por la acreditación de competencias y mejora continua, compartiendo experiencias y conocimientos. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se han diseñado herramientas facilitadoras que se pueden usar en cualquier momento y desde cualquier ordenador: 1º.- Petición de certificados: Se ha creado una aplicación informática accesible vía web, creada con ASP .NET en base de datos SQL Server 2000 con sistema operativo Microsoft Windows Server 2003 R2 Standard Edition, para facilitar la petición de los certificados, asegurar los tiempos de respuestas y eliminar del circuito de petición la utilización de papel, en la que el/la profesional rellena unos campos (obligatorios y optativos) y envía la información. Las evidencias van cambiando en función de la categoría profesional y se seleccionarán los certificados necesarios, por lo que se adapta a las evidencias de todas las categorías profesionales acreditables. Esta información es remitida automáticamente por correo electrónico al profesional (asegurando su petición), a la persona responsable de la comprobación y emisión del certificado y a la Subdirección Económico Administrativa. En el plazo máximo de un mes el interesado tiene en su poder los certificados solicitados, previa comprobación de su veracidad. 2º.- Se ha creado un espacio, en la plataforma de teleformación Moodle del AGSO, para la ?Acreditación de competencias profesionales?, en la que se han diseñado distintos foros de participación profesional. Se incluyen noticias de interés, artículos,?, a demanda.**RESULTADOS:** Se ha realizado un pilotaje por el equipo de informática y profesionales para comprobar el funcionamiento y realizar las adaptaciones. El proyecto se pondrá en marcha en octubre. **DISCUSIÓN:** El uso de las tecnologías de la información en el proceso de acreditación profesional eliminará el circuito de petición papel, evitando desplazamientos y pérdidas de documentos. Es accesible desde cualquier ordenador, no implica inversión en software y es flexible a la incorporación de modificaciones. **CONCLUSIONES:** 1º.- Se facilita el proceso de Acreditación de competencias profesionales. 2º.- Permite la trazabilidad de las certificaciones solicitadas. 3º.- Proporciona accesibilidad a recursos compartidos y fomenta la participación entre profesionales.

SITUACION ACTUAL EN MATERIA DE PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL EN ANDALUCIA

Autores:

Burgos Pol, R; Carrasco Peralta, JA; Castellano Zurera, MM; Núñez García, D y Pascual Pisa, J.

Palabras Clave:

LODP, Acreditación, Calidad

Resumen:

OBJETIVO Analizar el grado de adhesión a las directrices vigentes en materia de Protección de Datos de carácter personal (MPD) en los Programa de acreditación de centros y Unidades (PACyU) del Sistema Andaluz de Salud (SAS). **MATERIAL Y MÉTODO** A través de los PACyU se evalúa la adherencia a las directrices en MPD mediante el cumplimiento de un estándar obligatorio. Estudio estadístico retrospectivo. Pasos: [1] Extracción y depuración de registros de los proyectos de acreditación (PA) de las unidades asistenciales de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). [2] Selección de los datos asociados al estándar analizado. [3] Tratamiento estadístico de la información mediante paquete SPSS. Periodo de tiempo: Junio 2010 a febrero 2011. Herramientas utilizadas: registros incluidos en herramienta online específica. N = 68 PA. Variables del estudio: [1] % de incumplimiento estándar asociado en AP y AE [2] % incumplimiento requisitos específicos del estándar asociado en AP y AE. **RESULTADOS** El 69,4% de PA evaluados no se adecuaban a las directrices vigentes en MPD. Los PA de AE muestran un nivel de cumplimiento mayor (34,8%) respecto a los encontrados en AP (22,2%). La causa principal (88,9%) del no cumplimiento del estándar es debido a la ausencia de la auditoria de medidas de seguridad sobre datos de carácter personal (en AE esta representa el 58%). Otras son ausencia de mecanismos de información hacia el usuario sobre sus derechos respecto a la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) y la no realización de actividades formativas en esta materia. Tras las auditorias se identificaron las siguientes áreas de mejora (AM): ?Modificaciones estructurales para garantizar la custodia de las Historias de Salud. ?Identificación ficheros con datos de pacientes y aplicación de medidas seguridad a los mismos. ?Difusión activa de información sobre derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO) al usuario. **DISCUSIÓN** La adaptación a las directrices vigentes en MPD mediante auditorias ha permitido la identificación de puntos críticos relacionados con la seguridad de los datos. Las AM realizadas garantizan que la recogida y utilización de los mismos se realiza en un marco de seguridad, a la vez que fomentan el aprendizaje en MPD de carácter clínico dentro del SAS. **CONCLUSIONES** Los PACyU son una herramienta que, a través de la mejora continua, permiten facilitar el grado de adhesión a las directrices en MPD a los Centros y Unidades a largo del Sistema Andaluz de Salud.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA AL PACIENTE ONCOLÓGICO: ANALGESIA PALIATIVA

Autores:

Urquizar Rodriguez, O; Nieto Guindo, P; Fayet Perez, A; Martinez de la Plata, JE; Canto Mangana, J y Morales Molina, JA.

Palabras Clave:

tumor Pancoast, jeringas precargadas, vía intradural

Resumen:

Objetivos: El dolor por cáncer está insuficientemente tratado en todo el mundo. La incidencia registrada de dolor oncológico suele aumentar a medida que progresa la enfermedad. Sin embargo, algunos tipos de neoplasias producen dolor desde su inicio, como ocurre con el tumor de Pancoast, con una incidencia de dolor severo en el 90-100% de los pacientes. Es un tumor pulmonar que cursa con dolor radicular localizado en el hombro (que irradia por el brazo) y parestesias como consecuencia de la infiltración del plexo braquial. Nuestro objetivo fue proporcionar analgesia adecuada a un paciente terminal con tumor de Pancoast y mal control del dolor, al cual le implantaron un reservorio intradural para poder darle el alta hospitalaria y pasar sus últimos días en casa. **Material y Método:** El anestesista prescribió jeringas de 2 ml y 5 ml de morfíco 2% a 1 mg/ml + levobupivacaína (LV) 0,0625% (proporción: $\frac{3}{4}$ morfíco + $\frac{1}{4}$ LV). Al ser la primera vez que se elaboraban en el Servicio de Farmacia, se consultó la estabilidad de la mezcla en Micromedex 2.0. Se hizo uso de sala estéril y campana de flujo laminar horizontal, preparando cada principio activo (p.a.) diluido con agua para inyección a la concentración deseada y cargando las jeringas con el volumen correspondiente. Se taponaron, etiquetaron y envasaron de forma independiente. **Resultados:** se elaboraron 60 jeringas precargadas a partes iguales de 2 ml y 5 ml, con 1 mes de caducidad y sin precisar refrigeración. Se envió una muestra a microbiología para comprobar la esterilidad y se dispensaron en la consulta de Farmacia. El paciente recibió el alta. **Discusión:** Nuestro paciente presentaba un tumor de Pancoast en estadio IV con afectación metastásica mediastínica y ósea vertebral, diagnosticado en 2010 y en tratamiento con fentanilo parches 100 mcg (2/72h), hidromorfona 8 mg (1/24h), fentanilo oral 100 mcg de rescate, paracetamol 1g (1/8h) e ibuprofeno 600 mg (1/12h), sin resultados satisfactorios. **Conclusiones:** Adaptándonos a las necesidades del paciente y elaborando de forma individualizada y estéril la analgesia que éste necesitaba, facilitamos el uso de la vía intradural fuera del entorno hospitalario, proporcionando analgesia de calidad y sumándonos al esfuerzo sanitario por proporcionar una buena atención al paciente, garantizando el uso más óptimo y seguro del medicamento.

CALIDAD ASISTENCIAL CON LA UTILIZACION DE PYXIS EN LAS UNIDADES DE INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CRUCES

Autores:

Martinez Leston, M; Sanchez Mendez, E y Portuondo Jimenez, J.

Palabras Clave:

Resumen:

Introducción: Según la OMS, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención al mismo y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere, incluso el uso inocuo de medicamentos. Se estima que sólo en EE.UU, los errores relacionados con la mala administración de medicamentos son mas de 1.5 millones al año, produciendo la muerte a varios miles anualmente. Por ello, en las unidades de críticos del Hospital de Cruces (Bizkaia), se instauró un SADME (sistemas de dispensación automatizada de medicamentos) Objetivos: - Conocer el impacto de la instauración del Pyxis (modelo de SADME utilizado en Hospital de Cruces), entre el personal de enfermería de las unidades de críticos Material y métodos: - Se realiza una revisión de artículos y trabajos publicados, sobre la seguridad del paciente en la administración de medicación, y sobre el sistema de dispensación de medicación que tenemos en la unidad, MedStation System 2000 (Pyxis). - Se realiza un estudio descriptivo transversal entre los profesionales de enfermería que desempeñan su trabajo en unidades de críticos del Hospital de Cruces, en las que se utiliza SADME (Pyxis). El estudio se realizó durante los meses de marzo y abril, con un total de 153 encuestados. Resultados: En la que el 100% del personal de enfermería encuestado considera que la administración errónea de los mismos repercute en la salud y en la seguridad del paciente. El 61,73% opina que con el uso del pyxis se corrobora la identidad del paciente al cual se le va a administrar la medicación pautaada. El 62,96% dispensa cada medicamento al nombre del paciente al que está hecho la prescripción. El 89,02% piensa que se verifica la medicación a administrar. El 53,66% considera que se corrobora la vía de administración. Y en cuanto a la dosis de administración, el 54,88% cree que se cumple. El 74,39% de los enfermeros/as consideran la utilización de SADME son de gran ayuda en la labor asistencial, por reducir los errores de medicación. Sin embargo, el 91,46%, no se controla la hora en la que se debe de administrar la medicación. Conclusión: Los errores en medicación ponen en riesgo la salud del paciente al mismo tiempo que producen un impacto en el sistema de salud. Por ello, los sistemas de Dispensación Automatizada de Medicamentos, facilitan y reducen los errores de la mala praxis en los cuidados de enfermería.

“RHIPICEPHALUS SANGUINEUS” COMO TRANSMISOR DE ENFERMEDADES EMERGENTES: UN NUEVO PROBLEMA PARA LA SALUD PÚBLICA

Autores:

Rodríguez Morcillo, R; Rodríguez Liébana, J; Carrascosa García, MI; Morcillo Nieto, MC; Jover Casas, JM y Cruz Lendínez, AJ.

Palabras Clave:

Salud Pública, Ixódidos, Rhipicephalus sanguineus

Resumen:

OBJETIVO Conocer las enfermedades que puede transmitir *Rhipicephalus sanguineus* a las personas y que constituyen un problema de Salud Pública. **MATERIAL Y MÉTODO** Revisión bibliográfica en publicaciones científicas. **Palabras clave:** garrapatas, *Rhipicephalus sanguineus*. **Publicaciones consultadas:** Vector-Borne and Zoonotic Diseases, Medical and Veterinary Entomology, New York Academy of Sciences, Formación Médica Continuada, Vector Borne and Zoonotic Diseases, Parasitology Rev. Journal Parasitology, Journal Clinical Microbiology. **RESULTADOS** *Rhipicephalus sanguineus* transmite: *Babesia canis* (Piroplasmosis o babesiosis), *Theileria annae*, *Ehrlichia canis* (Ehrlichiosis canina), *Borrelia burgdorferi* (Enfermedad de Lyme o borreliosis), *Francisella tularensis* (Tularemia), *Babesia gibsoni*, *B. equi*, *B. caballi*, *Haemobartonella canis*, *Hepatozoon canis*, *Rickettsia rickettsii* (fiebre de las Montañas Rocosas), *R. rhipicephali*, *R. sibirica* (tifus de Siberia), *R. conorii* (fiebre botonosa mediterránea), y *R. massiliae* (fiebre botonosa). **DISCUSIÓN** Entre las especies de garrapatas que pican a los humanos, destacan las que desarrollan su ciclo en los hábitats antropizados, como parques y áreas periurbanas, granjas, caseríos... encontrándose con gran frecuencia a la garrapata del perro, por lo que pueden transmitir enfermedades a través de los parásitos que tienen y que actúan como vectores y reservorios. *Rhipicephalus sanguineus* generalmente no consideran al hombre como un hospedador más y su picadura puede considerarse como accidental. Por todo ello nos encontramos ante una causa de problemas para la salud pública por la transmisión de enfermedades, así como un problema económico por el coste en la curación que conllevan dichas enfermedades y un problema social en la prevención de la misma. **CONCLUSIONES** Las garrapatas (*Ixódidos*) son los principales vectores y reservorios de numerosas enfermedades. La garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*) puede causar enfermedades a los animales y a las personas. La población debe ser consciente que en el momento en que se tiene un animal, se corre un alto riesgo de contagio de enfermedades.

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO OCUPACIONAL AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Autores:

FERNÁNDEZ MARTÍN, JM; GIMENO JORDÁ, MJ; LUCERNA MÉNDEZ, MA; MARTINEZ DE LA PLATA, JE; CANTO MANGANA, J y ACOSTA ROBLES, P.

Palabras Clave:

PROFILAXIS, VIH, TRABAJADORES

Resumen:

Objetivos: Describir las características de los accidentes de riesgo biológico ocupacional por exposición al VIH y evaluar su indicación según las recomendaciones del manejo de la exposición ocupacional del proceso asistencial integrado VIH/SIDA. Material y métodos: Estudio prospectivo desde enero 2006 hasta agosto 2011 de todas las dispensaciones de profilaxis postexposición ocupacional (PPEO) al VIH desde la consulta de pacientes externos de la farmacia de un hospital comarcal. Variables: demográficos, categoría profesional, servicio, carga viral (CV) del caso fuente, tipo exposición, lugar exposición, tipo riesgo, régimen PPEO usado, tiempo desde que se inicia y evolución de los pacientes. Los datos se recogieron del programa de dispensación de pacientes externos Dominion® versión 2.3, del programa de laboratorio Gipi® y de la historia clínica. Se evaluó que la recomendación de PPEO estuviera estratificada según exposición, fluido/material implicado, características del caso fuente y que fuera antes de las 72 horas postexposición. Resultados: Pacientes estudiados: 11. Edad media (años): 42. Hombres: 2 (18,8%). Categoría profesional: enfermería; 9 (81%), Otros: 2 (19%). Servicio: Medicina Interna; 6, Urgencias: 3, Otros: 2. CV caso fuente: 2 no disponibles, 4 indetectable, en 1 la serología fue negativa y 4 detectables (CV media=214976). Exposición por punción percutánea; 10 (90%); exposición cutáneo-mucosa: 1(10%). Riesgo exposición: bajo; 4, medio-alto: 2, alto: 5. Tipo PPEO: lamivudina (3TC) + zidovudina (AZT): 6, 3TC+AZT + efavirenz: 3, 3TC +AZT + lopinavir/ritonavir: 2. Administración 24 primeras horas: 7, administración 48 primeras horas: 4. No ocurrió seroconversión después de 4 semanas de PPEO. Discusión: La indicación y el tiempo de inicio de PPEO fue correcta en todos los casos excepto en uno donde la serología VIH previa fue negativa, por lo que se debe mejorar la coordinación entre el área de farmacia y prevención para asegurarse de que se ha realizado valoración previa por facultativo antes de su administración. La administración de triterapia coincidió con los casos de riesgo de exposición alto, lo que concuerda con las recomendaciones de GESIDA y CDC. Conclusiones: Aunque la estrategia más importante para reducir el riesgo de transmisión ocupacional al VIH es prevenir la exposición ocupacional, el seguimiento de las recomendaciones del manejo postexposición además de la notificación de las exposiciones ocupacionales son elementos clave en la seguridad de los trabajadores sanitarios

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PACIENTE POLIMEDICADO ACERCA DE SU MEDICACIÓN

Autores:

NIETO GUINDO, P; URQUIZAR RODRIGUEZ, O; MATEO CARRASCO, H; GIMENEZ RAMOS, M y FERNANDEZ GINES, F.

Palabras Clave:

ANCIANO, POLIMEDICACION, CONOCIMIENTO

Resumen:

Objetivos: Comprobar si los pacientes polimedicados mayores de 65 años que ingresan en el servicio de cirugía conocen su medicación. En concreto, comprobar si conocen la patología para la que ha sido prescrita la medicación, la posología y si afirma tomarla correctamente (de acuerdo a la posología prescrita). Material y métodos: Estudio descriptivo mediante una encuesta realizada al paciente polimedicado (más de 4 medicamentos), que ingresa en el servicio de cirugía. La encuesta, que en el caso de necesidad se hizo al cuidador responsable de su medicación, constaba de tres preguntas: ¿Para qué toma su medicación?, ¿conoce la posología?, ¿lo toma correctamente? (de acuerdo a la posología prescrita) Se entrevistó a un total de 52 pacientes (23 hombres y 29 mujeres), durante un periodo de un mes. Desde 1 de marzo a 31 de marzo de 2011. Resultados: De los 52 pacientes, 18 tomaban más de 7 fármacos. De estos 18, sólo 2 conocían la patología para la que tomaban cada uno de sus medicamentos. Sólo 9 conocían la posología y afirmaban tomarla correctamente. Los otros 34 consumían menos de 7 fármacos. En su gran mayoría, el 80% conocían bien la patología para la que tomaban cada medicamento. Del mismo modo, un 90% recordaban la posología, y la cumplían tal y como el médico la prescribió. Discusión: Es importante poner especial empeño para que los pacientes comprendan la posología de los tratamientos prescritos por el médico, y la patología para la que se lo están tomando, ya que eso mejoraría el cumplimiento terapéutico Conclusiones: En pacientes polimedicados, sobre todo para personas mayores de 65 años y que consumen más de 7 fármacos, es aconsejable utilizar unos regímenes posológicos sencillos del medicamento más eficiente, que faciliten su cumplimiento.

PROTOCOLIZACIÓN DE LA VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

Autores:

Torres Marín, MD; Caraballo Camacho, N; Palanco Parreño, A y Jiménez Márquez, MD.

Palabras Clave:

caídas rehabilitación prevención

Resumen:

Objetivos: Elaborar un protocolo que permita establecer el nivel de riesgo de caídas de los pacientes que acuden a tratamiento de rehabilitación. Identificar e implantar mecanismos para prevenir las caídas. Incrementar la seguridad del paciente a través de acciones específicas. Realizar acciones de mejora continua. Material y Método: Por parte del equipo investigador se realizó un análisis de la situación previa en la Unidad. Posteriormente, se presentó el informe en sesión clínica ante los miembros de la Unidad de Gestión Clínica Aparato Locomotor del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Las posibles áreas de mejora fueron debatidas hasta alcanzar el consenso de las que debían ser abordadas en el protocolo. Se realizó búsqueda bibliográfica para localizar protocolos basados en la evidencia que abordarán factores de riesgo de caídas y eficacia de las medidas de prevención. Resultados: Se elaboró un protocolo de valoración del riesgo de caídas para ser implantado en las salas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de nuestra Unidad. Dicho protocolo abordó las siguientes cuestiones: Valoración del riesgo de caída en los pacientes mediante la escala de Downton Clasificación de los pacientes en función del riesgo de caídas en tres grupos: Grupo I: Downton menor o igual a 3: sin riesgo de caída Grupo II: Downton igual a 4-5: alto riesgo de caída Grupo III: Downton mayor de 5: riesgo muy importante de caída. Asignación de una tarjeta de asistencia con códigos de colores para identificar el riesgo de cada paciente. Así el grupo I tendrá color blanco, grupo II color amarillo y grupo III color rojo. Colocación de las tarjetas. Las tarjetas de asistencia se colocarán en un expositor para comprobar visualmente el riesgo de caída de los pacientes que están recibiendo tratamiento en ese momento. Establecimiento de medidas preventivas específicas adaptadas a las características de cada paciente. Registro en la historia del paciente de su nivel de riesgo de caídas según escala de Downton, medidas preventivas adoptadas, respuesta del paciente y efectividad de dichas medidas. Registro de incidencia de caídas. Conclusiones: Este protocolo ha sido elaborado por el equipo multidisciplinar de profesionales que pertenecen a la Unidad de Gestión Clínica. Con su implantación pretendemos mejorar la seguridad del paciente que acude a recibir tratamiento rehabilitador mediante un análisis de su riesgo de caídas y la adopción de medidas preventivas derivadas de dicho análisis.

PROTOCOLO PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LOS TRATAMIENTOS DE ELECTROTERAPIA

Autores:

Caraballo Camacho, N y Navarro de la Noval, O.

Palabras Clave:

seguridad electroterapia fisioterapia

Resumen:

Objetivos: - Definir las normas de seguridad aplicables en el manejo de los aparatos de Electroterapia. - Protocolizar las revisiones apropiadas para garantizar la seguridad de los aparatos de electroterapia - Evitar tratamientos nocivos o ineficaces y efectos secundarios indeseables. **Material y Método:** Tras realizar un análisis de la situación de partida por parte del equipo investigador, se presenta éste en sesión clínica ante un grupo multidisciplinar consensuándose las áreas de mejora que deberían abordarse en el protocolo de seguridad para las salas de electroterapia. Se realizó búsqueda bibliográfica para localizar protocolos de seguridad basados en evidencia y resultados obtenidos con la implantación del mismo. **Resultados:** Se elaboró un protocolo de seguridad para su posterior implantación en las salas de electroterapia de la Unidad de Gestión Clínica Aparato Locomotor del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Dicho protocolo constó de las siguientes partes: Normas de seguridad generales referidas a la instalación eléctrica, cableado, características de la sala de tratamiento, condiciones de temperatura y humedad, distancia de separación entre los aparatos, limpieza de equipos, etc Normas de seguridad específicas de cada aparato utilizado: onda corta, microondas, magnetoterapia, láser, ultrasonidos, corrientes de baja y media frecuencia y lámparas de infrarrojos. Contraindicaciones absolutas y relativas de cada aparato. Mantenimiento reglado de aparatos de electroterapia, incluyendo las revisiones ordinarias, periódicas e inmediatas. Recogida y análisis de datos sobre accidentes y efectos adversos producidos tras la aplicación de tratamientos de electroterapia. **Conclusiones:** El proceso de elaboración del protocolo ha permitido la implicación y colaboración de todo el equipo que conforma nuestra Unidad de Gestión Clínica. Con la implantación de este protocolo pretendemos una mejora en la seguridad en las salas de electroterapia tanto para el paciente como para los profesionales que trabajan en ellas. Asimismo, pretendemos aumentar la calidad de los tratamientos aplicados al realizarse una protocolización que permite comprobar el correcto funcionamiento de los aparatos y evitar accidentes o efectos adversos.

LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL: ELABORACIÓN DE UN CATÁLOGO DE ALERTAS DE BIOSEGURIDAD

Autores:

REINA JIMÉNEZ, M; CARRANZA DOMÍNGUEZ, MD; VELASCO SÁNCHEZ, MA; ESTEPA OSUNA, MJ y PEINADO BARRASO, MC.

Palabras Clave:

Bioseguridad, Profesionales

Resumen:

Objetivos Mejorar la seguridad de los profesionales sanitarios identificando aquellos riesgos más frecuentes y graves, formulándolos como “Alerta de Bioseguridad”. Material y Método Para identificar y elaborar las Alertas de Bioseguridad del profesional se han seguido las siguientes fases de trabajo: - Análisis de los puntos críticos de seguridad (Mapa de riesgos de los profesionales). - Análisis metodológico de los eventos producidos: accidentes, lesiones-identificando el origen/causas. - Identificación los dispositivos que permiten la protección individual. - Elaboración de la ficha tipo de -Alerta de Bioseguridad- (siguiendo el esquema de Soluciones de Seguridad del Pacientes de la OMS): Nombre, Declaración del problema e impacto, Medidas de Seguridad y Equipos de Protección recomendados. - Formación general y específica a profesionales clínicos, gestores...etc. - Difusión activa y pasiva de las Alertas de Bioseguridad. -Resultados Actualmente disponemos de 6 alertas de bioseguridad -Alerta Nº 1 -Riesgo de lesiones por material corto-punzante-. -Alerta Nº 2 -Riesgo de caída-. -Alerta Nº 3 -Riesgo de proyección de fragmento, partículas o líquidos-. -Alerta Nº 4 -Riesgo de exposición a contaminantes biológicos-. -Alerta Nº 5 -Riesgo de contacto térmico-. -Alerta Nº 6 -Riesgo de sobreesfuerzos por movilización de pacientes y manipulación de cargas-. Una vez elaboradas se ha procedido a su inclusión en los procedimientos generales que actualmente se están revisando desde el área de calidad. Igualmente se están analizando 5 procesos asistenciales integrados para su inclusión y valoración. - Discusión Esta acción complementa el concepto de seguridad global del centro, en el que la seguridad del paciente y del profesional, sigue el principio de equidad. El formato de “Alertas de Bioseguridad” supone un sistema de identificación rápido, explícito y directo en las diferentes etapas de una práctica profesional concreta. - Conclusiones La seguridad del profesional se visibiliza de forma más explícita cuándo los riesgos a los que está expuesto están incluidos directamente en las herramientas que normalizan su práctica profesional.

DISMINUCION DE ERRORES PREANALÍTICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA.PROYECTO DE INVESTIGACION.

Autores:

ROMERO RUIZ, A; CAPARROS MIRANDA, I; COBOS DIAZ, A; CAMPOS GARRIGUES, A; JIMENEZ RUIZ, M y ZAMUDIO SANCHEZ, A.

Palabras Clave:

PREANALITICA, ERRORES, SEGURIDAD,

Resumen:

INTRODUCCION Y OBJETIVOS Dentro de las tres fases del periodo analítico (pre-analítica, analítica y post-analítica), es en la primera de ellas donde se detecta la mayor incidencia de errores. Se considera de gran trascendencia su detección y la identificación de las causas que los ocasionen, ya que pueden ser causa de errores clínicos y de insatisfacción, tanto de pacientes como de profesionales. Una de las explicaciones de estas cifras puede estar relacionada con la existencia de gran diversidad de profesionales de distintas disciplinas en este periodo. En nuestro centro se detectó empíricamente un elevado número de muestras rechazadas procedentes de atención primaria. La cantidad de errores encontrada aconsejó la realización de actividades encaminadas a disminuirla. El objetivo principal es conseguir disminuir el número de errores. Como secundarios, evaluar posibles diferencias en frecuencia y tipología de los errores en relación a la procedencia (urbana o rural) de las muestras, establecer cifras estandarizadas sobre el número de errores existentes y detectar mediante el empleo del AMFE las posibles fuentes de error. **MATERIAL Y METODO** Se diseña un estudio en dos fases. En la primera, empleando la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) se analizarán las fuentes potenciales de error describiendo la metodología necesaria para afrontar su disminución y se realizará un análisis descriptivo de errores y de sus posibles causas, empleando distribución de frecuencias y análisis AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos). En la segunda se realizará un ensayo cuasi experimental antes después, mediante la detección del número de errores procedentes de atención primaria durante un mes en todos los laboratorios de nuestro hospital; la realización de una intervención educativa, en forma de sesión de actualización clínica diferenciada por categoría profesional en todos los centros de salud de nuestra zona básica, y un nuevo recuento de los errores a los seis meses de finalizado el ciclo de sesiones. **DISCUSION Y CONCLUSIONES** En un primer paso se abordó una intervención educativa en el personal de enfermería, sin resultados concluyentes, lo que parece indicar que es necesario incluir a la totalidad de profesionales implicados en la preanalítica, junto con una adecuada identificación de los posibles factores causantes. Este proyecto puede contribuir a mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica.

CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

Autores:

Canto Mangana, J; Fernández Martín, JM; Martínez de la Plata, JE; Verdejo Reche, F; Urquizar* Rodríguez*, O* y Fayet Pérez, A.

Palabras Clave:

Nutrición Indicación Calidad

Resumen:

Objetivo El soporte nutricional parenteral por vía periférica constituye una opción para los pacientes que no pueden recibir alimentos en un período corto o como complemento de una dieta oral o enteral insuficiente. Sin embargo no está exenta de riesgos como flebitis, infección del acceso venoso o alteraciones hidro-electrolíticas, entre otros. El objetivo del estudio fue analizar la adecuación del uso de la nutrición parenteral periférica (NPP) a sus indicaciones: duración máxima recomendada 10 días y riesgo nutricional del paciente. Material y métodos Estudio retrospectivo llevado a cabo en un hospital comarcal de enero a mayo del 2011. Se analizaron todas las prescripciones de NPP de los servicios de Cirugía y Medicina Interna (MI). Datos recogidos: edad y sexo de los pacientes, duración de NPP, cifras de albúmina, colesterol, linfocitos y riesgo nutricional (RN) al inicio de la NPP. El RN de los pacientes fue calculado y clasificado mediante la escala CONUT. Se consideró no indicada la NPP cuando su duración fue superior a 10 días y el RN fue moderado o severo. Resultados Total pacientes: 45, hombres: 23 (51,11%). Edad media 74,44±17,1 años. Duración media de NPP: 5,51±3,31 días. Pacientes con duración superior a 10 días de NPP fueron 5 (11,11%). Albúmina media: 2,84±0,66 g/dl, colesterol medio: 149,79±50,13 mg/dl, recuento de linfocitos medio: 2427,33±7487,10 linfocitos/mm³. RN: severo 12(26,67%), moderado 16(35,55%), leve 12(26,67%), sin riesgo 5(11,1%). Pacientes sin riesgo nutricional o con RN leve y con duración menor a 11 días de NPP fueron 15 (33,33%). Discusión Sólo un tercio de las NPP prescritas se ajustaron a las indicaciones recomendadas, siendo el grado de desnutrición la principal causa de no adecuación. Este hecho puede ser debido a la avanzada edad de los pacientes, la cual se relaciona con un mayor grado de desnutrición en el ámbito hospitalario. Conclusiones La NPP puede constituir una alternativa eficaz para pacientes quirúrgicos y médicos como único aporte nutricional durante periodos cortos de tiempo o como suplemento a una dieta oral u enteral insuficiente, teniendo muy en cuenta el estado nutricional y los requerimientos nutricionales del paciente así como las posibles complicaciones derivadas de uso.

IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN EN UNA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA

Autores:

RAMOS SANCHEZ, ME; ASUERO MANTERO, MJ; VELEZ VAQUERO, ED; DE LA CORTE SANCHEZ, M; PEREZ ESPEJO, MP y DORADO HIDALGO, D.

Palabras Clave:

SEGURIDAD DEL PACIENTE BIOPSIA DE PROSTATA

Resumen:

OBJETIVO: Analizar nuestra actuación en la Consulta Externa de Urología en los pacientes que acuden a realizarse una biopsia prostática desde la implantación del Listado de Verificación (LV) en octubre del 2010. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Entre octubre del 2010 y agosto del 2011, hemos revisado todas las historias de los pacientes citados a biopsia prostática. **RESULTADOS:** Hemos revisado un total de 84 historias. El 97.62% tenían realizado el LV. Se realizaron 78 biopsias prostáticas (el 92.86%). Se suspendieron el 7.14% por no preparación correcta del paciente detectada durante la realización del LV. Detectamos 3 pacientes con alergias a diversos fármacos que previamente no teníamos constancia. Un paciente que NO se le realizó el LV, tuvo un cuadro séptico que precisó de ingreso hospitalario. **DISCUSION:** Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentables atribuibles a los mismos. Rodríguez-Patrón(2003), refiere que los pacientes que presentan fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ tras una biopsia prostática ascienden hasta el 4.2% y sepsis en el 0.2% de los casos. Bosquet(2006), concluye que el 12.7% de los pacientes tuvieron fiebre, y el 90% precisó ingreso hospitalario. Luján(2001) destaca la elevada proporción de pacientes que presentaron fiebre post-biopsia (el 11.5%), de los que el 1.9% tuvieron que permanecer hospitalizados más de 24 horas. El 12.8% de los pacientes precisaron asistencia médica por otras complicaciones. Tras la implantación del L.V. en la C.E. Urología, las complicaciones por fiebre, solo se dieron en el 1.19% de las biopsias realizadas, un porcentaje mucho menor que los estudios anteriormente citados. El resto de pacientes a los que se les realizó el L.V. no tuvieron ninguna complicación importante que precisara de atención sanitaria. El único cuadro séptico se presentó en uno de los pacientes al que no se le había realizado el L.V. **CONCLUSIONES:** La seguridad es un elemento clave en la prestación de una atención de calidad. La realización del L.V. en los pacientes sometidos a una biopsia prostática, nos ha permitido detectar pacientes que al no haber realizado la preparación previa correcta hubieran tenido muchas probabilidades de sufrir un evento adverso, que podría comprometer hasta su vida. Hemos incorporado en nuestra práctica, de forma efectiva, la seguridad, como un valor fundamental en la prestación de una atención de calidad.

MEDICIÓN DE LA HEMOLISIS IN VITRO COMO ESTIMACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS URGENTES DE UN AREA HOSPITALARIA

Autores:

Vazquez Rico, I y Castaño Lopez, MA.

Palabras Clave:

Calidad Preanalítica Hemólisis Extracciones

Resumen:

Objetivo: Comprobar si existen diferencias en cuanto a la hemólisis de las muestras en función de la prioridad y si existen diferencias entre los distintos servicios de nuestro centro. La hemólisis in Vitro es la primera causa de rechazo de muestras. Los motivos de la hemólisis son muy variados, influyendo varios ítems de la extracción, el transporte y el centrifugado pudiendo utilizarse como una medida global de la calidad preanalítica. Material y Métodos: Hemos analizado los Índices Hemolíticos (IHEMO) de las muestras del año 2010 junto a la información sobre su origen, y prioridad. Posteriormente hemos agrupado los datos de IHEMO en tres categorías: muestras no hemolizadas (IHEMO <100), con hemólisis leve (100-300), media (300-700) o elevada (>700). A su vez los datos los hemos agrupados según su prioridad y según su origen. Resultados: Analizando los IHEMO de las muestras según su prioridad (Ji Cuadrado) hemos comprobado que existen diferencias significativas ($p < 0,0001$). Posteriormente hemos comprobado (Test de Somers) que el índice hemolítico depende de la prioridad, es decir; existe mayor índice hemolítico en las muestras de urgentes que en las de rutina. Aplicando los mismos test hemos analizado los IHEMO de las muestras urgentes según su procedencia. Comprobamos que existen diferencias significativas ($p < 0,0001$) y que el índice hemolítico depende de la procedencia, es decir; existe mayor índice hemolítico en las muestras de urgentes procedentes del servicio de urgencias que en las muestras urgentes del resto del hospital y a medida que aumenta el índice hemolítico hay mayor proporción de muestras urgentes hemolizadas del servicio de urgencias. Discusión: En la calidad preanalítica hay muchos ítems que analizar pero la calidad de la muestra es sin duda el más importante, y el parámetro que más influye en ésta es la hemólisis producida durante su procesamiento. Los circuitos que siguen las muestras urgentes desde los diferentes servicios hospitalarios son comunes excepto en lo que respecta a la extracción de las muestras que en el servicio de urgencias se realizan mediante procedimientos no estandarizados que pueden favorecer la aparición de hemólisis. Conclusiones: Es necesario revisar los protocolos de extracción del servicio de urgencias, ya que pueden estar causando una incidencia de hemólisis y secundariamente de rechazo de muestras superior a la esperada.

IMPACTO CLÍNICO TRAS IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN DE DIGOXINA A TRAVÉS DEL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS

Autores:

FERNÁNDEZ LÓPEZ, C; MEDARDE CABALLERO, C; BELDA RUSTARAZO, S; ALVAREZ GONZALEZ, J; GARCIA SALMERON, A y CABEZA BARRERA, J.

Palabras Clave:

PROTOCOLO MONITORIZACION DIGOXINA

Resumen:

OBJETIVOS: 1. Describir la implantación de un protocolo para identificar pacientes hospitalizados susceptibles de monitorización por riesgo de intoxicación por Digoxina. 2. Evaluar el impacto clínico derivado de la implantación de dicho protocolo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Para elaborar el protocolo se realizó una revisión bibliográfica con objeto de establecer un algoritmo adecuado para identificar los pacientes susceptibles de intoxicación. Para evaluar el impacto clínico se realizó un estudio observacional retrospectivo de 6 meses de duración analizándose las intervenciones farmacéuticas realizadas siguiendo el protocolo implantado y registradas en el programa de dosis unitarias (Farmatools 2.4). Las variables analizadas han sido el número de intervenciones, tipo, aceptación o no de la recomendación farmacocinética y unidad de hospitalización. **RESULTADOS:** De acuerdo con la bibliografía consultada se decide realizar el seguimiento dos veces por semana de los pacientes hospitalizados que tuvieran prescrita Digoxina. Siguiendo el algoritmo, se identifican aquellos pacientes mayores de 75 años, con dosis de Digoxina de 0.25 mg/día y Creatinina sérica normal, a los que se les recomienda control de digoxinemia. Y pacientes mayores de 75 años, con dosis de Digoxina < 0,25 mg/día y Creatinina sérica elevada, a los que se les recomienda disminución de dosis o interrupción de la administración de Digoxina. En algunos casos no se hizo intervención y se continuó con el seguimiento de los pacientes. También se tenían en cuenta otras situaciones como son: el cumplimiento terapéutico, situaciones que alteran la respuesta al fármaco (hipopotasemia, hipomagnesemia, hipercalcemia) ó tratamiento concomitante con fármacos que interaccionan con Digoxina (Amiodarona). En total se han realizado 149 intervenciones, 98 aceptadas (65,8%), de las cuales 25 fueron recomendación de disminución de la dosis de Digoxina y 124 de control de niveles de la misma. **CONCLUSIONES:** La Digoxina es un fármaco ampliamente utilizado que presenta un estrecho margen terapéutico por lo que su monitorización es indispensable para mantener unos valores dentro de rango y evitar así una posible intoxicación digitalica. La implantación de este protocolo ha supuesto un mayor control y un aumento en la seguridad de los pacientes en tratamiento con Digoxina, lo que se puede traducir en una mejora de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes hospitalizados.

SESIONES FORMATIVAS A FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autores:

MOYA MOLINA, MA y COUSIDO MARTINEZ-CONDE, S.

Palabras Clave:

Sesiones Formación Familiares Alzheimer

Resumen:

OBJETIVO La Unidad de Neurociencias del H. U. Puerta del Mar, dispone de una Unidad de Demencias. Con objeto de transmitir la mayor información posible sobre la E. de Alzheimer, completando la iniciada en la consulta, se han puesto en marcha unas sesiones formativas dirigidas a familiares de enfermos de reciente diagnóstico. **MATERIAL Y MÉTODOS** Desde junio de 2009, con una periodicidad mensual y una duración de dos horas, se cita a los familiares en el salón de actos del hospital. Junto con los especialistas de la Unidad interviene un equipo multidisciplinar compuesto por médicos de familia, enfermeros gestores de casos, trabajadores sociales y representantes de la asociación de familiares de enfermos de Cádiz Durante las sesiones se abordan características generales de la enfermedad, terapias posibles, consejos prácticos a familiares y se describen los recursos socio-legales disponibles. Las sesiones terminan con un turno de preguntas. Tras cada sesión se administra una encuesta compuesta de cuatro preguntas, las tres primeras con respuesta múltiple y la cuarta de respuesta libre: ¿Le ha resultado útil esta charla?, ¿Cree que se deben mantener?, ¿Ha respondido a sus expectativas?, ¿Qué ha echado en falta?. **RESULTADOS** Hasta diciembre de 2010 se han llevado a cabo 15 sesiones (una por mes exceptuando agosto y septiembre, por el periodo vacacional). Han acudido 205 familiares de enfermos de Alzheimer. Al 98,52% de los asistentes le resultaron útiles las charlas, tanto en su totalidad (93,65%), como parcialmente (4,87%). La totalidad de los familiares opina que se deben mantener, aunque un 3,9% consideraba que con alguna modificación. El 84,4% de los asistentes consideró que la sesión había respondido totalmente a sus expectativas, mientras que para el 15,6% tan solo parcialmente. Los familiares que respondieron a la cuarta cuestión hicieron referencia a diferentes aspectos y reflexiones personales. **DISCUSIÓN** En vista de los resultados de las encuestas de satisfacción, la información que los familiares obtiene sobre la E. de Alzheimer en las consultas es muy limitada. Tras las sesiones, el conocimiento de la enfermedad y de los recursos disponibles proporciona una mayor seguridad. Esta iniciativa, tal y como está diseñada y llevada a cabo por el equipo multidisciplinar es pionera en Andalucía. **CONCLUSIONES** Consideramos que iniciativas como estas aumentan la calidad de la asistencia médica y la seguridad de los pacientes y familiares.

VALOR AÑADIDO DEL FARMACÉUTICO EN EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE QUIMIOTERAPIA

Autores:

Piñero G^a de Vinuesa MA, Prieto Callejero B, Sánchez Argáiz MC, Pérez Díaz I, Garrido Martínez MT, Grutzmancher Saiz S

Palabras Clave:

intervención farmacéutica, quimioterapia, errores medicación

Resumen:

Objetivo Describir y analizar los resultados de la intervención farmacéutica en el proceso de prescripción de la quimioterapia intravenosa en oncología. **Material y Método** La prescripción de la quimioterapia en la consulta externa de oncología se realiza de forma manual en un impreso autocopiable y se envía vía FAX a la unidad de elaboración de quimioterapia del servicio de farmacia. El farmacéutico responsable de dicha unidad valida e informatiza todas las prescripciones que se generan diariamente, comprobando que todos los datos son correctos (medicación, dosis, paciente, vía y/o técnica de administración, fecha de la administración). Ante cualquier duda sobre el tratamiento se pone en contacto con el médico prescriptor, registrándose todas estas intervenciones en una base de datos diseñada a tal efecto. **Resultados** Se han realizado un total de 31 intervenciones en el último año (periodo de estudio 24/09/10-24/09/11): 28 están relacionadas con errores de dosificación, 2 con errores por parte del farmacéutico (omisión involuntaria de algún medicamento) y sólo 1 está en relación con el esquema quimioterápico seleccionado. **Discusión** Uno de los problemas asociado a la prescripción manual de los tratamientos médicos son los errores de transcripción por ilegibilidad de las prescripciones. En la consulta de oncología el médico transcribe los tratamientos de un ciclo a otro manualmente. La informatización de la prescripción en el servicio de farmacia contribuye a la disminución de este error de transcripción. **Conclusiones** El servicio de farmacia contribuye en la prevención de los errores de medicación en la prescripción de la quimioterapia, añadiendo así calidad al proceso de prescripción. **Palabras claves:** intervención farmacéutica, quimioterapia, errores de medicación.

ELIMINACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS. INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS.

Autores:

Mesa Gallardo, MI; Alcalde Pérez, AJ; Alcántara Bellón, JD; Martínez Pérez, R; Gómez Salgado, J y Barba Fernández, R.

Palabras Clave:

residuos biosanitarios reciclaje seguridad profesionales

Resumen:

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de una intervención educativa en la reducción del peso de los Residuos Biosanitarios Especiales punzantes (RBE) eliminados en una UGC. **Material y Métodos:** **DISEÑO:** Estudio cuasiexperimental antes-después. Se realizó intervención educativa que consistió en el diseño de un poster en que se detallaba en que contenedor debía eliminarse cada uno de los residuos biosanitarios generados en el Centro de Salud. El poster fue pegado en los puntos donde se sitúan los distintos contenedores de desecho en todo el centro. La intervención fue realizada en Abril de 2010. En nuestra UGC hasta el mes de Abril de 2010 ampollas (residuo general asimilable a urbano) y agujas (residuo biosanitario especial punzante) se desechaban en el mismo contenedor (color amarillo). Esto hacía que el peso de los residuos fuese muy alto con el consiguiente incremento del gasto y riesgo para la seguridad de los profesionales dado que los contenedores se llenaban enseguida. Se midió desde Enero de 2009 (antes) hasta Mayo de 2011 (después), el peso (Kg) de residuos biológicos especiales punzantes (agujas) eliminados en contenedor de color amarillo. Se calculó la media de Kg de RBE eliminados en contenedores de color amarillo mensualmente en ese periodo. **RESULTADOS:** Durante el tiempo del estudio los residuos se han reducido. La media de Kg en año 2009 era de 37,3 Kg \pm 16,16 DE, en año 2010 era de 21,79 Kg \pm 9,69 DE y en el mes de Mayo de 2011 era de 16,80 Kg \pm 3,5 DE, siendo la reducción estadísticamente significativa ($p=0,000$ T Student para una muestra). **Discusión:** La eliminación en contenedores de productos biosanitarios especiales de residuos clase II o asimilables a urbanos es una práctica frecuente. No existen estudios con los que poder comparar nuestros resultados. La reducción del peso de los residuos biosanitarios especiales supone una reducción del coste de eliminación de estos residuos, cuyo precio es muy superior al de eliminación de residuos urbanos. Además contribuye a mejorar la seguridad de los profesionales. La educación a los profesionales y la concienciación sobre la eliminación de residuos ayuda a mejorar el medio ambiente al permitir el reciclaje del vidrio y el desarrollo sostenible. **Conclusiones:** Se produjo redujo significativamente el peso de los residuos (RBE) eliminados. Una intervención educativa puede ser útil para mejorar la eliminación de los residuos biosanitarios. Sería necesario estudio experimental controlado que permitiese evaluar mejor la eficacia de la intervención.

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE REUNIONES MULTIDISCIPLINARES EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA.

Autores:

Bejarano Alvarez, D*; Barón Franco, B.; Pérez Márquez, MM; Díaz Pérez, C.; Medero Rubio, F. y Pujol De la llave, E..

Palabras Clave:

seguridad paciente, sesiones multidisciplinarias

Resumen:

OBJETIVOS 1) Evaluar las sesiones multidisciplinarias realizadas en nuestro servicio de medicina interna. 2) Conocer la aceptación y utilidad de las sesiones multidisciplinarias entre el personal sanitario participante en ellas. **MATERIAL Y MÉTODOS** Se analizaron las actas disponibles de las reuniones realizadas desde Marzo de 2010 hasta Junio de 2011, donde se registran los pacientes comentados y las personas asistentes a dichas reuniones. Para evaluar la utilidad de estas sesiones se usaron encuestas de satisfacción diseñadas para este estudio, cumplimentadas por cada uno de los profesionales que asistieron. **RESULTADOS** Se analizaron un total de 18 actas de sesiones. Han participado distintos profesionales del ámbito sanitario. La asistencia a las reuniones correspondía a enfermería en un 34.4% DUEs, 33.8% AEs, médicos (11.7%), trabajadores sociales (5.5%), EGC (2.2%), auxiliares en prácticas (3.3%), etc. Por otro lado, se encuestaron un total de 30 profesionales sanitarios, de los cuales 13 eran enfermeros (43.3%), 13 auxiliares de enfermería (43.3%) 2 médicos (7%) 1 enfermero de enlace (3.3%) y un trabajador social (3.3%). El 76.6% del personal encuestado estaba muy satisfecho con las sesiones y un 20% satisfecho. En cuanto al impacto que supone la intervención multidisciplinaria, cabe destacar que un 73.3% opinaban que las sesiones podían ser muy útiles para el paciente y 16.7% útiles. El 51.7% lo consideraba muy útil para los familiares y un 37% útil. Un 90% lo consideraba muy útil para el personal sanitario y 10% útil. La calificación media global de las sesiones fue de 9.5 puntos y el 100% de los encuestados recomendarían las sesiones a otros compañeros. **DISCUSIÓN** El objetivo principal de estas reuniones, es la comunicación y la puesta en común para diseñar una intervención global y a la vez individualizada para cada paciente y sus necesidades, que permita una atención integrada, integral y segura, mejorando la calidad asistencial. Por ello, la introducción de esta herramienta de trabajo en equipo ha supuesto una amplia aceptación por el personal sanitario. **CONCLUSIONES** Concluimos que las sesiones multidisciplinarias realizadas, son una herramienta útil para mejorar la calidad asistencial, ayudando a entender el proceso en el que se encuentra inmerso el paciente, de manera integral y ayudando así a mejorar la seguridad del paciente. La satisfacción de los profesionales implicados, el bajo coste y los buenos resultados obtenidos nos llevan a recomendar que se puedan llevar a cabo en otros servicios de similares características.

INTEGRACION DEL EQUIPO Y MEJORA DE LA PRÁCTICA A TRAVÉS DEL BRIEFING

Autores:

Ruiz Plaza, JM; Sánchez Blanco, J; Márquez Crespo, E; Fernández Ortiz, V; Fabiani Rodríguez, F y Benítez Melero, D.

Palabras Clave:

Briefing, Equipo de Salud, Atención Primaria

Resumen:

Objetivos 1. Establecer la práctica sistemática del briefing en el equipo con la participación de todos los miembros. 2. Mejorar el clima emocional entre los miembros del equipo de salud. 3. Impulsar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de nuestro centro de salud. Material y Método Dentro de una UGC del Distrito Sanitario Sevilla Sur se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para impulsar la práctica sistemática del briefing, como una forma de relevo que implique a todo el equipo, en todas sus categorías. En el análisis de las fortalezas y debilidades se valora, a través de un grupo focal, la influencia en la dinámica del equipo de las reuniones diarias de briefing. Se elabora un documento audiovisual para la difusión en el equipo y en otras Unidades de Gestión Clínica. Resultados Los profesionales del grupo de trabajo consideran el briefing como una forma eficaz de apoyo a las estrategias de cohesión del equipo. La participación de varios miembros del equipo desde el principio puede implicar progresivamente al resto de los profesionales. Discusión Las reuniones con objetivos encaminados a gestionar el día a día contribuyen a la inclusión en el proyecto común, mejoran el clima emocional y consiguen mejores relaciones interpersonales. Conclusiones Las reuniones del equipo de atención primaria durante el relevo (briefing), con todos los grupos de profesionales, favorecen el sentimiento de pertenencia al grupo, la participación en sus objetivos y las buenas relaciones interpersonales. La temática que abordan implica a todos y mejora la seguridad de pacientes y usuarios. La sistemática de reuniones en cada cambio de turno permite, así mismo, que las reuniones de equipo con órdenes del día, más o menos extensas y complejas, sean más efectivas y frecuentadas. El nivel de relación en el nivel tanto formal como informal se enriquece entre los profesionales que participan.

USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS: REENVASADO EN DOSIS UNITARIA DE FORMAS FARMACÉUTICAS ORALES LÍQUIDAS

Autores:

Canto Mangana, J; Martínez de la Plata, JE; Maleno Tomás, ML; Torres Rodríguez, MC; Sánchez Céspedes, E y Urquizar* Rodríguez*, O*.

Palabras Clave:

Reenvasado Unidosis Calidad

Resumen:

Objetivo Describir el proceso de reenvasado y acondicionado de formas farmacéuticas orales líquidas (FFOL) en dosis unitarias que se realiza en nuestro hospital, tras la puesta en marcha de un protocolo de reenvasado. Material y métodos Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital comarcal desde enero a septiembre 2.011. El proceso de reenvasado se llevo a cabo ajustandose en todo momento a lo dispuesto en la Real Farmacopea Española y al Formulario Nacional. Se cuantificaron las FFOL elaboradas durante el periodo de estudio. Resultados Las FFOL fueron reenvasadas en dosis unitarias en el laboratorio de farmacotecnia del servicio de farmacia a partir del envase multidosis comercial. Previamente se estableció los medicamentos susceptibles de dosificación unitaria. Los fármacos seleccionados fueron: nistatina, codeína, risperidona, glucoheptonato de potasio, metoclopramida y paromomicina. Para cada fármaco fue definida una concentración estandarizada contenida en cada dosis unitaria. Los fármacos fueron acondicionados volumétricamente mediante bomba peristáltica (Baxa®), bien en jeringas de uso exclusivo oral o en vasitos según volumen de llenado. Posteriormente se procedió al cierre de cada envase y se etiquetaron incluyendo principio activo, concentración, volumen, lote de elaboración y la fecha de caducidad. FFOL elaboradas: nistatina 6082 unidades, codeína 101, risperidona 628, glucoheptonato de potasio 98, metoclopramida 381 y paromomicina 41. Discusión El reenvasado de FFOL constituye una práctica habitual en nuestro hospital con la que se persigue el uso seguro de los medicamentos, evitando la posibilidad de sobredosificación de dichos fármacos, muchos de los cuáles son administrados a pacientes especialmente susceptibles como son los niños o los ancianos por su facilidad de deglución. Además con la estandarización y protocolización del reenvasado de FFOL se obtiene un medicamento apto para el uso inmediato sin necesidad de manipulación previa asegurando una calidad óptima del medicamento. Otro aspecto destacable del reenvasado es el uso eficiente de los recursos y materiales, evitando que se desechen dosis de medicamentos y disminuyendo la carga laboral al personal de enfermería. Conclusión El reenvasado protocolizado y estandarizado de FFOL llevado a cabo en nuestro hospital se ha demostrado como una práctica eficiente y segura que hace posible la obtención de un medicamento en dosis unitaria de calidad.

FARMACOS SOUND ALIKE & LOOK ALIKE UN PROBLEMA DE SEGURIDAD**Autores:**

ALVAREZ GONZÁLEZ, J; SEBASTIAN PEREZ, L; CASSINI GÓMEZ DE CÁDIZ, V; ROLDÁN ESTURILLO, D; RUÍZ FUENTES, S y BELDA RUSTARAZO, S.

Palabras Clave:

FARMACOS SOUND ALIKE & LOOK ALIKE

Resumen:

OBJETIVOS Concienciar al personal sanitario de la importancia de clasificar e identificar los fármacos sound alike y look alike pertenecientes a la guía farmacológica de su centro de trabajo, así como las posibles soluciones y/o filtro de seguridad. Impulsar la posibilidad de reducir la lista de los fármacos sound alike y look alike. **MATERIAL Y METODO** ? Prohibición expresa de prescripción telefónica ? Recetas telemáticas ? Prescripción electrónica. ? Puesta en marcha y/o actualización de historia digital ? Compromisos con la industria sobre envasados ? Implicación del servicio de farmacia en la detección de fármacos potenciales y la publicación de una guía de aquellos fármacos susceptibles de ser confundidos. **CONCLUSIONES** La existencia de fármacos potenciales de ser confundidos bien por su fonética o por su apariencia es una realidad que no se puede obviar. Respecto a la fonética la solución mas obvia sería la obligación de prescripción informática y validación farmacéutica, donde la posibilidad de errores se ve drásticamente reducida. Sobre los fármacos look alike nuestra capacidad de respuesta es menor, pues la mayor parte de la responsabilidad depende de la industria. Ahí es donde podemos interferir en acuerdos con ella. Resulta de vital importancia que el servicio de farmacia esté implicado de forma implícita y realice a la mayor brevedad un listado de fármacos susceptibles de ser confundidos.

MEJORA DEL VÍNCULO DE APEGO MADRE-RECIÉN NACIDO: CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ.

Autores:

PEDRERO PALACIOS, C; GARCÍA GONZÁLEZ, S; DUARTE GONZÁLEZ, L y PRIETO SANTANA, M.

Palabras Clave:

HUMANIZACIÓN APEGO CONTACTO PIEL CON PIEL

Resumen:

OBJETIVOS: - Implicación del personal de paritorio del hospital Juan Ramón Jiménez en la mejora del vínculo de apego madre-hijo mediante el contacto piel con piel. - Aumentar la satisfacción de las usuarias tras este proceso. **MATERIAL Y MÉTODO:** Previamente al proceso se le informará a la mujer sobre proceso de contacto piel con piel, de todos sus beneficios y se le preguntará si lo desea realizar, teniendo en cuenta de que se procederá al mismo cuando sea un parto sin complicaciones materno-fetales. El recién nacido será puesto por la matrona en contacto piel con piel sobre el abdomen materno mientras se le seca con una toalla caliente estimulándolo. Se le pondrá un gorrito e identificará permaneciendo en todo momento en contacto con la madre. Se procederá a la ligadura tardía del cordón umbilical y al alumbramiento. El tiempo del contacto sin interrupción que se considera óptimo son dos horas y el mínimo de 60 minutos desde el nacimiento, con lo que durante el posparto también se seguirá el contacto piel con piel. Es preferible que la profilaxis de la vitamina K y la ocular se realicen cuando el bebé está amamantando. El registro que se llevó a cabo fue el partograma utilizado por las matronas en el cual se dejaba anotado la realización del contacto piel a piel. **RESULTADOS** Los profesionales del servicio de paritorio se implicaron y llevaron a cabo el contacto piel con piel en la medida en que las circunstancias lo permitieron y de esa forma potenciaron todos los beneficios materno-fetales que éste conlleva. Dejaron anotados en el partograma la realización del mismo. Se pudo observar un aumento en la satisfacción de las usuarias y un alto porcentaje de ellas aceptó la realización del contacto piel con piel tras explicarles sus beneficios. **DISCUSIÓN** Teniendo en cuenta la importancia del vínculo materno-fetal, sería adecuado que se realizase en todos aquellos casos donde sea posible. Dejarlo reflejado en el partograma es un buen indicador de calidad, y en un futuro se podría crear unos apartados dentro de éste en el que se indicara la duración del contacto piel con piel y de aquellos recién nacidos que inician la lactancia materna dentro de las primeras horas de vida anotar la hora del primer agarre. **CONCLUSIÓN** Se ha iniciado en este hospital la mejora del vínculo de apego madre-hijo que forma parte del proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, garantizando de esta manera la seguridad de la madre y del bebé y la participación activa de las madres y sus parejas.

BAREMACIÓN DE LA FORMACIÓN DESDE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS: EXPERIENCIA DE LA AGENCIA SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE

Autores:

ROSANO MORIN, C; DIONISIO FERNANDEZ, C; LEAL MONTOYA, M; ZUFRI RODRIGUEZ, G; MARTINEZ COBOS, D y RUIZ GONGORA, J.

Palabras Clave:

Gestión por competencias, Baremación, Calidad

Resumen:

El baremo de méritos es una herramienta empleada en la cobertura de puestos en el SSPA, para establecer un orden de prelación en la contratación y como una fase del proceso de selección. En nuestra organización, hemos evolucionado esta herramienta, encuadrando la baremación de la formación en el Modelo de Gestión por Competencias. De este modo garantizamos: -La incorporación de profesionales con un mayor ajuste al puesto, reduciendo los tiempos de adaptación y la formación inicial requerida en el puesto. -La gestión del bagaje competencial, en cuanto a formación de nuestros profesionales, y la gestión de su conocimiento. Solo seleccionando, y conociendo el potencial de nuestros profesionales podremos dar una óptima respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía. Objetivos -Desarrollar un modelo de baremación de la formación adecuándolo a perfiles profesionales. -Ponderar la formación según sea genérica, transversal o específica a en función de las Buenas Prácticas de los Manuales de Competencias. -Evolucionar del modelo tradicional de baremo hacia una herramienta de gestión por competencias alineada con los Planes de Calidad del SSPA. Material y Método: Mapa de Competencias. Modelo Autobaremo. Manuales de Acreditación de Profesionales. Resultados. Diseño e implantación de una herramienta para la identificación de las competencias técnicas requeridas en los diferentes perfiles. La baremación, junto con otros instrumentos de evaluación, vehiculizan la selección por competencias. Discusión. Tras analizar los resultados consideramos que la baremación de la Formación por Competencias es una herramienta más de gestión, que favorece la efectividad de procesos relativos a profesionales, lo cual redundará en el destinatario finalista de una entidad sanitaria: La calidad asistencial. Desde nuestra experiencia consideramos que el modelo alberga un gran potencial. Lo crítico del mismo estriba en definir los criterios de transversalidad, pudiendo ser inter-categoría o inter-área, en función de las necesidades organizativas. Conclusiones. Esta herramienta debería alinearse al Modelo de Gestión por Competencias promovido por el SSPA, ajustándose a las vivas necesidades de las organizaciones y sus carteras de servicios. Las entidades han cambiado, hoy en día integran en sus equipos de trabajo personas, preocupadas y ocupadas en dar un servicio de calidad, esto es cada vez más posible adecuando las distintas herramientas que posibiliten el ajuste de los profesionales.

ÁREAS DE MEJORA: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES

Autores:

Legaz Domench, I; Pérez Pérez, P; García Megido, G; Barrera Becerra, C; Santana López, V y Dotor Gracia, M.

Palabras Clave:

Seguridad del paciente, Indicadores, Hospitales

Resumen:

OBJETIVOS: Detectar áreas de mejora para la seguridad del paciente (SP) en los hospitales andaluces. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 2010. **Población:** 45 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), incluyendo los pertenecientes a las 9 áreas de gestión sanitarias y los 15 de las 4 agencias públicas empresariales sanitarias. **Instrumento:** Cuestionario basado en los indicadores para la SP del SNS. **Variables:** Indicadores de gestión de riesgos, identificación inequívoca, úlceras por presión (UPP), infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS), cirugía segura y seguridad de los medicamentos. **RESULTADOS** Tasa de respuesta de los cuestionarios: 100%. Porcentaje de hospitales con: ?Sistema de notificación y aprendizaje de incidentes: 97,8%. ?Comisión de seguridad: 93,3%. ?Protocolos de identificación de pacientes: 100% ?Protocolos de prevención y tratamiento de UPP: 91,1% ?Sistema para medir prevalencia/incidencia de IRAS: 91,2%/97,1% ?Listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) implantado: 88,9% ?Protocolo para medicamentos de alto riesgo: 86,7% ?Protocolo para conciliar la medicación: 44,4% ?Cuestionario realizado de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos: 17,8% **DISCUSIÓN:** ?Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la SP de ámbito general se suelen utilizar a nivel de todo el centro y los específicos (errores de medicación, reacciones adversas, hemovigilancia, quimioterápicos, caídas, cirugía, anestesia?), a nivel de las unidades de gestión clínica. Sería necesario potenciar un mayor uso del sistema de gestión de incidentes del Observatorio para la SP, así como el análisis de los mismos por parte de la comisión de seguridad del centro y compartir las medidas de mejora desarrolladas para reducir el riesgo. ?Los hospitales participan en el EPINE (Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales), ENVIN (Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva), en los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero. ?Se debe potenciar el uso seguro de la medicación mediante la realización del cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales y el establecimiento de protocolos para la conciliación de la medicación al alta.

POR EL BUEN CAMINO: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS EN LOS HOSPITALES

Autores:

Irastorza Aldasora, MA; Legaz Domench, I; Limón Mora, J; García Megido, G; Santana López, V y Suárez Alemán, G.

Palabras Clave:

Higiene de las manos, Indicadores, Hospitales

Resumen:

OBJETIVOS: Evaluar los indicadores para la higiene de las manos (HM) propuestos por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los hospitales andaluces. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: año 2010. Población de estudio: 45 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), incluyendo los hospitales pertenecientes a las 9 áreas de gestión sanitarias (AGS) y los 15 hospitales de las 4 agencias públicas empresariales sanitarias (APES). Instrumento: Cuestionario basado en los indicadores para la HM del SNS. Variables: Camas con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención al paciente, hospitales con actividades formativas, hospitales con evaluación de la HM. **RESULTADOS** Tasa de respuesta: 100%. El 90,7% de las camas de hospitales y el 94,2% de las camas en las unidades de cuidados intensivos, poseen preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención al paciente. Todos los hospitales han realizado actividades formativas sobre prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria y los 5 momentos para la HM. El 64,4% de los hospitales ha realizado la evaluación del nivel de cumplimiento de la HM en su centro mediante la observación directa de los 5 momentos o de alguno de ellos. El 80% de los hospitales ha cumplimentado el cuestionario de autoevaluación de la HM. **DISCUSIÓN** Los hospitales del SSPA obtienen buenos resultados en cuanto a los indicadores relacionados con la HM. No obstante, sería necesario fomentar la realización anual del cuestionario de autoevaluación de la HM con el fin de valorar estructuras, formación, evaluación y retroalimentación, uso de recordatorios y clima institucional de seguridad, así como la monitorización del nivel de cumplimiento mediante la observación directa de los 5 momentos o de alguno de ellos. **CONCLUSIONES:** Los hospitales andaluces van por el buen camino en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones sobre la HM. No obstante, es un tema de tanta relevancia que se debe seguir trabajando sin bajar la guardia.

IDENTIFICANDO NECESIDADES: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Pérez Pérez, P; Irastorza Aldasoro, MA; Barrera Becerra, C; Vázquez Vázquez, M; Suárez Alemán, G y Dotor Gracia, M.

Palabras Clave:

Seguridad del paciente, Indicadores, Atención primaria

Resumen:

OBJETIVOS: Identificar necesidades para evaluar seguridad del paciente en atención primaria de la comunidad autónoma de Andalucía. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: año 2010. Población de estudio: 33 distritos de atención primaria, incluyendo las 9 áreas de gestión sanitaria. Total de centros: 1452. Instrumento: Cuestionario basado en los indicadores para la seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS). Variables: Indicadores de gestión de riesgos e higiene de las manos (HM). **RESULTADOS** Tasa de respuesta del cuestionario: 100%. Resultados: El 100% de los distritos posee un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes y el 69,7%, comisiones de seguridad. El 90% de los centros de atención primaria (n=1307) ha realizado alguna actividad formativa sobre la HM durante el año. El porcentaje de centros con preparados de base alcohólica en envases de bolsillo para la atención domiciliaria es del 95,9% (n=1393). **DISCUSIÓN:** Los resultados muestran que la seguridad del paciente es un tema que está calando de forma paulatina en la atención primaria. Los comentarios recogidos en los cuestionarios reflejan la necesidad de establecer más indicadores sobre seguridad del paciente en atención primaria, dirigidos específicamente hacia las unidades de gestión clínicas y los profesionales. **CONCLUSIONES** Se deberían establecer más indicadores para evaluar la seguridad del paciente en atención primaria. Estos indicadores deberían medir estructuras y recursos, procesos y prácticas seguras y resultados para el paciente y la organización.

ANÁLISIS DE TERAPIA DE FIBRINOLISIS EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA MEDIANTE EL CMBD PARA UNA ASISTENCIA SANITARIA DE CALIDAD.

Autores:

DIAZ GALLARDO, AJ; OSUNA CORTES, MC; CASTILLA DOMINGUEZ, EJ; URAN GARCIA, JE; FUENTES CARMONA, G y PALMA JAPON, MA.

Palabras Clave:

CMBD, TERAPIA FIBRINOLISIS, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Resumen:

Objetivos 1. Determinar los episodios CMBD con terapia de fibrinólisis y cardiopatía isquémica 2. Diferenciar los distintos estadios o tipos de la terapia 3. Evaluar resultados Material y método 1. La terapia de fibrinolíticos en cardiopatía isquémica en ocasiones es vital para mejorar el pronóstico del paciente y evaluar la actuación profesional 2. Para confeccionar el CMBD, variables clínicas, se utiliza la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) 3. Proceso a. Período Analizado: CMBD HURS Enero-Junio 2011 b. Ítems Analizados i. Episodios coincidentes con los códigos 1. Diagnósticos a. 36.04 Infusión arterial intracoronaria de trombolítico b. 99.10 Inyección o infusión de agente trombolítico 2. Procedimientos a.411.1 Síndrome coronario intermedio b.410 Infarto agudo de miocardio c.Se añadió a la búsqueda, para conocer los pacientes inicialmente tratados en otro centro, el código diagnóstico i.V45.88 Estado posterior a la administración de tPA (rtPA) en una institución diferente dentro de las últimas 24 horas previas a la admisión en la institución actual d.Fuente de datos: CMBD del Hospital universitario Reina Sofía, de Córdoba Resultados 1. Episodios de hospitalización totales con fibrinólisis: 57 a.Terapia intracoronaria: 6 b.Terapia intravenosa: 27 2. Episodios de INFARTO DE MIOCARDIO con fibrinólisis: 56 3. Episodios de ANGINA: 1 4. Episodios con FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA: 24 Discusión 1. El número de episodios con fibrinólisis extrahospitalaria es el 42% del total de los ingresos analizados, pero? ¿Podría haber más casos que no quedan bien reflejados? 2. En el caso de la terapia intrahospitalaria, destaca la casi totalidad de los casos como IAM, a excepción de una sola angina inestable. ¿Podría haber una ?distorsión? del lenguaje clínico utilizado que no se traslada ?fielmente? a la CIE-9-MC? 3. La terapia intrahospitalaria más utilizada (82%) es la terapia intravenosa. ¿Son todas las que están y están todas la que son? Conclusiones 1. Es importante para la organización sanitaria y para los servicios clínicos el Disponer de la mejor información posible que le posibilite la toma de decisiones adecuada y pertinente en cada momento 2. Es necesaria la interrelación continua entre los servicios clínicos y documentación clínica para optimizar la recogida de la información 3. Una formación e implicación profesional continua y evolutiva supone más calidad en los procesos 4. La calidad asistencial dada al paciente sería el último fin de todo este proceso

REGISTRO Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACION EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores:

Toro Santiago, J; Corrales Mayoral, MT y López Malo de Molina, MD.

Palabras Clave:

notificación eventos adversos medicación

Resumen:

OBJETIVO Analizar los eventos adversos declarados de forma voluntaria en los últimos tres años relacionados con los errores de medicación. Describir las actividades desarrolladas en aquellas áreas deficitarias y dirigidas a ayudar a minimizar la aparición de errores en el proceso de administración de medicación. **MATERIAL Y METODO** La Subcomisión de Registro y Análisis de Eventos Adversos (SRAEA) remite a la UGC de Farmacia los errores de medicación declarados para su análisis. Tras su valoración, desde la UGC de Farmacia se emite un informe de cada uno de los eventos y lo envía tanto a la SRAEA como a la unidad implicada. Estos informes detallan tanto los elementos deficitarios que han dado lugar al error como aquellas actividades de mejora adecuadas para minimizar su aparición. **RESULTADOS** El número de declaraciones en el año 2010 fue de 77. En el primer semestre de 2011 la cifra se sitúa en 94, si bien se ha duplicado al número total de Eventos Adversos declarados. Durante este tiempo las actividades de mejora implantadas han sido: Revisión de los stock de las unidades. Revisión de los procedimientos relacionados con el manejo y administración de medicación. Realización de Mapas de Riesgos en la administración de medicación. Diseño y realización de una aplicación informática para la administración segura de medicación. **DISCUSION** El proceso de administración de medicamentos es complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Existen, por tanto, múltiples posibilidades de prevenirlos y se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos. Los informes de la UGC de Farmacia sobre cada uno de los eventos declarados recogen los aspectos clave para la seguridad del paciente, de modo que el proceso de utilización de medicamentos y en concreto la administración de los mismos, sea segura. **CONCLUSION** Es difícil evaluar el impacto a corto plazo de las medidas implantadas por las distintas unidades. El número de declaraciones ha aumentado. No obstante, los porcentajes sobre el total se han mantenido estables. No hay que dejar de señalar que prácticamente en su totalidad las declaraciones han sido realizadas por enfermería con lo que existe un cierto sesgo en el estudio.

IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO EN LA DEVOLUCION DE FÁRMACOS DESDE LAS UNIDADES Y ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS NEGATIVAS

Autores:

ZAFRA FERNANDEZ, JL; TORO SANTIAGO, J; CORRALES MAYORAL, MT; PÉREZ LORENTE, I; DE LA TORRE BARBERO, MJ y LOPEZ MALO DE MOLINA, MD.

Palabras Clave:

DEVOLUCIONES SEGURIDAD CIRCUITOS ESTRATEGIAS

Resumen:

OBJETIVO: Analizar las devoluciones incorrectas de medicamentos tras la implantación de un procedimiento para detectar áreas de mejora y diseñar actividades dirigidas a minimizar su aparición. **MATERIAL Y MÉTODO:** En la UGC de Farmacia se tenía la hipótesis de que el número de devoluciones de medicamentos desde las unidades era muy elevado, no seguía ningún criterio para su realización y se ponía en riesgo la seguridad del paciente. Se decidió elaborar un procedimiento que garantizase que las devoluciones de medicamentos se hicieran correctamente. Se procedió a difundir el procedimiento por las unidades y se elaboró un registro, por parte de la Supervisión de Farmacia para llevar un control de las incidencias que pudieran afectar negativamente al proceso. **RESULTADOS:** Las incidencias recogidas son: 1.- Devolución sin documento(30,8%) 2.- Devolución en lugar incorrecto(1,6%) 3.-Devolución en recipiente no apropiado (0%)4.- Devolución de medicamento termolábil incorrecta(20%) 5.- Devolución en los cajetines de Unidosis incorrecta(25%) 6.-Devolución de medicamentos caducados incorrectamente(24,1%) 7.-Devolución en días no correctos(O,1%) **DISCUSIÓN:** El proceso de administración de medicamentos es complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas del proceso. Existen, por tanto, estrategias para prevenirlos. Una de las áreas deficitarias en el proceso del uso seguro del medicamento está en la devolución de fármacos desde las Unidades al Servicio de Farmacia. **CONCLUSIONES:** Con la implantación de este procedimiento y el registro de las incidencias negativas se podrán reconocer áreas de mejora en el circuito establecido para las devoluciones así como elaborar estrategias dirigidas a corregirlas.

TRABAJO DE INVESTIGACION SEGURIDAD AMBIENTAL EN EL PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO. PRESENTACION DE RESULTADOS

Autores:

HERRADA DELGADO, MJ; LOBO DIAZ, MI; RODRIGUEZ ROJAS, MD y ALONSO ROMERO, A.

Palabras Clave:

NIÑO SEGURIDAD CUIDADOS CALIDAD HOSPITALIZACION

Resumen:

JUSTIFICACIÓN La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades ineludibles a la hora de garantizar una atención sanitaria de calidad. Nuestro propósito ha sido realizar un trabajo de investigación sobre la seguridad ambiental del niño durante su hospitalización. Durante el primer semestre de 2011 hemos realizado un protocolo de investigación y lo hemos puesto en práctica. Se presenta en esta comunicación los resultados obtenidos, enfocados a la efectividad del protocolo, las conclusiones y propuestas de mejora. **OBJETIVOS** Objetivo General: Mejorar la calidad de los cuidados y optimizar la seguridad de los niños ingresados. Objetivos Específicos: Estandarizar el uso de la taxonomía enfermer@ sobre prevención de caídas/lesiones/traumatismos y hacer participe a paciente y/o cuidador. **MATERIAL Y METODO** -El proyecto es un estudio cuasiexperimental, se ha desarrollado en la U. de Pediatría del Hospital de Riotinto desde el 15/01/11 hasta 15/06/11, se recogieron los datos para el proyecto y en el segundo semestre de 2011 se hace el análisis , conclusiones y propuesta de mejoras. -La población objeto de estudio son los niños menores de 7 años. -Las variables son: Sexo, Edad, Factores y Nivel de riesgo y Taxonomía NANDA-NIC-NOC. -Instrumentos de medida: Escala de riesgo, documento enfermera de recogida de datos y encuesta a los padres. **RESULTADOS** Los resultados recogidos destacan los factores de riesgo, los diagnósticos y las NIC-NOC más frecuentes. **EVALUACION**. Del Proceso: se hacen modificaciones en la estructura del documento de recogida de datos y en los factores de riesgo. Se introduce como mejora un protocolo de traslado desde el S. de Urgencias a la U. de Pediatría, dado que el factor de riesgo que más se repetía era ¿transporte en brazos de la madre?. Limitaciones del proceso: La estructura de nuestro trabajo en turnos. El estudio se ha realizado en horas de trabajo y no ha tenido dedicación exclusiva, no está financiado. Las vacaciones y el personal sustituto y no ha colaborado todo el personal de la unidad **De los Resultados:** Con las mejoras introducidas se han conseguido resultados óptimos para realizar el estudio y minimizar algunos factores de riesgo. **CONCLUSIONES** Los resultados nos confirman la efectividad del protocolo y nos permite seguir trabajando con calidad. Se propone, como mejora protocolizar los registros y la escala de riesgo empleada en el estudio.

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAUDETE

Autores:

Ballesteros García, L y Muñoz Segura, C.

Palabras Clave:

Higiene de manos, evaluación, A. Primaria

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La implementación de un programa en higiene de las manos en los centros sanitarios es una de las estrategias más importantes priorizadas a nivel mundial por la OMS ¿un cuidado limpio es un cuidado seguro?, así como por el observatorio para la seguridad del paciente en Andalucía. La medición de la eficacia de los cambios introducidos para mejorar la higiene de las manos y la reducción de la infección asociada a atención sanitaria requiere la formación y adiestramiento necesarios para dar respuesta a una de las etapas claves que es la evaluación de los conocimientos y las prácticas de la higiene de las manos en los trabajadores sanitarios en contacto con el paciente para mantener un adecuado nivel de higiene de las manos y una gran motivación en ellos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos realizado un total de 67 observaciones. El nº total de sesiones realizadas en la evaluación del grado de adherencia a la práctica de la higiene de manos ha sido de 9, de 20 minutos de duración media por sesión. En ellas se han evaluado 19 profesionales. Por categorías profesionales han participado 4 personal de enfermería, 5 A. enfermería, 3 FEA. **RESULTADOS:** El indicador de cumplimiento general en el centro ha sido: 49,3 %. Al comprobar si llevaban o no guantes solo el 1,5% los llevaba puestos. Al evaluar la técnica vimos que en el 61,1% de las veces que se realizó no fue correcta, siendo correcta en el 38,8%. Si lo analizamos por categoría encontramos porcentajes similares entre las categorías de facultativos/as y Enfermería estando en torno al 40% de realización correcta. **DISCUSIÓN:** Tras el análisis de los datos hemos encontrado un grado de cumplimiento se delante al encontrado en otros centros, sin embargo, es importante evaluar la realización de la técnica correcta ya que esto asegura una higiene de manos correcta y segura. En nuestras observaciones encontramos un alto porcentaje de técnica incorrecta **CONCLUSIONES:** Se observa un aumento del grado de cumplimiento en todas las áreas asistenciales reevaluadas. Por categoría sigue destacando el cumplimiento de enfermería con un 63.41% por encima de la media. En el análisis global, el cumplimiento más bajo por indicación es ¿antes del contacto con el paciente? con un 40.82%, seguido de ¿antes de la tarea aséptica? con un 58.33%. Será necesario recordar e incidir en la realización de talleres prácticos para interiorizar la técnica correcta de higiene de manos como una buena práctica habitual.

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

Autores:

Ballesteros García, L; Tornero Lopez, MC y Rustarazo , Y.

Palabras Clave:

vías periféricas, evaluación, protocolo

Resumen:

INTRODUCCIÓN: Los catéteres vanosos periféricos son los dispositivos más utilizados para el acceso vascular. Aunque el riesgo de complicaciones infecciosas locales y sistémicas puede parecer bajo, las complicaciones infecciosas graves provocan una morbilidad anual considerable, debido a la frecuencia con la que se usan. El objetivo de este protocolo es aplicar los conocimientos actuales interdisciplinarios estandarizados, contrastados y validados en el uso de los CVP para prevenir sus complicaciones, **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza la revisión y seguimiento de 76 inserciones de vías periféricas en enfermos hospitalizados de UCI y de hospitalización. Se observan variables clave para objetivar el cumplimiento del protocolo como días de estancia del paciente, cambio de vía periférica, motivo de la retirada (alta del paciente, cumplimiento de protocolo, complicaciones como extravasación, pérdida de vía, aparición de flebitis, etc). Se calcula el porcentaje de cumplimiento y se pasa información a la dirección de enfermería para identificar áreas de mejora **RESULTADOS:** El 55% de las vías revisadas fueron retiradas antes de los 4 días y el 45% permanecieron más de 4 días. Los motivos de retirada en vías de < de 4 días fueron: Alta hospitalaria (70%), flebitis (12%), Extravasación 0%, pérdida de vía 6%; los motivos de retirada en vías de >4 días fueron: 62% Alta, 13% extravasación, 6% flebitis, 6% pérdida. NO hay diferencias significativas en los motivos de retirada entre Hospitalización y UCI. En ningún caso se evidencia en la historia la retirada de vías por cumplimiento del protocolo. **DISCUSIÓN:** La implementación de un protocolo consensuado y comunicado como es el de inserción de cateteres vanosos periféricos en nuestro centro nos permite actuar de manera uniforme, basada en la evidencia científica y limitando la variabilidad, sin embargo, si los registros son deficientes es muy difícil conocer el grado de cumplimiento óptimo y si ese cumplimiento disminuye las complicaciones que es el principal objetivo de dicho protocolo. **CONCLUSIONES:** El principal motivo de retirada del cateter periférico es el alta del paciente. Hay un porcentaje elevado de retirada de catéteres (< y > 4 días), sin especificar la causa. Deficiencia en el registro en la historia clínica de cambio de VP por PROTOCOLO, con ello ponemos de manifiesto que una recomendación con evidencia grado B no se recoge en la historia clínica con lo que es muy difícil conocer el grado decumplimiento del mismo.

DISMINUCIÓN DE LA TASA DE CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:

RIVERO TORREJON, A; LUNA MACIAS, M; GARCIA TAPIA, A y RODRIGUEZ IGLESIAS, M.

Palabras Clave:

HEMOCULTIVOS, CONTAMINACION, SEGURIDAD

Resumen:

Objetivos: La tasa de contaminación de hemocultivos es un indicador de calidad cuya medición resulta de gran utilidad para corregir procedimientos preanalíticos potencialmente incorrectos. Según los registros conservados en este laboratorio, la tasa en 2007 fue de 10,2%, la cual puede considerarse elevada para los estándares establecidos. Por ello se diseñó una acción correctora basada en la formación del personal utilizando diversas estrategias. **Material y Método:** Por la característica de referente provincial, este hospital, asiste a pacientes con situaciones de predisposición a la infección y, en los cuales, el desarrollo de un cuadro séptico es un proceso frecuente. El hemocultivo es el procedimiento habitual para el diagnóstico del cuadro séptico. Anualmente se reciben más de 7.000 tomas de hemocultivos en forma de dos parejas de frascos por paciente. Se considera una toma potencialmente contaminada cuando crecen bacterias habituales de la piel de forma aislada en alguno de los frascos. Para mejorar el indicador se realizaron las siguientes acciones: a) cambios en el tipo de frasco y en los procedimientos de extracción e incubación, b) cursos de formación para la correcta toma de la muestra y c) evaluación de los cursos formativos mediante sesiones en los servicios clínicos implicados. **Resultados:** En mayo de 2010 se impartieron dos ediciones de formación en procedimientos preanalíticos acreditados por ACSA al que asistieron 143 profesionales sanitarios. A primeros de 2011 se realizó el cambio de frascos, así como una extracción que minimiza el riesgo de contaminación. De forma simultánea comenzaron a realizarse una serie de sesiones educativas en el que se repasaron conceptos, evaluándose los conocimientos de la actividad formativa y se resolvieron dudas. Se diseñaron hojas informativas en tamaño poster y A4 sobre el procedimiento adecuado y se difundieron en la intranet del hospital junto al procedimiento normalizado de trabajo. Como consecuencia de todo ello las tasas de contaminación, que ya se habían reducido al 7,8 en 2008 y al 6,9 en el 2009, siguen reduciéndose, con 6,6 en el 2010 y un descenso importante (5,9%) en el primer semestre del 2011. **Conclusiones:** El uso de herramientas formativas combinadas a cambios en los procedimientos preanalíticos ha contribuido al descenso de la tasa de contaminación de hemocultivos de un 10,2% en el 2007 a un 5,9% en el primer semestre de 2011, resaltando la importancia de esta metodología en la mejora de la calidad en seguridad del paciente.

NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO. COMPARTIENDO INFORMACIÓN.

Autores:

Pérez Pérez, P; Vázquez Vázquez, M; Santana López, V; de Burgos Pol, R; Castillo Ferrando, JR y Merino Kolly,

Palabras Clave:

Seguridad, Gestion de incidentes

Resumen:

Objetivos: Analizar los incidentes de seguridad del paciente relacionados con la medicación (ISM) y las acciones de mejora desarrolladas, comunicados por profesionales y pacientes en un sistema de notificación y gestión de incidentes de seguridad (SNGI) on-line. Metodología: SNGI nacional, voluntario, anónimo, confidencial y no punitivo, accesible para profesionales y pacientes y adaptable a cualquier nivel asistencial y entorno organizativo. Terminología basada en el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (Organización Mundial de la Salud). Variables estudio: ISM. Notificador. Procedencia. Causa. Efecto. Características del paciente. Resultado para el paciente. Acciones de mejora (AM). Periodo de estudio: 05/08-08/11. Resultados: 896 notificaciones (786 realizadas por profesionales/110 por pacientes). 185 ISM (173/12). Procedencia: 93 atención hospitalaria (84/9), 74 atención primaria (71/4). 150 ISM tiene como causa un error de medicación (142/8). 29 ISM tiene como efecto una reacción adversa (27/2). Resultados para el paciente: 103 ninguno (94/9), 49 leve (46/3), 33 moderado-grave (33/0). Características del paciente: 72 mujeres (68/4). AM adoptadas para reducir el riesgo: formación (18/2), mejorar cultura de seguridad (n=10), ayuda/supervisión en la administración (9/2), proporcionar ayuda adecuada (n=9) y educación al paciente (8/2). Discusión: El SNGI que se presenta permite la notificación de incidentes por parte de profesionales y pacientes y la gestión de los ISM tanto por parte del centro o unidad donde se producen, como por parte del Instituto para el uso seguro de la medicación y el Centro andaluz de farmacovigilancia. El análisis de los ISM adquiere gran importancia, ya que suponen el 20% de todas las notificaciones recibidas. La gestión del ISM por parte de los centros incluye el análisis exhaustivo a nivel local del incidente, factores contribuyentes y medidas de detección y la identificación y puesta en marcha de AM que permitan reducir o minimizar los riesgos. Además el SNGI permite compartir y difundir las soluciones desarrolladas por los centros, vía on-line y a tiempo real. Conclusiones: El SNGI es una fuente de aprendizaje que permite analizar exhaustivamente y a nivel local los incidentes notificados y compartir con otros centros los AM puestas en marcha. La inclusión de los pacientes en los SNGI se muestra como elemento diferenciador que aporta un mayor conocimiento sobre seguridad del paciente para lograr una atención más segura.

REHABILITACIÓN ORAL A PACIENTES DISCAPACITADOS FÍSICOS, PSÍQUICOS Y SEVEROS CON ANESTESIA GENERAL/SEDACIÓN.

Autores:

PASCUAL CODESO, J y RODRIGUEZ PRIEGO, E.

Palabras Clave:

DISCAPACIDAD SEGURIDAD ANESTESIA GENERAL

Resumen:

Objetivos: Mejorar la salud bucodental. Proporcionar Rehabilitación oral al paciente discapacitado físico, psíquico y severo con anestesia general/sedación. Material y métodos: Detectada la necesidad de tratamiento de estos pacientes a través de la Delegación de Salud de Cádiz y del Distrito Jerez Costa Noroeste, se estableció un protocolo para la información, captación, tratamiento y seguimiento de pacientes cuya discapacidad impide la atención odontológica en medio ambulatorio. En el programa participan como profesionales dos anestelistas, dos enfermeras de quirófano, dos auxiliares de clínica y dos odontólogos. Se estableció un quirófano con los medios y recursos necesarios. Colaboran medios sanitarios (Instituciones, otros facultativos, consultas de odontología) y familias, colegios, asociaciones de institucionalizados, Asociaciones de Pacientes afectados (Alzheimer, UPACE, AFANA, AUTISMO, etc.) para la captación. Se realizan visitas a estas asociaciones para actividades preventivas, técnicas de cepillado, recomendaciones dietéticas, etc. Se explica a familiares y asociaciones características del programa y consentimiento informado. Cribado en centro de salud, completando una historia clínica exhaustiva y exploración de los pacientes, decidiendo o no la derivación a medio hospitalario. Se cita a los pacientes para la realización de pruebas preanestésicas en Hospital Juan Grande. Los pacientes ingresan 12 horas antes de la intervención y reciben el alta 24 horas después. Se realizan todos los tratamientos en una sesión. Existe un protocolo de revisiones cada 6 meses para la prevención y detección de recidivas. Resultados: El programa lleva establecido 14 años y se ha atendido a 1450 pacientes. No se han producido complicaciones graves. Pocas recidivas. Gran satisfacción por parte de los profesionales, pacientes y familiares. Se ha evidenciado una mejora en la salud bucodental de los pacientes involucrados. Discusión: El porcentaje de complicaciones leves fue bajo, coincidiendo con otros estudios. Se realizan tratamientos más radicales tal como establecen la AAPD y la Sociedad Española de Odontopediatría por la dificultad para una correcta higiene dental. Conclusiones: Se ha establecido un protocolo que ha demostrado la seguridad en el paciente en todo el recorrido, con momentos para la información, prácticas seguras en cirugía e integración de otros puntos como el lavado de manos y el uso seguro de medicamentos; rehabilitando la salud de estos pacientes y evitando riesgos potenciales para su salud

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS DE LA ENFERMERA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Autores:

Domínguez Garrido, R; López Torres, A; Ferrándiz Cabello, E; Chaparro López, C; Guerrero Peña, G y Ballesteros Rodríguez, C.

Palabras Clave:

seguridad enfermería medicación

Resumen:

El proceso de administración de medicamentos es complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Existen, por tanto, múltiples posibilidades de prevenirlos y se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos. **OBJETIVO** Analizar la percepción de la seguridad en la administración de medicación de las enfermeras de hospitalización pediátrica en un hospital de primer nivel. **MATERIAL Y METODO** Se ha utilizado un cuestionario formado por 8 preguntas cerradas usando una escala Lickert de 5 categorías y una pregunta de respuesta múltiple y abierta para explorar las causas más comunes de errores. Se complementa con información sobre la filiación del encuestado y su experiencia profesional. Se han excluido del estudio aquellos profesionales sin función asistencial directa sobre el paciente. **RESULTADOS** En la actualidad nos encontramos en el trabajo de campo. Durante la celebración de la jornada serán expuestos los resultados preliminares del estudio. **DISCUSION** Durante el último trimestre del año 2011 se está llevando a cabo el procedimiento de entrega del cuestionario y el análisis de los resultados de los mismos con el objeto de conocer la percepción del profesional enfermero en relación con la seguridad en la administración de medicación. **CONCLUSION** El uso de una encuesta para conocer aspectos de seguridad en la administración de medicación puede ser de suma utilidad para detectar los errores que se están produciendo en todas las etapas del proceso y en los diferentes ámbitos de actuación con el fin de evaluarlos y poner en marcha las actuaciones preventivas oportunas que permitirán una adecuada gestión y minimización de estos riesgos.

SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL PROGRAMA DE VACUNACIONES DE ANDALUCIA

Autores:

GOMEZ SALGADO, J; ALCALDE PEREZ, AJ; LOPEZ MARTIN, R; RAYA MARTINEZ, AM; BARBA FERNANDEZ, R y MESA GALLARDO, MI.

Palabras Clave:

VACUNAS, SEGURIDAD, PVA, VACUNACION,

Resumen:

Objetivo: Evitar cualquier evento adverso, tanto real como potencial, en una consulta de vacunas Material y Método Después de una lluvia de ideas por parte de todos los profesionales para conocer cuáles eran las aéreas de mayor riesgo en nuestra UGC, llegamos a la conclusión que la consulta de vacunas es una de las de mayor riesgo de producirse algún evento adverso. Para evitar la mayor parte de estos eventos adversos pensamos que era necesario colocar en dicha consulta un poster en el que tuviésemos toda la información necesaria sobre la vacuna que teníamos que administrar. La información más importante de dicho poster debía ser: ? Vacunas que se administran según la cartera de servicio (niños, niñas adolescentes, embarazadas y adultos). ? Edad del niño. ? Vacuna que vamos a administrar. ? Lugar de inyección (con fotografía). ? Comentarios o evidencias más importantes sobre la vacuna a administrar. ? Fotografía de la caja actual de la vacuna (si se cambia de caja, se coloca la nueva en el poster con velcro) ? Protocolo de actuación ante una reacción anafiláctica. Toda esta información tenía que aparecer en un tamaño lo suficientemente grande para que se pueda consultar desde varios metros de distancia y además con un diseño amigable. Resultados Diseño e implantación de dicho poster con el que el profesional se encuentra más seguro y el riesgo de eventos adversos se minimiza notablemente Discusión Para la mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial es necesario poner al alcance de los profesionales herramientas que faciliten su trabajo. La posibilidad de poder consultar las características, indicaciones y lugar de administración de las vacunas puede evitar numerosos eventos adversos. En nuestro caso estos eventos adversos no se han cuantificado y no pueden ser analizados. Conclusiones ? La colocación de un poster de gran tamaño en una consulta de vacunas sirve para evitar en gran medida los eventos adversos derivados de la vacunación ? El profesional trabaja con más seguridad a la hora de administrar una vacuna. ? Dicho poster sirve como elemento docente para nuevos profesionales. ? Sería necesario realizar un estudio experimental controlado multicéntrico que permitiese evaluar la efectividad de esta intervención y la reducción de eventos adversos.

PUNTOS CRÍTICOS EN SEGURIDAD EN EL PACIENTE Y ELABORACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN EN EL PAI INCLUSIONES DENTARIAS

Autores:

RODRIGUEZ PRIEGO, E y PASCUAL CODESO, J.

Palabras Clave:

PUNTOS CRITICOS AMFE SEGURIDAD

Resumen:

Objetivos: Asegurar la seguridad en el paciente detectando y eliminando riesgos potenciales y evitables en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) inclusiones dentarias. Detectar puntos críticos y elaborar una lista de verificación para la prevención de riesgos sanitarios en el PAI inclusiones dentarias. Material y métodos: Se elaboró una hoja de ruta del paciente en el PAI inclusiones dentarias en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Salud Bucodental del Distrito Sanitario de Atención Primaria Jerez Costa Noroeste, incluyendo los niveles asistenciales, lugares y profesionales que intervienen en el PAI, para la detección de puntos críticos (PC) para la seguridad y riesgos sanitarios. Los PC fueron analizados mediante Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), priorizando los fallos en función de la importancia de sus consecuencias, la frecuencia en que ocurren y la dificultad para su localización. Tras el análisis de dichos PC, se localizaron áreas de mejora y se elaboró una lista de verificación implantándose en la UGC Salud Bucodental Jerez Costa Noroeste. Resultados: Detección de puntos críticos para la seguridad en el paciente, clasificados según los 'Criterios concretos' de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los detectados por la Joint Commission (2008) del Centro Internacional para la Seguridad en el Paciente de la OMS y otros destacados por el Observatorio de Seguridad en el Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Lista de verificación con 20 puntos a comprobar en el paciente que entra en el PAI Inclusiones Dentarias que está siendo aplicada en la UGC Salud Bucodental Jerez Costa Noroeste. Discusión: Las políticas sanitarias deben abogar por la calidad asistencial, sin imponer criterios, integrando circunstancias individuales del paciente y características personales de los profesionales que los atienden, pero el principal problema de las listas de verificación es que poca gente las utiliza. La checklist elaborada se ajusta a la hoja de ruta de los pacientes incluidos en el PAI inclusiones dentarias, es producto de las necesidades detectadas, está contrastada por una metodología con base científica (AMFE) y sigue los criterios de la OMS y el principio propuesto por Pronovost: 'la salud de los pacientes debe ser un valor compartido por todos los profesionales?'. Conclusiones: La elaboración de una lista de verificación (checklist) facilita y asegura la detección rápida y prevención de errores en el PAI inclusiones dentarias.

FACTORES RELACIONADOS CON LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल DEL PERSONAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO

Autores:

LÓPEZ MÁRQUEZ, MR; SORIANO ESPINOSA, F; LAGARES BARRANCA, M y CABALLERO ALONSO,

Palabras Clave:

VACUNA GRIPE PERSONAL SANITARIO

Resumen:

Objetivo: Describir la cobertura de la vacunación antigripal frente a gripe estacional en un centro hospitalario y analizar la posible relación entre ésta y determinadas variables sociodemográficas y del ámbito laboral. Material y métodos: Diseño: descriptivo. Ámbito: Hospital Infanta Elena (Huelva). Período de estudio: campañas de vacunación antigripal 2008-09, 2009-10 y 2010-11. Población: personal contratado en el centro al inicio de las tres campañas. Fuente de datos: registros de Personal y Medicina Preventiva. Variables: dependiente: vacunación frente a gripe estacional; independientes: sexo, edad, categoría profesional, servicio y puesto, tipo de contrato. Análisis: descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas; modelos de regresión logística para relacionar variables. Resultados: Se ha realizado el análisis sobre los registros de 987 trabajadores. Las coberturas vacunales totales fueron del 14,9, 30,6 y 19,5% en las temporadas 2008-09, 2009-10 y 2010-11, respectivamente. El 62,9% de los trabajadores no ha recibido ninguna dosis de vacuna en este periodo, el 17,1% una dosis, el 12,1% dos dosis y el 7,9%, tres dosis. La vacunación completa (dosis de vacuna correspondiente a cada una de las campañas) se ha relacionado de forma estadísticamente significativa con las variables sexo y edad; en el modelo de regresión multivariante, la vacunación es 2,1 veces mayor entre los hombres (IC 95% 0,29-0,75) y 2,4 veces superior entre los mayores de 45 años (IC 95% 1,31-4,36). Ninguna de las variables laborales se ha relacionado de forma estadísticamente significativa. La vacunación en la última campaña se relaciona además, con la categoría, siendo más frecuente la vacunación de personal no sanitario, y con la vacunación en años previos. La vacunación en la campaña anterior es la variable predictora con mayor intensidad de asociación (OR= 7,9; IC 95% 5,23-12,00). Discusión: La cobertura de vacunación es baja en nuestro centro. Creemos que la elevación en la cobertura en 2009 estuvo en relación con la amenaza de la gripe A, y con el inicio de la estrategia de vacunación en los puntos de trabajo. Esto último, y el hecho de que los propios trabajadores comprobaran la baja incidencia de efectos adversos podría explicar el resultado obtenido. Conclusiones: La vacunación en los puntos de trabajo es uno de los elementos clave en nuestra campaña de vacunación. El desarrollo de nuevas estrategias pasa por explorar las actitudes y expectativas del personal con respecto a la vacunación.

MAPA DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE GESTION CLINICA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:

GAMERO DE LUNA, EJ; ALVAREZ GARCIA, C; DIAZ ROCA, A y AVELLANEDA CORTES, J.

Palabras Clave:

MAPA DE RIESGO-SEGURIDAD-ATENCION PRIMARIA

Resumen:

OBJETIVOS Definir y ponderar los riesgos percibidos en la Unidad de gestión (UG) Elaborar e implantar planes y estrategias de intervención Implicar a los profesionales en la cultura de seguridad **MATERIAL Y METODOS** Estudio descriptivo de ámbito en atención primaria y marco temporal primer semestre de 2011. Se trata de una UG de ámbito urbano de reciente construcción y con menos de un año de funcionamiento desde su apertura en su nueva ubicación. Cuenta con un equipo de 34 profesionales. Tras una actividad formativa sobre el diseño del mapa de riesgo, se realizó un brainstorming sobre identificación de riesgos y se proporcionó una plantilla de recogida homogénea de información, donde se anotaron los riesgos detectados, así como su magnitud. La información se completó con la proporcionada por el análisis de las reclamaciones, tanto orales como escritas, de los ciudadanos. La Comisión de Calidad de la UG realizó el análisis. Los datos se priorizaron y ordenaron en función de la probabilidad de suceso (Ocurrencia) y de su gravedad (Impacto). De esta manera se obtuvo un valor numérico (Valor del Riesgo) que nos permitió establecer el Nivel de Riesgo. Para el análisis, los riesgos se clasificaron en 4 categorías: estructura y equipamiento (RI) procedimiento y prácticas habituales (RII), servicios y unidades (RIII) y pacientes con riesgo elevado (RIV). **RESULTADOS** Se detectaron 27 grupos de riesgos, de ellos se consideraron 11 (40,7%) con un Nivel de Riesgo importante. La categoría que presentó un mayor número de riesgos fue RII (51,3%) seguida RI (24,3%) R III (13,5%) y RIV (10,8%). En la categoría RI el 47,3% de los riesgos tuvieron relación con los fármacos y el 21,5% con las técnicas, aunque sólo el 26% de los riesgos se consideraron importantes y todos ellos relacionados con la medicación. Globalmente, los riesgos directos con la medicación supusieron el 29,7%; los relacionados con técnicas 27% y los relacionados con errores de identificación y organización el 16% **CONCLUSIONES** La identificación de riesgos y la intervención sobre los mismos es una tarea obligada en nuestro ámbito. La construcción y análisis del mapa de riesgo de la UG ha permitido la intervención sobre numerosos riesgos potenciales, así como, establecer un plan de acciones de mejora y responsables La matriz de riesgo es una herramienta sencilla que fomenta la participación activa del equipo, facilita la priorización de las intervenciones y contribuye a crear cultura de seguridad entre los profesionales.

ESTUDIO PARA LA ELABORACION DE UNA GUÍA DE CUIDADOS A PACIENTES DEPENDIENTES

Autores:

JIMÉNEZ LÓPEZ, A y ORTIZ CABALLERO, C.

Palabras Clave:

educación sanitaria cuidadores dependientes

Resumen:

Actualmente existe un incremento de personas que asumen el cuidado en sus domicilios de familiares o de personas mayores con problemas de salud crónicos. Conformando el pilar del sistema informal de cuidados para estas personas dependientes. La literatura científica revisada coincide en la importancia y la necesidad de coordinar y complementar actuaciones entre las redes informales y formales en el soporte a los cuidadores de las personas dependientes. Analizando la población de referencia del Hospital Infanta Elena, en cuanto a las características y perfil de cuidadores de pacientes gestionados por Enfermeras Gestoras de Casos, se ha determinado la prevalencia reiterada de dos diagnósticos diferenciados, Afrontamiento Comprometido y Conocimientos deficientes, en los que es necesario protocolizar las intervenciones de enfermería en cuanto a Formación?Información. Objetivos. Proporcionar conocimientos y habilidades para afrontar los cuidados en las mejores condiciones. Dotar de estrategias para el auto cuidado, Disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Disminuir la demanda sanitaria Material y Método Análisis retrospectivo de la población de cuidadores familiares de pacientes crónicos, registrados y valorados por Enfermeras Gestoras de Casos y sus Diagnósticos Prevalentes. Búsqueda bibliográfica de estudios randomizados para dotar de consistencia a las intervenciones indicadas con la mayor eficiencia demostrada sobre cuidadores, premonitoria de disminuir el riesgo de claudicación. Resultados Afrontamiento comprometido está presente en el 65% de los cuidadores y el déficit de conocimientos en el 60%. Analizamos el riesgo de claudicación familiar midiendo los diagnósticos de Cansancio y Riesgo de cansancio del cuidador principal presente en el 48% de los mismos. Discusión El desarrollo de habilidades y capacitación en el arte de cuidar de la persona cuidadora, así como el asesoramiento para la adaptación del entorno y la accesibilidad a los recursos necesarios para los cuidados, son intervenciones de enfermería directamente relacionadas con el aumento de conocimientos, aumento de afrontamiento y mostrado resultados positivos en estudios, para disminuir la sobrecarga minimizando las repercusiones físicas y psíquicas en el cuidador. Conclusiones Es necesario protocolizar las intervenciones de formación, información y apoyo, recopilándose en un documento guía, que de respuesta y continuidad a las intervenciones de enseñanza individual, iniciadas en el Hospital.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN CENTROS EDUCATIVOS EN LA DIABETES INFANTIL

Autores:

RODRIGUEZ ROJAS, MD; HERRADA DELGADO, J; LOBO DIAZ, I y IBAÑEZ CAMACHO, C.

Palabras Clave:

DIABETES CUIDADOS EDUCACION ESCOLAR

Resumen:

Las cuestiones planteadas por padres de niños diabéticos en un encuentro del grupo ?APRENDAMOS A VIVIR CON LA DIABETES?(grupo de niños diabéticos/familiares que se reúnen con profesionales para formación, promoción, prevención),en relación a hipo-hiperglucemia en horario escolar, hacen que reflexionemos,apostemos por fomentar la educación diabetológica en personas involucradas en el cuidado de niños como es el profesorado, monitores,?.Las actividades propuestas son: Sesiones formativas.Plan individualizado de un alumno diabético.Realización de mural con atención urgente en aulas educativas.La diabetes es una enfermedad crónica frecuente en edad pediátrica y adolescente, es conveniente que profesionales de los centros escolares tengan conocimientos, habilidades para aplicar cuidados en urgencia(hipo/hiperglucemia)en un alumno diabético. OBJETIVOS:Generales:Que el profesorado adquiera habilidades,conocimientos para el abordaje de las urgencias en un niño/adolescente diabético en jornada escolar. Específicos:Conocer qué es diabetes.Detectar urgencias en diabete(hipo/hiperglucemia). Adquirir habilidades para la actuación inmediata en la urgencia y derivación. MATERIAL Y MÉTODO: Materiales: montaje informativo, plan individualizado del alumno diabético, trípticos informativos, mural de actuación en urgencia. Humanos: pediatras de AE/AP, enfermeras AE y profesora del aula hospitalaria) MÉTODO: Exposiciones orales/audiovisuales. Torbellino de ideas. Entrega de mural informativo de actuación en urgencia. Entrega de ficha individualizada del alumno diabético. Se proponen 3 reuniones por curso escolar, comenzando en 2011/12, distribuidas en: 1º: Sesión informativa del programa al profesorado. 2º: Seguimiento del programa con el profesorado. 3º: Evaluación del programa para la posterior elaboración de una memoria con resultados del proyecto. Se procurará coincidir las sesiones con los trimestres escolares. Las sesiones serán aproximadamente 1-2 horas, dependiendo de las necesidades del profesorado. Comenzaremos en los centros educativos de la cuenca minera con posterior ampliación a otras zonas de nuestra Área Sanitaria. RESULTADOS:: No se disponen aún por tratarse de un proyecto en fase de inicio. Los obtendríamos de la encuesta de satisfacción al profesorado y la observación directa.

EJEMPLO DE PREVENCIÓN DE ERROR ASOCIADO AL USO DE RECURSOS MATERIALES

Autores:

ROBLEDO CARDENAS, FJ; MACIAS ALVEZ, J; SANCHEZ MENDOZA, M; LARGO MARTIN, D y PICON MACIAS, A.

Palabras Clave:

ERROR RECURSOS MATERIALES

Resumen:

Objetivos. Describir y analizar un caso real de prevención de error asociado al uso de los recursos materiales. Identificar estrategias de mejora de la seguridad. Material y método. Descripción del caso y análisis de las actuaciones llevadas a cabo mediante discusión en grupo. Resultados. Se describe el caso de un producto sanitario de uso frecuente: Cánula orofaríngea, en todos los modelos y tipos que se utilizan en los Hospitales Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena. Durante la unificación de los materiales de ambos hospitales, se detecta que se están utilizando productos con la misma identificación y distintos atributos esenciales; con lo que constituyen una condición latente la producción de errores o quasierrros. Se incluye la estrategia de corrección de lo errores que abarca desde la coordinación con los departamentos de compras y almacén para la creación de una nomenclatura única basada en el tamaño en centímetros de las cánulas a la comunicación a los responsables de las distintas unidades y servicios de los cambios llevados a cabo, pasando por la recolocación del material ya almacenado. Discusión. Con frecuencia suponemos que determinadas clasificaciones son universales. Esto constituye en sí una condición latente que debe ser eliminada, de igual modo ocurre con el uso de colores. Posiblemente el análisis se podría haber estructurado bajo el modelo AMFE con lo que se habría obtenido mayor rendimiento. Conclusiones. La existencia de una unidad técnica de recursos materiales provincial posibilita la coordinación de estrategias para la gestión de los recursos materiales utilizados en los diversos centros asistenciales y supone una excelente oportunidad de mejora de la seguridad, la efectividad y la eficiencia en el uso de los productos sanitarios.

UNIDAD TÉCNICA DE RECURSOS MATERIALES: HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD, EFICIENCIA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Autores:

MACIAS ALVEZ, J; ROBLEDO CARDENAS, FJ; PICON MACIAS, A; GUTIERREZ FERNANDEZ, C y ROSA FERNANDEZ, JM.

Palabras Clave:

RECURSOS MATERIALES SEGURIDAD EFICIENCIA CONTINUIDAD

Resumen:

Objetivos. Coordinar la gestión de los recursos materiales, siendo el nexo de unión entre el proceso logístico y el proceso asistencial. Mejorar la efectividad y la eficiencia en el uso de los recursos materiales. Mejorar la seguridad de pacientes y profesionales sanitarios. Facilitar la continuidad asistencial y el uso de la evidencia en la gestión de los recursos materiales. Material y método. Desde Junio de 2011 se ha optado por la creación, en el ámbito de la Plataforma Provincial Logística Integral (PPLI), de una Unidad Técnica de Recursos Materiales (UTRM) que, con carácter transversal, ofrece cobertura a todos los centros de la provincia. Se elabora el perfil competencial y se establece la cartera de servicios de la UTRM. Se seleccionan los profesionales que la conforman y se ubican en el ámbito funcional de la PPLI. Resultados. Elaboración de los procedimientos operativos estandarizados de la UTRM. Resolución de incidencias logísticas, técnicas y alertas sanitarias. Asesoramiento a las unidades clínicas para la incorporación de materiales. Administración del catálogo provincial de productos sanitarios. Asesoría del proceso logístico y del proceso de contratación. Participación en los comités de seguridad clínica de los centros provinciales. Coordinación con las unidades de prevención de riesgos laborales y de gestión ambiental. Discusión. La existencia de una UTRM provincial posibilita la coordinación de estrategias para la gestión de los recursos materiales utilizados en los diversos centros asistenciales y supone una excelente oportunidad de mejora de la efectividad y de la eficiencia en el uso de los productos sanitarios. Conclusiones. La UTRM se conforma como un elemento clave en la mejora de la gestión de los recursos materiales en un escenario de esfuerzo presupuestario y del uso racional del producto sanitario. La coordinación de aspectos relacionados con la reordenación del catálogo provincial y la adaptación al modelo corporativo de compras, la coordinación entre el área económica y las unidades asistenciales en busca del producto más efectivo al mejor precio, así como la búsqueda de la seguridad clínica y la seguridad de los profesionales en su actividad diaria son los puntos fuertes que ponen en valor nuestro trabajo.

ANÁLISIS DEL GRADO DE SEGURIDAD PERCIBIDA POR LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE PEDIATRÍA

Autores:

Toro Santiago, J; Labrador Béjar, MC; Martín Montero, A.; Corrales Mayoral, MT; Castro, MJ y López Torres, A.

Palabras Clave:

seguridad percibida cuidadores pediatría

Resumen:

OBJETIVO Analizar el grado de seguridad percibido por los padres de los niños ingresados en una unidad de hospitalización pediátrica. **MATERIAL Y METODO** En el año 2011, la U.G.C. de Cirugía Pediátrica se plantea dentro de sus objetivos la valoración y análisis de la percepción de la seguridad en la hospitalización de pacientes pediátricos. Tras una revisión bibliográfica se ha utilizado el "Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario" publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2009. La población diana son las cuidadoras principales identificadas en la valoración inicial enfermera de los niños con más de 48 horas de hospitalización. **RESULTADOS** En la actualidad nos encontramos en el trabajo de campo. Durante la celebración del congreso serán expuestos los resultados preliminares del estudio. **DISCUSION** Durante el último trimestre del año 2011 se está llevando a cabo el procedimiento de entrega del cuestionario y el análisis de los resultados de los mismos con el objeto de conocer la satisfacción en relación con la seguridad del paciente. **CONCLUSION** El uso de una encuesta de satisfacción en relación con los aspectos de seguridad puede ayudar a conocer áreas de mejora y a identificar errores y elementos vulnerables detectados por los usuarios, en nuestro caso los cuidadores del niño.

UTILIDAD DE TECNICAS COMPLEMENTARIAS PARA ALIVIAR EL DOLOR/ STRESS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Autores:

ARGOTE SAN VICENTE, AI; ALVAREZ DÍAZ, M; BERMEJO CARNERO, A; BOZQUEZ GOMEZ, MV y BENITO DOMINGUEZ, E.

Palabras Clave:

DOLOR TERAPIAS ALTERNATIVAS

Resumen:

Las terapias alternativas contemplan la enfermedad en su totalidad, incluyendo situaciones de stress y emociones mal toleradas, pudiendo hacer uso de ellas para vivir la hospitalización de una forma menos ?dolorosa?. **OBJETIVOS:** General: valorar técnicas no farmacológicas y terapias alternativas que alivien el dolor. Específico: analizar la efectividad de estas terapias de forma personalizada. **MATERIAL:** musicoterapia y cuidado del entorno. Masaje. Relajación. Reiki. Reflexología podal. Todo esto se lleva a cabo sólo con: aceite hipoalergénico, equipo música básico y técnicas de terapias alternativas. **MÉTODO:** se estudian las respuestas a las técnicas aplicadas a los pacientes durante su ingreso en UGC Materno infantil del Área Sanitaria Huelva Norte desde Junio 2011 a Junio 2012. **RESULTADOS:** pendientes de valorar las respuestas a las técnicas utilizadas. **CONCLUSIONES:** pendientes de los resultados. Aunque hemos apreciado como los pacientes y sus familiares agradecen la utilización de las técnicas alternativas durante su ingreso, mejorando su situación de stress y/o dolor.

SI TE COMUNICAS DE FORMA ADECUADA REDUCES LOS DAÑOS QUE PUEDE SUFRIR EL PACIENTE

Autores:

NAVARRO ROMERO, J y DÍAZ LÓPEZ, MM.

Palabras Clave:

SEGURIDAD, COMUNICACIÓN EN EL HOSPITAL

Resumen:

INTRODUCCIÓN Dentro del área quirúrgica la comunicación pasa a ser una Práctica Segura en cuanto previene incidentes y eventos adversos. Para que se dé una correcta comunicación es fundamental que exista una Hoja de Ruta quirúrgica y un informe de enfermería al alta de la URPA, donde queden reflejados todos los controles y cuidados administrados al paciente. **OBJETIVO:** Valorar si el registro de alta de enfermería de la URPA ha mejorado la comunicación interservicios. **MATERIAL Y MÉTODO:** Los pacientes que permanecen durante 3 horas en la Unidad de Reanimación precisan de un registro de Alta de enfermería que incluye: 1. Tipo de intervención quirúrgica realizada 2. Estado general del paciente. 3. Medicamentos y analgésicos administrados, soluciones parenterales, sangre y derivados. 4. Evolución postoperatoria, si existieron complicaciones o tratamientos administrados en la sala de recuperación post-anestésica. 5. Existencia y situación de apósitos, drenajes y catéteres. 6. Registro de las últimas cifras de signos vitales. **RESULTADOS:** 1. El informe de alta de enfermería en la URPA se rellena en casi su totalidad y siempre pasa a la Historia Clínica del paciente. 2. Se inicia un informe con una Orientación a Resultados de Enfermería con los niveles deseados y los alcanzados. 3. se realizan actividades de enfermería que constituyen prácticas seguras. 4. El informe de alta de enfermería es valorado como un documento positivo respecto a la calidad recomendada por el Proceso de Soporte de Bloque Quirúrgico. 5. Como resultado negativo hay que incluir la mala aceptación por parte de los profesionales del Bloque Quirúrgico que lo ven como una sobrecarga de trabajo, disminuyendo el tiempo dedicado a la actividad asistencial. **DISCUSIÓN:** Es necesario crear una Hoja de Ruta Quirúrgica que recoja todas las actividades que se le realizan al paciente quirúrgico; pero es más necesario aún trabajar en la formación y concienciación de los profesionales para que comprendan la importancia que tiene el registro de cuidados pre y postoperatorios para la Seguridad del paciente. **CONCLUSIONES.** Podemos concluir que la planificación de los cuidados nos ayuda a mejorar, porque favorece el desarrollo de una metodología de trabajo en equipo, asignando la responsabilidad de los cuidados, garantizando la continuidad de los mismos. La estandarización de la comunicación en la transferencia del paciente quirúrgico de una unidad a otra durante su proceso proporciona al paciente SEGURIDAD.

PROTOCOLO DE ANALGESIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. PRESENTACIÓN DE PRIMEROS RESULTADOS.

Autores:

moreno perez, f; cordon cano, md; guiraum daban, a; medina martin, r; lopez camacho, f y carpio muñoz, v.

Palabras Clave:

Resumen:

OBJETIVOS El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados preliminares de un protocolo de analgesia instaurado con el fin de mejorar la calidad de atención a los pacientes, intentado aliviar el dolor de forma rápida y autónoma por parte de enfermería, sin que el paciente tenga que esperar la valoración médica para iniciar el tratamiento antiálgico. El protocolo se integra en el proyecto de implantación de un Sistema de Clasificación Avanzada gestionado por enfermeras, impulsado por la Dirección de la Estrategia de Cuidados de Andalucía. **MATERIAL Y METODO** El protocolo se activa por la enfermera de clasificación aplicando la ?Escala Visual Analógica? (EVA) a todo paciente que consulta por dolor agudo como síntoma principal o asociado a la patología de base y que cumpla los criterios de inclusión establecidos en el protocolo consensuado en el servicio. La elección del tipo de analgésico y la vía se fundamentan en la escala analgésica de la OMS en función del grado de dolor. Se contempla también la posibilidad de un tratamiento de rescate si persiste el dolor tras el primer analgésico. Cada paciente tiene una ?Ficha de Registro de Analgesia? donde quedan recogidos los datos relacionados con el nivel de gravedad, la intensidad del dolor y la pauta terapéutica. **RESULTADOS** Se han analizado los 100 primeros registros. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: dolor osteomuscular (46%), cólico renoureteral (29%), cefalea (10%), odontalgia (6%), dolor crónico (1%) y otros (7%). La mayoría de los pacientes se clasificaron como nivel 3 (54%) y nivel 4 (54%), siendo excepcional el nivel 2 (2%). En el 62% de los pacientes el dolor era moderado (EVA 4-7), en el 35% severo (EVA 8-10) y solo en un 3% leve (EVA 1-3). En el 50% de los casos la analgesia se administró en ? 15 min el 42% entre 16 y 30 min y en 8% en más de 30 min, sin rebasar los 60 min. Un 16% necesitó rescate y no se registraron efectos adversos. **DISCUSION** En el 92% de los pacientes la analgesia se realizó en menos de 30 min, antes de la demora prevista por su nivel de prioridad. Es un dato importante teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes presentaban dolor moderado o severo que requerían analgésicos IM o IV. La analgesia fue efectiva y segura puesto que solo fue necesario rescate en un 16% y no se detectaron efectos adversos. **CONCLUSION** El análisis de estos datos pone en evidencia que el tratamiento precoz del dolor mejora la calidad de atención al paciente.

EL PACIENTE GERIÁTRICO EN LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL.

Autores:

Jiménez Estrada, M; López Casanova, F; Rodríguez Lara, M; De Tovar Fernandez, M; Sousa Sarmiento, A y Torres Martín, M.

Palabras Clave:

Continuidad de cuidados, Feed-back, Seguridad, Calidad

Resumen:

Introducción: Como en el resto de los servicios de urgencias, en las salas de espera coinciden volúmenes altos de pacientes con distintos niveles de gravedad, motivos de consultas, que requieren de una mayor vigilancia para garantizar una detección precoz de posibles empeoramientos de los pacientes durante su espera. Objetivos: ? Identificar la población geriátrica a la que prestamos atención en el servicio de urgencias. ? Establecer herramientas para garantizar la continuidad de cuidados. Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo del total de los pacientes que proceden de residencias y acuden al SCCU. Los datos se extraen de la base de datos del programa de gestión documental del hospital (ACTICX) mediante consulta ex proceso. Resultados: Del total de urgencias El 1,1 % eran pacientes que acudían desde una residencia de ancianos. Más del 45 % están triados con un nivel de prioridad baja. El 35% estaban identificados como paciente frágil. El 48% de los pacientes institucionalizados acuden a nuestro servicio solos, de estos al 65% se les ha podido facilitar acompañamiento gracias al servicio de voluntariado de nuestro hospital. Solo un 37% aportaban informes de su residencia y al 50% de los que no lo aportaban se realizó una llamada telefónica a su residencia de procedencia. EL 20% requieren continuidad de cuidados y al 100% se le emite un informe de continuidad de cuidados. Conclusión: Gracias a la implantación del protocolo de identificación del paciente frágil, hemos podido identificar a los pacientes institucionalizados como un grupo susceptible de análisis, por lo que ponemos en marcha medidas para garantizar la continuidad de cuidados tanto al ingreso de estos pacientes como al alta. Cuando un paciente institucionalizado acude a nuestro servicio de urgencias solo o sin informe nos ponemos en contacto vía telefónica con los profesionales de la residencia de estos pacientes. El mantenernos en contacto con los profesionales de las diferentes residencias ha facilitado un feed-back a la hora de garantizar la continuidad de cuidados. Iniciamos con atención primaria la emisión del informe de continuidad de cuidados tras el alta y el coordinador de enfermería realiza una llamada telefónica a la enfermera de enlace, ya que ellos desconocían el nuevo episodio que les hizo acudir a nuestras urgencias. Tras el alta le damos prioridad el traslado de estos pacientes en ambulancia para disminuir los tiempos de permanencia en nuestro servicio.

REGISTRO Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS DECLARADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores:

Corrales Mayoral, MT; Toro Santiago, J; Granero Cendón, R; Tejedor Fernández, M y Aguilera Peña, F.

Palabras Clave:

notificación eventos adversos seguridad

Resumen:

OBJETIVO Analizar los eventos adversos (EA) relacionados con la seguridad del paciente. Identificar áreas o elementos vulnerables del sistema. **MATERIAL Y METODO** En el año 2008 se diseñó un registro de notificación de EA. Junto con el Procedimiento de notificación se difundió a todas las unidades del hospital. Las declaraciones se centralizaban y registraban para su posterior análisis en la Comisión de Seguridad del Centro. Ya en el año 2010 se creó una Subcomisión de Registro y Análisis de EA (SRAEA), encargada de analizar las declaraciones, detectar las áreas vulnerables y juntamente con todos los profesionales implicados, llevar a cabo estrategias y actividades dirigidas a evitar en lo posible la aparición de estos casos. **RESULTADOS** En el año 2009, el número de declaraciones fue de 204. En 2010, la cifra ascendió a 332. De ellas, el 20 % estaban relacionadas con la identificación del paciente y un 44 % de errores de medicación. En el primer semestre de este año la cifra es de 316 declaraciones, con un 25 % de identificación de pacientes y un 23 % de errores de medicación. El 85 % de las declaraciones ha sido realizada por enfermería. **DISCUSION** Cabe destacar el aumento de declaraciones, posiblemente influenciado por el proceso de acreditación de las unidades. Es evidente la implicación de enfermería, fruto del trabajo que se inició en 1996 cuando se contempló la calidad como una línea estratégica fundamental de la dirección de enfermería. Desde la SRAEA y junto con las unidades implicadas, se han desarrollado e implantado actividades de mejora dirigidas a abordar las causas desencadenantes de los eventos declarados relacionados con los errores de medicación, identificación de pacientes y documentación relativa a la historia clínica. **CONCLUSION** El diseño de un procedimiento de notificación y un registro de EA junto con la creación de la Subcomisión, ha contribuido a la detección de áreas especialmente vulnerables y al diseño de estrategias dirigidas a minimizar su aparición.

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Lozano- León, T; Romero Indiano, EM y Lozano León, MP.

Palabras Clave:

Cumplimiento de la medicación, enfermedad crónica

Resumen:

INTRODUCCIÓN: Los mayores de 65 años representan el 19% de la población, siendo responsables de un 80% del gasto farmacéutico. Entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no cumplen adecuadamente los tratamientos y más del 90% toman dosis menores de las prescritas, aumentando esta cifra en el caso de enfermedades crónicas. Hay unanimidad en la bibliografía en recomendar revisiones periódicas de la medicación, cada 6-12 meses, en función del número de fármacos que toma el paciente y con cada cambio en la medicación. La adherencia o cumplimiento terapéutico puede ser considerado como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido. Para el plan de cuidados se siguió el modelo de Virginia Henderson. Se le incluye en los programas de Revisión de Pacientes Polimedicados y Revisión de Botiquines de su centro de salud. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** A.L.P. es un paciente de 78 años diagnosticado de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis periódica desde hace 10 años. Además de la patología de base, el paciente presenta las siguientes problemas de salud: duodenitis, adenoma vellosa, hiperparatiroidismo secundario, Cáncer basocelular en cuello, hipertensión arterial, hepatitis B, tabaquismo, hiperuricemia, infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y EPOC. El paciente tiene prescrito un tratamiento farmacológico en domicilio con 18 fármacos orales. El paciente vive sólo. Se realiza visita domiciliaria programada aplicando el cuestionario Hamdy para valoración de paciente polimedicados revisando el stockaje de fármacos que tiene el paciente. **Fase de valoración:** Encontramos un 15% de medicamentos caducados, existencia de algunos fármacos para 10 meses con las dosis actuales. Hallamos 5 medicamentos diferentes no prescritos actualmente. No tiene 2 de los medicamentos prescritos. **Fase diagnóstica:** Diagnóstico principal, Manejo inefectivo del régimen terapéutico. **Fase de planificación:** programamos visitas periódicas al paciente para educación sanitaria. **Fase de evaluación:** Después de dos meses encontramos unas mejoras sustanciales en los indicadores de resultados (NOC) 180812, 181301 y 160103 evidenciados con el óptimo estado de su stock de medicación y del conocimiento de medicación y dosis. **DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN:** Con una pauta de trabajo sistematizada se puede conseguir una mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. Se constata el papel fundamental de la Enfermería en Atención Primaria para el control del régimen terapéutico del paciente polimedicado.

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Autores:

Montero Monterroso, I; Alcañiz Rodríguez, R; Navarro Muñoz, F; Rodríguez Miranda, C y Herrera Lloret, MP.

Palabras Clave:

SEGURIDAD ENFERMERÍA RADIOLÓGICA DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Resumen:

OBJETIVOS: Mejorar la seguridad el paciente y la prevención de posibles efectos adversos. Mostrar la labor asistencial de enfermería en esta unidad. Exponer los datos recogidos en nuestra encuesta sobre seguridad en RM. Mostrar la aplicación de un protocolo de cuidados que aporta calidad en nuestro Rol Enfermero. **MATERIAL Y MÉTODOS:** 1. Programa informático de Gestión de Pacientes 2. Equipo multidisciplinar 3. Hoja informativa y de consentimiento informado específica para RVI 4. Entrevista verbal y encuesta realizada desde Septiembre a Diciembre del 2010. Encuesta de valoración de 5 ítems. 5. Diagnostico enfermero 6. Intervenciones de enfermería de atención y cuidados. (NIC) a. Recepción y recogida de datos. Entrevista b. Proporcionar todos los dispositivos de protección al uso. Colocación correcta segura del paciente. c. Intervenciones necesarias de enfermería para la correcta realización de la exploración **RESULTADOS:** Los ítems analizados reflejan unos resultados favorables al planteamiento protocolizado de la competencia asistencial de la enfermería. Los datos obtenidos oscilan entre un 94 y un 100% de mejora percibida. **DISCUSIÓN:** La continua evolución de los servicios de radiología hacia nuevas técnicas intervencionistas ratifican la presencia y continua formación del personal de enfermería en estos nuevos procedimientos, aportando máxima seguridad y calidad en los cuidados al paciente. La valoración del paciente que es atendido en nuestra unidad para una exploración radiológica es un acto prioritario para todo el personal que trabaja en Radiología Vascular Intervencionista (RVI), para ello se ha de tener en cuenta varios aspectos que afectan directamente en su percepción de seguridad en la atención integral recibida. Aspectos como confort, seguridad, trato recibido, explicación de la exploración y trato recibido son los que nos dan la Calidad de nuestra Atención Integral. **CONCLUSIONES:** Proporcionar apoyo psicológico para reducir nivel de ansiedad. El estudio estadístico realizado a los pacientes que acuden a RVI demuestra que la labor de Enfermería en estas exploraciones dentro de un ambiente tan tecnificado influye muy positivamente y de manera directa en su confort físico y psíquico y primordialmente en su percepción de sobre su seguridad.

BRIEFING COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

MÁRQUEZ CRESPO, EM; FABIANI RODRIGUEZ, F; FERNANDEZ ORTIZ, V; BENITEZ MERELO, D; RUIZ PLAZA, J y SÁNCHEZ BLANCO, J.

Palabras Clave:

Briefing Seguridad Paciente Atención primaria

Resumen:

Objetivos -1. Impulsar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de nuestro centro de salud. b. Elaboración de un vídeo explicativo sobre la técnica del Briefing en atención primaria? Material y método-Formamos un grupo de trabajo, utilizamos herramientas como por ejemplo la tormenta ideas y otras como técnicas de consenso, para ver cuales eran los sucesos adversos que más se daban en atención primaria y que afectaran a la seguridad del paciente. Posteriormente, definiríamos el contenido y el continente del vídeo sobre el Briefing en atención primaria. Para ello, utilizamos situaciones fácilmente identificables como de riesgo para la seguridad del paciente. Para ello, utilizamos la presentación incorrecta y correcta de la misma situación. Para este, utilizamos el Briefing como herramienta de mejora o de garantía de cumplimiento del procedimiento adecuado. Con este vídeo hemos dado a conocer el Briefing, en que consiste y cuales son sus objetivos. La utilización de la técnica Briefing como herramienta de mejora en la comunicación entre los profesionales sanitarios de atención primaria, facilita la detección de potenciales sucesos adversos e incrementa así la seguridad del paciente. Resultados Elaboración del vídeo explicativo -Briefing en atención primaria-Discusión La utilización de la técnica Briefing como herramienta de mejora la comunicación entre los profesionales sanitarios de atención primaria, facilitando así la detección de potenciales sucesos adversos e incrementando así la seguridad del paciente. La mala comunicación es muchas veces la única y la causa más frecuente de sucesos adversos en el ámbito sanitario. La falta de comunicación ha sido notificada como la causa del 60% de sucesos centinelas. Con Briefing se incrementa la conciencia del personal sobre temas de seguridad del paciente, se crea un ambiente en el que los profesionales comparten información sin miedo de represalias, se integra la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario, se reduce el riesgo de sucesos adversos y se mejora la calidad de los cuidados. Conclusiones Con la elaboración de este vídeo sobre el Briefing en Atención Primaria-, podrá servir como herramienta que nos facilite su comprensión, por parte de los profesionales de atención primaria, y poder con ello facilitar su implantación como técnica dentro de las diferentes dinámicas de trabajo en nuestros centros de salud.

INTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 SEGÚN DETERMINANTES DE DESIGUALDAD SOCIAL

Autores:

SOTO CLEMENTE, JA; MÁRQUEZ CALZADA, C; CUBEROS SÁNCHEZ, CM; GARCÍA PÉREZ-REGADERA, IM; HERMOSO CANO, IM y PASCUAL DE LA PISA, B.

Palabras Clave:

diabetes tratamiento determinantes desigualdad social prevención

Resumen:

Objetivos: La intensificación del tratamiento farmacológico hipoglucemiante (hG) para optimizar el control metabólico en personas con diabetes tipo 2 (DM2) es una medida de seguridad del paciente por su relación con la mejora de los resultados en salud. Nuestro objetivo fue conocer si el número de fármacos hG (medida indirecta de intensificación de tratamiento) en personas con DM2 está relacionado con determinantes de desigualdad social (DDS). **Material y método:** Estudio descriptivo transversal. **Sujetos:** Adultos con DM2 de 9 centros de salud de Atención Primaria. **Variable de resultado principal:** n° de hG. **Variable segmentación:** hemoglobina glicada (HbA1c). **Variables independientes:** edad, género, nivel educativo (NE), ocupación, ingresos económicos, clase social, lugar de residencia (rural/urbano) y tiempo de evolución de la DM2. **Fuentes de información:** entrevista estructurada e historia clínica. **Análisis descriptivo univariante y bivariante según naturaleza de las variables.** **Aspectos éticos:** Consentimiento informado escrito. **Resultados:** Se incluyeron 454 personas (45,8% mujeres) de 67,48 años (IC 95% 66,58 a 68,38). La muestra era homogénea para edad, género y procedencia. El 84,8% estaban en tratamiento con hG: 48,9% en monoterapia y 30,4% en terapia combinada con 2 fármacos. El número medio de fármacos hG prescritos fue de 1,26 (IC 95% 1,19 a 1,34), mostrando asociación estadística con la edad, años de evolución de la DM2, NE (estudios superiores mayor n° hG) y la ocupación (población activa mayor n° hG) ($p < 0.05$). El fármaco más prescrito fue la metformina (66,5%). El valor medio de HbA1c fue de 7,5% (IC 95% 7,36 a 7,64), siendo superior al 7% en un 55,7% de la muestra (de estos el 9,5% no tenía prescrito ningún hG). En los municipios rurales un 10,7% con HbA1c > 7% no estaban en tratamiento con hG y 9,1% en los urbanos, aunque sin diferencias estadísticas. **Discusión:** Recomendamos intensificar el tratamiento hG en la diabetes tipo 2 como medida de optimización del control metabólico y prevención/minimización de complicaciones relacionadas, de forma universal e independiente a DDS. Habría que profundizar sobre otros factores que puedan condicionar el mayor n° hG en sujetos con estudios superiores y laboralmente activos. **Conclusiones:** El número de fármacos hG prescritos en nuestros pacientes con DM2 muestra relación con DDS no modificables (edad) y modificables (NE y ocupación). El porcentaje de pacientes con mal control metabólico (HbA1c > 7%) y ausencia de tratamiento hipoglucemiante es del 9.5%.

DISEÑO DE UN MAPA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE AUDITORIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Autores:

LAGUNA PARRAS, JM; CARRASCOSA GARCIA, MI; MORCILLO NIETO, MC; JOVER CASAS, JM; CRUZ LENDINEZ, AJ y NUEVO LARA, EA.

Palabras Clave:

SEGURIDAD MAPA CALIDAD AUDITORIA

Resumen:

INTRODUCCIÓN La auditoría clínica tiene como objetivo identificar las oportunidades de mejora de la práctica asistencial. Consiste en una evaluación de la calidad de la atención basada en la revisión y análisis de la documentación clínica, y es necesaria para que los profesionales sanitarios reciban información sobre su propia práctica y la puedan comparar con otros centros, o con los estándares derivados de la investigación clínica. **OBJETIVO** Realizar un estudio de la calidad asistencial de las unidades asistenciales/unidades de gestión clínica, desde la óptica de la calidad total y utilizar sus resultados para detectar problemas, reorientar actitudes y determinar las medidas oportunas, si fueran necesarias. **METODOLOGIA** Se realizó una revisión tanto de buenas prácticas hospitalarias, como de los registros de la historia clínica y la opinión de los pacientes sobre la información ofrecida por los profesionales de la unidad al ingreso del mismo, para ver las fortalezas y debilidades. La auditoría se llevó a cabo durante el año 2010 en todas las unidades asistenciales del Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ). La planificación se llevó a cabo por la unidad de Formación y Calidad, siendo el equipo de auditores un grupo de profesionales especialmente entrenados para ello. Se desarrollaron listas de verificación específicas para los indicadores a evaluar. **RESULTADOS** Se evaluaron un total de 66 indicadores de calidad y seguridad del paciente, agrupados en 11 grupos diferentes: información y comunicación, protocolización en situaciones específicas, protocolización del trabajo, seguridad en situaciones específicas, aspecto general de la unidad, seguridad en el uso de medicamentos, úlceras por presión, seguridad en historia clínica, planes de cuidados, registro perioperatorio y admisión del paciente. Tras la realización de la auditoría se pudo elaborar un mapa gráfico de calidad y seguridad del paciente todas las unidades asistenciales del CHJ. **DISCUSIÓN** La auditoría de calidad en las distintas unidades de hospitalización es una herramienta útil para detectar fortalezas y debilidades en calidad de la asistencia y seguridad del paciente, para definir áreas de mejora y propuestas de acción. **CONCLUSIONES** El mapa refleja la situación actual de la calidad y seguridad del paciente en el CHJ, permitiendo valorar la calidad de la asistencia prestada en nuestros centros como base para definir Áreas de Mejora en el año 2011.

IMPLANTACIÓN DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Autores:

Vergara Romero, M; Morales Fernandez, A; Diaz Gonzalez, C; Fernandez Fernandez, E; Contreras Corpas, I y Canca Sanchez, J.

Palabras Clave:

Seguridad pacientes área quirúrgica

Resumen:

Objetivos: -Conocer y analizar la situación actual de la aplicación de prácticas seguras en el bloque quirúrgico de la AEPS Costa del Sol. -Establecer y planificar estrategias de mejora implementando indicadores de seguimiento. Material y métodos: Se organizan 3 sesiones de trabajo y 8 específicas de los subgrupos. 1.-Uso seguro del medicamento 2.-Prevención de la infección 3.-Prácticas seguras en Cirugía y Anestesia 4.-Identificación inequívoca y transferencia de pacientes 5.-Prevención de caídas y úlceras por presión. Resultados: 1.-El 40% de los encuestados no tienen suficientes conocimientos sobre el uso del dispensador de medicación, el 96.6% no conocía la existencia del protocolo y el 66.6% desconocía el procedimiento. Se imparten sesiones formativas, al cierre del año había disminuido en 60% las discrepancias existentes en los 6 meses posteriores. 2.-El 86.6% de los profesionales no realizaban higiene de manos correcta antes del contacto con el paciente y el 73.3% tampoco después. Tras realizar intervenciones formativas y colocación de dispensadores disminuyen al 60% pre-paciente y al 63.3% el post-entorno. La puesta en marcha de otras medidas como, preparación prequirúrgica correcta profilaxis antibiótica, lavado de manos quirúrgico, ha permitido disminuir las tasas de infección de la herida quirúrgica hasta 0.9% en artroplastia de rodilla y 12.9% en la cirugía colorrectal frente al 1.7% y 31.9% respectivamente. 3.-El 36.6% de los profesionales no consideraban una práctica efectiva la cumplimentación del listado de verificación y el 80% reconocían no realizarlo correctamente. Los resultados cuantitativos mejoran alcanzando el 96% de correcta cumplimentación. 4.-El 93.3% de los pacientes eran portadores de pulsera identificativa pero solo en el 43.3% se verifica la identidad con dos identificadores inequívocos, tras la divulgación del procedimiento pasa al 66.6% en los seis meses posteriores. 5.-La notificación de incidentes de eventos adversos pasó de ser en nuestra área del 12.5% sobre la totalidad de las notificaciones realizadas en el centro, en el primer semestre al 42.8% en el segundo. Conclusiones: La implantación del grupo de mejora ha permitido identificar problemas, evidenciar resultados positivos y poner en marcha sistemas de reevaluación continua. La incorporación de los profesionales en el propio proceso de evaluación, su implicación y la implementación de prácticas seguras han sido elementos fundamentales para permitir la cultura del cambio.

PARTICIPADOR/PARTICIPANTE EN CURSOS DE RCP PARA CIUDADANOS. ¿LA CALIDAD ESTÁ EN EL NUMERADOR O EN EL DENOMINADOR?

Autores:

MORENO PEREZ, A; GARCIA LEON, C; BARBERA GARCIA, C; PANAL HURTADO, MJ; TORO CALVENTE, MD y OLMO VEGA, R.

Palabras Clave:

RCP SEGURIDAD CALIDAD CURSOS PARTICIPACION INDICADOR

Resumen:

La parada cardio respiratoria, los primeros intervinientes y su manejo inicial son líneas de preocupación para nuestra población. Dicha preocupación debe cristalizar en divulgación, pero sobre todo en formación. **OBJETIVOS** El conocimiento de las áreas de interés para los ciudadanos debe impulsar la generación de actividades desde nuestras organizaciones. La participación, conceptualmente tiene una carga de opción por la actividad concreta. Desde nuestro entorno planteamos la importancia de generar participadores (activos) frente a participantes (pasivos). El equilibrio entre formación demandada y oferta generada será un indicador del nivel de participación ciudadana de nuestro entorno. Proponemos ambos factores como indicadores internos de calidad. **MATERIAL Y METODOS** Se ha realizado un listado de colectivos y organizaciones diana para nuestra actividad: Cursos de RCP para ciudadanos impartidos por personal acreditado y según las recomendaciones docentes y de contenidos del Plan Nacional de RCP. El criterio principal para seleccionar estas asociaciones fue que su campo de trabajo estuviese dirigido a la comunidad. Se ha contactado con ellos telefónicamente y con los que han mostrado interés (85%) se ha concertado una reunión para concretar objetivos docentes y conocer las inquietudes. Posteriormente los hemos emplazado a coordinar horarios y fechas. Han confirmado su solicitud 10 asociaciones. Se han realizado hasta el momento 5 cursos de RCP Básica y 2 de RCP Básica y Desfibrilación semiautomática para ciudadanos. Como estrategia de desarrollo de calidad y de evaluación de la misma hemos generado dos pretest: uno de cultura/conocimiento de la materia y otro con items de proactividad frente al aprendizaje/práctica de la materia concreta. El de proactividad nos da un índice que perfila al alumno como participante o como participador. Tras completar el curso se realiza junto al post test de conocimientos adquiridos, y el de evaluación de la docencia, un tercero de proactividad. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN** Los resultados de los pretest son más cercanos al perfil de receptor/participante que de actor/participador. Los del post test cambian la tendencia. La evolución de estos índices internos nos ofrece un importante parámetro de evaluación de la calidad de cada curso realizado. **CONCLUSION** La participación activa compromete a los ciudadanos, no como receptores, sino como actores de su formación. Al mismo tiempo genera nuevas inquietudes formativas. Para nuestro grupo es un índice decalidad muy importante.

UN AÑO DESPUES DE LA IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA

Autores:

PRADA PEÑA, M; GARCIA DE LA VEGA, M; LÓPEZ-CEPERO PÉREZ, G; BELTRAN ZARZA, F; CAMACHO CRISTOBAL, T y CAMACHO PIZARRO, A.

Palabras Clave:

LISTADO DE VERIFICACIÓN, AUDITORIA

Resumen:

INTRODUCCION La lista de verificación Quirúrgica es una herramienta que reduce el número de errores y complicaciones resultantes de las intervenciones quirúrgicas. Mejora la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica, mediante el recordatorio de los diferentes ítems de cirugía, anestesia, material quirúrgico, evitando ciertas fallas comunes y potencialmente desastrosas en el proceso de la cirugía. **OBJETO** Auditar el Listado de Verificación Quirúrgica. Difundir los resultados a los profesionales. **METODOLOGIA:** Desde el año 2010, el área Juan Ramón Jiménez, realiza el proceso de auditoria interna mensual por el muestreo por lotes, procediendo a realizar la valoración de forma dicotómica (cumple ó no) cada uno de los ítems del listado de verificación quirúrgica, posteriormente se emite un informe en la comisión de quirófanos de forma bimensual. **RESULTADOS** - El servicio de Toco ginecología es el primer servicio que inicia la implantación del LVQ, un año después todos los servicios quirúrgicos aplican el listado. - En el primer semestre de 2010 se cumplieron 2027 documentos de LVQ y un año después se cumplieron en el mismo periodo 3729 documentos del LVQ. - Los registros de alergia más frecuentes son: antibióticos Beta Lacta micos (como augmentine, ampicilina); antiinflamatorios no esteroideo (AINEs) del grupo de derivados pirazólicos (Metamizol). - La incidencia más frecuente registrada es el tamaño de catéter endovenoso. - Un año después de la aplicación del listado, se cumplimenta en más del 90% en todos los ítems. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** - El análisis de los resultados de la auditoria en la comisión de quirófanos durante el año, ha fortalecido su aplicación en toda el área quirúrgica. -La aplicación del Listado de verificación quirúrgica un año después de su implantación ha permitido facilitar la comunicación de los profesionales. - Conocemos mejor nuestras debilidades y las áreas de mejora en que trabajar como mejorar el circuito del paciente hospitalizado y el bloque quirúrgico

PCNI UNA APUESTA POR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL SOMETIDA AL EFECTO DE LA HUMEDAD.

Autores:

Ruiz Gutiérrez, D; Martín Ruiz, M; Ruiz Cobo, J; Amador Beltran, A; Díaz Valenzuela, A y Alfaro Rodríguez, C.

Palabras Clave:

lesión humedad cuidados calidad metodología

Resumen:

Objetivos: Describir el comportamiento de un nuevo Protector Cutáneo No Irritante (No Sting Skin Prep®) en una paciente de edad avanzada con problemas relacionados con el exceso de humedad (incontinencia urinaria, fecal, sudor, exudado...) **Material y métodos:** Caso clínico. Evaluación, diagnóstico y tratamiento. Proceso de Atención de Enfermería. **Paciente** Mujer de 96 años con AP de artrosis, diabetes mellitus II, insuficiencia vascular, hipertensa y obesa IMC: 36. Incontinencia urinaria mixta. **Escala Visual del Eritema:** 4 Presenta una lesión (piel rota/superficial) por humedad asociada a incontinencia en pliegue interglúteo de 3 cm. de longitud por 1 cm. de anchura, con piel perilesional macerada, eritema blanqueable y sin necrosis. **Plan de cuidados 00046** Deterioro de la integridad cutánea r/c exceso de humedad y fricción m/p destrucción de las capas de la piel, eritema, etc. **NOC:** 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. **NIC:** 3660 Cuidados de las heridas. **Seguimiento/Resultados** La lesión tiene una antigüedad de 3 meses y ha sido tratada previamente sin éxito con múltiples tratamientos tópicos, siendo la limpieza diaria con jabón neutro y aplicación de aceite de almendras el último tratamiento previa evaluación por enfermero. Se realizan cambios de absorbente de orina c/8horas. El 08 de abril de 2011 inicia tratamiento con el protector cutáneo no irritante No-Sting Skin-Prep® tras lavado y secado de la zona. Cura cada 24 horas. Posteriormente se van espaciando las curas hasta realizarse cada 72 horas es dada de alta el 17 de abril de 2010 con resolución completa de la lesión. **Discusion/Conclusiones** La aplicación del protector cutáneo no irritante No-Sting Skin® resulta efectiva en las lesiones por humedad en la incontinencia, es costo-eficaz y resulta un tratamiento de primera elección en este tipo de casos, optimizando recursos, mejorando la calidad de vida tanto de pacientes como de sus cuidadores facilitando su labor.

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS DE ALTO RIESGO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:

MARTÍNEZ DE LA PLATA, JE; CANTO MANGANA, J; FERNANDEZ MARTIN, JM; VERDEJO RECHE, F; GIMENO JORDÁ, MJ y FAYET PEREZ, A.

Palabras Clave:

UCI MEDICAMENTOS ALTO RIESGO FARMACIA

Resumen:

Introducción: El uso de Medicamentos Intravenosos de Alto Riesgo (MIAR) en el ámbito de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), constituye una práctica habitual. Es por ello que desde el Servicio de Farmacia se debe hacer especial hincapié en el Uso Seguro del Medicamento (USM). **Objetivos:** Identificación de Medicamentos Intravenosos de Alto Riesgo usados e implementación de un protocolo para minimización de errores en el uso de los mismos dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Tercer Nivel. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo del uso de fármacos de alto riesgo usados en la UCI de nuestro hospital durante los primeros tres meses del año 2011. Se elaboró un protocolo de control de stocks y acondicionamiento de los medicamentos susceptibles. **Resultados:** Total MIAR dispensados: 8617. Cloruro Potásico 2M 0,02%, Amiodarona 0,08%, morfina 0,10%, Rocuronio 0,6%, Fosfato Monopotásico 2,52%, Midazolam 5,19%, Adrenalina 6,85%, Propofol 10,61%, Dopamina 21,24%, Cloruro Potásico 1M 52,69%. Se procedió a crear un armario de almacenaje, separándolos físicamente lo máximo posible. Otra medida fue proceder a re-etiquetar las ampollas y viales de dichos fármacos con etiquetas de diferentes colores, asignando un color a cada fármaco a modo identificativo. Así mismo, tras consenso con UCI, se comenzó a elaborar Mezclas Intravenosas Estériles Precargadas desde el Servicio de Farmacia, empezando por Midazolam a dosis estandarizadas por el especial uso que se realiza en UCI de dicho fármaco. **Discusión:** El Servicio de Farmacia puede contribuir a la Calidad Asistencial sanitaria que recibe un paciente ingresado en la UCI a través de la identificación correcta de los fármacos, ya que así facilitará el trabajo a los profesionales sanitarios directamente implicados en el cuidado del mismo, con el consiguiente aumento de la seguridad en el uso del medicamento y minimización de errores en la asistencia prestada por los Servicios de Farmacia y Medicina Intensiva. **Conclusiones:** La implementación de un protocolo encaminado a promover el uso seguro y racional del medicamento, y en definitiva a aumentar la Calidad Asistencial, especialmente en unidades como UCI, deben ser instauradas como una práctica habitual en el ámbito del Sistema Sanitario Público Andaluz.

PROYECTO:FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

Autores:

GONZALEZ FERNANDEZ, JC; ROSADO SUAREZ, MA; CASTILLA CUARESMA, F; ZOIDO RAMOS, C; VILLEGAS CACERES, JR y SANCHEZ PRESUMIDO, MV.

Palabras Clave:

AUTOCUIDADO SOSTENIBILIDAD COORESPONSABILIDAD

Resumen:

Objetivos. Desarrollar rol enfermero mejorar conocimientos de usuarios sobre su proceso ayudar a la sostenibilidad del sistema material y método. El perfil de usuario habitual del sas es una persona de edad 68/75, pluripatológico y dependencia moderada. Siendo el centro del sistema, tiene derecho a recibir una atención sanitaria de máxima calidad pero debemos concienciarlo de que también tiene el deber de ayudar a la sostenibilidad del sistema. Para ello debemos dotarlo de los conocimientos suficientes que le permitan tener una actitud responsable en su paso por el sistema y en la racionalización de los recursos. En nuestra ugc de m.Interna (3ªd,hie)se determina mediante valoraciones el estado general de salud, el grado de dependencia y nivel de conocimientos(proceso,reg. Terapéutico, manejo dispositivos y autocuidados. Una vez determinado el perfil(paciente/cuidador)se inicia su educación mediante charlas/prácticas(individuales)y talleres monotemáticos(colectivos)que nos aseguren un mínimo de conocimientos. Resultados. Al ser un proyecto recién instaurado no se disponen de resultados concluyente,no obstante con este cambio de cultura asistencial en la que la enfermería ayuda a satisfacer las necesidades y no suplente al usuario, se detecta un pequeño cambio en la actitud de los usuarios:más activa, participativa y responsable. Discusión. Es del todo necesario una cooresponsabilidad de usuarios y profesionales para que sea posible la sostenibilidad del sistema sanitario tal y como lo conocemos.Para ello no solo debemos dotarnos de las herramientas de gestión que nos hagan más eficaces, eficientes y efectivos, sino que debemos romper con la actitud pasiva y de demanda del propio usuario con el sistema de salud. Conclusiones. Debemos considerar al núcleo familiar(domicilio habitual)como la unidad mínima de cuidados en la que el protagonismo es del propio usuario y con ello la responsabilidad de mantener una conducta de salud adecuada. Nuestra misión garantizar la adquisición de las herramientas necesarias para dicho fin. “Dale de comer al hambriento y mañana de nuevo tendrá hambre. Enséñale a pescar y no la volverá a pasar”

PARTICIPACION CIUDADANA EN EL DESARROLLO DE UN PLAN DE SEGURIDAD PARA PACIENTES EN LA UCG DE FUENGIROLA OESTE

Autores:

Ortiz Leal, FJ; De la Rubia Gracia, M; Navarro Romero, MD; Gavilán Palomo, R; Sánchez López, AM y Rosa Chiquero, A.

Palabras Clave:

seguridad calidad asistencial participación ciudadanos riesgo

Resumen:

OBJETIVOS Implicar a los usuarios representados por el grupo de participación ciudadana en el plan de seguridad de la UGC a través de la detección de 'puntos negros' que puedan afectar a su seguridad y de esa manera ver, desde la perspectiva de los ciudadanos, aquellos 'riesgos' que de otra manera podrían haber pasado desapercibidos por los profesionales.

MATERIAL Y METODOS En cuanto a la metodología, utilizamos la hoja de registro de detección de 'puntos negros' para enumerar las situaciones o espacios que ellos considerasen peligrosos para su seguridad.

RESULTADOS Una vez recibido todas las hojas de registro rellena por cada uno de los participantes se paso a analizarlas y agruparlas según el tipo de problema: Defectos estructurales externos: las escaleras de acceso al centro de salud tienen mucha inclinación y no hay barandilla para agarrarse con el consiguiente riesgo de caída; la rampa de acceso a la puerta principal del centro tiene baldosas levantadas con el consiguiente riesgo de caída; sujeción de perros de forma habitual en la puerta de entrada al centro. Defectos estructurales internos: la puerta de entrada al centro de salud es estrecha, justa para carritos y sillas de ruedas; Iluminación insuficiente tanto externa como interna; falta de protectores de enchufes que son accesibles para los niños. Organización Interna: Recordar la importancia de señalar o delimitar las zonas mojadas cuando se realiza la limpieza del centro por el riesgo de caídas. Asistencial: Notificar por escrito cualquier inicio o cambio en las pautas de tratamiento de los pacientes. Una vez recabada toda esta información se analiza, se agrupa por áreas y se presenta en reunión de equipo donde se discuten los diferentes puntos de vista y se establecen las posibles medidas correctoras para evitar los riesgos.

DISCUSION Si queremos crear una cultura de seguridad es indispensable la implicación de los ciudadanos y que de esta forma contribuyan a la mejora de su propia atención sanitaria. Esperamos que este nuevo procedimiento sobre detección de riesgos de los pacientes no quede en algo meramente anecdótico sino que sea el inicio de un nuevo modelo de interrelación con el ciudadano.

CONCLUSION Tras nuestra experiencia nos parece indispensable la cooperación de los usuarios en la detección de 'puntos negros' en los centros de salud. La actitud proactiva de los ciudadanos aumenta la valoración y el nivel de confianza de los pacientes.

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE AMIODARONA-ESTATINAS MEDIANTE LA INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Autores:

Pérez Díaz, I; Sánchez Argáiz, MC; Sánchez Gómez, E; Prieto Callejero, B; Grutzmancher Saiz, S y Bocanegra Martin, C.

Palabras Clave:

Interacción farmacológica, intervención farmacéutica, seguridad.

Resumen:

Objetivos Evaluar la mejora en la prescripción médica por concienciación del médico, a través de una intervención farmacéutica, en la interacción amiodarona-estatinas. Material y método Estudio de la interacción amiodarona-estatinas e intervención farmacéutica en caso de prescripción para sustituir la estatina prescrita por pravastatina, cuyo mecanismo de acción permite dicha asociación sin riesgo para el paciente de sufrir una miopatía grave y/o rabdomiolisis. La intervención farmacéutica consiste en un informe explicativo de la interacción que es incorporado en la historia clínica del paciente aportándose la pauta a seguir más segura para el paciente. Esta intervención se realiza desde el año 2009. Se identificaron a los pacientes que, sin necesidad de intervención farmacéutica, le prescribieron correctamente el par de fármacos amiodarona-estatinas, entendiéndose esta acción como concienciación del facultativo gracias a las intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo durante el periodo 2009-2011. La información se obtuvo del programa TRANSTOOLS (versión 4.3). Resultados Durante el periodo de estudio, de 2009 a 2011, se ha producido un incremento de la correcta prescripción del par amiodarona-estatinas (16 en 2009, 27 en 2010 y 13 en 2011), siendo el 2010 el año más fructífero. En cuanto a la actividad asistencial dedicada a la intervención farmacéutica realizada, es el año de su implantación, el 2009, el más productivo (188 intervenciones en total) mientras que en 2010 se mantiene una actividad bastante aceptable (119 intervenciones) produciéndose un descenso brusco en el 2011 (49 intervenciones). Discusión La continua labor intervencionista desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria en los casos detectados de prescripciones de amiodarona-estatinas, podría estar concienciando a los prescriptores de la importancia de conocer y evitar la asociación de estatinas interaccionantes con amiodarona. Esta práctica contribuye a la disminución del riesgo de padecer miopatías y/o rabdomiolisis como efectos adversos derivados de la medicación. Pese al descenso secuencial de intervenciones farmacéuticas realizadas en este periodo, el número de prescripciones de pravastatina concomitante con amiodarona son mayores. Conclusiones La intervención farmacéutica en el ámbito de las interacciones farmacológicas puede contribuir a la educación de los prescriptores con el objetivo de mejorar la calidad de la farmacoterapia, y en este caso, la seguridad de los pacientes.

TOMA DE MEDICACIÓN CORRECTA Y AUTONOMÍA

Autores:

García Alegre, R; Portuondo Jimenez, J; de Luis Alvarez, S; Larrinaga Llaguno, M; Larrinaga Llaguno, N y Bilbao Saez de Parayuelo, I.

Palabras Clave:

Medicacion;toma;correcta;autonomia

Resumen:

Introducción: Los pacientes reciben (y toman) la dosis adecuada del medicamento adecuado en el momento adecuado y de la manera adecuada. Sin embargo, pueden producirse errores de medicación. En España, más de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito (el incumplimiento oscila entre el 16,7 y el 66,2%). Los errores se deberse a la falta de comunicación, las malas prácticas de distribución de medicamentos, los errores de cálculo de las dosis, los problemas relativos a los medicamentos y a los dispositivos médicos, la administración incorrecta de medicamentos y la falta de educación de los pacientes. **Objetivos:** Evitar los errores tanto de preparación como de administración de la medicación, a la vez que se favorece la autonomía de los ancianos. **Material y Método:** Los errores de preparación y administración se producen cuando los medicamentos se parecen y tienen nombres similares, y cuando es difícil distinguir entre nombres genéricos y marcas. El Sistema Personalizado de Dosificación es un dispositivo de tipo blíster donde hay distribuida toda la medicación en forma farmacéutica sólida que toma el paciente, siguiendo la pauta terapéutica prescrita. El dispositivo consta de 28 alveolos para distribuir la medicación a lo largo de la semana. La toma de la medicación está claramente identificada en: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo (vertical) y mañana, tarde y noche (horizontal). El paciente tiene toda la información de su medicación en el blíster. En la cara de delante se detalla la medicación y la posología de las formas farmacéuticas no susceptibles de ser condicionadas, por lo tanto, no estaran dentro del dispositivo, como los jarabes, pomadas, pegados, aerosolos... La cara posterior consta de la información de los medicamentos que hay dentro del blíster: describe los medicamentos depositados, la posología y las características físicas para facilitar la identificación (ej. Comprimido naranja, redondo) **Resultados:** A través del sistema personalizado de dosificación de medicación se evitan tanto los errores de preparación como de administración de los ancianos, a la vez que se favorece la autonomía de los mismos, de una forma eficaz, eficiente y efectiva. **Conclusiones:** Con el uso de los SPD, se evitan errores en la preparación y en la administración de la medicación en usuarios que por su polipatología, o por desconocimiento de la medicación a tomar, no se autoadministra la medicación de forma correcta.

INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA A SOLICITANTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Sánchez Basallote, JE; Fernández García, PJ; Delgado Fernández, MA; Vilchez Partida, R; Pérez Troya, R y Aguilar Luna, L..

Palabras Clave:

Interrupción embarazo, intervención sociosanitaria, atención primaria

Resumen:

Objetivo: Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en España quedaron despenalizadas en 1985 en 3 supuestos: grave peligro para la salud física o psíquica de la embarazada, violación y graves taras físicas o psíquicas en el feto. Desde el 5 de julio de 2010, las IVE están reguladas por la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva, que garantiza el acceso en las primeras 14 semanas de gestación a petición de la mujer, y excepcionalmente por causas médicas en una serie de circunstancias. En nuestro Distrito las demandas de IVE son abordadas por los trabajadores sociales. Los objetivos del estudio son conocer las características sociosanitarias de las solicitantes de IVE e implementar una estrategia de intervención

Material y método: Distrito APS Sierra de Cádiz. Estudio descriptivo. Año 2010. Solicitudes y entrevistas sociosanitarias realizadas por los trabajadores sociales a las solicitantes de IVE. Plan de intervención. Variables: Edad de la solicitante, semanas de gestación, país de origen, estado civil, nº de hijos, nivel de instrucción, ocupación, realización de IVE previo y método anticonceptivo que utiliza habitualmente. Resultados: En el año 2010 se han gestionado 204 solicitudes de IVE (7,7 por 1000 mujeres de 15-44 años). Un 19,6% eran menores de 20 años. El 16,2% tenían más de 34 años. El 6,3% tenían más de 12 semanas de gestación (2% de más de 14 semanas). Se entrevistaron a 151 mujeres (74%). El 95,4% eran españolas. El 64,2% eran solteras. El 46,4% no tenían hijos y el 9,3% tenían 3 hijos o más. El 50,3% tienen un nivel educativo de primaria. El 38,4% son desempleadas y el 37,7% son trabajadoras en activo. El 27,8% se han sometido a un IVE previo y un 6% se han realizado dos o más. El 41% no utiliza ningún método anticonceptivo y el que mas utilizan habitualmente es el preservativo (37.1%). El plan de intervención implementado ha sido: Profundizar en la información que tienen sobre métodos anticonceptivos; inculcarles una actitud de cuidados hacia el propio cuerpo y de responsabilidad hacia su salud sexual; informarlas sobre métodos anticonceptivos; propiciar en la mujer la elección del método anticonceptivo mas favorable a sus circunstancias; facilitar información de la anticoncepción de urgencia; derivar a consulta de planificación familiar en un plazo inferior a 15 días.

Discusión y Conclusiones: Las entrevistas sociosanitarias nos han permitido conocer el perfil de nuestras demandantes de IVE. El Plan de intervención implementado deberá evaluarse a final de 2011.

PLAN DE PARTICIPACION CIUDADANA EN UN DISTRITO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:

Sánchez Basallote, JE; Delgado Fernández, MA; Pérez Troya, R; Aguilar Luna, L; Vilchez Partida, R y Fernández García, PJ.

Palabras Clave:

Participación ciudadana, atención primaria

Resumen:

Objetivo: El Plan de Participación Ciudadana (PC) del Distrito de Atención Primaria de Salud (APS) Sierra de Cádiz tiene como finalidad incorporar la perspectiva del ciudadano en el quehacer habitual de sus profesionales, a través de la Comisión de PC en cada una de las Unidades de Gestión Clínica (UGC). El objetivo es evaluar los indicadores del Plan de PC de las UGC del Distrito del 2010. Material y método: Comisión de PC del Distrito y comisiones de cada UGC. Documento base para la elaboración del Plan de PC de las UGC. En cada UGC se constituyó en 2009 una Comisión de PC. Durante el año 2010 se consolidan las Comisiones de PC en cada UGC y se establecen unos indicadores para evaluar su actividad. Resultados: En el año 2010 han formado parte de las Comisiones de PC un total de 38 asociaciones y colectivos del Distrito (5 en la UGC de Alcalá del Valle, 14 en la UGC de Arcos de la Frontera, 6 en la UGC de Olvera, 5 en al UGC de Ubrique y 8 en la UGC de Villamartín). Cada Comisión de PC de UGC ha mantenido dos reuniones: En la primera reunión se determinaron las actividades a desarrollar durante el año, estableciendo el calendario de trabajo y determinando una serie de indicadores que se han evaluado en la última reunión del año. Han asistido a las reuniones un 75% del total de los miembros de las Comisiones (objetivo 60%). Se ha actualizado el Plan de PC de la UGC, con detalle de las actividades a desarrollar, antes del 30 de abril en el 100% de las Comisiones de PC. Se han desarrollado un total de 19 actividades sobre las 22 recogidas en los Planes de PC de las UGC, lo que supone un 88,6% (objetivo 75%). El 100% de los asistentes a las actividades realizadas se mostraron satisfechos o muy satisfechos (objetivo 70%). Discusión y Conclusiones: El Plan de PC de cada UGC se ha constituido en el punto de encuentro entre profesionales de la salud y la población, representada por las asociaciones, y se establece un nivel de colaboración en temas relacionados con la promoción de la salud, la educación en salud y con el uso adecuado de la oferta sanitaria. Ha servido para respaldar y dar reconocimiento a los diferentes colectivos de ciudadanos que colaboran generando un valor añadido en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

ACTUACIÓN FARMACÉUTICA ANTE UNA NOTA DE SEGURIDAD DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Autores:

PRIETO CALLEJERO, B*; PÉREZ DÍAZ, I; PIÑERO GARCÍA DE VINUESA, MA; GARRIDO MARTÍNEZ, MT; SÁNCHEZ ARGÁIZ, MC y GRUTZMANCHER SAIZ, S.

Palabras Clave:

farmacovigilancia, reacción adversa, cilostazol

Resumen:

OBJETIVO: informar a los médicos responsables de los pacientes ingresados en el hospital, tratados con cilostazol, con riesgo de reacciones adversas cardiovasculares, para que evalúen la relación beneficio-riesgo del fármaco. **MATERIAL Y MÉTODOS:** se identificaron a través del programa de dosis unitaria del servicio de farmacia, los pacientes que tomaban cilostazol y tenían riesgo de sufrir reacciones adversas cardiovasculares, a la vista de una nota de seguridad emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Se trataba de pacientes de edad avanzada, que recibían de forma concomitante medicamentos susceptibles de interacciones farmacodinámicas y/o farmacocinéticas con cilostazol, como ácido acetil salicílico y/o clopidogrel, estatinas, inhibidores de la bomba de protones, o antihipertensivos de tipo IECA o ARA-II. Una vez identificados, se elaboró un informe individualizado con los medicamentos que podían interactuar y se recomendó al médico a valorar la necesidad del tratamiento con cilostazol y, en caso de no poder suspenderse, a mantener una vigilancia especial. **RESULTADOS:** desde el 17 de junio del 2011 hasta la fecha fueron identificados 6 pacientes ingresados en tratamiento con cilostazol. De todos ellos, 3 habían iniciado el tratamiento antes del ingreso en el hospital y el resto durante su estancia hospitalaria. De los 6 pacientes, 3 pertenecían al servicio de cirugía vascular, 2 al servicio de medicina interna y 1 al servicio de neurología. Tras la intervención farmacéutica, a 4 pacientes se les retiró el tratamiento con cilostazol, durante su estancia hospitalaria. **DISCUSIÓN:** el servicio de farmacia hospitalaria tiene un papel activo en la farmacovigilancia, contribuyendo de esta manera en la calidad de las prescripciones como muestran los resultados obtenidos. **CONCLUSIONES:** la actuación farmacéutica ante una nota de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios es un método eficiente de farmacovigilancia.

IMPLANTACIÓN DE LA INICIATIVA MANOS SEGURAS EN EL HOSPITAL SAN AGUSTIN DE LINARES

Autores:

ABAD GUARDIA, R; GONZALEZ DEL MORAL, MJ y GAMEZ ALBIN, MJ.

Palabras Clave:

HIGIENE DE MANOS

Resumen:

OBJETIVOS Implantar la iniciativa del Observatorio para la Seguridad del Paciente, -MANOS SEGURAS-, en el Hospital San Agustín de Linares. **MATERIAL Y MÉTODO** Se constituye un grupo de trabajo que utiliza la siguiente metodología: -Análisis situacional: Se contrasta la situación de partida en el hospital, respecto a la higiene de manos, con los estándares de calidad planteados por la ACSA, y se establecen las medidas de mejora. oFormación de los profesionales oPromoción de la higiene de manos oSensibilización de los usuarios. oMejora de la accesibilidad a los materiales para la higiene de manos oMonitorización de los resultados ?Se realiza una encuesta de declaración voluntaria de la adhesión a la higiene de manos para identificar barreras que dificultan la higiene de manos, así como oportunidades de higiene perdidas. ?Se realiza un estudio observacional para evaluar el cumplimiento de recomendaciones en higiene. **RESULTADOS** En 2010 se consigue la implantación de la Iniciativa -MANOS LIMPIAS; MANOS SEGURAS- y la correspondiente acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. ?Tras la puesta en marcha de las medidas mejora se obtienen una tasa de adherencia a las recomendaciones de higiene de manos del 90,76% de los profesionales ?Se identifican las principales barreras que dificultan la adhesión a la higiene de manos, así como las oportunidades con menor adhesión de los profesionales a las recomendaciones. ?Oportunidades para la higiene con menor tasa de adherencia ?Se mejora la accesibilidad de los productos para la higiene de manos. **DISCUSIÓN** Las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria son uno de los principales problemas de seguridad que afecta a la calidad de la atención sanitaria de cientos de millones de pacientes cada año, en todas las regiones del mundo. La mejora de la higiene de las manos constituye uno de los pilares básicos para una organización que quiere brindar una atención sanitaria segura, y proteger a los pacientes de los efectos negativos de las infecciones nosocomiales evitables, y ha de suponer también una prioridad para cada uno de los profesionales sanitarios **CONCLUSIONES** La certificación de la calidad por agencias acreditadas externas como herramienta para la mejora de la calidad es una metodología muy útil para la consecución de objetivos tanto organizacionales como institucionales que busquen resultados que impacten positivamente en la población, así como en la mejora de práctica clínica de los y las profesionales de la salud

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Autores:

NIETO GUINDO, P; MATEO CARRASCO, H; GIMÉNEZ RAMOS, M; FERNÁNDEZ GINÉS, F; URQUÍZAR RODRÍGUEZ, O y MOLINA CUADRADO, E.

Palabras Clave:

INMUNOGLOBULINAS, INDICACIONES AUTORIZADAS, USO COMPASIVO

Resumen:

Objetivos: Conocer la utilización de inmunoglobulinas inespecíficas intravenosas (IgIVs) en un hospital de segundo nivel, en lo que se refiere a consumo, indicaciones, régimen de dosificación, servicios prescriptores, etc. Al mismo tiempo que establecer el grado de adaptación a las indicaciones y dosificaciones aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (AEM), y a las recomendadas por la bibliografía científica internacional.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, observacional. Se han recogido datos en cuanto a indicación-prescripción durante 36 meses (marzo 2008 - marzo 2011). Hemos clasificado a los pacientes en función de que la indicación para la que ha sido prescrita la inmunoglobulina esté: - Autorizadas por la Agencia Europea del Medicamento. (categoría A) - Aunque no están autorizadas por las entidades reguladoras, se consideran lo suficientemente avaladas, según la bibliografía internacional. (categoría B) - Los usos que ni están autorizados ni se consideran lo suficientemente avalados, y que por tanto, para su utilización, debe recabarse una autorización como uso "compasivo". (categoría C)

Resultados: El número de pacientes tratados con IgIVs durante el período de estudio fue de 40, 23 varones y 17 mujeres. De las 40 prescripciones, 20 corresponden a la categoría A, siendo la Púrpura Trombocitopénica Idiopática la patología más frecuente. 12 prescripciones corresponden a la categoría B, siendo la polineuropatía crónica inflamatoria la patología más frecuente. Finalmente, las otras 8 prescripciones corresponden a la categoría C. Los servicios que más prescribieron fueron los de Neurología y Pediatría. El servicio de Medicina Interna fue el que menos se adaptó a las indicaciones aprobadas por la AEM y a las indicaciones avaladas por la bibliografía internacional, ya que el 55% de sus prescripciones corresponden a la categoría C.

Discusión: Con objeto de los resultados se nos plantea la necesidad de realizar un programa de intervención para racionalizar su uso.

Conclusiones: De los resultados se concluye que las IgIVs son medicamentos controlados, pero 1 de cada 5 indicaciones se emplea para patologías en las que no existen estudios controlados y bien diseñados. Por ello es necesario elaborar protocolos que recojan criterios de utilización de IgIVs. Se requiere un mayor seguimiento por parte del servicio de farmacia para que las indicaciones y dosificaciones se ajusten a las establecidas, y de esta manera corregir todas las desviaciones detectadas.

SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO.SEÑALIZACION DE LA ZONA A INTERVENIR

Autores:

DIAZ LOPEZ, M y NAVARRO ROMERO, J.

Palabras Clave:

SEGURIDAD QUIRURGICA MARCAJE ZONA A INTERVENIR

Resumen:

OBJETIVOS: - Implantar listado de verificación en todas las intervenciones quirúrgicas - Realizar la difusión y formación del protocolo de cirugía segura a todos los profesionales del área quirúrgica. - Fomentar la señalización de la zona a intervenir así como protocolizar método de señalización. - Fomentar la comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico para maximizar la seguridad en las prácticas quirúrgicas. **METODOLOGIA:** - Elección al azar de 50 historias clínicas referentes a pacientes intervenidos de cirugías que suponen una lateralidad como son las especialidades de traumatología, oftalmología y otorrinolaringología durante un periodo de seis meses (01/01/2011 al 30/06/2011)

RESULTADOS: De las 50 historias revisadas 23 pertenecen a la especialidad de oftalmología en las que se aprecia que el 96% presentan señalización del ojo a intervenir. De las 17 historias revisadas que pertenecen a la especialidad de traumatología el 94% pertenecen a pacientes que se les ha señalado la zona a intervenir. A la especialidad de otorrinolaringología pertenecen 10 historias de las cuales se señala el oído a intervenir en el 97% de los pacientes..

DISCUSION: La cirugía en el lugar erróneo es uno de los eventos adversos de mayor importancia en el ámbito quirúrgico. De hecho, el número de eventos adversos notificados sobre cirugía en el lugar erróneo han aumentado progresivamente los últimos años. Estos datos muestran la necesidad de seguir trabajando en la prevención de este tipo de incidentes. Una de las estrategias del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad es la implantación de proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en áreas específicas, siendo una de ellas la prevención de la cirugía en lugar erróneo. **CONCLUSION:** -El correcto marcaje de la zona a intervenir influye positivamente en la seguridad del paciente quirúrgico. - Antes de comenzar la cirugía se debe de tomar un -tiempo fuera- para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto. - En la mayoría de las ocasiones que no se procede al marcaje de la zona es por cirugías de urgencia, falta de tiempo del personal o desconocimiento del protocolo en personal eventual. - La falta de comunicación entre el personal es otro de los factores que alimentan el error quirúrgico.

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA CUIDADORAS DE PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA

Autores:

Lozano- León, T; Romero Indiano, EM y de Prada López, L.

Palabras Clave:

Folleto informativo para pacientes, prevención primaria, úlcera por presión

Resumen:

Objetivo: Elaborar una guía de prevención de úlceras por presión dirigida a cuidadoras de pacientes encamados o con movilidad reducida. **Material y Método:** A través de fuentes secundarias se analizan todas las evidencias disponibles hasta la fecha. Se categorizan según su nivel de evidencia en escala del 1 al 5 (Sackett, 1989) y se escala la fuerza de la evidencia para cada recomendación en subnivel A, B o C. Se realiza búsqueda bibliográfica sistemática en The Joanna Briggs Institute y The Cochrane Library. Posteriormente se elabora la guía sometiéndola tanto a una revisión por pares como a la conformidad por parte de un grupo de cuidadoras. **Resultados:** En base a la documentación analizada se establecen diversas categorías de intervención en cuidados, adecuadas para su realización por parte de las cuidadoras de pacientes encamados o con movilidad reducida en ámbito domiciliario. Las recomendaciones se estructuran en las categorías: Superficies de apoyo, cambios posturales, nutrición y cuidados de la piel. Estas indicaciones se materializan finalmente en un díptico para su difusión entre la población de cuidadoras del centro de salud de referencia. **Discusión-Conclusiones:** Con un nivel de evidencia A se establece que en todas las instituciones de salud y niveles asistenciales, las personas que se consideran con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben tener un plan de cuidados por escrito de prevención. El 95% de las úlceras por presión en paciente con movilidad reducida son prevenibles. Por lo que se precisa de una adecuada programación de educación sanitaria donde se ponga en valor los autocuidados. Al igual que con las Guías Clínicas conseguimos una estandarización de las actuaciones profesionales, con la elaboración, basado en la evidencia de estos folletos informativos para pacientes, conseguimos que las pautas de actuación de las cuidadoras estén en línea con la mejor evidencia científica disponible.

NUTRICIÓN PARENTERAL INDIVIDUALIZADA VERSUS NUTRICIÓN PARENTERAL COMERCIAL. VENTAJAS E INCONVENIENTES

Autores:

Dávila Fajardo, C; Ruiz Cruz, C; Valle Díaz de la Guardia, A; Álvarez González, J y Cabeza Barrera, J.

Palabras Clave:

nutrición parenteral

Resumen:

OBJETIVO: Estudio prospectivo en el que se comparan las nutriciones parenterales (NP) estandarizadas prescritas por médicos a pacientes adultos, con las diseñadas por un residente de último año aprovechando los conocimientos de nutrición adquiridos durante su rotación en el área de NP del servicio de Farmacia de un hospital de especialidades. Análisis de las ventajas y los inconvenientes de los procesos de individualización y estandarización de las fórmulas de NP. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se seleccionaron a 20 pacientes hospitalizados en las áreas quirúrgicas de nuestro hospital y se estudió la NP estandarizada prescrita por el médico. Se evaluó: la indicación, el mantenimiento o mejora del estado nutricional, la incidencia de complicaciones durante el proceso y se midió el grado de adecuación de las NP estandarizadas prescritas a las recomendaciones en las guías de práctica clínica. Para ello se siguieron las recomendaciones sobre las aportaciones de macro y micronutrientes de los estándares establecidos por el Grupo de Trabajo de Nutrición de la SEFH. **RESULTADOS:** -De los 20 pacientes, el 40% tenían prescrita una NP estándar que no se ajustaba a la indicación recomendada en las guías de práctica clínica. -El 80% de las NP estandarizadas no se ajustaban a las necesidades calóricas ni a los requerimientos hídricos recomendados en las guías de práctica clínica. -El 50% de los pacientes presentaban hipertrigliceridemia que no fue controlada al tener prescrita una NP estandarizada. -El 55% de los pacientes presentaba hiperglicemia que si fue controlada en planta con insulina. -El 40% de los pacientes necesitaba una corrección en el aporte de electrolitos de la NP estandarizada para adecuarse a los requerimientos publicados en las guías de práctica clínica. **CONCLUSIONES:** -Existe un exceso de estandarización de la NP. La consecuencia es una disminución de la calidad del tratamiento. -Se utilizan NP en situaciones clínicas en las que no están indicada -Falta de monitorización adecuada (cumplimiento de los requerimientos calculados...) -La NP individualizada permite adaptarse a los requerimientos específicos de los pacientes, estando indicada especialmente en pacientes críticos, con necesidades importantes de fluidos y minerales. -La NP estandarizada resulta muy útil en pacientes con requerimientos estándar de energía y nutrientes. -Con la formación adecuada el farmacéutico de hospital puede realizar una tarea muy útil en la prescripción de la NP.

ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE MICOFENOLATO DE MOFETILO EN SÍNDROME NEFRÓTICO

Autores:

Dávila Fajardo, C; Ruiz Cruz, C; Fernández López, C; Valle Díaz de la Guardia, A; Álvarez González, J y Cabeza Barrera, J.

Palabras Clave:

micofenolato de mofetilo, evaluación, uso compasivo

Resumen:

Objetivo: Analizar la utilización de micofenolato de mofetilo (MMF) en el tratamiento de síndrome nefrótico (SN) **Método:** Estudio descriptivo prospectivo de utilización de MMF en el tratamiento de pacientes con SN entre Mayo 2010 y Mayo 2011. Se utilizaron los registros de solicitudes de tratamiento de MMF en SN (uso compasivo) y la historia clínica informatizada. Se recogieron datos demográficos, analíticos (albuminemia, proteinuria, creatinuria), tratamientos previos y posología, duración, fármacos asociados y efectos adversos del tratamiento con MMF al inicio del estudio y a los 6 meses del tratamiento. **Definición de respuesta al tratamiento en función del índice proteinuria/creatinina (P/C) en orina:** Remisión completa (RC) si índice $<0,3$, Remisión Parcial entre 0,3 y 2,9 y Fracaso terapéutico (FT) si ≥ 3 . En cuanto a la albuminemia el rango normal considerado fue 3,5-5,2 g/dl. **Resultados:** 30 pacientes (22 mujeres) de edad entre 22-74 años iniciaron tratamiento con MMF durante el periodo seleccionado. De ellos, 19 lupus eritematoso sistémico, 3 nefropatías y 8 glomerulonefritis. El 80% de los pacientes recibió previamente corticoides e inmunosupresores (ciclofosfamida, ciclosporina, azatioprina y metotrexato) y el resto únicamente corticoides. La dosis inicial de MMF fue 250 mg/12h, incrementándose a 1000 mg/12h en el 90% de los pacientes. La duración media de tratamiento fue de 40 meses. 28 pacientes permanecieron al menos 6 meses en tratamiento, con descenso significativo del índice P/C de 1,56 a 1. 17 pacientes cumplieron 12 meses de tratamiento, con descenso significativo del índice P/C de 1,24 a 0,54. En este grupo al inicio, el 5,88% se encontraban en FT, el 76,47% en RP y el 17,65% en RC. Entre los pacientes con hipoalbuminemia, el 40% normalizó los valores. De los 30 casos estudiados se interrumpió el tratamiento en el 16% por FT. **Conclusiones:** El MMF se muestra como una alternativa eficaz y segura en el SN, como terapia de inducción y mantenimiento de la remisión.

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS: ORDENES ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

FLORES CABALLERO, L; PORRAS TEJERO, E; ESCOLAR CARRIÓN, C y GARCÍA RUIZ, R.

Palabras Clave:

SEGURIDAD COMUNICACIÓN ÓRDENES ENFERMERÍA.

Resumen:

En la literatura se ha encontrado una relación directa entre los problemas de comunicación y la incidencia de eventos adversos. La comunicación es un aspecto fundamental en la actividad sanitaria diaria en Atención Primaria (AP): administración de fármacos e indicación de intervenciones de enfermería. La transferencia de esta información es uno de los momentos frágiles que puede conllevar a errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre profesionales. Objetivos: Identificar los puntos críticos de transferencia de información Establecer el modelo de comunicación médico enfermero en el centro Minimizar los riesgos derivados de la transferencia de información entre médicos y enfermeras Material y Método: Para minimizar el riesgo detectado derivado de la orden a enfermería en formato papel, se implantó un sistema único de ¿órdenes enfermería?, definidas como cualquier plan de actuación, diagnóstico o de tratamiento dirigida a los profesionales de enfermería por parte de los profesionales médicos y fuera del entorno de la asistencia urgente o emergente. Se estableció su registro en la Historia de Salud del Usuario (HSU) en Diraya. Se definió registrar la “orden” en el campo Plan de Actuación de la hoja de seguimiento de la misma. Se protocolizó el procedimiento y se eliminó todo tipo de orden telefónica o escrita en cualquier otro documento específico que no fuera la HSU. Se estableció evitar abreviaturas y siempre utilizar la denominación de fármacos por principio activo. Resultados: Se ha monitorizado el cumplimiento del protocolo revisando las HSU de un día de la semana durante 4 semanas seguidas. De un total de 180 ¿órdenes enfermería?, 171 tenían correctamente cumplimentada la prescripción de fármacos e intervenciones en la HSU (95%). Discusión: En AP fuera de la asistencia urgente o emergente existe poca cultura de seguridad en la transmisión de información entre profesionales. Protocolizar la transferencia de información minimiza la variabilidad, favorece la comunicación entre profesionales e incide de forma positiva en la seguridad del paciente. Conclusiones: Con la protocolización de las ¿órdenes enfermería? en la HSU se proporciona información referente al estado actual del paciente, las alergias, sus medicamentos y cualquier cambio relevante en su estado que pueden influir en la actuación del profesional de enfermería. Con este procedimiento se previenen errores en la identificación del paciente y el posible error derivado de orden inteligible o incompleta de la prescripción.

DECLARACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL

Autores:

Escabias Machuca, FJ; Jiménez López, AM; Bonillo Muñoz, MC; Ortega Casanova, C; Gómez Díaz-Cano, P y Palacios Díaz, JA.

Palabras Clave:

efectos adversos hospital

Resumen:

OBJETIVOS Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa importante de morbilidad y mortalidad. Para poder estimar la magnitud del problema es importante comprender los factores que contribuyen a la aparición de estos resultados adversos y evaluar su impacto. En este sentido el análisis de los eventos adversos declarados nos va a ayudar a concretar actuaciones que podrían desarrollarse para disminuir la incidencia de dichos efectos y de esta forma mejorar la asistencia sanitaria. El objetivo de este estudio es analizar los eventos adversos declarados en el hospital La Inmaculada entre enero y junio de 2011. **MATERIAL Y MÉTODO** Se ha realizado un análisis descriptivo de los eventos adversos declarados en el primer semestre de 2011. Para ello se han estudiado los efectos notificados a través del registro de efectos adversos de nuestro hospital que recoge, entre otros, datos como unidad declarante, tipo de incidente, características del paciente, características del incidente, factores contribuyentes, factores atenuantes o áreas de mejora. **RESULTADOS** Entre enero y junio de 2011 han sido hospitalizados 3490 pacientes, 108 de los cuales han sufrido un evento adverso. Las Unidades de Gestión Clínica (UGC) en las que se han declarado más eventos son bloque quirúrgico con un 29.62% seguida de diagnóstico por imagen con un 22.22% y medicina integral con un 17.59%. En relación con los tipos de acontecimientos, los más frecuentes son los errores en la identificación del paciente (33.33%) y los debidos a un fallo en la identificación de pruebas diagnósticas (19.44%). **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** En el primer semestre de 2011 un 3.09% de los pacientes ingresados en nuestro hospital han sufrido un efecto adverso. El error en la identificación de los pacientes y el fallo en la identificación de las pruebas diagnósticas son dos de los eventos que se notifican con más frecuencia. Las UGC responsables del mayor número de notificaciones son bloque quirúrgico, diagnóstico por imagen y medicina integral. Las áreas de mejora propuestas para disminuir los eventos declarados están en relación con la identificación del paciente mediante la correcta utilización de pulseras identificativas, revisión exhaustiva de identificación y documentación de la historia de cada paciente antes del traslado a otra unidad y la petición de pruebas de forma digital.

BROTE DE SARAMPIÓN EN UN ÁREA SANITARIA

Autores:

BONILLO MUÑOZ, MC; ESCABIAS MACHUCA, FJ; MARTINEZ CLEMENTE, MJ; NAVARRO MARTÍNEZ, MD y LUZON GARCÍA, P.

Palabras Clave:

BROTE SARAMPIÓN

Resumen:

OBJETIVO Los brotes epidémicos constituyen una alerta sanitaria debida fundamentalmente a la implicación que tienen para la salud individual y colectiva. Para su control es importante la detección precoz y la aplicación de medidas de prevención que eviten su extensión al resto de la población. En este contexto el objetivo de nuestro estudio es analizar el curso de un brote de sarampión ocurrido en un barrio marginal y exponer las medidas adoptadas. **MATERIAL Y MÉTODOS** Se ha realizado un estudio descriptivo basado en los datos extraídos de las encuestas epidemiológicas, utilizándose el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y media y mediana para variables cuantitativas. **RESULTADOS** En junio de 2011 se declaró un brote de sarampión en Cuevas de Almanzora registrándose 6 afectados. La edad de los pacientes osciló entre 15 meses y 26 años, con media 16.3 y mediana 18.5. Cinco casos eran mujeres y uno hombre. Todos los pacientes presentaron exantema máculopapular, fiebre y tos necesitando tres de ellos ingreso hospitalario. En el estudio realizado se censaron 91 contactos y se administró una dosis de vacuna a 74 de ellos. La edad de los contactos vacunados osciló entre 13 meses y 39 años. De ellos 28 eran mujeres y 46 hombres. La vacunación se inició en el centro de salud de Cuevas. Posteriormente una trabajadora social y dos enfermeras se desplazaron a Paraje Moyano, barrio marginal donde residían los casos, con la finalidad de asegurar la vacunación de todos los contactos susceptibles. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** Se confirmó un brote por virus del Sarampión, con seis afectados, en el municipio de Cuevas de Almanzora. Su aparición, en un barrio marginal, demostró la existencia de una bolsa de población susceptible no vacunada y en algunos casos no censados. El desplazamiento de trabajadora social y personal de enfermería a la zona permitió realizar un censo de la población, revisar calendarios vacunales y vacunar in situ a la población susceptible.

EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

Autores:

ZAFRA FERNÁNDEZ, JL; PÉREZ LORENTE, I; DE LA TORRE BARBERO, MJ; AMOR, I; ISLA TEJERA, B y ROMERO, A.

Palabras Clave:

SADME SERVICIO DE FARMACIA UCI

Resumen:

OBJETIVOS: Describir el proceso de implantación del sistema automático de dispensación de medicamentos (SADME) en las unidades de UCI y Observación en un hospital de tercer nivel. Evaluar las cargas de trabajo. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se definieron unas fases(F) para llevar a cabo el cronograma de trabajo.

F1) Creación de un equipo multidisciplinar liderado por el farmacéutico responsable del proyecto que promovió reuniones para consensuar aspectos organizativos en la implantación; F2) Configuración del sistema; F3) Definición del inventario y parametrización del sistema; F4) Estudio de cargas de trabajo y distribución en base al perfil profesional; F5) Planificación de sesiones formativas para el personal de Enfermería implicado; F6) Puesta en marcha del proyecto.**RESULTADOS:** El 12 de Abril de 2010 se instaló el primer armario dispensador en UCI y progresivamente se fueron incorporando el resto de SADME, se instalaron 6 armarios, uno en cada módulo de UCI, finalizando la implantación 3 semanas después. El 26 de Abril de 2010 entra en funcionamiento el primer armario en Observación, instalándose el segundo la semana siguiente. Se impartieron 34 sesiones formativas al personal de enfermería y 3 de nivel avanzado para supervisores. Los principios activos incluidos en el sistema permitieron asignar individualmente a los pacientes más del 80% del consumo de medicamentos. Se estableció un circuito de trabajo en el Servicio de Farmacia, que inicia con la impresión diaria del listado automático de reposición de los SADME, una vez revisado por el farmacéutico, el personal Auxiliar y Técnico del Servicio de Farmacia lo prepara en dosis unitarias para su reposición. Se realizó una redistribución en la plantilla de Auxiliares y Técnicos para asumir la nueva actividad en el Servicio de Farmacia. Este sistema permitió al personal de Enfermería de UCI y Observación liberarse de la realización del pedido y reposición del botiquín de farmacia. **CONCLUSIONES:** La implantación de los SADME se llevó a cabo en ambas unidades satisfactoriamente, su puesta en marcha así como la implementación del mismo supone un incremento en la carga de trabajo para el Servicio de Farmacia, por lo que fue necesario una redistribución de las tareas del personal Auxiliar y Técnicos de Farmacia. Esto permite liberar al personal de Enfermería de las unidades clínicas de la gestión del pedido y su posterior reposición, pudiendo dedicar este tiempo al cuidado del enfermo.etc.

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores:

ZAFRA FERNANDEZ, JL; DE LA TORRE BARBERO, MJ; PÉREZ LORENTE, I; AMOR, I; ISLA TEJERA, B y ROMERO, A.

Palabras Clave:

SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN LOGÍSTICA

Resumen:

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se ha producido un importante avance en el desarrollo de tecnologías aplicadas en el ámbito sanitario. En el área del medicamento, las tecnologías disponibles basadas en la robótica, automatización e informática son aplicadas a todo el proceso del uso del medicamento, incrementando la eficiencia, calidad y seguridad en la farmacoterapia en el paciente. **OBJETIVOS:** Evaluar la implantación de sistemas automáticos de dispensación de medicamentos. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se diseñó un estudio transversal donde se analizó el grado de satisfacción de los usuarios de los sistemas automáticos a través de un cuestionario que incluía datos laborales, sociodemográficos, profesionales y preguntas consideradas variables determinantes de la conducta. Las respuestas de las variables determinantes de la conducta fueron recogidas en una escala de Likert, de valor 1 a 7. Se dicotomizaron para ser operativo el estudio estadístico. Los datos se incluyeron en una base de datos y fueron procesados mediante el programa estadístico SSPS v17. **RESULTADOS:** Se remitieron 110 encuestas y la tasa media de respuesta fue del 63%. La media de experiencia laboral de los usuarios fue de 15,73 años. En el análisis bivalente se encontró que la satisfacción global tras la implantación de los sistemas automáticos fue del 58,3% para el grupo de auxiliares frente al 54,9% en las enfermeras. Un 43,1% del grupo de enfermería consideró que sí había mejorado su trabajo, mejora que fue afirmada por un 62% de auxiliares, sin embargo el 80,4% de enfermeras recomendaría su implantación en otras unidades y el 91,7% de las auxiliares. Los beneficios potenciales de los sistemas automáticos de dispensación de medicamentos como herramienta logística para la actividad asistencial son muchos, pero cuando un Servicio de Farmacia, junto con la Gerencia apuestan por su implantación, éticamente es preciso evaluar esa inversión con resultados obtenidos. **CONCLUSIONES:** Esta encuesta nos ha permitido aproximarnos a los usuarios reales de los sistemas y, en este sentido perciben una mejora en la utilización de estos sistemas como proceso logístico de distribución, además los determinantes de la conducta son suficientemente consistentes como para considerar que su implantación no ocasionará problemas. Los Sistemas automáticos de dispensación de medicamentos han demostrado tanto en bibliografía como en experiencias previas ser una herramienta útil y eficaz para el control en la utilización del medicamento.

REPERCUSIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DE NEUROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE NIVEL III DE ANDALUCÍA.

Autores:

MARTINEZ FERNANDEZ, E.

Palabras Clave:

Ictus, neurología, Andalucía, hospitales, mortalidad, dependencia.

Resumen:

En Andalucía la mortalidad por ictus duplica la de otras autonomías lo que podría relacionarse con que, a diferencia del resto de CCAA, la mayoría de los hospitales de nivel III/IV no cuentan con neurología. OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue evaluar la repercusión de la asistencia por neurología durante el ingreso de pacientes con ictus en un hospital de nivel III de Andalucía. MATERIAL Y METODOS: A finales del año 2005 se introdujo la especialidad de Neurología en el Hospital Infanta Elena de Huelva. Para valorar la repercusión de la asistencia por neurología se realizó un seguimiento de todos los ictus ingresados en el primer trimestre de 2006. Se analizaron indicadores de calidad, mortalidad y dependencia comparando los pacientes seguidos por neurología u otra especialidad. Se realizó un estudio coste-eficacia de la introducción de neurología en todos los hospitales de nivel III/IV de Andalucía. RESULTADOS: Durante el primer trimestre de 2006, 116 pacientes ingresaron en el HIE por patología vascular cerebral. La estancia media de los pacientes con ictus llevados por neurología fue significativamente menor que los llevados por otros especialistas. Se realizó un doppler cervical durante el ingreso en un 70% de los ictus squémicos llevados por neurología frente a un 39% de los llevados por otros especialistas. Se detectó una reducción absoluta de 39,1% de mortalidad y un incremento absoluto del 35,7% de pacientes independientes. Los únicos factores que reducen de forma independiente la estancia y la mortalidad son el seguimiento por neurología durante el ingreso y una menor discapacidad al ingreso. La presencia de neurología en todos los hospitales de nivel III/IV de Andalucía evitaría al año la muerte y dependencia de 1989 y 1816 pacientes respectivamente. CONCLUSION: La atención especializada por neurología es eficaz y coste-efectiva por la reducción en estancia hospitalaria, mortalidad y dependencia. La implantación de neurología en los hospitales de nivel III/IV de Andalucía es prioritaria para garantizar la equidad en el territorio nacional. Este objetivo debería incluirse en el Plan Andaluz de Atención al Ictus como paso previo para constituir una red de Equipos/Unidades de Ictus.

UTILIZACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Autores:

Aguirre Copano, T; Ruiz Ocaña, P; Lechuga Sancho, AM; Lechuga Campoy, JL; Baturone Dominguez, P y

Palabras Clave:

TELEMEDICINA, DIABETES, EDUCACIÓN, ACCESIBILIDAD

Resumen:

Introducción.- La telemedicina es un recurso tecnológico que facilita la optimización de la atención en salud, ahorrando tiempo, rebajando costes y aumentando la accesibilidad. Para el adecuado control de la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM 1) en niños, es precisa una eficaz comunicación entre los padres y profesionales sanitarios para optimizar la educación diabetológica del niño y su entorno por parte de endocrinólogos infantiles y enfermeras pediátricas. En este sentido, la introducción de nuevas herramientas tecnológicas como la telemedicina puede ser de utilidad. **Objetivo.**- Evaluar si el empleo de la consulta virtual mediante correo electrónico, repercute sobre el control metabólico en la población pediátrica afecta de DM 1 en seguimiento en nuestro Hospital. **Material y métodos.**- Se oferta a todos los pacientes (n=87) y/o sus cuidadores, la posibilidad de enviar sus controles glucémicos por correo electrónico entre las revisiones presenciales. Se divide la muestra en 3 grupos de edad según los objetivos de HbA1c: 0-6 años (HbA1c 6.5-8.5%); 6-12 años (HbA1c <8%); >12 años (HbA1c <7.5%). En cada grupo diferenciamos entre pacientes que envían controles por correo (?SI?) y los que no envían (?NO?). Se comparan los niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) capilar al inicio, 6 y 12 meses de seguimiento **Resultados.**- (Grupo0-6): SI: 8,2%-8,27%-8,13%;NO:7,1%-8,8%-6,2%. (Grupo6-12) SI:8,22%-7,9%-7,8%; NO:8,2%-8,4%-8,4%. (Grupo>12) SI:8,7%-8,8%-7,6%. NO:8,2%-7,7%-8,13% **Discusión.**- Son los pacientes con peor control metabólico en cada grupo etario los que nos envían los controles por correo electrónico. El grupo de pacientes que envía controles tiende a disminuir la HbA1c a lo largo de los 6 meses, excepto en el grupo de 0 ? 6 años, que la mantiene estable (subgrupo NO<6 no valorable por poca muestra) **Conclusiones.**- La telemedicina es una herramienta útil para el seguimiento de los pacientes con DM1 debido a su accesibilidad y bajo coste, mejorando el control glucémico reflejo de la mayor implicación y mejor educación diabetológica. Este recurso podría ayudar a reducir el número de consultas médicas presenciales y potencialmente el número de hospitalizaciones, visitas a urgencias y días de hospitalización.

INNOVANDO EN LOS CUIDADOS NEONATALES:GUIA PARA PADRES DEL METODO MADRE CANGURO DESDE LA WEB

Autores:

DEL RIO OBEJO, L y MORENO POZO, I.

Palabras Clave:

HUMANIZACIÓN-ACCESIBILIDAD-INTERNET-CIUDADANIA-INFORMACIÓN

Resumen:

OBJETIVOS: Realización de una GUIA para Padres del Método Madre Canguro en formato libro y PDF, con el fin de favorecer la difusión y conocimiento de esta técnica entre los padres de recién nacidos pretérminos y a término, y de los beneficios que reporta para su desarrollo neuroconductual en el primer año de vida, accediendo a la misma a través de la WEB del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, lo que facilita su difusión entre un gran número de usuarios. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Creación de un documento escrito y gráfico que reduce la información suministrada a los padres de RN sobre el Método Madre Canguro y los beneficios que produce en ellos, así como la resolución de las preguntas más frecuentes planteadas. Esta GUIA ha sido elaborada por un grupo multidisciplinar de profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención sanitaria(matronas, enfermeras y pediatras de atención primaria y hospitalaria), publicada en la WEB del hospital para cubrir un campo más amplio. Se entrega en partos, neonatos y atención primaria, por lo que cubre tanto a los padres de RN pretérmino y a término. **RESULTADOS:** Los padres demuestran una actitud positiva ante la entrega de la GUIA, pues muchos de ellos no conocen el método y sus beneficios. La disponibilidad de la GUIA en la WEB favorece la difusión de la misma a familiares y futuros padres conocidos. **CONCLUSIONES:** El empleo de la WEB aporta a los padres rapidez en su accesibilidad La entrega de la GUIA a los padres y realización del MMC: 1.Es una herramienta muy útil durante todo el proceso de enfermedad de su hijo,favoreciendo el vinculo y disminuyendo su ansiedad. 2.Incrementa la confianza en sus posibilidades 3.Aporta seguridad. Es un paso más hacia la HUMANIZACIÓN de los cuidados neonatales. El seguimiento en Primari favorece la continuidad de los cuidados.

RED EUROPEA DE HOSPITALES LIBRES DE HUMO DE TABACO Y EL HOSPITAL JUAN RAMÓN

Autores:

GARCÍA DE LA VEGA SOSA, M; PENCO RAMIREZ, C; PRADA PEÑA, M; GARCIA FERNANDEZ, C y OTERO FERNANDEZ, JA.

Palabras Clave:

Red europea,

Resumen:

INTRODUCCION: El Hospital Juan Ramón Jiménez se ha convertido en hospital promotor de la 'Red Europea de Hospitales sin Humo' de nuestra comunidad autónoma. Esta distinción es una de las principales iniciativas impulsadas por la Unidad de Deshabitación Tabáquica del centro, que lleva a cabo un conjunto de Intervenciones dirigidas a la prevención del consumo, la protección a las personas no fumadoras y la ayuda a aquellas que desean abandonar este hábito. **OBJETIVOS:** Desarrollar el plan de implantación de la red Europea de Hospitales libre de humo de tabaco. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó en el año 2010 una evaluación observacional de la situación departida Self Audit, por el comité asesor. **RESULTADOS:** Las medidas adoptadas de la evaluación realizada fueron: 1. Realización de una encuesta de prevalencia sobre el hábito tabáquico entre el personal del Hospital. 2. Crear una señalización corporativa del Proyecto. Se adoptó una señalización apropiada que incorporó carteles, indicaciones y material informativo. 3. Se realizaron acciones informativas en comunicación orientada a facilitar la implementación de la estrategia espacios libres de humo. 4. Formación en Intervención básica acreditada con 32 cursos según los criterios del PITA. Participaron 756 profesionales de medicina y enfermería de las diversas UGC del área hospitalaria. 5. Formación en Intervención avanzada individual con 2 cursos y 17 participantes. 6. Oferta de deshabitación tabáquica a los y las profesionales del hospital a través de los recursos existentes (consulta específica del centro, unidad de referencia o quit-line). 7. Realización de un protocolo de atención a pacientes ingresados. 8. Facilitar la terapia sustituida de nicotina a los/las pacientes ingresados en los que exista indicación según PAI de Atención a Personas Fumadoras. 9. Informe anual a la coordinación RAHLH sobre balance de actividades realizadas 2011 y plan de acción 2012. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** El plan ha permitido al hospital identificar las áreas relevantes para la acción y diseñar un plan de acción específico. La puesta en marcha de esta iniciativa ha sido un 'éxito' y repercutido tanto para las personas fumadoras que quieren dejar de fumar como para toda la sociedad. La unidad está destinada a los trabajadores de atención primaria y atención especializada, a pacientes del propio centro hospitalario que, por su especial patología, requieren este tipo de ayuda para dejar de fumar, y a toda la población de la comarca como una herramienta fundamental para abandonar este hábito?.

ESPACIOS DE SALUD 2.0, UNA NUEVA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA DE MÁLAGA

Autores:

GARRIDO MARTÍNEZ, JA; RACERO RÍOS, R; PINO RÍOS, MA; RIAZA RAMÍREZ, MD y Morillo Martín, A.

Palabras Clave:

SALUD 2.0 COMUNICACIÓN TECNOLOGÍA BLOG FORO

Resumen:

Objetivos: Crear herramientas de comunicación 2.0 que favorezcan la relación entre pacientes y/o familiares y profesionales de la Salud. Facilitando el acceso a la información como herramienta para fomentar estilos de vida saludable y prevención de enfermedades. Permitiendo un acercamiento al ciudadano en un marco interactivo. Ofreciendo una información útil a los usuarios sobre temas de Salud. Favoreciendo el intercambio de experiencias e inquietudes entre pacientes. **Material y Método:** Grupo de trabajo multidisciplinar integrado por Sistemas de Información, Enfermería y Comunicación. **Análisis de escenarios** ¿Web 2.0? y ¿Salud 2.0? en relación a oportunidades y debilidades. **Determinación de las herramientas de comunicación 2.0**, así como de las líneas de contenido. **Plan de trabajo para implantación del proyecto.** **Resultados:** Entorno web corporativo utilizando herramientas de comunicación 2.0, posibilitando la participación ciudadana a través de blogs y foros enfocados, en un principio, a las siguientes líneas de actuación: lactancia-deshabituación tabáquica-fibromialgia-cuidadoras. Estos ¿Espacios de Salud 2.0? están dirigidos por un profesional de la Salud referente en cada línea de actuación para disminuir la falta de credibilidad que pueda provocar esta realidad a los usuarios. El blog permite que el profesional ofrezca información contrastada, documentos de interés, plantee temas y los pacientes den su opinión o pregunten dudas e inquietudes. Estos espacios se enriquecen con un foro que facilitará el intercambio de experiencias y vivencias entre los pacientes. **Discusión:** Con el desarrollo de la ¿Web 2.0? surgen nuevos modelos de creación de valor social en Sanidad, apareciendo conceptos como la ¿Salud 2.0?. Son muchos los aspectos que pueden integrarse en esta nueva realidad, es un contexto amplio y en el que la innovación, la creatividad y la libertad son valores que guían la implantación de nuevos canales de comunicación bidireccional. **Conclusiones:** De esta tendencia en comunicación surge esta iniciativa con la intención de favorecer el contacto de profesionales de la Salud con usuarios y pacientes, así como el intercambio de experiencias entre pacientes. Esta realidad también presenta dificultades como la ¿brecha digital?. Por este motivo, es necesario no sólo potenciar nuevos cauces de comunicación, sino plantear estrategias de mejora dirigidas a los grupos de interés en materia de formación en nuevas tecnologías para que este paradigma comunicativo pase a formar de su-imaginario colectivo-.

INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE LOS SERVICIOS DEL LABORATORIO CLINICO. UN DERECHO DEL PACIENTE Y UN DEBER DEL LABORATORIO

Autores:

GARCIA LINARES, S; GOMEZ ROMAN, A; MORA VALLELLANO, J; DE HARO MUÑOZ, T y SANCHEZ NAVARRO, MR.

Palabras Clave:

Resumen:

OBJETIVO: Son funciones básicas y obligatorias para todos los profesionales que prestan actividad asistencial procurar que el paciente reciba información adecuada y clara, responder a sus preguntas, solucionar sus reclamaciones e integrar sus opiniones a las rutinas de trabajo. El Laboratorio ha realizado una serie de carteles informativos para dar a conocer al paciente de una forma sencilla y didáctica sus actividades. **MATERIAL Y MÉTODOS:** 1) Se elabora un cartel informativo, tamaño poster, con el título "Información al Paciente. Respuesta a sus preguntas más frecuentes" y se coloca en Área de Recepción de Pacientes y Sala de Espera. Se desgranaron las respuestas a una serie de preguntas captadas como las más realizadas al personal del Laboratorio: ¿Qué pruebas me han pedido, para qué sirven, quién me las hace y dónde me las hacen? ¿Qué van a hacerme durante la extracción? ¿Estoy obligado a realizarme los análisis? ¿Existe algún riesgo para mí? ¿Cuánto tiempo he de esperar para conocer los resultados? ¿Pueden cometerse errores o perderse mis resultados? ¿Quién va a conocer mis resultados? ¿Qué hacen con mis datos personales? ¿Utilizan mi muestra para investigación? 2) Se ofrece la posibilidad de realizar preguntas y/o sugerencias, por escrito, a través de un formulario propio del laboratorio. **RESULTADO:** Se realizan y evalúan, anualmente, encuestas de satisfacción a pacientes, en las que se valoran dimensiones referentes a: accesibilidad, confort, tiempos de espera, trato recibido, respeto a la intimidad, confidencialidad, e información. En el año 2010 a las preguntas P9 y P10, referentes a la información aportada y a la atención del personal respecto a dudas del paciente el % de aceptación ha sido: P9=92% y P10=93%, 4 puntos superior a los resultados del año 2009. En la P8 referente a los tiempos de espera el % de aceptación 37.7% se mantiene bajo y sin diferencias respecto al año anterior. P13 referente a la confidencialidad de los datos el % de aceptación en 2010= 73%, 2 puntos por encima del año 2009. La tasa de Reclamaciones disminuye de un 0.8% en 2009 a 0.49% en 2010. No disponemos de resultados de % de sugerencias del 2009 al no existir formulario propio, en el 2010 el % de sugerencias es 0.68% **CONCLUSIONES:** El esquema de pregunta-respuesta redactado en lenguaje coloquial ha tenido buena aceptación. Hemos apreciado una mayor comprensión, una disminución de las reclamaciones y un aumento de la participación activa del paciente en su episodio a través de las sugerencias.



ÍNDICE DE AUTORES

ABAD GUARDIA, R	P-153
ABREU SÁNCHEZ, A	C-44
ACOSTA ROBLES, P	C-14 P-10 P-14 P-90
AFONSO NAVARRO, R	P-74
AGREDANO CABALLERO, L	P-82
AGUADO CORREA, F	C-11 C-25
AGUAYO CANELA, DM	C-104 P-73
AGUAYO CANELA, M	P-46 P-47 P-51
AGUILA BARRANCO, JC	C-131 P-49 P-57 P-72
AGUILAR LUNA, L.	P-150 P-151
AGUILERA LÓPEZ, MD	C-137
AGUILERA PEÑA, F	P-135
AGUIRRE COPANO, T	C-5 C-76 C-112 C-135 P-165
ALARCON BARCOS, F	P-80
ALCALA GUTIERREZ, P	C-91 C-106
ALCALDE PEREZ, AJ	C-43 P-102 P-122
ALCANTARA BELLON, JD	C-43 P-102
ALCANTARA BERNAL, A	C-26 C-42 C-87 C-88 C-122
ALCAÑIZ RODRÍGUEZ, R	P-137
ALCARAZ GARCIA, S	C-124
ALEGRE HERRERA, S	P-51
ALFARO RODRIGUEZ, C	P-144
ALGUACIL HERRERO, MD	C-51 C-139
ALJAMA ALCÁNTARA, M	C-48 C-95
ALMAGRO CARAVACA, C.	C-89
ALMUEDO PAZ, A	C-68
ALONSO GARCÍA, CP	C-92
ALONSO MUÑOZ, G	C-59
ALONSO REDONDO, E	C-8 C-139

Índice de autores

ALONSO ROMERO, A	P-115
ALVAREZ DÍAZ, M	P-131
ALVAREZ GARCIA, C	P-125
ALVAREZ GIL, F	C-11 C-25
ALVAREZ GONZALEZ, J	P-7 P-13 P-15 P-99 P-106 P-157 P-158
ALVAREZ MILLÁN, S	P-36
ÁLVAREZ PÉREZ, S	P-79 P-83
ÁLVAREZ-OSSORIO FDÉZ, JL	C-20
AMADOR BELTRAN, A	P-144
AMIAN MARTINEZ, A	P-42
AMOEDO CABRERA, ML	P-9 P-37
AMOR , I	P-162 P-163
ANDRADE MATEOS, AM	C-76
ANTON CANTERA, MT	C-21
ANTONIO PÉREZ DE LEÓN, M	P-45
APARICIO GUERRA, M	P-23
APARICIO OLIVER, E	P-85
APARICIO RAMOS, R	C-81
ARANDA GALLARDO, M	C-91
ARANDA GARCÍA, ML	P-80
ARCO PRADOS, Y	P-30
ARGOTE SAN VICENTE, AI	P-131
ARJONA SÁNCHEZ, JL	P-23
ARROYO MAESTRE, JM	C-111
ASUERO MANTERO, MJ	P-97
ATIENZA MARTIN, F	C-58
AVELLANEDA CORTES, J	P-125
BAC PALMA, M.	C-89
BALLESTER SOLIVELLAS, A	C-4

BALLESTEROS GARCIA, L	P-116 P-117
BALLESTEROS RODRÍGUEZ, C	P-121
BALONGO GARCÍA, R	C-44 C-49
BARAHONA ORPINELL, M	P-60
BARAMBIO RUÍZ, ME	P-66
BARBA FERNÁNDEZ, R	P-102 P-122
BARBERA GARCIA, C	P-142
BARÓN FRANCO, B	P-46 P-47 P-103
BARRERA BECERRA, C	P-109 P-111
BARRIENTOS MORAN, C	C-32 C-81
BARRIOS GARCIA, R	C-91
BARROSO GUTIÉRREZ, C	C-53
BASQUERO GONZÁLEZ, B	C-29 C-116
BATURONE DOMINGUEZ, P	P-165
BAYO LOZANO, E	P-55 P-67 P-78
BECERRA BERMEJO, I	C-61
BEJARANO ALVAREZ, D	P-103
BEJARANO JACINTO, F	C-127
BEL PEÑA, N	C-132
BELDA RUSTARAZO, S	P-7 P-13 P-15 P-99 P-106
BELTRAN ZARZA, F	P-143
BENAVENTE FERNANDEZ, I	C-76
BENDICHO LÓPEZ, M ^a	C-113
BENITEZ MELERO, D	C-103 C-107P-104 P-138
BENITEZ ORDOÑEZ, D	C-12 C-137C-140
BENITEZ ORTEGA, JL	P-33
BENÍTEZ RUIZ, L	C-113
BENITO DOMINGUEZ, E	P-131
BERENGUER GARCÍA, MJ	C-39 C-80 C-83 C-94 C-115 P-38

BERMEJO CARNERO, A	P-131
BERMUDEZ BRAVO, Z	C-1 C-30 P-18 P-19
BERMUDEZ JEREZ, AB	P-54
BERNAL MARQUEZ, M	C-19
BILBAO SAEZ DE PARAYUELO, I	P-149
BLANCA GUTIERREZ, JJ	C-128
BLANCO ROMERO, U	C-67
BLESA FRANCO, A	C-55
BOCANEGRA MARTÍN, C	P-11 P-30 P-148
BOCANEGRA ROJAS, E	C-98
BOLÍVAR RAYA, MA	C-93
BONILLO MUÑOZ, MC	P-160 P-161
BONO DEL TRIGO, MA	C-71 C-117
BOTANEGRA MUÑOZ, C	C-124
BOZQUEZ GOMEZ, MV	P-131
BRAVO RODRIGUEZ, MC	C-46 C-85 C-125
BREA SALVAGO, JF	C-33
BUENO , MJ	C-35
BUIZA CAMACHO , B	C-45 C-64
BULO CONCELLÓN, R	C-5 C-31 C-84 C-112 C-123
BURGOS POL, R	P-65 P-86
CABALLERO ALONSO, C	P-124
CABALLERO PIEDRA, A	C-108
CABELLO FERNANDEZ, Y	C-10
CABEZA BARRERA, J	P-7 P-15 P-99 P-157 P-158
CACHAY OSORIO, H	P-46 P-47
CALAHORRA FERNANDEZ, L	C-92 C-126
CALERO BARBE, C	C-56
CALERO CASTELLANO, C	C-26

CALIZ OSUNA, C	C-137
CALLE MOLINA, F	C-42 C-87
CALLEJA MERINO, D	C-54
CALVO LOZANO, J.	P-24
CAMACHO CRISTOBAL, T	P-143
CAMACHO PIZARRO, A	P-12 P-29 P-55 P-143
CAMPILLOS GALLARDO, E	C-122
CAMPOS GARRIGUES, A	P-95
CANCA SANCHEZ, JC	C-114 P-141
CANTO MANGANA, J	C-14 C-78 P-32 P-87 P-90 P-96 P-105 P-145
CAPARROS MIRANDA, I	C-36 P-95
CAPILLA CASTRO, D	C-12
CAPOTE GALINDO, A	C-42 C-87
CARABALLO CAMACHO, N	P-92 P-93
CÁRDENAS LANDRÓGUEZ, F	C-113
CARPIO MUÑOZ, V	P-133
CARRANZA DOMÍNGUEZ, MD	P-94
CARRASCO JIMENEZ, MV	C-132
CARRASCO PERALTA, JA	C-69 P-65 P-86
CARRASCO SANCHEZ, D	C-17
CARRASCOSA GARCÍA, MI	P-72 P-89 C-131 P-140
CARRASCOSA SALMORAL, MP	C-47
CARRIZOSA CARMONA, F	C-9
CASASOLA LUNA, N	C-69
CASSINI GÓMEZ DE CÁDIZ, V	P-106
CASTAÑO LOPEZ, MA	P-98
CASTAÑO SEIQUER, A	C-1
CASTELLANO ZURERA, MM	P-86

CASTILLA CUARESMA, F	P-146
CASTILLA DOMÍNGUEZ, EJ	C-63 C-77 P-53 P-54 P-62 P-63 P-112
CASTILLA VALCÁRCEL, J	C-55
CASTILLO FERRANDO, JR	P-119
CASTILLO LORENTE, E	C-102
CASTILLO QUINTERO, A.	C-129
CASTRO , E	P-165
CASTRO , MJ	P-130
CASTRO AGUDO, M	C-7
CASTRO DUARTE, JR	P-41
CASTRO RUIZ, MJ	C-39 C-80 C-115 P-38 P-66 P-80 P-82
CAZENAVE BERNAL, A	C-135
CEADA GAMERO, J	C-65
CEBALLOS POZO, M	C-68
CENTENO ASTUDILLO, J	C-70 C-75 P-70
CHAPARRO LÓPEZ, C	P-121
CHIROSA RÍOS, MA	C-59
CHUPS RODRIGUEZ, AM	C-39
COBOS DIAZ, A	P-95
COLCHERO CALDERON, F	C-127
COMAS DIAZ, B	C-4
CONDE DUQUE, M	P-61
CONDE LOZANO, R	C-9
CONEJO VICTORIAN, JL	C-20
CONEJO-MIR SÁNCHEZ, J	C-50 C-52
CONTRERAS CORPAS, I	P-141
CONTRERAS PUERTAS, MJ	P-80
CORBÍ LLOPIS, R	C-50 C-52
CORDERO PÉREZ, M	C-105

CORDOBA GARRIDO, L	C-6 C-119
CÓRDOBA OSUNA, C	P-59
CORDON CANO, MD	P-133
CORONADO ALVAREZ, NM	P-64
CORONADO VÁZQUEZ, MV	C-13 C-104P-31 P-44 P-45 P-61 P-73
CORRAL BAENA, S	P-50
CORRALES MAYORAL, MT	P-80 P-113P-114 P-130 P-135
CORTES VEGA, JA	P-3 P-4
COSTA JURADO, N	C-127
COUSIDO MARTINEZ-CONDE, S	P-100
CRESPILLO GARCÍA, E	C-40 C-101C-136
CRESPO POLO, R	C-18
CRUCES JIMÉNEZ, JM	C-121
CRUZ LENDINEZ, AJ	P-49 P-57 P-89 P-140
CRUZ SALGADO, O	C-70 C-75 P-70
CRUZ TORRES, R	C-61
CUBEROS FERNÁNDEZ, V	P-85
CUBEROS SÁNCHEZ, CM	P-139
CUÉLLAR OBISPO, E	C-101 C-136
CUEVAS GONZÁLEZ, MC	C-19 C-46 C-85 C-125 C-137
DAMAS FERNANDEZ-FIGARES, M	P-15
DÁVILA FAJARDO, C	P-157 P-158
DE BURGOS POL, R	P-119
DE CASTRO GARCÍA, S	C-102 C-105
DE HARO MUÑOZ, T	P-8 P-169
DE HARO RAMÍREZ, N	C-102
DE LA CORTE SANCHEZ, M	P-97
DE LA CRUZ LOPEZ, F	C-21
DE LA HOZ CABALLERO, M	C-16

DE LA IGLESIA SALGADO, M	P-62 P-63
DE LA RUBIA GRACIA, M	P-147
DE LA TORRE BARBERO, MJ	P-114 P-162P-163
DE LA TORRE PRADOS, MV	C-22 C-23
DE LAS PEÑAS CABRERA, MD	C-8 C-138
DE LUIS ALVAREZ, S	P-1 P-149
DE PRADA LÓPEZ, L	P-156
DE SOTO CARDENAL, M	P-21
DE TOVAR FERNÁNDEZ, M	P-5 P-134
DEL NOZAL NALDA, M	C-53 C-86
DEL RINCÓN VALLEJO, A	P-72
DEL RIO OBEJO, L	P-166
DEL RÍO URENDA, S	C-60
DELGADO FERNÁNDEZ, MA	P-150 P-151
DELGADO GARCÍA, C	P-75
DELGADO OSUNA, JA	P-85
DELGADO RAMOS, RM	P-84
DÍAZ , JC	P-44
DIAZ ALMENARA, E	C-30
DIAZ EXPÓSITO, FJ	C-128
DÍAZ GALLARDO, AJ	C-59 C-63 C-77 P-53 P-54 P-112
DÍAZ GÓMEZ, L	C-8 C-138
DÍAZ GONZALEZ, C	C-106P-141
DIAZ LOPEZ, M	P-132 P-155
DIAZ MENGIBAR, MF	C-10
DÍAZ NARVÁEZ, F	C-116 P-76
DÍAZ PÉREZ, C.	P-103
DIAZ RAMIREZ, EM	C-24 C-96
DIAZ ROCA, A	P-125

DÍAZ RODRÍGUEZ, M	C-138
DÍAZ VALENZUELA, A	P-144
DIAZ VAZ, B	P-22
DIAZ VAZQUEZ, L	P-41
DIEZ RODRIGUEZ, M	C-97
DIONISIO FERNANDEZ, C	P-108
DOMÍNGUEZ AGUIRRE, M	P-50
DOMINGUEZ CANTERO, M	C-15 C-33 C-84 C-123
DOMINGUEZ CARRASCO, F	C-116
DOMINGUEZ COTALLO, C	C-26
DOMINGUEZ FUENTES, N	C-56
DOMÍNGUEZ GARRIDO, R	P-121
DOMINGUEZ GOMEZ, JA	C-109
DOMINGUEZ NUÑEZ, IF	C-27
DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, AM	C-88
DOMINGUEZ RODRIGUEZ, M	P-67
DOMÍNGUEZ ROJAS, D	P-43
DOMÍNGUEZ SENÍN, L	P-81
DORADO HIDALGO, D	P-97
DOTOR GRACIA, M	P-109 P-111
DUARTE GONZALEZ, L	P-34
DUARTE GONZALEZ, L	P-35 P-107
DUARTE RODRIGUEZ, C	P-37
DURAN GOMEZ, L	P-41
EGEA PARRA, A	P-39 P-48
EL KHOURY MORENO, L	P-18 P-19
ESCABIAS MACHUCA, FJ	P-56 P-58 P-160 P-161
ESCOBAR-UBREVA, A	C-45 C-64
ESCOLAR CARRIÓN, C	P-159

ESCOLASTICO CUETO, A	P-22
ESPADA BORDES, JM	C-62
ESPINOSA MUÑOZ, AJ	C-62
ESPINOSA POYATOS, AI	P-62
ESPOSITO GONFIA, T	P-43
ESTAIRE GUTIERREZ, J	C-116
ESTAIRE GUTIÉRREZ, J	C-93
ESTEPA OSUNA, MJ	P-94
ESTEVEZ IGLESIAS, L	C-77
FABIANI RODRIGUEZ, F	C-107 P-104P-138
FAJARDO PICÓ, JM	P-21 P-76
FAUS FELIPE, V	C-97 C-114
FAYET PÉREZ, A	P-10 P-14 P-32 P-87 P-96 P-145
FEITO ALVAREZ, I	C-79
FERNANDEZ AGUSTIÑO, C	C-116
FERNÁNDEZ ANGUITA, MJ	C-31 C-134
FERNÁNDEZ ARIAS, E	C-113
FERNÁNDEZ BERMEJO, MC	C-64
FERNANDEZ CORDERO, MJ	P-67
FERNANDEZ DOMINGUEZ, F	P-71
FERNANDEZ FERNANDEZ, E	P-141
FERNÁNDEZ GÁMEZ, M ^a	C-129
FERNÁNDEZ GARCIA, A	P-5
FERNANDEZ GARCÍA, M	P-23
FERNÁNDEZ GARCÍA, PJ	C-41 P-150P-151
FERNANDEZ GINES, F	P-52 P-91 P-154
FERNÁNDEZ GUERRERO, JC	C-105
FERNÁNDEZ LÓPEZ, C	P-13 P-15 P-99 P-158
FERNÁNDEZ LÓPEZ, JA	C-122

FERNANDEZ MARTIN, JM	C-14 C-78 P-90 P-96 P-145
FERNÁNDEZ ORTEGA, C	C-1 C-30 C-57 P-18 P-19
FERNÁNDEZ ORTIZ, V	P-104 C-107P-138
FERNANDEZ PINEDA, N	P-62
FERNÁNDEZ URRUSUNO, R	P-50
FÉRNANDEZ VILLARRENAGA, L	P-21
FERNÁNDEZ-BERMEJO , MC	C-45
FERNANDEZ-NIETO FERNANDEZ, P	C-43
FERRÁNDIZ CABELLO, E	P-121
FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J	C-64
FERRERO-ÁLVAREZ-REMENTERÍA , J	C-45
FLORES CABALLERO, L	C-103 P-159
FLOREZ ALMONACID, CI	C-108
FONTALBA NAVAS, A	C-6
FONTALBA NAVAS, A	C-119
FORJA PAJARES, F	P-3
FORT BARBARA, XE	C-35
FRANCISCO VILLEGAS, C	P-62 P-63
FRANCO GARCÍA, EM	P-36
FRIGOLET MACERAS, J	C-66 C-118
FRUCTO ROMERO, M	P-63
FUENTES BARRERA, F	P-43
FUENTES CARMONA, G	P-41 P-112
FUENTES GÓMEZ, V	C-106
GALAN RETAMAR, C	C-2
GALLARDO GONZALEZ, G	C-141
GALLEGO , I	P-2
GALLEGO DÍAZ, M	C-64
GALLEGO GALLEGRO, G	C-42 C-87 C-88

GALLEGO MUÑOZ, C	C-123
GALLEGO PUERTO, P	C-124
GALLEGO-DÍAZ, M	C-45
GALVEZ BORRERO, I	P-33
GAMARRO PIMENTEL, R	C-132
GAMERO DE LUNA, EJ	P-125
GAMEZ ALBIN, MJ	P-153
GÁMIZ DOMÍNGUEZ, FM	C-61
GÁNDARA ADAN, N	C-106
GARCÍA ALCÁNTARA, A	C-23
GARCÍA ALCARAZ, AM	C-138
GARCIA ALCUDIA, M	P-54
GARCIA ALEGRE, R	P-1 P-149
GARCIA CARRASCAL, L	C-21
GARCÍA DE LA VEGA SOSA, M	C-32 P-29 P-143 P-167
GARCIA FERNANDEZ, B	C-81
GARCIA FERNANDEZ, C	C-32 C-65 C-81 P-7 P-167
GARCÍA GARMENDIA, JL	P-50
GARCÍA GARRIDO, A	C-102 C-105
GARCIA GONZALEZ, L	C-10
GARCIA GONZALEZ, S	P-34 P-35 P-107
GARCIA LEON, C	P-142
GARCIA LINARES, S	P-8 P-64 P-169
GARCÍA LUQUE, MJ	C-136
GARCÍA MEGIDO, G	P-109 P-110
GARCÍA MURILLO, M	P-36
GARCÍA NAVARRO, EB	C-109 C-110
GARCÍA NAVARRO, S	C-110
GARCÍA PÉREZ-REGADERA, IM	P-139

Índice de autores

GARCÍA RIOJA, F	P-43
GARCIA ROMERO, M	P-37
GARCÍA RUBIO, FO	C-92
GARCIA RUIZ, JA	C-114
GARCIA RUIZ, R	C-90 P-159
GARCIA SALMERON, A	P-99
GARCIA TAPIA, A	P-118
GARES LAGUNA, JJ	C-46
GARNICA TRUJILLO, MV	C-55
GARRIDO DAVILA, A	P-74
GARRIDO MARTÍNEZ, JA	P-168
GARRIDO MARTÍNEZ, MT	P-101 P-152
GARRIDO MUÑOZ, JA	C-128
GARRIDO RAMIRO, MD	C-108
GAVILAN LARA, A	C-121
GAVILÁN PALOMO, R	P-147
GAVIRA ALBIACH, P	C-106
GIJÓN SANCHEZ, MT	C-71 C-117
GIL AGUILAR, V	C-6 C-119
GIL MORENO, J	C-126
GIL NÚÑEZ, E	C-138
GILABERT VEGA, F	C-37
GIMENEZ MORALES, O	C-56
GIMENEZ RAMOS, M	P-52 P-91 P-154
GIMENO JORDA, MJ	P-14 P-90 P-145
GIOVANNA GÓMEZ, K	P-81
GÓMEZ CALVO, D	C-99
GÓMEZ DÍAZ-CANO, P	P-56 P-58 P-160
GÓMEZ FERNÁNDEZ, JA	C-120

Índice de autores

GOMEZ JIMENEZ, CM	C-76
GÓMEZ LUY, F	C-62
GÓMEZ MARTINEZ, ME	C-71 C-117
GÓMEZ PARRA, F	C-41
GOMEZ PEÑA, C	P-7
GÓMEZ PÉREZ, J	P-44
GOMEZ ROMAN, A	P-169
GOMEZ SALGADO, J	C-43 P-68 P-102 P-122
GONZALEZ BELLERIN, R	C-127
GONZÁLEZ CARRIÓN, P	C-104
GONZÁLEZ CORREA, JA	C-60
GONZÁLEZ DE RUEDA RUIZ, AM	C-113
GONZALEZ DEL MORAL, MJ	P-153
GONZÁLEZ DÍAZ, MP	C-7
GONZALEZ DOCE, V	C-124
GONZALEZ FERNANDEZ, JC	P-146
GONZÁLEZ GONZÁLEZ, MJ	C-48 C-95
GONZÁLEZ IBAÑEZ, M	C-16
GONZALEZ MARTIN, A	C-90
GONZALEZ MORON, A	P-61
GONZALEZ REGUERO, A	P-1
GÓNZALEZ-CARRASCOSA VEGA, T	C-15 C-31 C-33 C-112 C-130 C-134
GRANADOS REYES, G	P-20
GRANDE ARNESTO, M	C-92 C-126
GRANERO CENDÓN, R	P-135
GRUTZMANCHER SAIZ, S	P-11 P-30 P-81 P-101 P-148 P-152
GUERRERO MARTIN, R	C-21
GUERRERO PEÑA, G	P-121
GUILLÉN RODRÍGUEZ, F	C-18

GUILLÉN RODRIGUEZ, M.	P-24
GUIRAUM DABAN, A	P-133
GUTIERREZ FERNANDEZ, C	P-40 P-129
GUTIERREZ FERNANDEZ, MC	P-77
GUTIERREZ RUIZ, I	C-3
HERMOSO CANO, IM	P-139
HERNANDEZ DEL CASTILLO, M	P-2
HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, A	C-5
HERNANDEZ GONZALEZ, L	P-33
HERNANDEZ MORA, JA	C-72
HERRADA DELGADO, J	P-127
HERRADA DELGADO, MJ	P-115
HERRERA GARCIA, A	P-54
HERRERA LLORET, MP	P-59 P-137
HERRERA SANCHEZ, M	C-37
HERRERÍAS ESTEBAN, JM	C-53
HIDALGO CASTELLÓN, A	P-76
HIDALGO GÓMEZ, F	C-22
HIDALGO HIDALGO, M	C-98
HIDALGO JIMÉNEZ, A	P-46 P-47
HIDALGO LLONIS, FJ	C-99
HIDALGO MORILLO, M	C-140
HIDALGO SÁNCHEZ, JM	P-45
HIGUERAS ROMERO, R	C-37
HIGUERO MACÍAS, JC	C-40
HUERTAS FERNÁNDEZ, MJ	C-130
IBAÑEZ CAMACHO, C	P-127
IBAÑEZ SUÁREZ, R	C-111
IRALA PÉREZ, FC	P-85

IRASTORZA ALDASORA, MA	P-110 P-111
ISLA TEJERA, B	P-162
ISLA TEJERA, B	P-163
JIMBER DEL RÍO, M	C-39 C-83 C-94
JIMÉNEZ ESTRADA, M	P-5 P-134
JIMENEZ FERNÁNDEZ, D	C-3
JIMÉNEZ LÓPEZ, A	P-126
JIMÉNEZ LÓPEZ, AM	P-56 P-58 P-160
JIMÉNEZ MACÍAS, FM	P-12
JIMÉNEZ MÁRQUEZ, MD	P-92
JIMÉNEZ MORAGAS, JM	P-16
JIMENEZ MUÑOZ, M	P-41 P-62 P-63
JIMÉNEZ OJEDA, C	C-133
JIMENEZ PEREZ, I.	C-89
JIMENEZ RUIZ, M	P-95
JIMENEZ VIZCAÍNO, B	P-36
JORDÁ GIMENO, MJ	P-10
JOVER CASAS, JM	P-49 P-57 P-72 P-89 C-131 P-140
JOVER MORENO, A	C-141
JUAREZ SOTO, A	C-9 C-111
JULIA HERRERA, Mª	C-135
JULIÁN CARRIÓN, J	C-68
LABRADOR BÉJAR, MC	P-130
LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA, M	C-31 C-84 C-130 C-134
LAGARES BARRANCA, M	P-124
LAGUNA PARRAS, JM	C-131 P-49 P-57 P-140
LARGO MARTIN, D	P-128
LARRINAGA LLAGUNO, M	P-1 P-149
LARRINAGA LLAGUNO, N	P-1 P-149

LEAL MONTOYA, M	P-108
LECHUGA CAMPOY, JL	P-165
LECHUGA SANCHO, AM	P-165
LEDO CEPERO, MJ	C-20
LEGAZ DOMENCH, I	P-109 P-110
LENDÍNEZ CARRILLO, J	P-72
LEÓN VERGARA, MR	P-84
LIÉBANA FERNÁNDEZ, J.	C-129
LIETOR VILLAJOS, N	C-102
LIMÓN MORA, J	P-110
LINARES ARMADA, R	C-29
LLEDÓ VILLAR, E	C-1 C-30 P-18 P-19
LLORENTE PARRADO, C	C-92 C-126
LOBO DIAZ, MI	P-115 P-127
LOPEZ CAMACHO, F	P-133
LOPEZ CASANOVA, FB	C-79 P-5 P-134
LÓPEZ HIDALGO, ML	P-21
LÓPEZ HURTADO, F	C-82
LÓPEZ LAGARES, MV	P-68
LÓPEZ MALO DE MOLINA, MD	P-113 P-114
LÓPEZ MÁRQUEZ, MR	P-124
LOPEZ MÁRQUEZ, R	C-29 C-116
LOPEZ MARTIN, R	P-122
LÓPEZ REDONDO, R	C-41
LOPEZ RODRIGUEZ, R.	C-89
LÓPEZ SÁNCHEZ, T	P-9 P-37
LÓPEZ TORRES, A	P-121 P-130
LÓPEZ VENTURA, C	P-71
LÓPEZ-CEPERO PÉREZ, G	P-143

LORA MONGE, E	C-13 C-104P-31 P-44 P-45 P-51 P-61 P-73
LOZANO LEÓN, FT	C-120
LOZANO LEÓN, MP	P-136
LOZANO LEÓN, T	C-109P-136P-156
LOZANO VICENTE, A	C-7
LUBIAN LOPEZ, S	C-76 C-135
LUCERNA MÉNDEZ, MA	P-90
LUCERO SANTAMARIA, J	C-49
LUNA MACIAS, M	P-118
LUQUE ALONSO, A	C-16
LUQUE ROMERO, LG	C-47
LUQUE VAL, A	C-8
LUZON GARCÍA, P	P-161
MACIAS ALVEZ, J	P-40 P-77 P-128 P-129
MACIAS COLORADO, M	P-22
MADURGA PATUEL, B	C-20
MAESTRE GARRIDO, JJ	C-54
MAESTRE MARTINEZ, A	C-102
MALDONADO CAMPAÑA, M	C-100
MALDONADO PÉREZ, JA	C-109
MALENO TOMÁS, ML	P-105
MALMAGRO ROMERO, A	P-42
MANCHEÑO BARBA, JJ	P-33
MANCHO IGLESIAS, J	C-4
MANZANO MARTÍN, MV	C-5 C-15 C-33 C-112
MANZANO SOLIS, A	P-79 P-83
MANZORRO MORENO, D	C-62
MAÑÓN ILEO, JC	C-40
MARANTE FUERTES, J	C-10

MARCHANTE MATEOS, FJ	C-18 P-23
MARCHENA RODRIGUEZ, L	C-1 C-30 C-57 P-18 P-19
MARÍN BONAÑO, M	P-73
MARÍN RODRÍGUEZ, I	C-71 C-117
MÁRQUEZ BECERRA, MC	P-68
MÁRQUEZ CALZADA, C	P-139
MÁRQUEZ CORTÉS, M	P-75
MÁRQUEZ CRESPO, E	C-100 P-104C-107
MÁRQUEZ CRESPO, EM	P-138
MÁRQUEZ GARCÍA-SALAZAR, M	P-78
MARTI TUÑÓN, FJ	C-128
MARTÍN ACERA, S	C-39
MARTIN AFAN DE RIVERA, JC	C-128
MARTIN BENITEZ, R	P-71
MARTÍN BERRIDO, MM	C-55 C-67
MARTIN GOMEZ, MP	C-13 P-31 P-73
MARTÍN MÁRQUEZ, A	C-88
MARTÍN MARTÍNEZ, SR	C-40
MARTÍN MONTERO, A.	P-130
MARTÍN ROMERO, V	C-54
MARTIN RUDILLA, F	C-61
MARTÍN RUIZ, M	P-144
MARTINEZ CLEMENTE, MJ	P-161
MARTINEZ COBOS, D	P-108
MARTINEZ DE LA IGLESIA, J	C-140
MARTINEZ DE LA PLATA, JE P-105	C-14 C-78 P-10 P-32 P-87 P-90 P-96 P-145
MARTÍNEZ DEL CAMPO, MF	C-136
MARTÍNEZ DÍAZ DE ARGANDOÑA, C	C-50 C-52

MARTINEZ FERNANDEZ, E	P-164
MARTINEZ LESTON, M	P-17 P-26 P-27 P-28 P-88
MARTINEZ NOGUEIRO, MD	C-66
MARTÍNEZ PASCUAL, C	C-122
MARTINEZ PEREZ, R	C-43 P-102
MARTINÓN TORRES, G	C-126
MARTOS MORENO, R	C-88
MARTOS PÉREZ, F	C-136
MASSI AGUIRRE, P	P-20
MATEO CARRASCO, H	P-52 P-91 P-154
MATEOS GAUTIER, JM	C-37
MAURI , P.	C-28
MEDARDE CABALLERO, C	P-99
MEDERO RUBIO, F.	P-103
MEDINA ALONSO, M	P-42
MEDINA LOPEZ, R	C-91
MEDINA MARTIN, R	P-133
MEDINA PÉREZ, MJ	C-133
MEDINA SERNA, M	C-81
MELCÓN DE DIOS, A	C-53 C-86
MENA JIMENEZ, AL	C-71 C-117
MENDEZ SERRANO, B	C-46 C-85 C-125
MENDOZA PORCUNA, M	P-66
MERELO RUIZ, B	P-20
MÉRIDA TÉLLEZ, JM	C-40
MERINO CASTO, M	C-73 C-74
MERINO GODOY, MA	C-44 C-49
MERINO KOLLY, N	P-119
MERLO SERRANO, A	P-20

MESA GALLARDO, MI	C-43 P-68 P-102 P-122
MILLÁN CASADO, M	C-80 P-38 P-82
MIÑARRO DEL MORAL, R	C-59 C-80 C-83 C-115 P-38 P-82
MIRALLES MARTINEZ, R	C-42 C-88
MOHEDANO GÓMEZ, A	C-39 C-63 C-83 C-94
MOLAS COTÉN, JR	C-86
MOLINA CUADRADO, E	P-154
MONROY MORCILLO, A	C-51 C-62
MONTAÑO PERIAÑEZ, A	P-78
MONTERO MONTERROSO, I	P-59 P-137
MONTES , M.	C-28
MONTES MONTES, R	C-12
MORA BANDERAS, A	C-91 C-114
MORA RODRÍGUEZ, J	C-58
MORA VALLELLANO, J	P-8 P-64 P-169
MORAL HERNANDEZ, M	C-127
MORALES , D.	C-28
MORALES FERNANDEZ, A	P-141
MORALES MOLINA, JA	C-14 C-78 P-32 P-87
MORANO DELGADO, M	C-38
MORANO TORRESCUSA, MJ	C-65 P-55
MORCILLO NIETO, MC	P-89 P-49 P-57 C-131 P-140
MORENO ALVAREZ, PJ	C-7
MORENO BECERRA, MA	C-121
MORENO GÓMEZ, L	P-16
MORENO PAREDES, P.	C-139
MORENO PAULANO, C	P-72
MORENO PEREZ, A	P-142
MORENO PEREZ, F	P-133

Índice de autores

MORENO POZO, I	P-166
MORILLO MARTÍN, A	P-168
MORO HIDALGO, A	C-47
MOSQUERA ADELL, MN	P-68
MOTA CHOZAS, I	C-17
MOYA MOLINA, MA	P-100
MUNIVE ALVAREZ, E	C-8
MUÑOZ ALONSO, A	C-137
MUÑOZ CONDE, M	C-122
MUÑOZ MARQUEZ, M	P-42
MUÑOZ MORENO, B	C-3
MUÑOZ SEGURA, C	P-116
MURCIA SÁNCHEZ, MM	C-63 P-53
NARANJO RODRÍGUEZ, P	C-44 C-49
NAVARRETE MARTINEZ, JJ	C-6
NAVARRO DE LA NOVAL, O	P-93
NAVARRO DIAZ, C	P-80
NAVARRO GALVÍN, B	C-62
NAVARRO MALDONADO, C	C-100
NAVARRO MARTÍNEZ, MD	P-161
NAVARRO MUÑOZ, F	P-137
NAVARRO QUESADA, FJ	C-12
NAVARRO QUESADA, FJ	C-140
NAVARRO ROMERO, J	P-132 P-155
NAVARRO ROMERO, MD	P-147
NIETO GONZÁLEZ, M	C-22
NIETO GUINDO, P	P-52 P-87 P-91 P-154
NIETO MUÑOZ, M ^a	C-129
NOGUERAS RUIZ, S	C-70 C-75 P-70

NUEVO LARA, EA	C-131 P-140
NUÑEZ GARCÍA, D	C-69 P-86
NUÑEZ MONTENEGRO, A	C-119
OBEL GIL, L	C-15 C-31 C-84 C-123 C-130
OCAÑA JIMENEZ, MJ	C-85
OJEDA MORENO, V	C-26
OLIVA CONTERO, JP	C-24 C-96
OLMO VEGA, R	P-142
OROZCO MARQUEZ, I	C-3
ORTEGA ANGULO, R	C-3
ORTEGA CASANOVA, C	P-56 P-58 P-160
ORTIZ CABALLERO, C	P-71 P-126
ORTIZ FERNANDEZ, P	C-36
ORTIZ LEAL, FJ	P-147
OSCOZ MUÑOA, G	C-118
OSSORIO MARTINEZ, J	P-23
OSUNA CORTES, MC	C-63 C-77 P-53 P-112
OTERO FERNANDEZ, JA	C-32 P-167
PADILLA GARRIDO, N	C-11 C-25
PÁEZ PINTO, JM	P-50
PALACIOS DÍAZ, JA	P-56 P-58 P-160
PALACIOS GOMEZ, Z	C-7
PALANCO PARREÑO, A	P-92
PALMA CARAZO, F	C-106
PALMA JAPON, MA	P-53 P-112
PANAL HURTADO, MJ	P-142
PANTOJA GROSSO, S	C-112
PAPAY RAMIREZ, L	P-64
PARADA PEÑA, M	P-81

PAREJA , E.	C-28
PARRA GARCIA, D	P-39 P-48
PARRA GARCIA, M	P-39 P-48
PARRA JIMENEZ, S	C-6
PARRA PEREA, J	P-66
PARRADO BORREGO, G	C-36
PARRAS GARCÍA DE LEÓN, N	C-126
PASCUAL CODESO, J	P-25 P-120P-123
PASCUAL DE LA PISA, B	C-121 C-75 P-65 P-139
PASCUAL MARTINEZ, N	C-71 C-117
PASCUAL PISA, J	C-70 P-70 P-86
PAVÓN PALACIOS, MT	C-67
PAZ CERESO, M	C-97
PAZ LEÓN, U	C-48 C-95
PEDERNERA AYEN, M	C-13 P-31 P-45 P-61
PEDRERO MÁRQUEZ, G	C-111
PEDRERO PALACIOS, C	P-34 P-35 P-107
PEGUERO RODRIGUEZ, B	P-22
PEINADO BARRASO, MC	P-94
PENCO RAMIREZ, C	C-32 C-81 P-29 P-55 P-167
PEÑA ROMERO, E	C-24 C-96
PERAL BELCHIOR, B	C-120
PERALTA GUTIERREZ DEL ALAMO, M ^a	C-121
PEREIRO HERNÁNDEZ, RM	P-4
PEREZ , S	P-2
PEREZ ASENSIO, D	C-76 C-135
PEREZ CACERES, JA	P-20 P-76
PEREZ CHACON, C	C-29
PÉREZ CORTES, S	C-9

PÉREZ DÍAZ, I	P-11 P-101P-148 P-152
PÉREZ DÍAZ, I	P-30
PÉREZ DOCTOR, M	P-9 P-37
PEREZ ESPEJO, MP	P-97
PÉREZ GARCÍA, A	C-101
PÉREZ GARCÍA, E	C-38
PEREZ HERNANDEZ, C	P-74
PÉREZ HERNANDEZ, P.	P-24
PÉREZ LORENTE, I	P-114 P-162P-163
PEREZ MARQUEZ, M	C-65 P-103
PEREZ MOREIRA, R	C-19
PÉREZ PÉREZ, P	P-109 P-111 P-119
PÉREZ RAMOS, J	C-99
PÉREZ TRISTANCHO, M	P-76
PÉREZ TROYA, R	P-150 P-151
PEREZ TRUEBA, E	C-40 C-114
PÉREZ VACAS, J	C-22 C-23
PÉREZ VEGA, E	C-50 C-52
PÉREZ VENEGAS, J	C-10 C-17
PEREZ VILLAGRAN, J	C-132
PEREZ-TRISTANCHO ., M	P-21
PERIÁÑEZ VEGA, M	P-43
PERLEZ LIAÑEZ, F	P-78
PICHARDO CABRERA, M	P-74
PICON MACIAS, A	P-40 P-128P-129
PINO RÍOS, MA	P-168
PIÑERO GARCÍA DE VINUESA, MA	P-11 P-101P-152
PLATA CASAS, C	C-93
PODIO CASTRO, M.	P-24

POLANCO MUÑOZ, MD	C-8 C-138
PONCE GONZÁLEZ, JM	C-48 C-95 C-100
PORRAS TEJERO, E	C-90 P-159
PORTUONDO JIMENEZ, J	P-1 P-17 P-26 P-27 P-28 P-88 P-149
POYATOS ANDUJAR, AM	P-8 P-64
POZO MUÑOZ, F	C-2 C-119
PRADA CARRASCO, C	C-104
PRADA PEÑA, M	P-12 P-29 P-55 P-74 P-78 P-143 P-167
PRADAS MONTILLA, C	P-68
PRADOS CASTILLEJO, JA	C-12 C-140
PRIETO CALLEJERO, B	P-11 P-81 P-101 P-148 P-152
PRIETO MARTOS, A	P-66
PRIETO SANTANA, M	P-34 P-35 P-107
PRIETO VIZCAYA, FJ	P-44
PUJOL COLOMER, J	C-141
PUJOL DE LA LLAVE, E	P-12 P-51 P-103
QUATTRINO Q, S	P-46 P-47
QUERO CABEZA, M ^a	C-129
QUILES GARZON, J	C-27
QUINTERO RODRÍGUEZ, R	C-111
QUIRÓS GÓMEZ, JM	C-28
RACERO RÍOS, R	P-168
RAMIREZ BALAGUERA, R	P-22
RAMIREZ CANCA, MT	C-21
RAMÍREZ HERVÁS, M	C-67
RAMIREZ NIETO, A	C-72
RAMOS CALERO, E	C-48 C-95 C-100 C-103
RAMOS DOMINGUEZ, V	C-27
RAMOS LORA, M	P-12

Índice de autores

RAMOS SANCHEZ, ME	P-97
RAYA MARTINEZ, AM	P-122
RECIO CAMPOS, C	P-85
RECIO MORALES, S	P-85
RECUERDA HERNÁNDEZ, M	P-75
REDONDO PEDRAZA, R	C-46
REDONDO SANCHEZ, J	C-12 C-140
REINA CUBERO, R.	C-139
REINA JIMÉNEZ, M	P-94
RENGEL PÉREZ, L	C-122
REY DELGADO, P	C-5
RIAZA RAMIREZ, MD	C-132 P-168
RIBAS PÉREZ, D	C-30
RITA ACOSTA, MJ	C-24 C-96
RIVAS AGUAYO, L	C-9 C-17 C-124
RIVAS PÉREZ, D	C-1 P-18 P-19
RIVERA BAUTISTA, JM	C-104
RIVERA FERNÁNDEZ, C	P-36
RIVERA PADILLA, M.	C-89
RIVERO TORREJON, A.	C-89 P-118
ROBLEDO CARDENAS, FJ	C-27 C-73 C-74 P-40 P-77 P-128 P-129
RODRIGEZ DE LA TORRE, R	C-101
RODRIGUEZ BENAVENTE, A	C-69
RODRIGUEZ BLANCO, ID	C-77
RODRÍGUEZ CAMACHO, JM	C-31 C-84 C-123 C-134
RODRÍGUEZ CONDE, M	C-58
RODRÍGUEZ CONTRERAS, H	P-43
RODRIGUEZ DE LA MAYA, I	P-63
RODRIGUEZ GONZALEZ, J	C-36

RODRÍGUEZ GRIÑOLO, M	P-55
RODRIGUEZ HUERTAS, F	C-17
RODRIGUEZ IGLESIAS, M	P-118
RODRIGUEZ LARA, M	P-5 P-134
RODRÍGUEZ LIÉBANA, J	P-89
RODRÍGUEZ MANGAS, A	P-66
RODRÍGUEZ MASSIA, A	C-99
RODRIGUEZ MATEOS, ME	C-15 C-33 C-130
RODRÍGUEZ MIRANDA, C	P-59 P-137
RODRÍGUEZ MOLINS, E	P-30
RODRIGUEZ MORCILLO, R	P-49 P-57 P-89
RODRIGUEZ ORTIZ, MA	C-17
RODRÍGUEZ PAPPALARDO, V	C-50 C-52
RODRÍGUEZ PEREZ, M	C-44
RODRÍGUEZ PÉREZ, R	C-118
RODRIGUEZ PRIEGO, E	P-25 P-120P-123
RODRIGUEZ ROJAS, MD	P-115 P-127
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, M	C-33
RODRÍGUEZ SOLANO, R	C-41
RODRIGUEZ VALBUENA, M	P-71
ROGERO ANAYA, P	C-60
ROJAS DE MORA FIGUEROA, A	C-68
ROLDÁN ESTURILLO, D	P-106
ROMÁN FUENTES, M	C-53 C-86
ROMERO , A	P-162 P-163
ROMERO ALONSO, MM	C-93
ROMERO CAMPOS, A	C-59 C-94
ROMERO CORCHERO, M	C-13 P-31 P-44 P-45 P-61 P-73
ROMERO CUEVAS, A	P-37

Índice de autores

ROMERO FRAIS, A	C-4
ROMERO GONZÁLEZ, JM	C-58
ROMERO HERNÁNDEZ, I	C-134
ROMERO INDIANO, EM	C-120 P-136P-156
ROMERO MORALES, F	C-105
ROMERO PÉREZ, I.	C-129
ROMERO RUIZ, A	C-36 P-95
ROMERO TENORIO, M	C-20
ROSA CHIQUERO, A	P-147
ROSA FERNANDEZ, JM	P-40 P-77 P-129
ROSADO SUAREZ, MA	C-98 P-146
ROSANO MORIN, C	P-108
RUANO MAYOLAS, J	P-60
RUBIO BARRANCO, A.	C-139
RUBIO MATEO-SIDRÓN, JA	P-16
RUBIO QUIÑONES, J	P-16
RUIZ , A.	C-28
RUIZ COBO, J	P-144
RUIZ CRUZ, C	P-13 P-157P-158
RUÍZ FRUTOS, C	P-12
RUIZ FUENTES, S	P-7 P-13 P-15 P-106
RUIZ GARCÍA, A	C-59 C-80 C-83 C-94 C-115 P-82
RUIZ GARCÍA, F	C-92
RUIZ GONGORA, J	P-108
RUIZ GUTIÉRREZ, D	P-144
RUIZ OCAÑA, P	P-165
RUIZ PLAZA, JM	C-107 P-104P-138
RUIZ REGLERO, T	P-33
RUIZ RUIZ, F	P-39 P-48

RUIZ RUIZ, MC	P-39 P-48
RUIZ SAN BASILIO, JM	C-3
RUIZ SERRANO, M	C-6
RUIZ TORRECILLAS, FJ	P-69
RUIZ VALENCIA, MD	P-69
RUIZ VAZQUEZ, M	P-67
RUS CEJUDO, MC	P-39 P-48 P-56 P-58
RUSTARAZO , Y	P-117
SABORIDO CANSINO, MC	C-103
SABORIDO JIMÉNEZ, D	C-121
SAGRERA PÉREZ, MR	P-6
SALAZAR BRAVO, LM	C-85
SÁNCHEZ ANDREU, J	P-16
SANCHEZ ARCOS, MA	P-14
SÁNCHEZ ARGÁIZ, MC	P-11 P-101P-148 P-152
SÁNCHEZ BALLESTEROS, G	C-58
SÁNCHEZ BASALLOTE, JE	C-41 P-150P-151
SANCHEZ BLANCO, J	C-107P-6 P-104 P-138
SÁNCHEZ CÉSPEDES, E	P-105
SANCHEZ FERNANDEZ, I	C-135
SÁNCHEZ GÓMEZ, E	P-30 P-148
SANCHEZ GONZALEZ, MC	P-67
SÁNCHEZ LÓPEZ, AM	P-147
SANCHEZ MENDEZ, E	P-17 P-26 P-27 P-28 P-88
SANCHEZ MENDOZA, M	P-128
SANCHEZ NAVARRO, MR	P-8 P-64 P-169
SÁNCHEZ NAVAS, FJ	C-42 C-87
SANCHEZ PRESUMIDO, MV	P-146
SANCHEZ ROJO, SO	C-35

SANCHEZ SEGOVIA, J	P-67 P-78
SÁNCHEZ VALVERDE, F	C-29
SANTANA LÓPEZ, V	P-109 P-110 P-119
SANTIAGO GOMEZ , MJ	C-79
SANTOS PEREZ, J	C-119
SEBASTIAN PEREZ, L	P-106
SELVA ORELLANA, A	C-128
SEPTIEN SANCHEZ, R	C-65
SEPULVEDA SANCHEZ, J	C-91
SEPULVEDA SANCHEZ, M	C-132
SERRANO CATENA, MT	C-24 C-96
SERRANO DOMINGUEZ, G	C-27
SERRANO FERNÁNDEZ, P	C-133
SERRANO MARTINO, C	P-50
SERRANO ROMERO, MA	C-58
SERRANO SANCHEZ, B	C-103
SIANES BLANCO, A	C-99
SILVA RODRIGUEZ, J	P-33
SOLIS GONZALEZ, V	P-79
SOLÍS GONZALEZ, V	P-83
SORIANO , D	P-2
SORIANO ESPINOSA, F	P-124
SOTO CLEMENTE, JA	P-139
SOTO DELGADO, M	C-111
SOTO TORRES, M	C-51
SOTO VILLALBA, J	C-20
SOUSA BAENA, M	P-46 P-47
SOUSA SARMIENTO, A	P-134
SUAREZ ALEMAN, G	C-114 P-110 P-111

SUAREZ FUSTER, F	C-16
SUAREZ LOZANO, I	P-20 P-21 P-76
TACÓN REINA, F	C-24 C-96
TARIN REMOHI, MJ	P-14
TEJADA GÓMEZ, A	C-44 C-49
TEJEDOR BENÍTEZ, A	C-115
TEJEDOR FERNÁNDEZ, M	C-80 C-83 C-94 C-115 P-38 P-82 P-135
TEROL FERNANDEZ, FJ	C-60 C-97
TERRADELLAS ANTOÑANZAS, L	C-141
TERRON PERNIA, A	C-9
TIRADO LOZANO, A*	C-26
TIRADO SOLIS, D	C-72
TIRADOR FERNANDEZ, MC	P-41
TOLEDANO BLANCO, R	C-72 P-2
TOLEDO COELLO, ML	C-10
TORNERO LOPEZ, MC	P-117
TORO CALVENTE, MD	P-142
TORO SANTIAGO, J	P-38 P-113 P-114 P-130 P-135
TORO TORO, C	C-2 P-69
TORRECILLAS LIMONCHI, MA	C-67
TORRES CORDERO, D	C-99
TORRES MARÍN, MD	P-92
TORRES MARTÍN, M	P-5 P-134
TORRES MORENO, S	C-21
TORRES PADILLA, FJ	C-2 P-69
TORRES RODRÍGUEZ, MC	P-105
TORRES TEJADO, A	C-127
TOSCANO MÉNDEZ, RJ	C-101 C-136
TRIGUEROS AYALA, S.	C-34

TRUJILLANO FERNÁNDEZ, C	C-22 C-23
URÁN GARCÍA, JE	C-63 C-77 P-53 P-54 P-112
URBANIACQ , M	P-2
URBANO PRIEGO, M	C-46 C-85 C-125
UREÑA FERNÁNDEZ, T	C-105
URQUIZAR RODRIGUEZ, O P-96	C-14 C-78 P-10 P-14 P-32 P-52 P-87 P-91 P-105 P-154
UTOR FERNANDEZ, A.	C-139
VALENCIA RODRIGUEZ, D	C-26
VALENTÍN RABADÁN, S	C-79
VALLE DIAZ DE LA GUARDIA, AM	P-13 P-157 P-158
VALLE NAVARRETE, C	P-23
VALVERDE MOLES, R	C-55
VARGAS LIRIO, MI	C-36
VARGAS SILVA, MP	C-66
VAZQUEZ LUQUE, AJ	C-97
VAZQUEZ RICO, I	P-98
VÁZQUEZ VÁZQUEZ, M	P-111 P-119
VÁZQUEZ VELA, V C-134	C-5 C-15 C-84 C-112 C-123 C-130
VEGA PEREZ, A	C-41
VELA CERERO, CJ	P-3 P-4
VELASCO HIDALGO, E	C-27
VELASCO SÁNCHEZ, MA	P-94
VELÁZQUEZ SALAS, A	C-48 C-95 C-100 C-103
VELEZ VAQUERO, ED	P-97
VERDEJO RECHE, F	C-78 P-10 P-32 P-96 P-145
VERGARA ROMERO, M	P-141
VERGARA SANTOS, S	C-86

Índice de autores

VILAPLANA GARCÍA, AM	C-53 C-86
VILCHEZ PARTIDA, R	P-150 P-151
VILLANUEVA RODRIGUEZ, P	C-124
VILLARAN CAMACHO, R	P-71
VILLAVERDE GUTIÉRREZ, ML	C-55
VILLEGAS CACERES, JR	P-146
VISUERTE SANCHEZ, JM	P-3 P-4
ZAFRA FERNANDEZ, JL	P-114 P-162P-163
ZAMBOSCHI , N	C-22 C-23
ZAMORA SEVILLANO, A	C-72
ZAMUDIO SANCHEZ, A	P-95
ZOIDO RAMOS, C	P-146
ZUFRI RODRIGUEZ, G	P-108
ZULUETA DORADO, T	C-50 C-52



COLABORAN



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



**Ayuntamiento
de Huelva**

