

XVII

Jornadas de

Calidad Asistencial del Principado de Asturias



Hospital Universitario Central de Asturias
9 y 10 de junio de 2016



Asociación de Calidad Asistencial
del Principado de Asturias



FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DE CALIDAD
ASISTENCIAL



SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE CALIDAD
ASISTENCIAL



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GERENCIA ÁREA SANITARIA IV
GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD





INDICE

Este índice es interactivo.

Pulse en el título de la comunicación para llegar a ella.



1ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

ID	TITULO
32	"EVOLUCIÓN DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA CON LA INTRODUCCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA"
29	"COMPORTAMIENTO DE LA PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA EN CAÍDAS DE CAMA DE PACIENTES DE GERIATRÍA"
23	"FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS ACCIDENTALES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA"
4	"TELEOFTALMOLOGÍA PARA EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE MÉDICOS DE FAMILIA Y ENFERMERÍA"
27	"ANÁLISIS DE LOS FALLOS DEL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS: PUNTO DE VISTA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE FARMACIA"
38	"SATISFACCIÓN EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS: UN AMPLIO MARGEN DE MEJORA"
26	"DESCRIPCIÓN DE LA EFICACIA DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE RCP IMPARTIDA POR ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES"
41	"EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES"
22	INCIDENCIA Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL.

1ª MESA DE COMUNICACIONES BREVES

ID	TITULO
9	DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA
10	ABORDAJE FISIOTERÁPICO DEL LINFEDEMA A NIVEL HOSPITALARIO
13	PLAN DE GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE FISIOTERAPIA Y VALORACIÓN DE RESULTADOS.
7	ICTUS: ESCUELA DE CUIDADORES DEL HUCA
21	CUIDADOS DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA AUTÓLOGA
15	IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS EN A.G.C. MEDICINA INTERNA
14	ANÁLISIS DE LAS SALIDAS DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ) POR FALLECIMIENTO.
19	GRÁFICA UCI EN LA HCE MILLENNIUM
16	CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PARTO HOSPITALARIO: MEDIR PARA MEJORAR
40	CARACTERÍSTICAS Y TIPOLOGÍA DEL PACIENTE QUE NO ESPERA A LA ATENCIÓN DEMANDADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

2ª MESA DE COMUNICACIONES BREVES

ID	TITULO
31	ROL DE LA ENFERMERA EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL ANCIANO
37	IMPLANTACIÓN DE GUÍA PARA EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR EN UNA UCI DE UN HOSPITAL REGIONAL
12	ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS Y PRONÓSTICO SEGÚN EL MISMO, PARA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
3	DIFUSIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

2ª MESA DE COMUNICACIONES ORALES

ID	TITULO
6	"¿Y SI QUEDAMOS PARA PROGRAMAR?". EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN 3 SERVICIOS.
36	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO MEDIDA A TRAVÉS DE GRUPOS FOCALES
24	PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA Y "MEDICAMENTOS NO GUÍA"
35	VARIABILIDAD EN LAS INCLUSIONES EN LEQ POR MÉDICO, SERVICIO Y CENTRO HOSPITALARIO
30	COMPORTAMIENTO DE LA PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA POR CAÍDAS EN PACIENTES DE GERIATRÍA SEGÚN TURNO DE ENFERMERÍA
11	ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL DONANTE DE VIVO RENAL
8	ELIMINANDO BARRERAS A LA SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE. COLABORACIÓN ENTRE M.TROPICAL (HUCA), APIA Y CRUZ ROJA GIJÓN.
25	DESARROLLO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN, PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS
33	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA TÉCNICA DE IMPLANTE DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI) EN EL NUEVO HUCA
34	"LA COLUMNA Y SU ABORDAJE QUIRÚRGICO. VARIABILIDAD ENTRE DOS SERVICIOS EN UN MISMO CENTRO"



1ª Mesa de Comunicaciones Orales
Hora inicio: 09.30hrs

ID: 32

TÍTULO: EVOLUCION DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA CON LA INTRODUCCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA

AUTORES: FERNANDEZ GARCIA, VIOLETA; GOMEZ GONZALEZ, JOSEFA; RANCAÑO GARCIA, IVAN.

INTRODUCCIÓN: La consulta de preanestesia forma parte integral del circuito quirúrgico. Se documenta sobre un formulario que incorpora varios ítem obligatorios que se vuelcan en la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) y que son importantes para un buen funcionamiento del sistema. La introducción de la historia electrónica en la práctica diaria de la consulta de preanestesia, supuso un entorpecimiento importante en la documentación de cada paciente. La necesidad del cambio de episodio, la dificultad para conocer el procedimiento quirúrgico, la dispersión en la búsqueda de los datos clínicos...etc , dio lugar a un entorpecimiento en el trabajo, a disfunciones en el circuito quirúrgico y a un gran malestar por parte de los profesionales.

OBJETIVOS: Optimizar el acceso a la documentación consiguiendo herramientas que agilicen y faciliten el proceso.

MÉTODOS: 1- Análisis y seguimiento del cambio de episodio para evaluar el grado de cumplimiento.
2- Se facilita el acceso directo desde la historia clínica al procedimiento quirúrgico propuesto a través del documento de inclusión en LEQ.
3- Se facilita el acceso al cambio de episodio que se vincula a la información del procedimiento quirúrgico
4- Se facilita el acceso al formulario de preanestesia así como el manejo del mismo durante la documentación.
5- Se vincula la selección de "premedicación " en el formulario de preanestesia con la activación automática de las indicaciones "Premedicación anestesia" y "BSA preoperatorio" en "planes preferidos" de la barra de herramientas de indicaciones.
6- Se facilita el acceso vertical y en un plano mediante la plantilla de trabajo de todos los datos del paciente (diagnóstico, antecedentes, medicación habitual, laboratorio, ECG , radiología...) ordenados según las necesidades de la consulta de preanestesia.
7- Se incorporaron los protocolos de preanestesia del Servicio de Anestesia y Reanimación del HUCA dentro de la plantilla de trabajo.

RESULTADOS: Se ha conseguido la adherencia al episodio LEQ desde la consulta de preanestesia hasta un 97% de los casos y por tanto favorecer significativamente la continuidad y consecución del circuito quirúrgico.

Se ha conseguido disminuir 20 click por paciente en el acceso a los datos, así como concentrar la información de forma más ordenada y secuencial. Esto ha permitido disminuir en un 30% el tiempo de documentación de la historia de preanestesia.

CONCLUSIONES: La implantación de la historia clínica electrónica ha cambiado sustancialmente la práctica médica. La adaptación al nuevo lenguaje que propone, ha supuesto un choque inicial del profesional con el sistema que entorpeció la práctica diaria y fue fuente de malestar y problemas. En nuestro caso, el análisis continuo de la situación de la consulta de preanestesia, permitió identificar los inconvenientes y buscar las herramientas necesarias para optimizar la documentación, favorecer el buen funcionamiento del circuito quirúrgico y permitir un trabajo más cómodo para el profesional.



ID: 29

TÍTULO: COMPORTAMIENTO DE LA PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA EN CAÍDAS DE CAMA DE PACIENTES DE GERIATRÍA.

AUTORES: ALONSO FERNÁNDEZ, JOSEFINA; SILVA MANZANO, D; SALMERÓN MENÉNDEZ, C; SUÁREZ RODRÍGUEZ, C; SALMERÓN MENÉNDEZ, P; MENÉNDEZ FRAGA, D; VÁZQUEZ VALDÉS, F.

INTRODUCCIÓN: En el ámbito hospitalario, las caídas constituyen uno de los principales eventos adversos y los que con más frecuencia interfieren en la recuperación del paciente anciano, representado una amenaza para su salud e independencia y un importante consumo de recursos que interesa cuantificar. Para ello se estudiaron los pacientes ingresados en un hospital de agudos geriátricos entre los años 2007 y 2013.

OBJETIVOS: Conocer la variación en la prolongación de la estancia por caídas de cama de pacientes geriátricos.

MÉTODOS: Se analizó, mediante el estadístico t de student y la D de Cohen, el comportamiento de la edad y la estancia ante los valores adoptados por una serie de variables cualitativas dicotómicas: Caídas: Si/No, Caídas cama vieja: Si/No, Caídas cama nueva: Si/no, Caídas sin bajada de cama: Si/No, Caídas con bajada de cama: Si/No.

RESULTADOS: De los 26.602 pacientes ingresados, la mayoría fueron mujeres con media de edad de 80 años y superando en 5 años a la de los hombres. Hubo un 4% de pacientes con caídas, de los que más de la mitad fueron hombres.

La diferencias significativas encontradas en la variable edad por el hecho de caer, no resultaron clínicamente relevantes (d de Cohen $< 0,2$), tampoco al considerar hombres y mujeres por separado, ni al tratarse de caídas exclusivamente de cama.

Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (nivel de confianza 99%) en la comparación de medias de la estancia para todas las variables discretas mencionadas.

Cabe resaltar que la prolongación de la estancia hospitalaria motivada por las caídas fue superior cuando éstas se produjeron desde camas viejas o no se realizó la bajada de la altura de las mismas.

CONCLUSIONES: Las camas nuevas y la práctica de bajada de la altura de la cama producen un efecto protector, moderando la repercusión que las caídas ocasionan sobre el aumento de la estancia.



ID: 23

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS ACCIDENTALES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA.

AUTORES: Suárez Álvarez, Adela; García Ordoñez, Tamara; López Martínez, José Iván; Menéndez García, Noelia.

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como “acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. Este suceso suele ser repentino, involuntario e insospechado, pudiendo ser confirmado por el paciente o por un testigo.

El proceso de envejecimiento de la población constituye uno de los problemas con mayor demanda asistencial en la sanidad española en la última década. El aumento de la duración de estancia hospitalaria en pacientes mayores de 65 años con más de dos problemas de salud crónicos convierte las caídas en uno de los principales síndromes geriátricos por su alta incidencia y elevada morbimortalidad.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es identificar los principales factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos, de las caídas accidentales en pacientes ancianos hospitalizados y con ellos determinar las principales actividades sanitarias en función de prevención y calidad asistencial a dichos grupos poblacionales.

MÉTODOS: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura relacionada con este tema. Se han incluido artículos sobre prevención y estudio de los factores de riesgo encontrados en bases de datos tales como PubMed, MedLine, Scopus, Scielo, Dialnet,... Se seleccionaron para esta revisión 10 estudios y revisiones bibliográficas desarrolladas en España entre los años 2007 y 2015 en ancianos hospitalizados.

Los palabras clave que se han utilizado son anciano frágil, caída accidental, hospitalización, prevención y los descriptores que se han introducido “ancient” AND “accident falls”

RESULTADOS: De acuerdo a los artículos revisados, los resultados indican que existe una elevada incidencia de caídas en el medio hospitalario en una población anciana, la cual va en aumento.

De etiología multifactorial, en las caídas influyen factores medioambientales, domésticos o derivados de los fármacos, así como del propio envejecimiento. Son más frecuentes en los mayores institucionalizados, con mayor morbimortalidad y dependencia.

Una de las técnicas de prevención más útil sería a una correcta valoración de enfermería inicial individualizada, teniendo en cuenta los factores de riesgo al ingreso de cada paciente anciano que ingresa en una unidad de hospitalización Geriátrica.

CONCLUSIONES: Podemos concluir que siendo uno de los problemas actuales con mayor repercusión tanto asistencial, aumentando la carga de trabajo, como económica, la prevención y detección de factores de riesgo adquiere una gran importancia.

Es imprescindible para una buena calidad asistencial en estos grupos de población la correcta programación de las actividades sanitarias de prevención de caídas o, en el caso de que esta ocurra, una rápida respuesta y notificación para evitar acontecimientos posteriores o complicaciones en las patologías previas.

Se debe considerar al anciano con pluripatología y plurifarmacología un paciente frágil y en continuo riesgo.

ID: 4

TÍTULO: TELEOFTALMOLOGÍA PARA EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE MÉDICOS DE FAMILIA Y ENFERMERÍA.

AUTORES: RODRIGUEZ VILLA, SUSANA; SUÁREZ MUÑIZ, MARIA TERESA; DIOS DEL VALLE, RICARDO; ALONSO ÁLVAREZ, CRISANTO MANUEL; CUESTA GARCÍA, MARIA; SALAZAR MÉNDEZ, RAQUEL; RUIZ RODRIGUEZ, MARÍA JOSE.

INTRODUCCIÓN: El cribado de la retinopatía diabética(RD) mediante teleoftalmología comenzó en 2010. El modelo actual consiste en una enfermera que realiza la retinografía digital en centros de salud, derivando la imagen al médico de primaria(MAP) que diagnostica y decide si deriva la imagen a Oftalmología. El paciente es captado por el MAP. Tras 5 años vemos una desigual cobertura en los diferentes centros, generando un problema de inequidad. Otros modelos son posibles, como la gestión de todo el programa por la enfermera de teleoftalmología(ETOF) (captación, realización de la prueba y evaluación). Hemos querido comparar la evaluación que hicieron los MAP de las retinografías, con la que podría hacer la ETOF y con la valoración de un oftalmólogo. Si el resultado fuera similar cabría plantearse cambiar el programa de cribado mejorando la cobertura sin perder calidad.

OBJETIVOS: Comparar la evaluación de las retinografías realizada por MAP y ETOF con el S.Oftalmología.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionan una muestra representativa y aleatoria de 337 retinografías de las realizadas de 2010 a 2015. Se toma la valoración diagnóstica (retinopatía diabética si/no) y la orientación terapéutica (derivación si/no) que hizo el MAP responsable del paciente y son reevaluadas de forma independiente y sin conocer el resultado previo por la ETOF y por un Oftalmólogo(Gold estándar) del Hospital que reflejan si presenta RD y si cumple criterios de derivación. Se calcula la sensibilidad, especificidad, Valores predictivos y probabilidades post-test de ETOF y MAP.

RESULTADOS: N=337 retinografías. 13.4% tienen RD según Oftalmología, 22% según enfermería, 13.6% según MAP. 18% presentan criterios de derivación según Oftalmología, 28.7% según enfermería, 30.9% según MAP.

- Diagnóstico de RD: Enfermera: Sensibilidad: 0.96. Especificidad: 0.89. VPP: 0.58. VPN: 0.99. Índice Kappa: 0.67. Probabilidad Post-test (PPT)+:0.57; PPT-: 0.03. MAP: Sensibilidad: 0.98. Especificidad: 0.99. VPP: 0.96. VPN: 0.99. PPT+:0.94; PPT-: 0.02. Índice Kappa: 0.96.

- Derivación a Oftalmología: Enfermera: Sensibilidad: 0.83. Especificidad: 0.83. VPP: 0.51. VPN: 0.96. PPT+: 0.51; PPT-: 0.14 Índice Kappa: 0.53. MAP: Sensibilidad: 0.62. Especificidad: 0.76. VPP: 0.36. VPN: 0.90. PPT+: 0.36; PPT-: 0.29. Índice Kappa: 0.29

CONCLUSIONES: La capacidad de detectar RD es excelente en MAP y buena en ETOF. La capacidad de detectar la necesidad de derivación es muy mala en ambos. Entendemos que la ETOF podría realizar el cribado poblacional de RD con la misma calidad que los MAP. Esto abriría la posibilidad de cambiar el modelo, permitiendo incrementar la cobertura y mejorando la equidad; y facilitaría mantener actualizados a los profesionales. Para garantizar el mantenimiento debe incorporarse otra enfermera. Es necesario un esfuerzo en formación de los criterios de derivación.

ID: 27

TÍTULO: ANÁLISIS DE LOS FALLOS DEL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS: PUNTO DE VISTA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE FARMACIA

AUTORES: Suárez Fernández, Lorena; Gonzalo Blanco, Yolanda; García Suárez, Esther; Núñez Sandín, María Luisa; Suárez Gutiérrez, Verónica; Cuervo Álvarez, María Carmen.

INTRODUCCIÓN: El Sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) es uno de los más utilizados y aunque es complementario a otros como los botiquines o los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (PYXIS), en el momento actual es el mayoritario en Hospitalización en nuestro centro. La preparación de los carros de medicación se realiza a través de armarios rotativos verticales (Kardex) y la distribución mediante robots (AGVs).

OBJETIVOS: Realizar un análisis de los fallos en las etapas del proceso de SDMDU: preparación-distribución a planta-retirada de los medicamentos por enfermería- devolución de los carros a farmacia.

MÉTODOS: Se constituyó un grupo formado por seis auxiliares de enfermería bajo la coordinación de un farmacéutico, en el que se analizaron los posibles fallos y se plantearon acciones de mejora.

RESULTADOS: Se detectaron 23 puntos de fallo, distribuidos de la siguiente manera: En la preparación (8): Lectura errónea en la pantalla del Kardex (Número de habitación, cama, pauta), selección errónea del cajetín, medicamento incorrecto como consecuencia de un error en la reposición, censo desactualizado, problemas de conexión programas Millennium-Mercurio, problemas mecánicos del armario, sobrecarga de trabajo, lentitud de los programas informáticos, errores de precripción/validación); en la distribución (5): limitación franja horaria de los robots, destino programado erróneo, pérdida de ubicación del robot, desperfectos en la vía de tránsito, pérdida de custodia; en la retirada de los medicamentos a planta (3): no utilización del protocolo diseñado en farmacia, utilización de medicación de "stock", almacenamiento innecesario de fármacos; devolución de los carros a Farmacia (7): medicamentos si precisa, medicamentos aportados por el paciente, medicación solicitada por varias vías de envío (tubo neumático, dosis iniciales), tratamientos suspendidos, censo desactualizado, devolución de restos de medicamentos en lugar de desecharlos. En cuanto a las acciones de mejora consideradas más importantes en cada etapa del proceso analizado son: en la preparación, reducción de la carga de trabajo y actualización de los censos, en la distribución una mayor franja horaria de utilización de los robots o una mayor prioridad, en cuanto a la retirada de los medicamentos en la planta se considera fundamental una mayor difusión de los circuitos de reparto de medicamentos de Farmacia y una revisión de los stocks de las plantas y por último para reducir las devoluciones sería fundamental actualizaciones del censo, consensuar criterios de envío de medicación, priorizar urgencias y disponer en los carros de medicamentos en stock (analgesia y antieméticos).

CONCLUSIONES: El SDMDU es un sistema con muchas imperfecciones. Una mayor difusión del funcionamiento de la UGC de Farmacia ayudaría a reducir los errores. La lentitud de los programas informáticos y la carga de trabajo tienen repercusiones importantes en los errores en el SDMDU.

ID: 38

TÍTULO: SATISFACCIÓN EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS: UN AMPLIO MARGEN DE MEJORA

AUTORES: García Castro, Raúl; González Díaz, I; Fernández Merayo, C; Fernández Pérez, M; Fernández Peñarroya, J; Díaz Corte, C.

INTRODUCCIÓN: Todos los planes de calidad en el ámbito hospitalario tienen como uno de los principales objetivos la satisfacción del paciente. Los resultados de las encuestas de satisfacción permiten tomar decisiones que mejoran la calidad de los cuidados y aumentan los beneficios de los tratamientos, por ello, es importante su realización periódica en todos los ámbitos asistenciales incluyendo la diálisis.

Los pacientes en diálisis están sometidos a un grado de estrés físico y mental importante¹. Existen numerosos estudios que avalan que la depresión es el trastorno psicológico más frecuente en los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva, independientemente de la modalidad², y por tanto, la práctica clínica diaria debe incluir el manejo de cuestionarios específicos para valorar este tema y poder dar una respuesta adecuada.

OBJETIVOS: Evaluar la satisfacción de los pacientes de una Unidad de diálisis de un mismo hospital con amplia representación tanto de hemodiálisis (HD) como de diálisis peritoneal (DP), analizando al mismo tiempo si existen diferencias entre ambas técnicas.

MÉTODOS: Se hizo un corte transversal de todos los pacientes en diálisis (HD y DP) de nuestro centro y se les entregó para su cumplimentación anónima el cuestionario validado SERVQHOS modificado para HD (adaptando su redacción para DP) que evalúa la satisfacción con veintiún atributos y variables sociodemográficas que podrían condicionar la satisfacción.

RESULTADOS: Fueron incluidos en este estudio 143 pacientes, 50 de HD (35%) y 93 de DP (65%). En HD el 53% eran hombres, frente al 63% en DP. La edad media fue de 68 años en HD (37-91) y de 62 años en DP (31-88). Sólo un 7% era trabajador activo en HD, frente al 10,6% en DP. El 65% de los pacientes en HD tenía estudios primarios y un 13% no tenía estudios de ningún tipo, frente al 60% y el 5 % en DP, respectivamente. El tiempo medio en HD era de 46 meses (1-300) y en DP de 24 meses (1-167)

Se completaron un 79% de encuestas en HD y un 100% en DP

Evaluando de forma global la satisfacción, un 74% se mostró muy satisfecho, un 25% satisfecho y un 1% poco satisfecho.

El aspecto mejor valorado en HD fue la apariencia del personal, (4,62 sobre 5), y el peor la información referente a la medicación (3,37 sobre 5); en DP lo más valorado fue el interés del personal de enfermería por los pacientes (4,81 sobre 5) y lo peor la tecnología de los equipos (3,53 sobre 5)

CONCLUSIONES: El elevado porcentaje de cumplimentación obtenido (muy alto para este tipo de estudios.) indica que los pacientes colaboran de buen grado en este tipo de estudios. En vista de los resultados, podemos concluir que los pacientes en diálisis se muestran globalmente satisfechos pero que debemos mejorar, especialmente en HD la información, sobre todo la relacionada con la medicación. Este es el punto que nos planteamos como objetivo de mejora para el futuro dada además su vinculación con la Seguridad del Paciente.



ID: 26

TÍTULO: DESCRIPCIÓN DE LA EFICACIA DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE RCP IMPARTIDA POR ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES.

AUTORES: MENÉNDEZ GARCÍA, NOELIA; PRENDES FERNÁNDEZ, SILVIA; SUÁREZ ÁLVAREZ, ADELA; GARCÍA ORDOÑEZ, TAMARA.

INTRODUCCIÓN: La Parada Cardiorespiratoria (PCR) es uno de los principales factores de riesgo hoy en día en los países más desarrollados, debido a los malos hábitos de vida adquiridos, así como, a la longevidad de la población. Se ha demostrado que la realización de técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP) de manera precoz, reduce significativamente el número de muertes.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión sistemática, ha sido describir la eficacia de la formación en RCP a adolescentes por parte de personal de enfermería.

MÉTODOS: Siguiendo las recomendaciones de Cochrane Collaboration v.5.1.0, y de la declaración PRISMA, se revisaron 9 publicaciones de ámbito internacional, que estudian la eficacia de acciones formativas en RCP. Todos los artículos revisados son ensayos clínicos en humanos, publicados en los últimos 10 años (2006-2016). Las palabras clave y la estrategia de búsqueda que se ha empleado es la siguiente : "cardiopulmonary resuscitation" AND "cardiopulmonary arrest" AND "training" AND "teenagers". Se han extraído del tesoro Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), y se han introducido todos ellos en lengua inglesa, excepto en Scielo, dónde no se han encontrado resultados. No se llevo a cabo ninguna búsqueda manual asociada.

RESULTADOS: Los resultados indican que los conocimientos de los alumnos después de la formación por parte de enfermeros, son satisfactorios. Factores sociodemográficos como el sexo, la edad, el nivel económico, religión, cultura, etc, no influyen significativamente en los resultados ni en la disposición para formarse.

CONCLUSIONES: La inclusión de la enseñanza de RCP en el catálogo escolar nos aseguraría un buen numero de reanimadores que pueden ser testigos potenciales de una PCR a lo largo de su vida. Cabe pensar que el personal de enfermería esta debidamente formado para llevar acabo tal fin, sin que suponga un gasto elevado.

ID: 41

TÍTULO: EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

AUTORES: PEÑACOBIA MAESTRE, DELIA; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, SILVIA; DIOS DEL VALLE, RICARDO.

INTRODUCCIÓN: Las caídas son la 2º causa de muerte por lesiones accidentales en el mundo. 424.000 personas mueren al año en el mundo por caídas. 37,3 millones de personas al año requieren asistencia médica por caídas en el mundo. Se estima que en 1 año sufren caídas un 33% de las personas mayores que viven en la comunidad.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de programa educativo para prevenir caídas en población mayor de 65 años no institucionalizada tras un año de su intervención.

MÉTODOS: Estudio cuasiexperimental con grupo control. Se seleccionan 13 personas mayores de 65 años para realizar una intervención educativa en el centro social (grupo intervención, GI) y 11 personas para configurar el grupo control (GC). Variables. Sociodemográficas, clínicas. Sesiones semanales de Programa de ejercicios multicomponente que combina fuerza muscular, equilibrio, flexibilidad y marcha de 45' de duración impartidas por fisioterapeuta y enfermera durante 12 semanas. Entrega de hoja de ejercicios para realizar en casa hasta la siguiente sesión. Seguimiento mensual a través de llamada telefónica durante los siguientes 9 meses, preguntándoles si realizan los ejercicios y si han tenido alguna caída.

La efectividad se mide en mejora de la calidad de vida mediante las viñetas COOP/WONCA (pre y post intervención, al mes y al año). Análisis estadístico. Descriptivo clásico, la efectividad se mide mediante comparación de medias en muestras relacionadas. Nivel significación estadística: 95%.

RESULTADOS: Grupo de intervención: Edad media: 80,08 años. 92,9% mujeres. Toman 7 fármacos de media; la media de caídas en los últimos 12 meses es de 1,07. Escala Downton (riesgo caídas >2): 4,5. Test Barber (Riesgo dependencia ≥ 1): 1,07. Test Barthel (dependencia escasa 91-99): 93,9. Test Pfeiffer (deterioro cognitivo 0-2 normal): 0,79. No hay diferencias estadísticamente significativas entre GC y GI.

Puntuación media en COOP/WONCA (Calidad de vida) pasa de 22,92 a 20,77 en el grupo control (n.s) y 24,73 pre-intervención a 20,91 al mes de la intervención (p:0,016). Esta mejora se produce en la forma física, cambio en el estado de salud y estado anímico. No se observa variación en el número de caídas, prácticamente inexistentes en ambos grupos.

En la evaluación al año, se producen pérdidas de pacientes (3 en el GC y 1 en el GI). La puntuación media es de 22,92 en GI y 22,5 en GC. No hay diferencias significativas entre ambos grupos en la evaluación al año.

CONCLUSIONES: Observamos que la calidad de vida declarada por los pacientes mejora de forma significativa en el grupo intervención en la evaluación tras la misma; sin embargo, al año ambos grupos se comportan de una misma forma, sin diferencias significativas y se vuelve a la situación inicial. Parece necesario realizar actividades de refuerzo a lo largo del tiempo para mantener las mejoras conseguidas con la intervención.

ID: 22

TÍTULO: INCIDENCIA Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL.

AUTORES: López Martínez, José Iván; Menéndez García, Noelia; Prendes Fernández, Silvia; Suárez Álvarez, Adela.

INTRODUCCIÓN: La finalidad de esta revisión es esclarecer aspectos que pasan desapercibidos en los estudios actuales sobre la calidad asistencial, me propongo indagar la incidencia que tienen las úlceras por presión (UPP) en pacientes con intervenciones quirúrgicas (IQ) de duración igual o superior a cuatro horas, y confirmar que una buena estrategia preventiva al respecto, ofrecería una mejora relevante en calidad asistencial. Las UPP son un problema prevenible que incrementa las estancias hospitalarias y genera grandes gastos en atención primaria. Dar la importancia que tiene a la prevención desde el inicio de las estancias hospitalarias, será un gran avance de cara a la calidad de la asistencia.

OBJETIVOS: -Esclarecer datos sobre incidencia de úlceras por presión en IQ de cuatro o más horas de duración.

-Prevenir las úlceras por presión en pacientes quirúrgicos.

MÉTODOS: Se presentará un poster fundamentado en una revisión bibliográfica. Se han hecho 2 búsquedas en 3 bases de datos con lenguaje controlado, Dialnet, Pubmed y Scopus. Se han revisado artículos en inglés y español. Descriptores (DeCS): Enfermería de quirófano AND úlceras por presión y Enfermería de quirófano. Descriptores (MeSH): Operating room nursing AND pressure ulcer y Operating room nursing.

Se han revisado un total de 25 documentos: 13 en castellano y 12 en inglés. En contenido 5 sobre prevención y tratamiento de UPP, 16 relacionan el quirófano, la atención enfermera y las UPP y 4 son estudios de incidencia. Por otro lado 5 tienen más de 5 años de antigüedad y 20 datan entre 2012 y 2016.

Sobre prevención y tratamiento se ha hecho una selección en base a datos extraídos de las búsquedas, y criterios del grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (Gneapp).

RESULTADOS: Hay pocos datos en las búsquedas sobre investigaciones al respecto. Una buena estrategia preventiva evita la aparición de estas lesiones en un alto porcentaje de pacientes. Existen protocolos sobre prevención pero, están poco actualizados o pierden relevancia frente a otras técnicas propias del área quirúrgica. La incidencia de este tipo de lesiones va en aumento y aunque queda claro cuando se producen a lo largo de la estancia hospitalaria, una buena valoración inicial y la protección de zonas de contacto hacen que la prevención sea un método efectivo para evitar su aparición.

CONCLUSIONES: En el área quirúrgica, la prevención pierde relevancia en tareas como la preparación del paciente para la intervención, en la que debería estar incluida, o frente a la instrumentación y resto de labores de la enfermería en ese área. Una buena estrategia de prevención minimiza la aparición de úlceras por presión. Dar la importancia que tiene a este tipo de protocolos, estandarizándolos y aplicándolos, ayuda a disminuir la incidencia de estas lesiones, lo que supone una mejora en muchos aspectos de la asistencia sanitaria empezando por la calidad asistencial y más en relación al bienestar de la población.



1ª Mesa de Comunicaciones Breves
Hora inicio: 13.00hrs

ID: 9

TÍTULO: DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA

AUTORES: Rodríguez Fernández, Lorena; García Domínguez, Noelia.

INTRODUCCIÓN: El linfedema postmastectomía es una complicación de la extirpación de la mama y territorios ganglionares.

Una de cada cuatro mujeres puede desarrollar Linfedema secundario a linfadenectomía o radioterapia axilar.

OBJETIVOS: Diseñar e implantar un Protocolo de Atención Fisioterápica para el tratamiento del Linfedema Postmastectomía.

Dar una respuesta de tratamiento satisfactoria al incremento de casos de esta patología en nuestra unidad de Fisioterapia.

MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica en los principales buscadores: Pubmed, Cochrane, Embase.

Se revisaron todas las Guías de Práctica Clínica sobre el manejo del Linfedema, así como los Protocolos de Tratamiento elaborados por otros hospitales del SNS, especialmente el del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), nuestro centro de referencia.

Se organizó una rotación de Estancias Clínicas en la Unidad de Fisioterapia del HUCA encargada del tratamiento del Linfedema para las Fisioterapeutas del Hospital Valle del Nalón. La rotación tuvo una duración de 3 horas al día durante 5 días.

RESULTADOS: El resultado fue el siguiente Protocolo de Tratamiento:

Drenaje Linfático Manual (DLM) tipo Vodder.

Vendaje compresivo multicapa

Presoterapia. En nuestra Unidad en el momento actual, carecemos de este recurso.

Recomendaciones para el domicilio:

Alimentación sana, equilibrada y variada y baja en sal

Evitar el sobrepeso

Cuidado de la piel prestando especial atención a cualquier herida o lesión si aparente trascendencia.

Evitar cosméticos irritantes, calor local, sauna o exposición al sol

Cortar las uñas de la extremidad afectada rectas evitando uñas encarnadas e infecciones

Ejercicios de movilidad de mano-dedos, muñeca, codo y hombro junto con elevación de la extremidad

CONCLUSIONES: El Protocolo elaborado se ha incorporado con éxito a la Práctica Clínica habitual de nuestra Unidad.

Necesidad de formar a todo el personal debido a cambios en la plantilla.

Dar a conocer el nuevo Protocolo en otros ámbitos del Área Sanitaria como parte de nuestra cartera de servicios.

Necesidad de valorar de forma objetiva los resultados clínicos que se han obtenido con este nuevo Protocolo.

Proponer la adquisición del aparato de Presoterapia para complementar el Protocolo.

ID: 10

TÍTULO: ABORDAJE FISIOTERÁPICO DEL LINFEDEMA A NIVEL HOSPITALARIO

AUTORES: Rodríguez Fernández, Lorena; García Dominguez, Noelia.

INTRODUCCIÓN: Debido al incremento del número de casos de Linfedema que acuden al Servicio de Rehabilitación del Hospital Valle del Nalón, se ha desarrollado un Protocolo de tratamiento para dicha patología.

Este Protocolo se lleva realizando desde el año 2013.

OBJETIVOS: Consolidar el Protocolo de Tratamiento.

Valorar la efectividad.

Corregir posibles errores.

Mejorar el desarrollo del mismo.

MÉTODOS: Se han revisado las Historias Clínicas de todas las pacientes que hayan acudido a tratamiento por esta patología y se les haya aplicado el Protocolo entre los años 2013 hasta 2015.

En total se han revisado 79 Historias Clínicas de las que se han obtenido 19 muestras.

Se han comparado las mediciones de las circunferencias pretratamiento y postratamiento.

Las referencias anatómicas de las circunferencias son:

mitad del brazo

mitad del antebrazo

carpo

cabeza de Metacarpianos 2º-5º

RESULTADOS: Tras analizar las diferencias entre las mediciones pretratamiento y postratamiento, los resultados indican un descenso en los perímetros de las circunferencias tras haber recibido el tratamiento fisioterápico, en 14 pacientes, con una media de -0,95 cm en cada medida. También se ha observado 1 caso en el que no se han modificado los valores de las circunferencias y 4 casos en los que los valores postratamiento han aumentado.

CONCLUSIONES: Se ha observado un descenso en las circunferencias tras la aplicación del Protocolo de Tratamiento.

Las mediciones que no se han modificado tras el tratamiento se pueden deber a un sesgo en las referencias anatómicas de las circunferencias.

Se debería instaurar un sistema de medición más preciso para evitar posibles sesgos.

Se podría concluir que el Protocolo de Tratamiento diseñado tiene efectos positivos en esta patología.

ID: 13

TÍTULO: PLAN DE GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE FISIOTERAPIA Y VALORACIÓN DE RESULTADOS.

AUTORES: GARCÍA DOMINGUEZ, NOELIA; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, LORENA.

INTRODUCCIÓN: La Dirección del Hospital solicita al servicio de Rehabilitación una propuesta que disminuya la lista de espera (LE) y mejore la accesibilidad de los pacientes urgentes. Dada la complejidad del problema, intentamos abordarlo de forma integral, evitando medidas únicamente de incremento de actividad asistencial

OBJETIVOS: Analizar la LE existente
Identificar las causas de la deficiente gestión
Elaborar un plan de mejora
Implementarlo
Analizar los resultados

MÉTODOS: Se realizan varias reuniones entre los fisioterapeutas del servicio

Se identifican 4 problemas:

Deficiente comunicación.

LE abultada, con un llamativo desbalance entre incorporaciones y altas

Dificultades en la accesibilidad de los casos urgentes (suponen más del 60% de la LE

Recursos humanos escasos

Se propone un plan de acción en 3 fases:

Plan de Choque, desarrollado del 1 de Febrero al 15 de Abril

Comunicación

Reuniones periódicas fisioterapeutas-rehabilitadores/servicio de atención al paciente/Dirección

Registro de datos continuo y actualizado

Definir la carga asistencial de cada agenda

LE excesiva

Registro de altas e incorporaciones

Agilizar el alta si se alcanza el techo terapéutico

Terapias grupales

Limitar los tratamientos de suelo pélvico

Agendas al 100%

Accesibilidad urgentes

Tratar sólo pacientes urgentes, salvo suelo pélvico, durante el tiempo que dure esta fase

Personal insuficiente

Cubrir el 100% de las eventualidades

Medidas a medio plazo (6 meses)

Comunicación

Sistema de registro para la actividad no asistencial

Mejorar la codificación de los procesos

Registro de incidencias

Accesibilidad urgentes

Establecer una cadencia que en principio se determina en 7/2/1

(urgente/preferente/normal)

Desarrollar un sistema de priorización

Personal insuficiente

Solicitar 2 incorporaciones temporales

Medidas a largo plazo

Comunicación

Establecer contactos periódicos con primaria y actualizar el protocolo existente

Informar al servicio de traumatología de nuestra capacidad asistencial real

Desarrollar un encuesta de satisfacción

LE excesiva

Establecer niveles de alerta

Accesibilidad de los urgentes

Implantar el sistema de priorización

Personal insuficiente

Incorporar un fisioterapeuta más a la plantilla

RESULTADOS: Disminución de la LE un 23,7%

El número de pacientes urgentes en LE disminuye 78%.

La espera del paciente urgente más antiguo pasa de 5 meses y 11 días, a 2 meses y 14 días.

No se consigue un control válido de las altas.

CONCLUSIONES: Las medidas han sido efectivas y los resultados, satisfactorios; sin embargo, a pesar de haberse dado por concluida esta primera fase por agotamiento de algunas de las medidas planteadas, no ha sido posible poner en marcha la mayoría de las medidas propuestas a medio plazo, lo que ha supuesto un estancamiento en la mejora percibida, incluso un repunte en algunos de los parámetros analizados.

Sería necesario disponer de un tiempo en la jornada laboral que permitiera trabajar en su desarrollo y mejorar el registro de datos.

ID: 7

TÍTULO: ICTUS: ESCUELA DE CUIDADORES DEL HUCA

AUTORES: PRIETO MÉNDEZ, MARÍA ISABEL.

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades vasculares son uno de los principales problemas de salud y causa de muerte de la población asturiana.

A nuestro hospital llegan los pacientes que entran en los criterios de Código Ictus y reciben tratamiento del Servicio de Neurorradiología intervencionista de todo el territorio asturiano y los pacientes que han sufrido ictus agudo de las áreas sanitarias I, II, III, IV, y VII

Durante esta fase aguda de la enfermedad, nos encontramos con un paciente que va a tener un menor o mayor número de secuelas post ictus y con un cuidador principal que identificamos en el momento del ingreso en el servicio de Neurología. En el momento del alta del paciente el equipo se encuentra con varios supuestos en relación con el paciente y el cuidador informal identificado.

El paciente se traslada con secuelas a su domicilio y será el cuidador principal identificado quien se encargue de la realización de las actividades de la vida diaria.

Es en este supuesto donde centra su actividad la Escuela de Cuidadores de Ictus del HUCA.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo final con la puesta en marcha de la Escuela de Cuidadores, es la humanización de los cuidados, fomentar la participación del paciente y su cuidador en el auto cuidado para alcanzar el mayor grado de autonomía posible (dotación de habilidades al cuidador) y facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento con información y educación sanitaria.

MÉTODOS: La Escuela de Cuidadores sigue un cronograma de actuación que dividimos en diferentes fases:

Semanalmente realizaremos una presentación de Educación Sanitaria a los cuidadores informales de los pacientes con diagnóstico de Ictus y AIT ingresados en la Unidad de Neurología.

Para la inclusión del cuidador informal en la formación de la Escuela de Cuidadores hemos definidos una serie de criterios.

La Enfermera de Enlace detecta el nivel de conocimientos a partir del formulario previo a la charla, que permite desde el Dominio 5 Percepción/Cognición activar el Diagnóstico de Enfermería.

El equipo va a ser el encargado de la realización de las intervenciones (NIC) que ajustaremos según la proximidad de el alta hospitalaria, y la mayor o menor destreza del cuidador informal.

A los 7 días del alta hospitalaria, la Enfermera de Enlace mantendrá un contacto telefónico (Formulario telefónico de la Escuela de Cuidadores) con el cuidador principal.

RESULTADOS: Como resultado tenemos un engranaje de todo el equipo multidisciplinar que atiende al paciente con Ictus, que mediante su actividad asistencial pretende lograr mejorar la calidad de los cuidados y evitar el reingreso del paciente.

CONCLUSIONES: la Escuela de Cuidadores de Ictus del HUCA empezará su andadura real, después de varias pruebas de las diferentes fases comprobando la eficacia y eficiencia de lo planificado, los recursos humanos necesarios, los recursos materiales, la metodología enfermera.

ID: 21

TÍTULO: CUIDADOS DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA AUTÓLOGA

AUTORES: Prendes Fernández, Silvia; Suárez Álvarez, Adela; García Ordoñez, Tamara; López Martínez, José Iván.

INTRODUCCIÓN: Para la realización de la sesión de Hemodiálisis es fundamental contar con un buen acceso vascular que nos permita unos flujos importantes de sangre durante un tiempo largo y de la manera más cómoda posible para el paciente. El paciente puede ser portador de un Catéter Venoso Central (CVC) o de una Fístula Arteriovenosa (FAV) para la realización de la hemodiálisis.

La FAV es la comunicación entre una arteria y una vena. Existen FAV autólogas o heterólogas. Las heterólogas constan de dos segmentos que unen una arteria y una vena. Las autólogas consisten en arterializar una vena superficial, derivando parte del flujo de una arteria a una vena.

En este trabajo hablaremos de los cuidados de la FAV autólogas, tanto hospitalarios por parte del personal de enfermería, como domiciliarios por parte del paciente

OBJETIVOS: Para un correcto mantenimiento de la FAV, se han de realizar unos cuidados protocolarizados que permitan un desarrollo adecuado y una posterior utilización y mantenimiento óptima y duradera.

MÉTODOS: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura existente. Se realizan búsquedas de artículos en español relacionados con el tema en bases de datos CuidenPlus, PubMed, SEDEN (Sociedad Española de Enfermería Nefrológica) y ALCER (Asociación de Lucha Contra Enfermedades del Riñón).

RESULTADOS: La FAV es actualmente el acceso vascular más eficaz para hemodiálisis. Es resistente a infecciones, permite punciones reiteradas, proporciona suficiente flujo sanguíneo y tiene baja incidencia de complicaciones.

Los cuidados de enfermería de la FAV se clasifican según la fase en la que se encuentre el paciente:

Período previo a la realización de la FAV, donde se informa al paciente y se debe preservar la red venosa.

Período postquirúrgico, en la que se debe evitar el fracaso temprano de la FAV. En éste período se le dan una serie de pautas al paciente para realizar en su domicilio, como no levantar el apósito las primeras 48h, movilizar suavemente el brazo, no permitir la toma de tensión ni punciones en ese brazo ni llevar objetos que lo compriman, comprobar el pulso de la FAV y observar si hay cambios en la zona.

Período de maduración de la FAV, que abarca aproximadamente 4 semanas. Período en el que la fistula se arterializa, dilata y engrosa.

Período de utilización de la FAV en hemodiálisis en la que el personal de enfermería deberá realizar una correcta punción, fijación de las agujas, buena vigilancia de la FAV durante la diálisis y una adecuada hemostasia a la hora de retirar las agujas al terminar la sesión de diálisis. Mantener el acceso en las mejores condiciones para que se realice una diálisis adecuada.

CONCLUSIONES: Los cuidados de enfermería constituyen uno de los aspectos fundamentales para el adecuado funcionamiento y seguimiento del paciente con FAV. El trabajo en conjunto de un equipo multidisciplinar permite mejorar estos cuidados. La educación adecuada al paciente es un proceso muy importante en el cuidado de la FAV.

ID: 15

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS EN A.G.C. MEDICINA INTERNA

AUTORES: ROJO ROZADA, SANDRA; PRADA ROCES, MARIA TERESA; RODRIGUEZ CANDANEDO, MARIA PILAR.

INTRODUCCIÓN: El Hospital Valle del Nalón participa en el proyecto de "Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados de RNAO". En el caso de la AGC de Medicina Interna se implanta la "Guía de Prevención de Caídas y Lesiones derivadas de las mismas".

OBJETIVOS:

- Crear cultura de trabajar con evidencia en cuidados
- Mejorar la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes
- Disminuir la variabilidad en la práctica
- Disponer de evidencias para la toma de decisiones
- Actualizar procedimientos y recomendaciones
- Evaluación continua
- Fomentar el trabajo multidisciplinar

MÉTODOS:

- Seleccionar la Guía, los líderes impulsores y el lugar implantación
- Lugar implantación: AGC MI
- Actividades de implantación: sesiones divulgativas, difusión en intranet, formación y creación del grupo de trabajo
- Elección de las recomendaciones: Selección de las mismas en base a grado de evidencia y criterios de factibilidad, prevalencia, etc.
- Implantación de las recomendaciones: Plan acción para cada recomendación

RESULTADOS: Aunque durante el año 2015 las actividades desarrolladas han ido dirigidas al análisis, selección, priorización y puesta en marcha de las distintas recomendaciones de la Guía, se han obtenido los siguientes resultados:

El número total de caídas es similar en 2014 (44) que en 2015 (45)

Se constata una mejor valoración y planificación de los cuidados: el porcentaje de de pacientes que sufren una caída, valorados como pacientes con riesgo de caídas ha pasado de un 59,04% en 2014 a un 64,44% en 2015

El porcentaje de pacientes con el diagnóstico Riesgo de caídas en su plan de cuidados individualizado ha aumentado de un 59,09 % en 2014 a un 66,67% en 2015

El porcentaje de pacientes que sufren una caída sin lesión aparente ha aumentado, pasando de un 59,09% en 2014 a un 62,22% en 2015.

Otro dato a destacar es la coherencia de la valoración con la planificación del diagnóstico riesgo de caídas. En los pacientes que han sufrido una caída en 2014 dicha coherencia era de un 72,73 % y en 2015 un 80%.

Como curiosidades mencionar:

El 47,43 % en 2014 y el 40% en 2015 de las caídas se producen en el turno de noche

En 2014 el 54,55 % de las caídas se producen en el cambio de turno, porcentaje que disminuye al 37,78% en 2015 (considerando horario del cambio de turno el tiempo comprendido entre la hora anterior y la posterior al mismo)

El lugar más habitual de la caída es el baño (un 40,91% en 2014 y un 42,22% en 2015) seguido de la cama (un 36,36% en 2014 y un 31,11% en 2015)

Otros datos que se observan desde la implantación de la Guía son;

El número de caídas ha aumentado en horaria de mañana, disminuyendo en el resto de horarios y cambio de turno
Ha disminuído el número de caídas en las que no consta registro del lugar de caída

CONCLUSIONES: Con la implantación de la Guía de Buenas Practicas se ha conseguido un mejor resultado en la valoración, planificación y diagnóstico de los pacientes ingresados en la AGC de Medicina Interna; así como una mejor cumplimentación de los registros.

ID: 14

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS SALIDAS DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ) POR FALLECIMIENTO.

AUTORES: SOMMER ÁLVAREZ, ENRIQUE; NAVARRO DORBERT, MATILDE; DIOS DEL VALLE, RICARDO.

INTRODUCCIÓN: La lista de espera quirúrgica (LEQ) es un reflejo de la accesibilidad del sistema sanitario. Puede generar problemas de equidad, y problemas de seguridad.

OBJETIVOS: Describir el perfil de los pacientes que salen de LEQ por fallecimiento y factores asociados.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Población: Salidas de LEQ. Período: Octubre 2013-Febrero 2016. Muestra: se estudian todos los pacientes que salen por fallecimiento(n=250) y se compara con una muestra representativa y aleatoria de las salidas por otros motivos(n=196). Variables: N° salidas, motivo, variables sociodemográficas, diagnóstico fallecimiento. Análisis estadístico: V. cuantitativas se describen con media y D.E. V. cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Se realiza un análisis bivalente con Chi-cuadrado, t de Student, ANOVA.

RESULTADOS: 51.307 salidas. 250 por muerte (0.49%). Tasa muerte/1.000 salidas: 4.89. Servicios con tasas más altas: Cirugía Cardíaca (15.64); Dermatología(10.42). Bajas: Cirugía Infantil(0), Ginecología (0.33). Salidas por muerte: 70,4% varones. Edad: 7,1. 20,8% derivados a otro centro. 60,8% cirugía con ingreso. 27,6% prioridad clínica de 0-30días. 58,4% murieron en Hospital. 22,12% hay relación entre el motivo de inclusión y la causa de muerte. Hay diferencias significativas entre salidas por fallecimiento frente al resto: sexo (70.4% varones en fallecidos vs 46.9% en resto; $p < 0.001$), edad (73.07 vs 56.34; $p < 0.001$), prioridad "permite demora" (38% vs 54.1%; $p < 0.001$) y "Cirugía con ingreso" (60.8% vs 44.9%; $p = 0.001$). Esperan más los que fallecieron (140,51 vs 124.30; $p = 0.108$). Dentro de los fallecidos vemos diferencias entre los que hay relación motivo-diagnóstico y los que no en: prioridad clínica "0-30días" (50% de los que concuerda vs 18.8%; $p < 0.001$), Cirugía con ingreso (98% vs 47.7%; $p < 0.001$), circuito preferencial (32% vs 2.3%, $p < 0.001$), derivación a otro centro (8% vs 24.4%, $p = 0.036$), edad (69.6 vs 74.05, $p = 0.047$), días de espera (91.84 vs 157.73, $p = 0.001$) y servicio (94.7% en Cirugía cardíaca vs 0% Oftalmología, $p < 0.001$). Al agrupar Neurocirugía+Cirugía Cardíaca y Oftalmología+Dermatología hay diferencias en la en la edad media (70.97 años vs 78.65; $p = 0.003$) y en coincidencia (74.2% vs 0%; < 0.001).

CONCLUSIONES: Los centros sanitarios prestan atención al proceso asistencial, analizando la eficiencia y calidad. Sin embargo, en muy pocas ocasiones se analiza lo que ocurre con los pacientes que están esperando asistencia. En nuestro estudio casi 5 de cada mil salidas de LEQ son por muerte, y que 2 de cada 10 de estos fallece por un proceso relacionado con el motivo de inclusión. Observamos comportamientos diferentes en función de si se relaciona o no el motivo de inclusión con el fallecimiento. Los sistemas sanitarios deberían analizar que ocurre con los pacientes que están en LEQ. Cada vez se hace más urgente comenzar a establecer LEQ por proceso clínico.

ID: 19

TÍTULO: GRÁFICA UCI EN LA HCE MILLENNIUM

AUTORES: Díez Álvarez, Ana Belén; Jiménez Martos, María Antonia; Arduengo Pride, Antonia; Menchaca Muñiz, Joaquín; Camporro Martín, Júlía Raquel; Fernández González, Carmen.

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, con la aparición de los sistemas de HCE, se pretende mejorar a través de la automatización de los registros, la monitorización de los pacientes críticos. En el HUCA, a partir de Enero del 2016 se introdujo una versión actualizada de la gráfica UCI en nuestro programa informático Millennium. Esta gráfica representa un gran avance para las unidades de críticos ya que estos pacientes precisan un seguimiento exhaustivo de su situación clínica global, para lo cual se monitorizan parámetros respiratorios, neurológicos y hemodinámicos. La visualización conjunta de los mismos, facilita la evaluación de la situación del paciente en todo momento y nos permite valorar los cambios producidos en la situación clínica a lo largo del tiempo, favoreciendo la vigilancia, control y actuación de manera rápida sobre el paciente, si fuera preciso, con el fin de evitar cualquier evento que pudiera desestabilizarlo clínicamente.

OBJETIVOS: Analizar las mejoras que aporta la incorporación de la gráfica en la HCE a los registros enfermeros.

MÉTODOS: Sobre una gráfica inicial, se creó un formato mejorado para ajustarlo a las necesidades específicas de nuestro Hospital. Se crearon 10 apartados, en los que se documentan los diferentes parámetros del paciente. Estos apartados son:

- Signos vitales
- Eventos
- Catéteres, sondas y tubos
- Valores discretos de constantes vitales
- Ventilación
- Hemodinámica
- Neuromonitorización y valoración neurológica
- Técnicas de depuración extra renal
- Balance hídrico
- Medicación

A su vez, dentro de estos apartados, se establecieron los ítems que se querían visualizar.

Posteriormente se comprobó que el volcado de datos desde el lugar de documentación de la historia clínica, era correcto y se visualizaba bien en la gráfica.

RESULTADOS: • Facilitar y mejorar la calidad de los registros enfermeros en pacientes UCI.

- Aumento del número de registros cumplimentados por paciente.
- Poder tener una herramienta que sirva como medio de comunicación entre los diferentes profesionales que trabajan con un mismo paciente, informándoles de la situación de éste en tiempo real.

CONCLUSIONES: Con la gráfica UCI, se consigue visualizar todos los registros de un paciente en una sola pantalla y en los horarios precisos en que se documentan los datos. De esta forma se consigue tener una visión completa de la situación clínica del paciente en todo momento y se puede actuar, si fuera preciso, de manera rápida sobre su tratamiento evitando cualquier inestabilidad que se pudiera producir en su estado de salud.

Posiblemente, debido a las nuevas técnicas que se están introduciendo en las unidades de vigilancia intensiva en los últimos años, como puede ser la hipotermia terapéutica post parada cardiorespiratoria o posthipoxia perinatal, será necesario introducir próximamente nuevos apartados que nos permitan registrarlos.

ID: 16

TÍTULO: CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PARTO HOSPITALARIO: MEDIR PARA MEJORAR

AUTORES: Garcia Cachafeiro, Luisa Victoria; Gambau Latorre, Lidia; Clavero Blazquez, Gema.

INTRODUCCIÓN: El estudio trata de profundizar en el conocimiento del nivel de calidad de la asistencia al parto normal en un Hospital de nivel II de la Comunidad de Madrid, respecto a la atención al parto normal, tomado como referencia las directrices de la Evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN).

OBJETIVOS: 1. Analizar la adecuación de la atención al parto normal en el Hospital, a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). 2. Detectar puntos fuertes y áreas de mejora con el fin de orientar un plan de acción que conduzca hacia la práctica excelente.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, midiendo 18 indicadores, propuestos por el MSPSI para evaluar la EAPN, mediante muestreo consecutivo (8,8% pérdidas), incluyendo todas las gestantes de 37 a 42 sg y parto vaginal o cesárea urgente, en una muestra de 346 partos, durante 4 meses (noviembre a febrero 2015) para N.C.95% (precisión 4%). El análisis de datos se realizó mediante Excel y SPSS. Para establecer la prioridad de áreas a mejorar se utilizó el Diagrama de Pareto

RESULTADOS: Referidos a los estándares de buena prácticas propuestos por el MSPSI y la OMS para cada indicador, se detectaron: Áreas de mejora: amniotomía (48,8%), uso de oxitocina en partos espontáneos (42,62%), inducciones (42,2%), episiotomías en partos eutócicos (41,6%), el manejo dirigido del alumbramiento (3,8%) y la de cesáreas (26,45%). Puntos fuertes: partos con epidural (73,4%), desgarros grado III/IV con episiotomía (1,39%), partos instrumentales (14,63%), litotomía durante todo el expulsivo (54,3%) y mujeres que realizan piel con piel (80,14%). Se observó asociación significativa entre las inducciones, uso de oxitocina y la tasa de cesáreas urgentes ($p < 0,0045$). El uso de epidural se asoció a más partos instrumentales ($p < 0,007$). También se asoció la realización de Kristeller a los desgarros grado III-VI ($p < 0,000$)

CONCLUSIONES: El contar con dilataciones-paritario podría influir en la mejora de indicadores como el número de partos instrumentales, el facilitar a la mujer distintas posturas durante el expulsivo y la posibilidad de realizar el piel con piel tras el parto, con cumplimiento muy superior a la media del SNS. Se aconseja incluir en el plan de mejora estrategias para disminuir las amniotomías y uso de oxitocina mediante la revisión de los criterios para el ingreso por parto en curso y los partos inducidos (con un amplio margen de mejora respecto al estándar y al SNS). Analizando las indicaciones de inducción, si las causas materno-fetales estuvieran justificadas, al eliminar las causas por RPM y GCP, supondría reducir los partos inducidos, cumpliendo el estándar. Por tanto, sería recomendable en base a los datos estudiar la indicación de inducción por estas dos causas, estableciendo estrategias para su manejo, alternativo a la inducción del parto.

Trabajar en estos puntos de forma prioritaria dentro del equipo multidisciplinar, como indican numerosos estudios, disminuiría el intervencionismo y podría revertir en mejorar los resultados obstétricos.

ID: 40

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS Y TIPOLOGIA DEL PACIENTE QUE NO ESPERA A LA ATENCION DEMANDADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

AUTORES: CUEVA FERNANDEZ, IVAN; CUEVA FERNANDEZ, IVAN.

INTRODUCCIÓN: El servicio de urgencias atiende a personas que demandan atención por patologías que consideran deben ser resueltos de forma inmediata las 24 horas al día los 365 días de la semana. La situación de congestión de estos servicios es un problema conocido a nivel mundial y para el cual se ha tratado de plantear soluciones, pensadas de acuerdo al diseño y funcionamiento de los diferentes servicios de urgencias.

Esta saturación obliga al servicio a operar por encima de sus posibilidades generando tiempos de espera prolongados, especialmente en aquellos pacientes que no están críticamente enfermos, lo que produce quejas, conflictos y una cantidad de esos pacientes no esperan la atención.

OBJETIVOS: Conocer el número de pacientes que se van así como sus características para evaluar estos resultados y poder realizar mejoras.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes que usando el programa informático 'SELENE' habían sido cerrado sus procesos como 'se va sin ser atendido' durante el periodo de 01/01/2014 al 31/12/2014.

RESULTADOS: El hospital recibió ese año 27332 urgencias. En ese periodo se fueron sin ser vistos 473 lo que supone un 1,73% del total. Existe un consenso que establece que el número aceptable como indicador de calidad de atención de estos pacientes es un 2%. El tiempo medio de espera del paciente que se va sin ser visto es de 2,29 horas siendo el tiempo máximo de 6,30 horas y el mínimo 12 minutos. Se realizó también un corte por grupos de edad distribuidos en: menores de 20, entre 20/40, 40/60 y mayores de 60 resultando que los pacientes con edades comprendidas entre los 20 y 40 años componen el grupo de pacientes con menos predisposición a la espera.

En una distribución por patologías los problemas en las extremidades son el grueso de pacientes, seguido de adulto con malestar general, dolor abdominal, problemas dentales, enfermedad mental y lesiones en el tronco. Otra pregunta que nos hacemos es:

¿vuelve el paciente días más tarde con la misma patología?

Se revisaron las historias de los pacientes que durante ese año no habían esperado atención para comprobar si durante los siguientes 7 días habían vuelto con la misma demanda de atención comprobando que:

el 56% de los pacientes acude de nuevo al servicio de urgencias dentro de los siguientes 7 días con la misma queja de la patología por la que habían decidido irse.

CONCLUSIONES: Como conclusión final podemos decir que el perfil del paciente que se va sin recibir la atención demandada es un varón entre 20 y 40 años que acude a urgencias por un problema banal que podría resolver por otros recursos asistenciales y que es bastante probable que vuelva en el transcurso de los siguientes 7 días. Como mejora se están repartiendo en el servicio de urgencias un tríptico explicando el funcionamiento y la media de tiempo de espera según su nivel de gravedad. También se están revisando trimestralmente la cantidad de pacientes que no esperan atención para detectar causalidad y corregirla.



2ª Mesa de Comunicaciones Breves
Hora inicio: 15.30hrs



ID: 31

TÍTULO: ROL DE LA ENFERMERA EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL ANCIANO

AUTORES: García Ordoñez, Tamara; López Martínez, José Iván; Menéndez García, Noelia; Prendes Fernández, Silvia.

INTRODUCCIÓN: Uno de los mayores logros del siglo XX ha sido el aumento de longevidad de la población en los países desarrollados. Actualmente, los españoles tienen una de las más altas esperanzas de vida al nacer (hombres: 78,9 años, mujeres: 84,9 años), sobrepasando el objetivo de la OMS.

Esta realidad requiere un abordaje especial para conseguir que esta mayor expectativa de vida vaya ligada a una mayor esperanza de salud, funcionalidad y calidad de vida, para lograr un 'envejecimiento saludable y activo'. Una de las mejores herramientas que disponemos para conservar la salud, es el mantenimiento de un óptimo estado alimentario y con ello nutricional a lo largo de toda la vida y este sentido el personal de enfermería ha ido perfilando su formación a lo largo de todos estos años, gracias a un completo programa universitario ya través de las diversas especialidades que completan aún más el conocimiento.

OBJETIVOS: Encontrar documentación científica publicada por parte de enfermería que muestre las acciones más relevantes de nuestro colectivo en este grupo edad en lo referente a la alimentación y nutrición. Conoceremos así la calidad asistencial en este campo y para este grupo de edad.

MÉTODOS: Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos publicados por enfermería exclusivamente. Para ello se revisaron las siguientes bases de datos :PubMed, Biblioteca Cochrane, Cinhal, Cuidatge, Embase y Ciberindex.

En este trabajo optamos por la combinación de los descriptores del MeSH con esta fórmula: (('Aged'[Mesh]) OR 'Aged, 80 and over'[Mesh]) AND 'Feeding Behavior'[Mesh]) AND 'Nurses Role'[Mesh]. No se llevó a cabo ninguna búsqueda manual asociada.

RESULTADOS: A pesar de que muchos artículos destacaban la importancia de los beneficios de una alimentación saludable, no se encontró ningún artículo que diera respuesta al planteamiento nuestra incertidumbre. Muchos de ellos, se centraban más en otros grupos de edad o con determinadas patologías. Por otra parte cabe destacar que se encontró más literatura médica que enfermera que hiciera referencia a nuestro tema de estudio.

CONCLUSIONES: Es incuestionable la importancia de una alimentación saludable en cualquier grupo de edad y este sentido el papel de enfermería es clave. Esta carencia de artículos supone un reto para enfermería y es sin duda un punto de partida para futuras investigaciones, todas con el mismo objetivo, mejorar la calidad asistencial y con ello la calidad de vida de nuestros mayores.

ID: 37

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE GUÍA PARA EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR EN UNA UCI DE UN HOSPITAL REGIONAL

AUTORES: GARCIA BERTOLO, ANALIA; FERNANDEZ LOPEZ, ADRIANA; FERNANDEZ MENENDEZ, ANA YESICA; MALNERO LOPEZ, MARTA; AMADO RODRIGUEZ, LAURA.

INTRODUCCIÓN: Nuestro hospital forma parte del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO), contando con el apoyo del equipo directivo, el cual promueve el interés en el proyecto y apoya su desarrollo.

OBJETIVOS: Incorporar la mejor práctica en cuidados de enfermería relacionados con la selección y evaluación de dispositivos de acceso vascular en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital español de 3er nivel.

MÉTODOS: Se utilizó como referencia la Guía de Buenas Prácticas de Enfermería (GBPE) "Evaluación y selección de dispositivos de acceso vascular", desarrollada por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Entre los profesionales de la salud que decidieron involucrarse en el proyecto, se seleccionó a una enfermera para liderar, y se constituyó un equipo multidisciplinar. Dicho equipo creó un comité de dirección, que desarrolló un plan de trabajo para realizar un seguimiento de actividades, responsabilidades y líneas de tiempo. Las sesiones educativas se proporcionan con el fin de seguir siendo entrenados en las prácticas basadas en la evidencia. De acuerdo con NBPG del mencionado RNAO, varias recomendaciones fueron elegidas por consenso e. Se revisaron y actualizaron los protocolos de inserción de Catéteres Venosos Periféricos (CVP) y Catéteres Venosos Centrales (CVC). Se creó un algoritmo para la evaluación y selección de accesos vasculares. Con el fin de documentar mejor las complicaciones relacionadas con los dispositivos, tales como flebitis o infección, se evaluaron los formularios disponibles en la historia clínica electrónica disponible en nuestro hospital (Selene). Los miembros seleccionados del equipo fueron entrenados en el uso de la plataforma de recogida de datos 'CareVid' (Cuidado de Evaluación de Indicadores) y comenzaron a introducir los datos correspondientes al período de tiempo antes de que se inicie la aplicación. Una vez se lleve a cabo la ejecución de la implantación, la recogida de datos se utilizará para evaluar el impacto de la aplicación de las recomendaciones.

RESULTADOS: Es un proyecto que se está iniciando por lo que actualmente no tenemos resultados disponibles.

CONCLUSIONES: La aplicación de la Guía de Buenas Prácticas de Enfermería podría dar lugar a la selección del dispositivo vascular más adecuado para cada paciente y, en consecuencia, a una disminución en las tasas de complicaciones derivadas de dispositivos vasculares. Se esperan mejoras en las habilidades de educación y formación tanto en enfermeras como en otros profesionales de la salud tras la implantación. Esto conllevaría una mayor satisfacción de los profesionales, pacientes y familiares.

ID: 12

TÍTULO: ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS Y PRONÓSTICO SEGÚN EL MISMO, PARA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

AUTORES: Moreno Díaz, Leticia; López Alba, Alfonso J; Fernandez Fernandez, Elena; Ares Blanco, Jessica.

INTRODUCCIÓN: Se ha descrito que el estado de desnutrición conlleva aumento de complicaciones durante la estancia hospitalaria, menor respuesta al tratamiento y en consecuencia, aumento de la morbimortalidad.

OBJETIVOS: Existe una asociación entre desnutrición y mortalidad. El objetivo de este estudio fue evaluar el status nutricional de los pacientes ingresados en el Hospital de Jove durante un mes y su posterior reevaluación a 21 semanas para valorar los factores de morbimortalidad predecibles y así mejorar la calidad asistencial.

MÉTODOS: Cohorte de individuos hospitalizados en el Hospital de Jove entre los meses de diciembre de 2013 y Enero de 2014, a los que se les realizó seguimiento hasta Septiembre de 2015 (21 meses) (n = 159). Se analizaron diversos ítems: edad, sexo, situación social, estudios, MNA short form (para determinar el riesgo de desnutrición), escala de Barthel (autonomía del paciente), historia clínica por patologías, servicio al que pertenece, tratamientos crónicos y agudos, talla, peso, IMC, pérdida de peso reciente, disminución de la ingesta y valores analíticos. El objetivo principal ha sido determinar cuál fue la supervivencia global dependiendo del estado nutricional basal durante el ingreso. Así como el número de reingresos, visitas a urgencias y estancias medias.

RESULTADOS: Como situación global de mortalidad tenemos que un 28,3% de los pacientes estudiados fallecieron, 45 de los 159; de ellos el 69% ingresaron en medicina interna y el 15% en cirugía general.

Basándonos en las definiciones según el MNA (n=144), 59 (40.97%) estaban bien nutridos, 55 (38.19%) estaban en riesgo de desnutrición, y 30 (20.83%) de los participantes tenían un estado basal de desnutrición. De los 45 pacientes fallecidos, el 40% (18) habían obtenido un status nutricional de desnutrición, el 38% (17) de riesgo de desnutrición, y el 20% (9) de buen estado nutricional, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Tras ajustar por factores de confusión, la odds ratio (95% IC) para mortalidad por todas las causas fue 5.13 (1.97-13.37) en el grupo de pacientes desnutridos y de 1.99 (0.76-5.22) en el grupo de pacientes en riesgo de desnutrición. En total, para los pacientes con MNA menor de 7, la probabilidad de fallecer es 3.5 veces más que la de estar vivo. Lo mismo sucede para la escala Conut: Sin desnutrición: 16,7% Desnutrición leve: 31,6% y desnutrición grave: 44% de los fallecidos, respectivamente.

CONCLUSIONES: El status nutricional definido de acuerdo a las 3 categorías descritas en el MNA short form así como el índice CONUT predicen la probabilidad de fallecimiento a medio plazo en los pacientes estudiados. Estos datos muestran la importancia que tiene el conocimiento del estado nutricional mediante herramientas de cribado nutricional y la posibilidad de intervenir de manera temprana para prevenir la morbimortalidad.

ID: 3

TÍTULO: DIFUSIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

AUTORES: Mata Peón, M^a Esther; Conesa López, MM.

INTRODUCCIÓN: En la actualidad la medicina basada en la evidencia es el pilar sobre el que se desarrolla la práctica de los profesionales de la salud. Estar al día sobre los trabajos publicados nos ayuda a actualizar nuestros conocimientos y evolucionar en los cuidados que realizamos a los pacientes

OBJETIVOS: Hacer llegar al mayor número de profesionales de Enfermería los artículos publicados relacionados con su actividad diaria, que permita estar al día en los conocimientos científicos y novedades técnicas

MÉTODOS: Desde 2005, se envían los sumarios de las revistas de Enfermería a todas las unidades de Enfermería. Los profesionales que están interesados en un artículo, lo piden al servicio de biblioteca de manera individual.

A partir de 2010, se plantea la posibilidad de no esperar las peticiones, sino llevar a los profesionales los artículos publicados relacionados con su práctica diaria. La enfermera de calidad, repasa los sumarios y si hay un artículo de interés para alguna de las unidades, servicios o profesionales, lo imprime y lo lleva a dicha unidad, servicio o profesional, intentando facilitar el acceso de todo el personal de Enfermería a artículos relacionados con su practica diaria. A los 15-21 días recoge el artículo donde figura el número de personas que lo han leído
Se siguen enviando los sumarios de las revistas igualmente

RESULTADOS: Desde el año 2010, se han repartido un total de 189 artículos que han sido leídos por 555 profesionales. La media de lectores por artículo ha sido de 2,9 (con un rango entre 1 y 23 lectores). Por años

2010: 18 artículos y 85 lectores

2011: 60 artículos y 132 lectores

2012: 38 artículos y 151 lectores

2013: 29 artículos y 102 lectores

2014: 25 artículos y 44 lectores

2015: 19 artículos y 41 lectores

CONCLUSIONES: Hemos facilitado la difusión de artículos científicos relacionados con nuestra práctica diaria, intentando normalizar el uso de las publicaciones como puesta al día de conocimientos y que esto redunde en unos cuidados al paciente de mayor calidad



2ª Mesa de Comunicaciones Orales
Hora inicio: 16.00hrs

ID: 6

TÍTULO: “¿Y SI QUEDAMOS PARA PROGRAMAR?”. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN 3 SERVICIOS.

AUTORES: NAVARRO DORBERT, MATILDE; SOMMER ÁLVAREZ, ENRIQUE; DE DIOS DEL VALLE, RICARDO; PÉREZ-HOLANDA FERNÁNDEZ, SERGIO; RODRÍGUEZ GÓMEZ, MIGUEL JAVIER; TREVIÑO SAENZ, ANA; ALVÁREZ DÍAZ, M^a CRUZ.

INTRODUCCIÓN: Actualmente los centros sanitarios se enfrentan a grandes retos. Los modelos tradicionales de gestión han mostrado signos de agotamiento al enfrentar esta nueva realidad. Se hacen necesarios nuevos modelos de dirección basados en la cooperación y confianza para garantizar el desarrollo de procesos de descentralización y autonomía en la gestión. Para avanzar en esta dirección precisamos crear espacios de diálogo donde directivos y profesionales cooperen en la consecución de los objetivos. Los Servicios de Atención al Ciudadano pueden constituir un elemento clave para el desarrollo de estos procesos de descentralización y autonomía, asesorando a los servicios clínicos en la gestión de la actividad.

OBJETIVOS: Evaluar el proyecto de mejora de la programación quirúrgica implantado en 3 servicios hospitalarios.

MÉTODOS: Diseño: Se crea una comisión de programación quirúrgica por servicio (Urología, Traumatología, Neurocirugía). La comisión la conforma el Jefe de Servicio, el Subdirector de S. Quirúrgicos, el Servicio de Atención al Ciudadano. Se reúne semanalmente y se programan los quirófanos de la semana en base a la situación clínica y antigüedad en LEQ.

Implantación: Se inicia en Septiembre 2015 para Traumatología y Urología, y Noviembre para Neurocirugía.

Evaluación: Estudio descriptivo. Variables: Total pacientes LEQ, Pacientes > 6 meses, Demora Media(DM), Espera Media(EM), Índice de Entradas y Salidas(I E/S). Período: Evaluación pre-intervención: Agosto del 2015 para los Servicios de Traumatología y Urología, Octubre de 2015 para Neurocirugía. Evaluación post-intervención: Febrero 2016.

RESULTADOS: Traumatología: Pacientes LEQ reducción del 12.04% (de 1909 a 1679). Pacientes > 6 meses: reducción del 65.8% (412 a 141). DM reducción de 39,9 días (129,8 a 89,9). EM reducción de 53.4 días (de 245.7 a 192.3). Demora Máxima: (915 a 344). I E/S: 1.07 a 0.81.

Neurocirugía: Pacientes LEQ: reducción del 14.53% (289 a 247), pacientes >6 meses: reducción del 58.82% (68 a 28). DM reducción de 52.4 días(141.3 a 88.9), EM reducción de 51.8 días (195.6 a 143.8). Demora Máxima: (808 a 300). I E/S: 0.97 a 0.84.

Urología: N° total: incremento del 5.72% (646 a 683), pacientes >6 meses: incremento del 42.85% (84 a 120); DM: incremento de 0.6 días(96 a 96.6), EM: incremento de 32.5 días (115.4-147.9). Demora Máxima: (763 a 322). I E/S: 1.08 a 1.01.

CONCLUSIONES: El proyecto ha sido efectivo en 2 de 3 servicios. Crear un marco de encuentro basado en los principios del diálogo, la colaboración y la corresponsabilidad entre los diversos agentes con capacidad de decisión en la gestión de la LEQ se muestra como una herramienta útil para fomentar la accesibilidad y la equidad en el acceso. Debemos ser conscientes que no todos los problemas se resuelven con este método.

ID: 36

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO MEDIDA A TRAVÉS DE GRUPOS FOCALES

AUTORES: Pereira Lestayo, María Isabel; Antuña Montes, L; Méndez Méndez, MD; Coto Lemes, R; Saavedra Rionda, I; Rubín Gallinar, E; Alonso Calo, L.

INTRODUCCIÓN: El nivel de satisfacción de los pacientes es un fiel reflejo del nivel de la calidad percibida con la asistencia. Para ello, se han utilizado diversas herramientas, La técnica de Grupos Focales es una técnica que produce resultados confiables a un bajo costo de recursos (personal, tiempo, medios...), demostrando su gran utilidad para la valoración de programas de intervención dado que permite a los pacientes expresar con libertad su opinión en un espacio de intercambio de ideas.

OBJETIVOS: Obtener información cualitativa de las necesidades y expectativas de los pacientes atendidos en tres áreas de asistencia de un hospital de tercer nivel: Unidad de Observación y Atención Urgente.

MÉTODOS: Estudio cualitativo de tipo descriptivo con muestreo aleatorio de población tipo teórico intencional.

Se realiza con un grupo de 10 participantes, que es el recomendado por todas las experiencias previas de trabajo con Grupos Focales.

Criterios de inclusión: Grupo A: Pacientes atendidos en noviembre 2015. Grupos B y C: Pacientes atendidos en febrero 2016.

Criterios de exclusión para todos los grupos: Destino al alta fallecimiento, menores de edad, dependientes, deterioro cognitivo, trastorno mental grave.

Equipo metodológico formado por cinco Psicólogas. Dos moderadores grupo y los restantes como equipo de observación.

Tras reunión con Jefe de Servicio de Urgencias, Coordinador del Servicio de Calidad y Supervisora de Enfermería del Servicio de Urgencias se diseñan entrevistas con preguntas abiertas:

Entrevista Semiestructurada Autoelaborada y el Cuaderno de Campo. Las respuestas de los usuarios son codificadas y transcritas de manera literal.

RESULTADOS: Los pacientes valoran positivamente el alto grado la rapidez de la atención recibida. La competencia profesional por parte de todo el personal. Las facilidades para estar acompañados por un familiar. No percibieron que su intimidad haya sido vulnerada.

Valoran negativamente la escasa información durante el proceso diagnóstico con la consiguiente incertidumbre que esto les provoca. Consideran necesario conocer el tiempo de espera aproximado. Aunque refieren que a posteriori, una vez que reciben los resultados, todos encuentran justificada la espera. Demandan información paso a paso de las pruebas que les están haciendo y el objeto de las mismas.

CONCLUSIONES: El desarrollo metodológico es factible con los recursos disponibles y bien acogido por los pacientes.

Los profesionales que participaron en el Grupo Focal consideran que la experiencia ha sido útil con una buena proyección futura que puede abrir nuevas líneas de investigación en este entorno.

La satisfacción global de los pacientes fue buena o muy buena aunque demandan más información durante el proceso asistencial y un trato más personalizado por parte del personal sanitario.

ID: 24

TÍTULO: PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA Y "MEDICAMENTOS NO GUÍA"

AUTORES: Velasco Rocas, Lucía; Rodríguez Palomo, A; Lázaro López, E; Gómez de Segura Iriarte, L; Alaguero Calero, M.

INTRODUCCIÓN: Los medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) son una realidad y un problema en todos los Hospitales. Por una parte está la inviabilidad de disponer de todos los medicamentos comercializados en el Servicio de Farmacia, tanto por logística como por seguridad y por otra la dificultad de resolver todas las situaciones particulares de los pacientes. Es por ello que, en los programas de prescripción electrónica asistida (PEA) existe la opción de realizar una indicación genérica de "Medicamento no Guía" (MNG).

OBJETIVOS: Objetivo: Realizar un análisis de los fármacos prescritos como MNG así como de la utilización de esta opción dentro de la aplicación de prescripción electrónica asistida. Plantear acciones de mejora.

MÉTODOS: Se extrajo la información de todas las prescripciones MNG realizadas durante 2015 en el programa de PEA del hospital. Se clasificaron por Servicio Prescriptor, grupo farmacoterapéutico y "correctas" (fármacos que no se encuentra en la GFT y no tienen propuesta de sustitución) o "Incorrectas" (fármacos que aun estando en GFT se prescriben como MNG y fármacos que no se encuentran incluidos en la GFT pero tienen sustitución por un fármaco incluido).

RESULTADOS: En 2015 se realizaron 31.156 prescripciones NG. La distribución por Servicios prescriptores fue: Traumatología (15,3%), Neurocirugía (7%), Cirugía General (6,3%), Psiquiatría (6,3%), Neumología (5,7%), Urología (5,7%), Cirugía Plástica (5%), Digestivo (4,5%), Medicina Interna (4,3%), Cardiología (3,9%), otros (36%). En un 37% se utilizó de forma 'incorrecta' la opción MNG (3.303 ocasiones (11% del total al tratarse de medicamentos incluidos en la GFT y un 26% del total porque podía haberse sustituido el fármaco por un equivalente terapéutico) y en un 63% de forma "correcta" (medicamentos no incluidos en GFT y sin intercambio terapéutico aprobado). Por grupos farmacoterapéuticos el 63,2% correspondieron al Grupo N (fármacos del sistema nervioso), 11,4% Grupo C (aparato cardiovascular) y 10,5% grupo R (respiratorio). Tras el análisis de los resultados en la Comisión de Farmacia y Terapéutica de Área, se plantearon las siguientes acciones de mejora: comunicar de forma periódica la utilización de la opción MNG a los Servicios, reforzar la correcta utilización de la opción MNG, revisar con carácter periódico los MNG con una mayor prescripción y plantear una solución: suspender durante el ingreso, proponer sus sustitución por un equivalente terapéutico o evaluar su inclusión el fármaco en la GFT.

CONCLUSIONES: La opción de MNG dentro de la PEA es necesaria para que queden registrados todos los fármacos en el perfil farmacoterapéutico del paciente, pero puede llevar a un uso inadecuado de la misma. Se debería minimizar su utilización ya que no permite alertar de dosis máximas, duplicidades e interacciones. La monitorización y adecuación de su uso puede ser utilizado como un indicador de la calidad de la prescripción en el Hospital.

ID: 35

TÍTULO: VARIABILIDAD EN LAS INCLUSIONES EN LEQ POR MÉDICO, SERVICIO Y CENTRO HOSPITALARIO

AUTORES: SOMMER ALVAREZ, ENRIQUE; DE DIOS DEL VALLE, R; NAVARRO DORBERT, M; FERNANDEZ SUAREZ, I.

INTRODUCCIÓN: La Variabilidad en la Práctica Clínica está ampliamente estudiada desde los años 30 del pasado siglo motivada por la incertidumbre ante diferentes opciones terapéuticas planteadas ante una determinada dolencia, que crea discrepancias en los criterios de los clínicos a la hora de su abordaje y que originan diferentes formas de práctica clínica. Del mismo modo, la LEQ es uno de los caballos de batalla de las instituciones sanitarias al existir un importante desfase entre oferta y demanda de Servicios Sanitarios. Además de alcanzar niveles óptimos de salidas por IQ se puede influir en la LEQ controlando las entradas. El primer paso consistirá en conocer el comportamiento de los clínicos a la hora de incluir en LEQ.

OBJETIVOS: Analizar la Variabilidad en las inclusiones en LEQ del Servicio de Traumatología, por médico en tres Centros distintos del mismo Área Sanitaria (dos hospitales – HUCA y HMN - y un centro de especialidades – La Lila).

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Se analizan todas las inclusiones en LEQ, por médico y por sección, del Área Sanitaria IV de los años 2014 y 2015 en el Servicio de Traumatología y se confrontan con las consultas (personalizadas) que pasa cada médico

RESULTADOS: El 7,9% de las consultas vistas en el HUCA acaban en LEQ. En el HMN este porcentaje es del 8.8% y en La Lila del 5.8%. Por secciones, la de Miembro Superior (MMSS) incluye en LEQ el 10.8% de sus consultas, la de Miembro Inferior (MMII) el 8.9%, la Unidad de Columna el 6.3% y la Consulta Generalista el 6.8%. Dentro de las secciones en la de MMSS hay médicos que incluyen el 14.8% de las consultas que ven y otros el 4.9%. En la de MMII las variaciones van desde el 18.1% hasta el 3.1% , en la de la Unidad de Columna del 8.4% al 5,2%. Dentro de las Consultas Generalistas las variaciones van del 15.9% al 4.1%.

CONCLUSIONES: Existe una importante variabilidad entre las indicaciones que realizan los Traumatólogos dentro del Área Sanitaria IV. Conocer el porcentaje de inclusión de cada médico permite predecir el comportamiento futuro de la LEQ. Del mismo modo, si se quieren incrementar consultas para disminuir demoras, se puede predecir en función de qué médico pase esas consultas qué impacto tendrá en la LEQ. Son necesarias estrategias encaminadas a homogenizar los criterios de indicación quirúrgica en los servicios, reduciendo con ello esta importante variabilidad.



ID: 30

TÍTULO: COMPORTAMIENTO DE LA PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA POR CAÍDAS EN PACIENTES DE GERIATRÍA SEGÚN TURNO DE ENFERMERÍA.

AUTORES: ALONSO FERNÁNDEZ, JOSEFINA; SILVA MANZANO, D; SALMERÓN MENÉNDEZ, C; SUÁREZ RODRÍGUEZ, C; SALMERÓN MENÉNDEZ, P; MENÉNDEZ FRAGA, D; VÁZQUEZ VALDÉS, F.

INTRODUCCIÓN: En el anciano hospitalizado, las caídas constituyen uno de los principales eventos adversos y los que con más frecuencia interfieren en su recuperación, representando un importante consumo de recursos cuya variación interesa conocer. Para ello se estudiaron los pacientes ingresados en un hospital de agudos geriátricos entre 2007 y 2013.

OBJETIVOS: Conocer el comportamiento de la prolongación de la estancia por caídas de pacientes geriátricos y su variación entre los diferentes turnos de enfermería.

MÉTODOS: Se utilizó como medida de prolongación de la estancia ocasionada por caídas, la diferencia entre el número de estancias de cada episodio clínico en el que un paciente ha sufrido caídas y la estancia media calculada para su Diagnóstico Principal (DP) el año en el que éstas se han producido en los pacientes que no han caído.

Se comparó esta variable entre turnos de enfermería y en cada uno de ellos por separado para las variables: sexo, categoría de edad y riesgo de caída de un paciente (según la Escala de St. Thomas modificada). El análisis estadístico se realizó mediante la Chi-cuadrado para variables cualitativas y las pruebas robusta de Welch y ANOVA para variables cuantitativas (post hoc Scheffe y Games Howell).

RESULTADOS: 26.602 pacientes ingresados, la mayoría mujeres con media de edad de 80 años, superando en 5 años a los hombres. Hubo un 4% de pacientes con caídas, de los que más de la mitad fueron hombres.

La estancia media de los pacientes con caídas casi duplicó a la de quienes no las sufrieron. La prolongación de la estancia ocasionada por las caídas de un paciente durante su ingreso fue de 10,08 días, que ajustada por su DP resultó 6,73 días.

La mayoría de las caídas ocurrieron en turno de noche, lo cual se reiteró para los hombres, aunque las mujeres cayeron más por la mañana con leve diferencia respecto a la noche. Sin embargo ajustada por DP, la mayor prolongación de la estancia por caídas fue en turno de mañana con una diferencia significativa respecto al de noche ($p < 0,01$).

No se apreciaron diferencias significativas para la variable de estudio entre los distintos turnos de enfermería por sexo, ni por categorías de edad o riesgo de caída del paciente, pero analizados éstos separadamente, sí se encontraron entre los grupos de edad, si bien en turno de tarde sólo para los comprendidos entre 65 y 85 años y los mayores de 85 años y en el de noche, no se detectaron diferencias entre los menores de 65 años y el grupo de 65-85 años.

Sólo en el turno de mañana se mostraron diferencias significativas entre los pacientes clasificados sin riesgo con los de riesgo medio y alto.

CONCLUSIONES: la prolongación de la estancia ocasionada por una caída ajustada por DP es superior en el turno de mañana, en el que se muestran diferencias significativas entre todas las categorías de edad y entre los pacientes sin riesgo de caída con los de riesgo medio y alto.

Para los demás turnos no se muestran diferencias significativas en cuanto al riesgo de caída, aunque sí entre algunas categorías de edad.

ID: 11

TÍTULO: ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL DONANTE DE VIVO RENAL

AUTORES: FERNÁNDEZ-VIÑA FERNÁNDEZ, ANA MARÍA; VALDES ARIAS, COVADONGA; VILLAR FERNÁNDEZ, ELVIRA; DÍAZ CORTE, CARMEN.

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN

Los diversos estudios que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los donantes de vivo renales encuentran que es comparable a la de la población general, o superior, independientemente del tiempo desde del trasplante.

OBJETIVOS: Objetivo: Evaluar la CVRS de los donantes de vivo renales y analizar aspectos relacionados con el proceso de la donación.

MÉTODOS: Material y Métodos: Se contactó telefónicamente con los donantes de trasplantes renales de vivo realizados hasta este momento en el Hospital Universitario Central de Asturias, y a los que quisieron participar se les auto-administró el Cuestionario de salud SF-36 versión 2. A su vez se recogieron variables sobre la donación, sociodemográficas y clínicas.

RESULTADOS: Resultados: De los 29 donantes, 25 fueron mujeres (edad 52 ± 11). Dos receptores perdieron el trasplante y un donante falleció. El 41% fueron cónyuges, el 28% madres, el 24% hermanos y el 7% cuñados de los receptores. La creatinina pre-trasplante fue $0,71 \pm 0,11$ mg/dL y al alta $1,05 \pm 0,22$ mg/dL. El 55% sufrieron algún efecto adverso siendo dolores abdominales y molestias en la herida los más habituales, y aunque no se encontraron diferencias estadísticas entre laparoscopia y lumbotomía, estos últimos tuvieron un ingreso más prolongado 7 ± 2 vs 5 ± 1 días ($p=0,015$). Las puntuaciones en el cuestionario de CVRS fueron similares a las de la población general en todas las dimensiones y el 100% volverían a donar.

CONCLUSIONES: Conclusiones: La CVRS de los donantes post-trasplante fue comparable a la población general. Por otro lado los donantes no se arrepienten de la decisión de donar independientemente de los efectos secundarios sufridos o los resultados del trasplante en el receptor.

ID: 8

TÍTULO: ELIMINADO BARRERAS A LA SALUD EN POBLACION INMIGRANTE. COLABORACION ENTRE M.TROPICAL (HUCA), APIA Y CRUZ ROJA GIJON.

AUTORES: Rodriguez Guardado, Azucena; Menendez Fernandez-Miranda, Candela; Carreño Moran, Covadonga; Gomez Pedrayes, Beatriz; Rodriguez-Lucas, Carlos; Garcia Perez, Alicia; Fernandez Suarez, Jonathan.

INTRODUCCIÓN: Los problemas en la incorporación de nuevos inmigrantes y refugiados al sistema de salud incluyen la presencia de barreras idiomáticas, barreras culturales, no acceso a tarjetas sanitarias por su condición de ilegales. Existe además un desconocimiento importante de las patologías importadas por esta población que acarrea demoras en su diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVOS: La Consulta de Medicina Tropical del HUCA, la Asamblea Local de Gijón de Cruz Roja Española, y la Asociación de Apoyo al Inmigrante en Asturias (APIA) han diseñado un sistema de asistencia que elimina las barreras idiomáticas mediante el uso de traductores, las barreras culturales mediante un sistema de acompañamiento y crea una vía de acceso rápido y un protocolo de cribado sistemático de enfermedades importadas que permite el diagnóstico y tratamiento precoz.

MÉTODOS: Desde el año 2009 todos los pacientes procedentes de ambas ONGs acceden a la consulta previo contacto telefónico directo durante el cual se establecen las necesidades de acompañamiento y traducción del paciente, las muestras biológicas a aportar y una cita de consulta en las siguientes 72 horas o derivación para atención urgente si es necesario. Según las necesidades detectadas ambas ONGs seleccionan voluntarios para traducción o acompañamiento.

En todos los pacientes se realiza un protocolo de cribado que incluye hemograma, bioquímica, análisis de orina básica, 3 parásitos en heces, malaria, serología de VIH, VHB, VHC, lúes, y S.stercoralis junto con enfermedad de Chagas en personas de América Latina y Schistosoma spp en pacientes subsaharianos. En todos los pacientes se realiza un PPD y una radiografía de tórax. Todas las pruebas básicas se realizaban el mismo día de la primera consulta.

RESULTADOS: Se revisaron 159 pacientes (79% varones, edad media 26 años, 96% procedentes del África subsahariana). Todos los pacientes se beneficiaron del sistema de acompañamiento y los no hispano-parlantes de traducción. Se redujo la espera de cta a un máximo de 48 horas, excepto en los casos urgentes que fueron atendidos el mismo día. La demora media de resultados fue de 2 horas para parasitología en sangre, 24 para serología y 72 para coproparasitología. Con respecto a los resultados del cribado 32,8% tenía una infección latente tuberculosa, 12% una hepatitis B crónica, 5% una lues, 2,6% infección por VIH. Las enfermedades parasitarias más frecuentes fueron las intestinales (43%): amebiasis (17%), A. lumbricoides (12,5%) Schistosoma spp (9%), S.stercoralis (5 %), Giardia (5%)., El 6,6 % presentaba filariasis. En 10 pacientes no se encontró patología.

Todos fueron tratados de las patologías diagnosticada y se les recomendaron las pautas de vacunación y/o profilaxis necesarias

CONCLUSIONES: La colaboración entre las unidades de M. Tropical y las ONGs encargadas de la atención al inmigrante para poner en marcha vías de acceso rápidas y alternativas al sistema convencional disminuye las restricciones de acceso al sistema de salud en población inmigrante

ID: 25

TÍTULO: DESARROLLO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN, PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS

AUTORES: Alaguero Calero, Miguel; Rancaño García, I; Gómez de Segura Iriarte, L; Velasco Rocas, L; Zapico García, I.

INTRODUCCIÓN: Los avances recientes en oncología y hematología se han traducido en un aumento en el volumen de pacientes que reciben tratamientos con antineoplásicos y en un incremento en la variedad de esquemas de tratamiento y en su complejidad. Todo esto hace que el proceso sea especialmente vulnerable a los errores de medicación.

Los sistemas informatizados de prescripción, validación farmacéutica, preparación y administración pueden ayudar a controlar la seguridad y trazabilidad del proceso pero para ello es imprescindible la integración de la información entre los diferentes eslabones de la cadena farmacoterapéutica.

OBJETIVOS: Desarrollar un sistema seguro de preparación de mezclas de antineoplásicos con control cualitativo (medicamento correcto), control cuantitativo (dosis correcta) y control de trazabilidad (registro de lote y caducidad de los fármacos utilizados) integrado con las aplicaciones de prescripción, validación farmacéutica, registro electrónico de administración y con la gestión económica.

MÉTODOS: El desarrollo de este sistema integrado supuso la configuración de las diferentes aplicaciones que intervienen en cada uno de los procesos. Estas son, el sistema de prescripción electrónica PowerChartOncology®, la aplicación de validación farmacéutica PharmNet® y la aplicación de elaboración LugHT®.

Para conseguir la interconectabilidad de la información fue necesario desarrollar dos interfaces utilizando mensajería HL7, integrando la validación farmacéutica con la aplicación de la elaboración y a su vez ésta con la gestión económica en SAP®.

RESULTADOS: El desarrollo se inició en junio de 2015 con la instalación de PowerChartOncology® y finalizará en junio de 2016 con la puesta a punto de LugHT®. Tras la validación farmacéutica se transfiere la información de las órdenes de quimioterapia directamente a la cabina de preparación informatizada. El sistema verifica cada paso de la elaboración, desde la selección del medicamento correcto mediante lectura del código de barras o identificación del lote por el sistema de voz hasta la verificación de la dosis mediante control gravimétrico de todas las medidas. El proceso finaliza con la impresión de la etiqueta de preparación con un código de barras apto para el registro de la administración en PowerChart®. Todo el proceso queda registrado y documentado.

Tras las primeras pruebas realizadas se observa que el tiempo medio por preparación se incrementa de 3,1 a 4,0 minutos debido al mayor control del proceso. Igualmente aumenta el tiempo que dedica el farmacéutico a las tareas de validación, control de calidad y mantenimiento de los protocolos de prescripción.

CONCLUSIONES: El desarrollo de un sistema integrado garantiza la trazabilidad del proceso farmacoterapéutico de los tratamientos antineoplásicos reduciendo el potencial de error humano en un proceso complejo y vulnerable a errores de consecuencias potencialmente graves.

La implantación del nuevo sistema precisa de más recursos humanos tanto de farmacéuticos como de personal de enfermería



ID: 33

TÍTULO: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA TÉCNICA DE IMPLANTE DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI) EN EL NUEVO HUCA

AUTORES: García Cachafeiro, Luisa Victoria; Hernández Carrero, Natalia; García Chana, Eugenia; Fernández Maese, José Manuel; De Dios Del Valle, Ricardo.

INTRODUCCIÓN: La Satisfacción del Paciente con la Cirugía Cardíaca no ha sido objeto de mucha atención y los estudios previos la abordan desde un enfoque cualitativo.

OBJETIVOS: Evaluar la Satisfacción del Paciente con el TAVI en el área de Gestión Clínica del Corazón en el nuevo Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Identificar ítems mejor y peor valorados para detectar áreas potenciales de mejora.

MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo. Población 90 pacientes, todos a los que se les ha realizado un TAVI a partir de la apertura del nuevo HUCA. Recogida de datos en abril y mayo del 2016 telefónicamente, utilizando el cuestionario SATISCORE validado en castellano para evaluar específicamente la Satisfacción del Paciente con la Cirugía Cardíaca. Análisis de datos mediante SPSS v.15.0 para n.s. 5%, I.C.95%.

RESULTADOS: Resultados preliminares corresponden a 29 pacientes (48,3% hombres y 51,7% mujeres): 14 han contestado, resto excluidos, principal motivo éxitus (46,7%). Edad media 82,73 años, Estenosis Aórtica Severa (69%) y alto riesgo quirúrgico (90%). Abordaje vía femoral derecho (65,5%) y un 51,7% tienen complicaciones, principalmente ictus (23,1%) y bloqueo/marcapasos (53,8%). Respecto a la satisfacción global el 64,3% se sienten satisfechos respecto al 35,7% insatisfechos, sin embargo el 85,7% volvería a operarse si se encontrara como antes. Aspecto que genera más insatisfacción el cansancio (28,6%) y mejor valorados la intervención (71,4%) y atención médica (64,3%). Los hombres se encuentran más satisfechos que las mujeres ($p < 0,0057$) y pacientes con mayor riesgo quirúrgico ($p < 0,056$). En los pacientes que tienen complicaciones (51,7%) el riesgo de éxitus (46%) es significativamente mayor ($p < 0,003$).

CONCLUSIONES: Los pacientes se sienten satisfechos con el TAVI y se volverían a intervenir. Aspecto que genera mayor insatisfacción el cansancio y mayor satisfacción, la intervención y la atención recibida. Las complicaciones tras el TAVI son principalmente ictus y necesidad de marcapasos, y se relacionan con alta mortalidad.

ID: 34

TÍTULO: LA COLUMNA Y SU ABORDAJE QUIRÚRGICO. VARIABILIDAD ENTRE DOS SERVICIOS EN UN MISMO CENTRO.

AUTORES: SOMMER ALVAREZ, ENRIQUE; DE DIOS DEL VALLE, R; NAVARRO DORBERT, M; CORDERO BLANCO, E; PEREZ-HOLANDA FERNANDEZ, S.

INTRODUCCIÓN: Las intervenciones quirúrgicas de espalda suponen en nuestro área sanitaria un importante volumen de pacientes en LEQ que sufren, en la mayoría de los casos, grandes esperas antes de su resolución quirúrgica. En nuestro centro además, la misma intervención quirúrgica puede ser abordada desde dos Servicios distintos, Traumatología y Neurocirugía. Conocer cómo se comportan ambos servicios a la hora de abordar dicha patología nos puede ayudar a comprender y predecir mejor su evolución futura.

OBJETIVOS: Analizar las diferencias existentes entre el abordaje quirúrgico de la Columna (NRC y TRA) entre dos Servicios de un mismo Centro tanto en indicadores de LEQ como en coste por proceso

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Población: pacientes en LEQ. Período: 2013-2015. Muestra: se estudia el comportamiento de los pacientes en LEQ de Traumatología y Neurocirugía por patología de Columna y los GRD's asociados, así como estudio de costes asociados a los ingresos producidos por ella.

RESULTADOS: El 65% de las I.Q. de columna las hace NRC y el 35% TRA. La Discectomía es la IQ más prevalente en NRC (71.3%) mientras que la Artrodesis lo es en TRA (77.78%). La Estancia Media del GRD 758 (Procedimientos sobre espalda y cuello excepto fusión espinal sin CC) en NRC es de 4 días mientras que en TRA es de 9.2 días. Del GRD 756 (Fusión vertebral sin CC) en NRC es de 9.26 días y en TRA 12.4 días. El coste medio por proceso del GRD 758 en NRC es 2.637€ por 3.544€ en TRA (un 34,39% más). Del GRD 756 en NRC es 7.625€ por 10.247€ en TRA (un 34,38% más). En el año 2015, de media un paciente esperó para operarse de columna en NRC 206 días, mientras que en TRA esperó 341 días.

CONCLUSIONES: En el tratamiento quirúrgico de los problemas de columna existen una importante Variabilidad entre el abordaje por parte de Neurocirugía y por parte de Traumatología. Dependiendo de a qué Servicio acuda un paciente por su dolencia su tratamiento quirúrgico será distinto. También lo será los días que permanecerá en lista de espera y los que estará ingresado durante su intervención. Del mismo modo, el coste por proceso en ambos casos también es distinto, siendo, de promedio, un 34,5% más caro en un Servicio que en otro.