

RESUMEN DE COMUNICACIONES

23

Jornadas
Nacionales
de **Enfermeras**
Gestoras

Supervisión
de Enfermería

*Gestión enfermera:
nuevos tiempos,
nuevas oportunidades*

| **A Coruña**

23 al 25 de mayo de 2012

ORGANIZA:

ANDE

Asociación Nacional de
Directivos de Enfermería

ÍNDICE

PROGRAMA CIENTÍFICO 6

PONENCIAS

• Modelos de gestión para el impacto de la enfermedad mental grave	29
• Otra forma de estar a tu lado.....	31
• Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria	33
• Enfermería de práctica avanzada: desarrollo de un modelo emergente	35
• Las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC): ¿mejoran la eficiencia y la efectividad en la gestión?.....	37
• Ciencia, salud y comunicación	39
• La responsabilidad ética del gestor enfermero en tiempos de crisis	42
• El contagio de los valores a través de las conexiones	44
• Nuevas oportunidades para las enfermeras gestoras usuarias de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC).....	47

EXPERIENCIAS

• Experiencia sobre la evaluación de competencias en función de conocimientos, habilidades y actitudes	51
• Gestión multidisciplinar del proceso quirúrgico	52
• Gestión de pacientes-camas en la hospitalización de un comarcal	54
• Creación de la unidad de enfermería de micropigmentación: dando respuesta a una necesidad	55
• Matronas del departamento de Denia: modelo de gestión departamental.....	57
• Mapa de camas como herramienta de gestión de cuidados de enfermería en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD).....	59
• Gestión enfermera: innovación, calidad y seguridad en los cuidados	60
• Estudio de eficiencia y capacidad resolutoria de la consulta telemática dirigida a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el Complejo Universitario Hospitalario de Vigo – Meixoeiro	62
• Experiencia de la implantación de un sistema de calidad asistencial en un programa de trasplante hepático	64
• Traslado al Hospital Universitario Lucus Augusti: experiencia como enfermeras gestoras	66
• Experiencia con la automatización del servicio de farmacia hospitalaria para almacenamiento y distribución de medicamentos	67
• Vídeo relato la vida en sombra.....	69
• Implantación de la estación de trabajo de enfermería en hospitalización. Hospital Universitario Vall d’Hebrón.....	70
• Proceso de implantación del programa de enfermería de gestión de casos	71
• Gestión e intervención en la mejora del programa de salud del adulto	73
• Desarrollo del plan de humanización del Hospital Universitario Lucus Augusti, ¡dicho y hecho!	74
• Implantación y desarrollo de la figura de supervisión para el ámbito de la atención comunitaria dentro de la red de salud mental de Bizkaia	75
• Acogida profesional. Valoración competencias	76
• Las relaciones interpersonales en medicina hospitalaria	78
• Gestión de un sistema de notificación: una experiencia de éxito	79
• Incorporación de EIR en pediatría. Impulso profesional para las enfermeras asistenciales.....	81
• Un mes un tema.....	83
• Competencias enfermeras. Garantía de seguridad	84
• Racionalización en la solicitud de análisis de laboratorio en el centro de salud campamento.....	85

ORALES

• La influencia de la enfermería en los reingresos de pacientes con EPOC	87
• ¿Cómo nos entienden los pacientes?	89
• Intimidad y confidencialidad en tiempo de crisis.....	90
• Acreditación en NIDCAP: un paso más hacia el cuidado experto	91
• Trayectoria clínica de pacientes sometidas a histerectomía	93
• Estudio sobre voluntades anticipadas, conocimientos y actitudes del profesional sanitario y pacientes en la sociedad del cuidado	95
• Cultura de seguridad... No arriesgues	98
• Cuidados 2.0: Enfermeras 2.0.	100
• Aplicando metodología LEAN en la gestión de los procesos quirúrgico	101
• Nuevo modelo de guardias de supervisión de enfermería	102
• Implantación de la figura de la enfermera gestora, dentro del sistema de gestión por procesos en el Hospital Lucus Augusti de Lugo.	103
• Puesta en marcha de una nueva prestación en la cartera de servicios del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo	104

ÍNDICE

• Diseño de un programa para la implementación de la prescripción electrónica y evaluación tras un año de experiencia	106
• Organigrama y valores en el sistema de gestión de la dirección de enfermería, elementos para generar confianza	108
• Gestión operativa de los turnos en un hospital de 3 ^{er} nivel – enfoque desde RRHH de enfermería	110
• Motivación y compromiso en tiempos de crisis. ¿Me voy o me quedo?	112
• Las sinergias en la gestión de altas e ingresos	113
• Adaptación de las prácticas clínicas al grado en enfermería: implantación de turnos de prácticas en un hospital universitario	115
• Nuevos tiempos nuevas oportunidades: acogida de profesionales	117
• La importancia de la gestión en la formación pre graduada de enfermería. Una perspectiva aportada por los propios estudiantes	119
• Uso seguro de medicamentos de alto riesgo en la unidad asistencial de hematología	121
• Proyecto para la formación e implantación de planes de cuidados enfermeros estandarizados en atención primaria en el sector 2 de Zaragoza	122
• Actitudes ante el cambio en profesionales de un hospital próximo al traslado	123
• Participación ciudadana en la gestión de los servicios sanitarios a través de las encuestas de calidad	125
• Mejora del proceso fractura de cadera mediante el benchmarking y la continuidad asistencial	126
• ¿Realizamos valoraciones holísticas? ¿Conocemos a nuestros pacientes?	130
• Continuidad de cuidados en los pacientes con pluripatología	132
• Listado de verificación quirúrgica (LVQ): ¿una herramienta útil para el personal?	134
• Implantación de la figura de la matrona en el equipo multidisciplinar en una unidad de púerperas	136
• Beneficios de la enfermera gestora en el hospital de día médico	138
• Conjunto mínimo básico de datos (cMBD) para enfermería	140
• Evaluación de la integración asistencial y continuidad de cuidados en un modelo de gestión enfermera: modelo Alicante	141
• La gestión del cambio: aplicación de la ley antitabaco en una unidad de hospitalización de psiquiatría	143
• Creatividad al servicio del usuario: implantación de un programa de rehabilitación cardíaca	145
• Implantación del registro electrónico de administración de medicamentos (ream)	147
• Mejora de la seguridad del proceso de prescripción/transcripción mediante la implementación de una hoja de prescripciones informatizada	149
• Implantación de un sistema de información para la utilización de cámaras inhalatorias en pacientes pediátricos en distintos idiomas	150
• Implantación de la consulta de enfermería de alergia en el centro de especialidades de Juan Llorens	152
• Formación continuada: marca de excelencia	154
• Evaluación de 360° de la dirección de enfermería	156
• Acercando la formación a la práctica asistencial	158
• La docencia en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería: visión de los profesionales	160
• Importancia de la fase preanalítica en los resultados del laboratorio	162
• Nuevas tendencias en la gestión: enfermeras gestoras de la guardia	163
• Diseño e implantación de un sistema automatizado de suministro a las unidades de consumo mediante el sistema kanban/doble cajón mediante RFID	165
• La evaluación de los planes de cuidados: ciclo de mejora continua.....	167
• Telemedicina al servicio de la equidad sanitaria	169
• Impacto de la aplicación de un listado de verificación quirúrgica en la organización	171
• Las nuevas tecnologías aplicadas al cuidado de los pacientes en urgencias	173
• Experiencia de gestión del cuidado de heridas en una unidad especializada, resultados en adecuación del gasto	175
• Gestión por procesos: avance y progreso en hospitalización.....	177
• Contención económica y satisfacción del personal de enfermería en el cambio de los equipos de infusión en el Hospital Santa Caterina De Salt (Girona)	179
• Satisfacción del personal de enfermería con las medidas de contención económica realizadas durante el periodo vacacional, en el Hospital Santa Caterina de Salt (Girona)	180
• Organización de una unidad y traslado al nuevo hospital	182
• Objetivo: la continuidad de los cuidados enfermeros	183
• Estrategia formativa para la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) en un hospital de tercer nivel	185
• Estrategia en la seguridad del paciente: uso de desfibrilador semiautomático	188
• Exposición ocupacional accidental con riesgo biológico: protocolo de actuación.....	190
• Razones de la no cumplimentación del informe de continuidad de cuidados en el área quirúrgica de un hospital de agudos	191
• Afectación en una unidad de agudos de psiquiatría ante la aplicación de la ley antitabaco	193
• Puesta en marcha del servicio de pediatría en el Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Deu Sant Boi De Llobregat	195

ÍNDICE

• Unidad de vigilancia de urgencias. Liderazgo de enfermería en vigilancia y cuidados de pacientes en la unidad de vigilancia de urgencias (uvu) de un hospital terciario	198
• Unidad de alta al día: experiencia y resultados	200
• Proyecto de unificación territorial de la unidad de formación continuada	201
• Los alumnos comparten y crean conocimiento.....	203
• Innovación como elemento motivador, generador de recursos y de conocimiento	204
• Análisis de los cambios de turno en el personal sanitario	205
• El informe de continuidad de cuidados como herramienta de coordinación entre niveles asistenciales	207
• Del paciente al ordenador... sin papeles	209
• Resultados de la implantación del programa 5	211
• Seguridad clínica: enfermeras referentes	213
• Gestión de listas de espera en la unidad de rehabilitación: derivaciones externas.....	214
• Optimización del recurso "cama de hospitalización convencional.....	216
• Como aumentar el índice de substitución en cirugía programada (CMA).....	217
• Plan de seguridad clínica en una unidad de críticos, desde la gestión competencial hasta la gestión del riesgo	219
• Observación participativa: roles adoptados en el equipo de trabajo de una dirección de enfermería en función de cada uno de sus miembros	221
• Nuevos tiempos en la atención perinatal	223
• Gestión enfermera en la asistencia en adopción internacional a través de las tics	224
• Reorganización estructural, asistencial y de recursos de un hospital psiquiátrico	226
• Identificación y uniformidad del profesional: aspectos clave para la seguridad y satisfacción del usuario	228
• Encuesta de satisfacción de los familiares con el cuidado del paciente en la UCI	230
• La gestión de la complejidad del cuidado en las unidades de hospitalización	232
• Hacia una nueva gestión del cuidado en el paciente con síndrome de fatiga crónica. Evaluación de la efectividad de un programa de educación para la salud	234
• Proyecto de mejora del nivel de satisfacción de las cuidadoras de la unidad de rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de Las Nieves de Granada	235
• Reinventar la prestación de la atención enfermera	237
• Distribución del personal de enfermería en uci según una cartelera de colores	239
• Influencia de aspectos éticos y morales en la gestión de enfermería en el proceso de muerte	240
• Ética en la gestión. Formación en aspectos bioéticos en los profesionales sanitarios	242
• Hay que tener valor	244
• Los valores del cuidado en el marco del consorcio Hospital General Universitario de Valencia	245
• El valor añadido de la docencia y el desarrollo profesional en la gestión de recursos	247
• Ética + responsabilidad = humanización de la gestión enfermera	249
• E-learning y habilidades de lectura crítica para las enfermeras	251
• Perfil del supervisor de unidad: nuevo valor en la gestión clínica	253
• Análisis de la evaluación del desempeño profesional del personal de enfermería en un hospital de alta tecnología.....	255
• La seguridad pasiva: una inyección de tranquilidad.....	257
• Departamento sin dolor.....	259
• Rondas multidisciplinares de seguridad para el control del registro de alarmas de ventilación mecánica	261
• La enfermera referente para formación en nuevas tecnologías: una experiencia en hospitalización.....	263
• Formación específica en nuevas tecnologías al personal de nueva incorporación	265
• La detección de necesidades formativas en el departamento de salud valencia la fe, como herramienta de gestión estratégica	267
• Desarrollo de un nuevo sistema de turnicidad consensuado con los profesionales y su influencia en el absentismo.....	269
• Experiencia de implantación del protocolo de olvidos quirúrgicos del hospital povisa de vigo.....	270
• Los logros productivos son una consecuencia y expresión de salud	272
• Afrontamiento de una guardia para supervisoras de nueva incorporación del hospital de rehabilitación y traumatología (hrt).....	274
• Hospital universitario de móstoles: una apuesta por la investigación en enfermería	275
• Evolución de la producción de las comunicaciones científicas realizadas por enfermeras de un H.G.U.....	277
• Resultados de www.Aturnos.Com en los hospitales del sescam (Hellin-Ciudad Real)	279
• Perfil de los estudiantes de grado de enfermería y percepción de la profesión en la facultad de Enfermería de Murcia	281
• ¿Es necesario sufrir? Beneficios de la formación del personal de nueva incorporación	282
• Programa de educación sanitaria para la mejora de la adhesión en la higiene de manos	284
• Conocer la opinión de los profesionales de enfermería sobre la implantación de una estación de trabajo informatizada y su repercusión en unidades de hospitalización de adultos	286
• Gestora de casos de traumatología: de un proyecto a una realidad. Gestionamos mejor si nos implicamos todos	288
• Programa de evaluación de procedimientos clínicos de enfermería	290
• Compartir conocimiento enfermero en red: clinica online	291

ÍNDICE

- Project research nursing y grupos relacionados diagnósticos como instrumentos de gestión y organización del lesionado medular 293

PÓSTERS

- El supervisor no es lo que importa294
- Autocuidados, mejora en la accesibilidad.....295
- Invisibilidad del cuidado enfermero percibido en pacientes trasplantados hepáticos 296
- Proyecto de continuidad de cuidados de enfermería entre ámbitos asistenciales del área suroeste de Madrid.....298
- Análisis descriptivo de las intervenciones de enfermeras gestoras de casos de hospital sobre pacientes y cuidadoras.....300
- Análisis descriptivo del proceso de implementación de un registro informático para la declaración y el seguimiento de úlceras por presión en el Hospital Regional De Málaga Carlos Haya302
- Optimización de los recursos en el proceso quirúrgico: proyecto PRADDO303
- Aplicando metodología LEAN en la gestión de los procesos quirúrgicos 305
- Elementos que influyen en la práctica clínica basada en la evidencia: diferencias entre enfermeras de entorno hospitalario y de atención primaria306
- Profesión enfermera vs familia: un reto para la gestión 308
- Telemonitorización domiciliaria en pacientes con epoc grave. Estudio promete310
- Grado de satisfacción y utilidad de los pósters para el personal sanitario311
- Integración de cuidados en el Departamento de Salud Valencia – Hospital General313
- ¿Cómo ahorrar en recursos materiales?315
- Una alternativa a la biberonería317
- Guías de práctica enfermera basadas en evidencia científica: implantación de un nuevo paradigma en la práctica diaria 318
- Vías clínicas informatizadas en la plataforma SAP320
- Planes de trabajo: planificar para actuar..... 321
- Listado de verificación quirúrgica !Seguridad!.....323
- Mapa de contribución, herramienta para la comunicación325
- Reestructuración de unidades de gestión clínica y optimización de tiempos de cuidados / organización en el Hospital General Virgen del Rocío de Sevilla326
- Análisis descriptivo de las incidencias de una unidad de reanimación en las guardias de enfermería327
- Análisis de la implantación de un sistema automatizado de dispensación de medicamentos en una unidad de UCI.....329
- Percepción del paciente en la unidad de endoscopias digestivas de un Hospital del Área Hospitalaria de Vigo.....329
- Enfermería en la atención al paciente crónico: desarrollando nuevos roles331
- Protocolo de actuación en el análisis del sedimento urinario333
- Implicaciones de enfermería en la gestión de las muestras hematológico-hemostásicas dentro de su procesamiento en una cadena de automatización335
- Estrategia para mejorar la solicitud de permisos mediante la oficina virtual del profesional.....337
- Repercusiones éticas en los cuidados en pacientes en proceso de muerte339
- La futilidad terapéutica: reflexión desde la óptica del cuidado341
- Departamento 23: un proyecto para la mejora de la identificación del personal en los dos hospitales343
- Reflexiones345
- Consulta de enfermería preoperatoria como proceso de mejora en Mutua Universal de Sevilla347
- Formarse más con menos349
- Proyecto piloto de conciliación de la vida familiar en supervisión de FC350
- Cuidados enfermeros en unidades de radiodiagnóstico, garantía de seguridad y calidad en la práctica clínica352
- Acogida al personal de nueva incorporación: evaluación del proceso354
- Comisión de seguridad asistencial: una apuesta para disminuir los eventos adversos en el Departamento de Manises356
- Frecuencia de diagnósticos enfermeros en unidades de hospitalización como herramienta para la gestión de los cuidados.....358
- Proyecto de gestión por competencias del profesional enfermero en el ámbito hospitalario..... 359
- Canales de comunicación en unidades de hospitalización 361
- Reposición justo a tiempo362
- Memoria para unidad de enfermería: guía práctica363
- Estudio descriptivo sobre los conocimientos bioéticos en un grupo de enfermeros y auxiliares de enfermería.365
- La participación de enfermería en la gestión del conocimiento366
- Sesiones de enfermería: ¿buen sistema de aprendizaje?.....367
- Las TICS: cuidados y gestión369
- Evaluación de inquietudes profesionales relacionadas con el desarrollo enfermero.....371
- Guía de acogida al personal de nueva incorporación en una unidad de críticos373
- ¿Es necesario sufrir? Beneficios de la formación del personal de nueva incorporación375

PROGRAMA CIENTÍFICO



Miércoles, 23 de mayo

09:00 Entrega de documentación

11:00 CONFERENCIA INAUGURAL

AUDITORIO GAVIOTA

Moderadora: M^a Antonia Muñoz

Directora de enfermería, Hospital POVISA, Vigo

El arte de la comunicación. Un nuevo concepto en las técnicas de comunicación personal
Bill Holden

Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Director General ITSM. Actor profesional

11:45 INAUGURACIÓN OFICIAL

AUDITORIO GAVIOTA

12:30 MESA REDONDA 1: LA SOCIEDAD DEL CUIDADO

AUDITORIO GAVIOTA

Moderadora: Ana Vecino Soler

Subdirectora de enfermería, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Modelos de gestión para el impacto de la enfermedad mental grave

Teresa Orihuela Villameriel

Psicóloga especialista en psicología clínica. Directora Técnica de la Fundación INTRAS

Otra forma de estar a tu lado

Rosana Sánchez Sastre

Terapeuta ocupacional de la Asociación AMENCER-ASPACE y Servicio de Atención Infantil del Centro Médico. Pontevedra

La participación ciudadana en la gestión de los servicios sanitarios

Begoña García Cepeda

Jefa del Servicio de Atención al Ciudadano. Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial, Servicio Galego de Saúde, Consellería de Sanidade

14:00 Almuerzo de trabajo

16:00 MESA REDONDA 2: CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN: LA GESTIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

AUDITORIO GAVIOTA

Moderadora: Esther Rey Cuevas

Directora de Enfermería del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Benchmarking: gestión del conocimiento para evidenciar las mejores prácticas

Mercedes Carreras Viñas

Subdirectora General de Desarrollo y Seguridad Asistencial. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade, Santiago de Compostela

Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria

Joan Ernest de Pedro Gómez

Director de la Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat Illes Balears, Palma de Mallorca

Miércoles, 23 de mayo

Enfermería de práctica avanzada: desarrollo de un modelo emergente

Cristina García Vivar

Subdirectora del Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil. Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona

Las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC): ¿mejoran la eficiencia y la efectividad en la gestión?

Ana M^a Pérez Fernández

Directora de Enfermería. Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

16:00

MESA DE COMUNICACIONES 1: EXPERIENCIAS

AUDITORIO ARAO

Moderador: José Moguer Martín

TFA. Técnico de proyectos. Unidad de Hostelería. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

E1

Experiencia sobre la evaluación de competencias en función de conocimientos, habilidades y actitudes

Roca, S.; Corbelle, N.; Lopo, C.; Vázquez, E.; Lamas, B.; Miguélez, M.; Rivas, P.; Soto, S.
Hospital San Rafael, A Coruña

E2

Gestión multidisciplinar del proceso quirúrgico

Fernández, E.; Martínez, S.
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

E3

Gestión de pacientes-camas en la hospitalización de un comarcal

Pazos, P.; Sanmiguel, S.; López, J.L.; Bernárdez, P.; Ledo, M.; Baldomar, R.; Vilaseco, D.
Hospital Virxe da Xunqueira, Cee, A Coruña

E4

Creación de la unidad de enfermería de micropigmentación: dando respuesta a una necesidad

Marzo, A; Saceda, O.; Blanco, R.M^a.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

E5

Matronas del departamento de Denia: modelo de gestión departamental

Crespo, S.; Espín, C.; Bohigues, C.; Ferrando, M.R.; García, I.; Tomás, M.J.
Departamento de Denia, Marina Salud, Alicante

E6

Mapa de camas como herramienta de gestión de cuidados de enfermería en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD)

Herrera, A.D.; Olivé, A.E.
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona

Miércoles, 23 de mayo

E7

Gestión enfermera: innovación, calidad y seguridad en los cuidados

Gil, M^ªD.; Hernández, A.; Iñesta, Agües, M.; Ibáñez, D.J.; Yáñez, M^ªR.; Martínez, M^ª J.
Departamento de Salud de Elda. Agencia Valenciana de Salud. Villena, Alicante

E8

Estudio de eficiencia y capacidad resolutive de la consulta telemática dirigida a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el Complejo Universitario Hospitalario de Vigo-Meixoeiro

Sanromán, L.; Rodríguez, J.M.; Salgado, C.
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

E9

Experiencia de la implantación de un sistema de calidad asistencial en un programa de trasplante hepático

Pérez, I.; García, R.; López, E.; Sanz, M.; Colmenero, J.; Rimola, A.; Navasa, M.; Comallonga, T.
Hospital Clínic, Barcelona

E10

Traslado al Hospital Universitario Lucus Augusti: Experiencia como enfermeras gestoras

García, E.I.; Pérez, J.; Ortega, L.; Cendán, E.; Gómez, E.; Méndez, E.; dos Santos, C.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

E11

Experiencia con la automatización del servicio de farmacia hospitalaria para almacenamiento y distribución de medicamentos

Fernández, M.L.; Álvarez, J.C.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

16:00

MESA DE COMUNICACIONES 2

SALA 1

Moderadora: Isabel Castro Fernández

Directora de Enfermería. Hospital Comarcal de Monforte, Lugo

O1

La influencia de la enfermería en los reingresos de pacientes con EPOC

Viñas, C.; Prunera, M.J.; González, B.; Fernández, F.
SAS - Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

O2

¿Cómo nos entienden los pacientes?

Borrell, N.; Suñer, R.; González, M.; Brianso, M.; Corominas, D.; Fernández, M.; Valls, C.; Santiñà, M.
Consorci Sanitari Integral. Grupo de Health Literacy. Red Catalana de Hospitales Promotores de la Salud, Barcelona

O3

Intimididad y confidencialidad en tiempo de crisis

Humada, P.
Hospital Clínico, Valladolid

Miércoles, 23 de mayo

04

Acreditación en NIDCAP: un paso más hacia el cuidado experto

Gutiérrez, M.P.; Farrero, S.; Martínez, R.; Rubio, D.; Cano, M.J.; Gargallo, E.; Sánchez, A.
Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

05

Trayectoria clínica de pacientes sometidas a histerectomía

Zamora, I.; Bastardi, I.; Rovira, R.; García, A.; Esteve, M.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

06

Estudio sobre voluntades anticipadas, conocimientos y actitudes del profesional sanitario y pacientes en la sociedad del cuidado

Ibáñez, D.J.; Gil, M.D.; Ferrer, E.; González, I.; Lucas, P.; Martínez, M.J.; Clar, S.
Departamento de Salud de Elda, Alicante

16:00

MESA DE COMUNICACIONES 3

SALA 2

Moderadora: M^a José Rego Docando

**Supervisora Área RR.MM. Hospital Universitario Lucus Augusti,
Lugo**

07

Cultura de seguridad... no arriesgues

Aguilar, Y.; Cobalea, N.
Grup Corachan A.I.E, Barcelona

08

Cuidados 2.0: Enfermeras 2.0.

Rodríguez, G.; Fernández, M.A., Domingo, M.
Hospital General Universitario, Alicante

09

Aplicando metodología Lean en la gestión de los procesos quirúrgicos

Garçon, I.¹; Piñol, Y.²; Rosell, I.³

¹Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi (HSDJDMB), ²Hospital General de l'Hospitalet (HGH),
³Consort. Barcelona

010

Nuevo modelo de guardias de supervisión de enfermería

Jiménez, L.R.; Ouro, C.; Vázquez, L.
SERGAS, Lugo

011

Implantación de la figura de la enfermera gestora dentro del sistema de gestión por procesos en el Hospital Lucus Augusti de Lugo

Peteiro, M.T.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

012

Puesta en marcha de una nueva prestación en la cartera de servicios del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Blanco, M.; Salgado, C.; Estévez, A.M.
SERGAS. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

Miércoles, 23 de mayo

18:00 Pausa café

18:30 **MESA DE COMUNICACIONES 4**

AUDITORIO GAVIOTA

Moderador: Juan Paricio Muñoz

Enfermero. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

O13

Diseño de un programa para la implementación de la prescripción electrónica y evaluación tras un año de experiencia

Acevedo, M.; Martínez, M.; Guerra, J.M.; Conde, J.M.; Morona, A.; Álvaro, E.; Prieto, P.; Noguera, C.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

O14

Organigrama y valores en el sistema de gestión de la dirección de enfermería, elementos para generar confianza

Saura, M.J.; Delgado, J.; Fernández, M.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

O15

Gestión operativa de los turnos en un hospital de 3^{er} nivel - enfoque desde RRHH de enfermería

Justel, R.; Moliner, M.; Palma, R.; Luna, I.; Bermúdez, N.; Verge, J.; Casado, A.; Viso, M.
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

O16

Motivación y compromiso en tiempos de crisis. ¿Me voy o me quedo?

Fajardo, M.; Saz, M.A.; Blanco, J.M.; Lozano, F.; Pardina, G.; Cintora, R.; Boltà, M.
Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona

O17

Las sinergias en la gestión de altas e ingresos

Méndez, M.; Cabasés, A.; González, M.; Aguilar, M.; Lolo, M., Molina, M.A.
Hospital Universitario Mutua Terrassa, Barcelona

18:30 **MESA DE COMUNICACIONES 5**

AUDITORIO ARAO

Moderador: Fernando Groba Pérez

Supervisor de Enfermería Bloque Quirúrgico, U. Críticos. Hospital POVI-SA, Vigo

O18

Adaptación de las prácticas clínicas al grado en enfermería: implantación de turnos de prácticas en un hospital universitario

Iniesta, J.; Fernández, P.; Martos, L.; Hellín, M.F.; Beteta, D.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

O19

Nuevos tiempos nuevas oportunidades: acogida de profesionales

Medina, M., Mendoza, R.M.; González, J.; Suárez, L.
Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Gáldar, Las Palmas

Miércoles, 23 de mayo

O20

La importancia de la gestión en la formación pre graduada de enfermería. Una perspectiva aportada por los propios estudiantes

Doltra, J.; Bertrán, C.; Juvinya, D.; Ballester, D.; Fuentes, C.; Olivet, J.; Domingo, A.; Brugada, N.
Universidad de Girona. Facultad de Enfermería. Sant Gregori, Girona

O21

Uso seguro de medicamentos de alto riesgo en la Unidad Asistencial de Hematología

Rodríguez, M.B.
Hospital Clínico Universitario, Salamanca

O22

Proyecto para la formación e implantación de planes de cuidados enfermeros estandarizados en atención primaria en el sector 2 de Zaragoza

Brun, C.; Arrieta, E.; Gonzalo, F.; Tabuenca, P.; Teruel, A.; Tobajas, E.
Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Zaragoza

O23

Actitudes ante el cambio en profesionales de un hospital próximo al traslado

Orihuela, I.; Fernández, C.; Pérez, P.; Aranda, T.; Aparicio, C.; González, R.
Hospital Universitario San Cecilio, Granada

18:30

MESA DE COMUNICACIONES 6

SALA 1

Moderador: Carlos Salgado Álvarez

Supervisor del Área Funcional de Diagnóstico por la Imagen. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

O24

Participación ciudadana en la Gestión de los Servicios Sanitarios a través de las encuestas de calidad

Mira-Marcelí, N.; Ibáñez, D.J.; Martínez, M.J.; Yáñez, M. R.; Belda, M.; Lozano, M.S.; Ruiz, J.A; Clar, S.
Departamento de Salud de Elda, Alicante

O25

Mejora del proceso fractura de cadera mediante el benchmarking y la continuidad asistencial

Basante, A.; Prieto, A.M.; González, A.; Rodríguez-Heví, A.
Hospital El Bierzo SACYL, Ponferrada, León

O26

¿Realizamos valoraciones holísticas? ¿Conocemos a nuestros pacientes?

Martín, M.T.; Limia, L.; Buezo, M.J.; Lucas, L.; Pérez, M.L.
Hospital Virgen de la Torre, Madrid

O27

Continuidad de cuidados en los pacientes con pluripatología

García, A.
Hospital Universitario, Guadalajara

Miércoles, 23 de mayo

O28

Listado de verificación quirúrgica (LVQ): ¿una herramienta útil para el personal?

García, N.; Gómez, B.; Pérez, L.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

O29

Implantación de la figura de la matrona en el equipo multidisciplinar en una unidad de puérperas

Sánchez, C.; Eixarch, T.; Pujol, M.A.; Ferrer, M.N.; Lara, R.; Pérez-Cabrero, I.; Rubio, D.; Martínez, R.M.

ICS. Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

18:30

MESA DE COMUNICACIONES 7

SALA 2

Moderadora: M^a José Sánchez Mesías

Subdirector de Enfermería. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, A Coruña

O30

Beneficios de la enfermera gestora en el Hospital de Día Médico

Fernández, G.; Giménez, M.C.; Ortiz, M.; Calonge, P.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

O31

Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) para enfermería

Vega, J.; Rando, A.; Moreno, C.; Moreno, P.; Galilea, M.E.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid

O32

Evaluación de la integración asistencial y continuidad de cuidados en un modelo de gestión enfermera: modelo Alicante

Jover, J.I.; Prieto, M.A.; Megina, M.J.

Hospital General Universitario de Alicante/ SERVASA, Alicante

O33

La gestión del cambio: aplicación de la ley antitabaco en una unidad de hospitalización de psiquiatría

Moreno, D.; Domínguez, A.; De Miguel, C.; Pineda, C.; Del Pino, V.; Segarra, M.L.; Soria, S.;

De Iceta, M.

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

O34

Creatividad al servicio del usuario: implantación de un programa de rehabilitación cardíaca

Moreno, D.; Del Pino, V.; Fraile, M.; Gallego, M.; Domínguez, A.; Pineda, C.; Segarra, M.L.;

De Iceta, M.

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

O35

Implantación del registro electrónico de administración de medicamentos (REAM)

Roca, E.; Palma, M.A.; Arasa, F.; Junyent, M.; Gómez, F.; Tovar, A.; Barberà, M.A.

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Institut Català de Salut, Barcelona

19:30

FIN DE LAS SESIONES

Jueves, 24 de mayo

09:00

MESA DE COMUNICACIONES 8: EXPERIENCIAS

AUDITORIO GAVIOTA

Moderador: Epifanio Fernández Collado

Catedrático de Universidad en Enfermería. Director del Área Académica de Enfermería. Universidad Europea de Madrid

E12

Vídeo relato la vida en sombra

Carmona, J.M.; Veras, R.; Lara, R.; Borrero, M.P.; López, F.B.; Medina, M.T.; Pérez, M.J.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla

E13

Implantación de la estación de trabajo de enfermería en hospitalización. Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Martínez, M.; Zuriguel, E.; Agustino, S; Díaz, E.; Lara, R.; de Haro, A.; Hernández, J.; Artigas, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

E14

Proceso de implantación del programa de enfermería de gestión de casos

Fayos, D.; Gil, M.D.; Mira-Marcelí, N.; López, M.I.; Yáñez, M.R.; Pérez, F.; Martínez, P.; Torres, M.A.
Departamento de Salud de Elda (Alicante). Agencia Valenciana de Salud, Alicante

E15

Gestión e intervención en la mejora del programa de salud del adulto

Gil, M.D.; Pérez, F.; Mira-Marcelí, N.; López, M.I.; Hernández, J.; Torres, M.A.; Yáñez, M.R.; Martínez, P.
Departamento de Salud de Elda (Alicante). Agencia Valenciana de Salud, Alicante

E16

Desarrollo del plan de humanización del Hospital Universitario Lucus Augusti, ¡Dicho y hecho!

Enríquez, G.; Viñas, A.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

E17

Implantación y desarrollo de la figura de supervisión para el ámbito de la atención comunitaria dentro de la red de salud mental de Bizkaia

Fentanes, L.; del Campo, M.T.; Eraña, M.I.; López, M.P.; Moreno, M.C.; Rodríguez, A.I.
Red de salud mental de Bizkaia/Osakidetza, Bizkaia

E18

Acogida profesional. Valoración competencias.

Díaz, R.M.
SERGAS.Complexo Hospitalario de Vigo, Pontevedra

E19

Las relaciones interpersonales en medicina hospitalaria

Casajus, G.; Alonso, A.; Bonfill, X.; Caso, J.; Cerradelo, M.; Coll, R.; García, A.; Güell, E.; Güell M.R.; López, M.A.; Lozano, P.; Martín, C.; Morante, F.; Palmer, J.; Pérez, J.I.; Plademunt, L.I.; Segura, M.; Venegas, M.P.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Jueves, 24 de mayo

09:00

MESA DE COMUNICACIONES 9

AUDITORIO ARAO

Moderadora: Mercedes Ferro Montiu

Jefe de Servicio Técnico-Asistencial. Dirección de Salud Mental de Navarra

O36

Mejora de la seguridad del proceso de prescripción/transcripción mediante la implementación de una hoja de prescripciones informatizada

Cumplido, R.; Clemente, W.; Jiménez, EM.; López, F.; Torralba, J.; Flores, C.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

O37

Implantación de un sistema de información para la utilización de cámaras inhalatorias en pacientes pediátricos en distintos idiomas

Ramperez, O.; Flores, R.; Rival, G.; López, H.; Sepúlveda, J.A.; Viclarín, J.; Arias, S.; Sánchez, N.
Hospital del Tajo, Madrid

O38

Implantación de la consulta de enfermería de alergia en el centro de especialidades de Juan Llorens

Nuez, M.J.; Gimeno, P.
Consortio Hospital General de Valencia. Consellería de Sanidad, Valencia

O39

Formación continuada: marca de excelencia

Fortes del Valle, A.; Bartel, H.; Cepero, R.; Llado, C.; Mas, M.; Varo, C.; Peri, C.; Pie, N.
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla, Tarragona

O40

Evaluación de 360° de la dirección de enfermería

Prieto, A.; Basante, A.; Rodríguez-Hevia, A.; Fernández, S.
Hospital El Bierzo, SACYL, Ponferrada, León

O41

Acercando la formación a la práctica asistencial

Buezo, M.J.; Limia, L.; del Valle, M.L.; Lucas, L.; Pérez, M.L.; Pérez, M.L.
Hospital Virgen de la Torre, Madrid

O42

La docencia en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería: visión de los profesionales

Limia, L.; Fernández, M.
Hospital Virgen de la Torre, Madrid

O43

Importancia de la fase preanalítica en los resultados del laboratorio

Goy, C.; Hospido, P.; Rebolo, M.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

O44

Nuevas tendencias en la gestión: enfermeras gestoras de la guardia

Prieto, R.; Liebana, I.; Sánchez, J.; Rojo, M.B.; Muñoz, D.
Hospital General SESCAM, Guadalajara

Jueves, 24 de mayo

09:00

MESA DE COMUNICACIONES 10

SALA 1

Moderador: Alfonso Cruz Lendínez

Director de Enfermería, Complejo Hospitalario de Jaén

O45

Diseño e implantación de un sistema automatizado de suministro a las unidades de consumo mediante el sistema kanban/doble cajón mediante RFID

Vázquez, I.; Rego, M.J.; Insua, J.F.; Pérez, C.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

O46

La evaluación de los planes de cuidados: ciclo de mejora continua

Vega, J.; Rando, A.; Gómez, R.; González, C.; Ruiz, T.; Muñoz, E.
Hospital Universitario Infanta Cristina, Getafe, Madrid

O47

Telemedicina al servicio de la equidad sanitaria

Soria, S.; Duro, M.R.; Beltrán, Y.; Torrado, M.C.
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

O48

Impacto de la aplicación de un listado de verificación quirúrgica en la organización

Iglesias, C.; Muñoz, M.A.; Groba, F.
Hospital POVISA, Vigo

O49

Las nuevas tecnologías aplicadas al cuidado de los pacientes en urgencias

Doménech, R.M.; Espín, C.; Bohigues, C.
Hospital de Denia, Marina Salud, Ondara, Alicante

O50

Experiencia de gestión del cuidado de heridas en una unidad especializada, resultados en adecuación del gasto

Álvarez, J.C.; Morado, P.; Moreno, A.; Ferreira, M.J.; Pérez, M.J.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

O51

Gestión por procesos: avance y progreso en hospitalización

Domínguez, M.A.; Melendo, C.; Naranjo, E.; García, R.; Sáez, S.; Mansilla, C.; Patrón, E.; Cañadas, V.
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

O52

Contención económica y satisfacción del personal de enfermería en el cambio de los equipos de infusión en el Hospital Santa Caterina de Salt (Girona)

Jurado, R.; Batlle, N.; Vilalta, M.T.; Boix, M.; Alemany, C.; García, M.; Vilardell, C.
Hospital Santa Caterina de Salt, IAS (Institut d'Assistència Sanitaria), Girona

O53

Satisfacción del personal de enfermería con las medidas de contención económica realizadas durante el periodo vacacional, en el Hospital Santa Caterina de Salt (Girona)

Batlle, N.; Vilalta, M.T.; Boix, M.; Jurado, R.; Jofre, M.; Alemany, C.; García, M.; Vilardell, C.
Hospital Santa Caterina de Salt, IAS (Institut d'Assistència Sanitaria), Girona

Jueves, 24 de mayo

09:00

MESA DE COMUNICACIONES 11

SALA 2

Moderadora: Remedios Yáñez Motos

Directora de Enfermería Atención Primaria- Dept. 18, Alicante

O54

Organización de una unidad y traslado al nuevo hospital

Rodríguez, E.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

O55

Objetivo: la continuidad de los cuidados enfermeros

Raventos, M.; Carol, G.; Gatell, M.G.; Martínez, M.; Meury, E.; Ortiz, S.; García, J.A.; Yepes, J.M.

Consorci de Serveis Bàsics de Salut. Xarxa Sanitaria i Socila de Santa Tecla, Tarragona

O56

Estrategia formativa para la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) en un hospital de tercer nivel

Fernández, M.; Aceituno, M.A.; Díaz, E.; Maestre, M.C.; Molina, T.O.; Tosquella, M.R., Martínez, R.M., Albero, I.

Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

O57

Estrategia en la seguridad del paciente: uso de desfibrilador semiautomático

Triguero, N.; Rey, E.; Muñoz, M.J.; Villarreal, M.J.; Rodríguez, A.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

O58

Exposición ocupacional accidental con riesgo biológico: protocolo de actuación

Pérez, M.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

O59

Razones de la no cumplimentación del informe de continuidad de cuidados en el área quirúrgica de un hospital de agudos

Tomé, M.J.; Díaz, M.J.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

O60

Afectación en una unidad de agudos de psiquiatría ante la aplicación de la ley antitabaco

Ortiz, J.M.

Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Barcelona

O61

Puesta en marcha del servicio de pediatría en el Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Deu

Carranzo, B.

Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona

O62

Unidad de Vigilancia de Urgencias. Liderazgo de enfermería en vigilancia y cuidados de pacientes en la unidad de vigilancia de urgencias (UVU) de un hospital terciario.

Chamarro, S.M.; Mediavilla, M.; Escribano, B.; Llorente, A.; Rey, E.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Jueves, 24 de mayo

10:30

MESA DE COMUNICACIONES 12: EXPERIENCIAS

AUDITORIO GAVIOTA

Moderadora: M^a Luisa Teijeira Rodriguez

Vocalía Castilla-La Mancha, ANDE

O63

Unidad de alta al día: experiencia y resultados

Martínez, M.; Pelay, N.; Artigas, M.; Hernández, J.; López, M.D.
Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Barcelona

E20

Gestión de un sistema de notificación: una experiencia de éxito

Rodríguez, M.; Campos, I.; Mozo, H.J.; Otero, M.L.
Hospital da Barbanza, Ribeira, A Coruña

E21

Incorporación de EIR en pediatría. Impulso profesional para las enfermeras asistenciales.

Muñoz, M^a J.; García, J.L.; Navares, H.; Reviriego, L.; Rey, E.; Rodríguez, A.; Triguero, N.; Zotes, R.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

E22

Un mes un tema

Torres, A.; Galindo, S.; de Prada, C.
Hospital Universitario La Paz, Madrid

E23

Competencias enfermeras. Garantía de seguridad

Falagán, M.; Ferreira, M.P.
Hospital Povisa, Vigo

E24

Racionalización en la solicitud de análisis de laboratorio en el Centro de Salud Campamento

García, R.; Lázaro, M.P.; Sierra, I.; Crespo, M.J.; Delgado, R.; Checa, P.
Centro de Salud Campamento, Madrid. D.A. Centro (SERMAS)

10:30

MESA DE COMUNICACIONES 13

AUDITORIO ARAO

Moderador: Rafael García Montesdeoca

*S.A.F. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Hospital Juan Carlos I,
Las Palmas de Gran Canaria*

O69

Proyecto de unificación territorial de la unidad de formación continuada

Martínez, G.; Domínguez, M.; Carbonell, D.
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

O70

Los alumnos comparten y crean conocimiento

Martínez, G.; Carbonell, D.; Domínguez, M.
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

Jueves, 24 de mayo

O71

Innovación como elemento motivador, generador de recursos y de conocimiento

Martínez, G.; Domínguez, M.; Carbonell, D.
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

O72

Análisis de los cambios de turno en el personal sanitario

Trujillo, S.; Valderrama, J.V.
Hospital Quirón, Valencia

O73

El Informe de Continuidad de Cuidados como herramienta de coordinación entre niveles asistenciales

Garrido, A.; García, M.; Cotino, J.; García, F.; Reig, P.; Mandingorra, J.; Alfonso, F.
Consortio Hospital General Universitario de Valencia

O74

Del paciente al ordenador... sin papeles

González, M.I.; Tourne, B.; Arriaga, M.; Gordillo, T.; Martín, L.M.; Hidalgo, C.; González, G.T.
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

10:30

MESA DE COMUNICACIONES 14

SALA 1

*Moderador: Francisco Jose Duque Duque
Profesor, Universidad Europea de Madrid*

O75

Resultados de la implantación del Programa 5

Fernández, M.; Agustín, C.; Puche, G.; Jabalera, M.; Pérez, J.; Sanfeliu, R.; Oliveras, I.; Cuerva, A.
Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu, Barcelona

O76

Seguridad clínica: enfermeras referentes

Andrés, I.; Martí, N.; Ruiz, A.; Cruz, R.; Quílez, F.J.; Barberà, M.A.; Sauqué, E.
Hospital Universitari Germans Trias Pujol, Barcelona

O77

Gestión de listas de espera en la unidad de rehabilitación: derivaciones externas

Revuelta, M.T.; Castel, M.J.; García, A.; López, A.; Ruiz, P.L.
Hospital Universitario, Guadalajara

O78

Optimización del recurso "cama de hospitalización convencional"

Mir, R.; Parés, D.; García, L.; Caballero, M.; Roldán, L.; Estivill, P.; García, C.; Grimal, I.
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona

O79

Cómo aumentar el índice de sustitución en cirugía programada (CMA)

Mir, R.; Parés, D.; Molina, S.; Gutiérrez, J.; Quílez, J.; Vargas, I.; García, C.; Grimal, I.
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona

Jueves, 24 de mayo

O80

Plan de seguridad clínica en una unidad de críticos, desde la gestión competencial hasta la gestión del riesgo

Pazos, M.C.; Groba, F.; Muñoz, M.A.
Hospital POVISA, Vigo

10:30

MESA DE COMUNICACIONES 15

SALA 2

Moderadora: Montserrat Ruiz López

Profesora, Universidad Europea de Madrid

O81

Observación participativa: roles adoptados en el equipo de trabajo de una dirección de enfermería en función de cada uno de sus miembros

Quilez, J.; Grimal, I.
Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Barcelona

O82

Nuevos tiempos en la atención perinatal

Vázquez, L.; Jiménez, L.R.; Ouro, C.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

O83

Gestión enfermera en la asistencia en adopción internacional a través de las TICs

Fernández-Lasquetty, B.¹; Castillo, A.²; Lorente, G.²; Angulo, I.²

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Univ. de Alicante. ²Hospital General La Mancha - Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real

O84

Reorganización estructural, asistencial y de recursos de un hospital psiquiátrico

Pérez, M.J.; Moreno, A.; Ferreira, M.J.; Vilanova, F.J.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

O85

Identificación y uniformidad del profesional: aspectos clave para la seguridad y satisfacción del usuario

Ortuño, I.; Bermejo, C.; Gómez de Enterría, C.; Hernández, M.T.; Muñoz, D.; Dueñas, C.; Fernández, E.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

O86

Encuesta de satisfacción de los familiares con el cuidado del paciente en la UCI

Campos, M.D.; Lacasaña, P.; Ros, M.; Cánovas, P.; Ramírez, A.; Ballesteros, M.J.; García, I.; Sánchez, N.
IB-SALUD. Hospital Can Misses, Ibiza

11:30

Pausa café. Defensa oral de Pósters.

Jueves, 24 de mayo

12:00

MESA REDONDA 3: ÉTICA Y VALORES EN LA GESTIÓN

AUDITORIO GAVIOTA

Moderadora: Inmaculada Sánchez Martín

Asesora de Enfermería de la Dirección General Ente Público Osakidetza. S.V.S.

Ciencia, salud y comunicación

Javier Peteiro Cartelle

Doctor en Medicina y Jefe de sección de Bioquímica. CHUAC, A Coruña

La responsabilidad ética del gestor enfermero en tiempos de crisis

Montserrat Busquets Surribas

Profesora titular de la Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona

El contagio de los valores a través de las conexiones

Pilar Marqués Sánchez

Profesora titular de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de León, Campus de Ponferrada

14:00

Almuerzo de trabajo

16:00

SIONAL

MESA REDONDA 4: INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DESARROLLO PROFE-

AUDITORIO GAVIOTA

Moderadora: Concepció Cabanes Durán

Directora Asistencial, Fundació Sociosanitaria de Manresa, Barcelona

A hombros de gigantes: evaluando una experiencia de enfermería de práctica avanzada en el Reino Unido

Enrique Castro Sánchez

Investigador, Centro para la Prevención y Manejo de Infecciones, Imperial College London y Profesor Asociado, Open University. Londres, Reino Unido

Doctorando en Enfermería, Universidad de Alicante

Investigación en cuidados: nuevos desafíos

Gema Escobar Aguilar

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii), Madrid

Nuevas oportunidades para las enfermeras gestoras usuarias de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

Subdirectora de Enfermería. Hospital General Mancha-Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

16:00

ASAMBLEA ORDINARIA ANDE

SALA 1

Jueves, 24 de mayo

17:00 ASAMBLEA EXTRAORDINARIA ANDE
SALA 1

Primera convocatoria: 17:00 h.
Segunda convocatoria: 17:30 h.

18:00 MESA DE COMUNICACIONES 16
AUDITORIO ARAO

Moderadora: Mar De La Peña Cristia
Subdirectora Humanización y At. Usuario. Complejo Hospitalario
Universitario de Vigo

O87

La gestión de la complejidad del cuidado en las unidades de hospitalización

Ramos, J.; Ortega, J.J.; Sebastián, T.; Gómez, P.M.; González, J.M.; García, M.R.; Lema, I.; Velayos, E.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

O88

Nuevos tiempos en la atención perinatal

Jiménez, L.R.; Ouro, C.; Vázquez, L.
SERGAS. Lugo

O89

Hacia una nueva gestión del cuidado en el paciente con Síndrome de Fatiga Crónica. Evaluación de la efectividad de un programa de educación para la salud.

Llinas, M.; Sevillano, M.; Badía, R.; Carballo, M.; Alegre, J.; López, D.; Martínez, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

O90

Proyecto de mejora del nivel de satisfacción de las cuidadoras de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Zurita, A.J.; Villegas, M.; Vílchez, S.; Peña, D.; Ortiz, M.J.; Rivas, A.; González, P.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

O91

Reinventar la prestación de la atención enfermera

Álvarez, O.; Vicente, M.; Nicolás, T.; Jose María, P.; Santa María, M.A.; Martínez, J.A.; Tomé, E.; Bodas, M.
Hospital de Mollet, Caldes de Montbui, Barcelona

O92

Distribución del personal de enfermería en UCI según una cartelera de colores

Gutiérrez Moeda, E.; Gómez Martínez, R.; Vázquez González, J.A.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

Jueves, 24 de mayo

18:00

MESA DE COMUNICACIONES 17

SALA 2

Moderadora: Ángeles Martínez López

Supervisora de Área de Calidad, Docencia e Hospitalización, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Lugo

O93

Influencia de aspectos éticos y morales en la gestión de enfermería en el proceso de muerte

Prados, D.; Sola, D.; Anaya, R.; Nieto, E.; Romero, A.; Gómez, A.
Hospital Universitario San Cecilio, Granada

O94

Ética en la gestión. Formación en aspectos bioéticos en los profesionales sanitarios

Ibáñez, D.J.; Clar, S.; Ferrer, M.E.; González, I.; Gil, M. D.
Departamento de Salud de Elda, Alicante

O95

Hay que tener valor

Bayona, M.; Redondo, C.; Garrido, A.; Simarro, F.
Departamento Valencia-Hospital General, Albalat dels Sorells, Valencia

O96

Los valores del cuidado en el marco del consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Ruiz, M^a.G.; Cotino, J.; Ferrandis, V.; Gavilá, M.D.; Garrido, A.; Ruiz, A.
Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

O97

El valor añadido de la docencia y el desarrollo profesional en la gestión de recursos

Ramos, J; Ortega, J.J; Gómez, P.M.; del Vigo, M.S.; Gómez, M.C.; Pajares, O.; García, M.; González, D.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

O98

Ética + Responsabilidad = Humanización de la gestión enfermera

Fontán, G.; Cabanillas, C.; Tourné, B.; Tovar, E.
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

19:00

FIN DE LAS SESIONES

21:30

Cena de las Jornadas

Viernes, 25 de mayo

10:00

MESA DE COMUNICACIONES 18

AUDITORIO GAVIOTA

Moderadora: Carmen Yarritu Fernández

Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería, Vitoria

O99

E-learning y habilidades de lectura crítica para las enfermeras

Cidoncha, M.A.; Reviriego, E.; Gárate, L.; de Lorenzo, E.; González, R.; Asua, J.; Gagnon, M.P.
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz, Álava

O100

Perfil del supervisor de unidad: nuevo valor en la gestión clínica

Castillo, A.; Martínez, C.; Pascual, C.; Pozo, S.; Camacho, C.H.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

O101

Anàlisis de la evaluación del desempeño profesional del personal de enfermería en un hospital de alta tecnología

Márquez, M.C.; Antón, J.; Planas, N.; Vega, J.C.; Hernández, J.; Artigas, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

O102

La seguridad pasiva: una inyección de tranquilidad

Rey, J.A.
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

O103

Departamento sin dolor

Bayona, M.J.; López, M.D.; Mínguez, A.; Simarro, F.; Garrido, A.
Departamento Valencia-Hospital General, Valencia

O103B

Rondas multidisciplinares de seguridad para el control del registro de alarmas de ventilación mecánica

Campos, M.D.; Lacasaña, P.; Ros, M.; Cánovas, P.; Ramírez, A.; Ballesteros, M.J.; García, I.; Sánchez, N.
Ib-salud. Hospital Can Misses, Ibiza

10:00

MESA DE COMUNICACIONES 19

AUDITORIO ARAO

Moderadora: M^a De La Loma Segarra Cañamares

Directora de Enfermería. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid

O104

La enfermera referente para formación en nuevas tecnologías: una experiencia en hospitalización

Moscardó, A.; Blasco, P.; Albert, E.; Monferrer, M.; Martí, C.; García, C.; Delgado, J.; Fernández, M.M.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

O105

Formación específica en nuevas tecnologías al personal de nueva incorporación

Blasco, P.; Moscardó, A.; Albert, E.; Martí, C.; García, C.; Monferrer, M.; Delgado, J.; Perelló, M.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Viernes, 25 de mayo

O106

La detección de necesidades formativas en el departamento de salud Valencia La Fe, como herramienta de gestión estratégica

Albert, E.; Moscardó, A.; Blasco, P.; Martí, C.; Monferrer, M.; García, C.; Delgado, J.; Rueda, E.M.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

O107

Desarrollo de un nuevo sistema de turnicidad consensuado con los profesionales y su influencia en el absentismo

del Rosal, A.; Aceituno, A.; Blanca, J.J.; Ábalos, M.A.; Martín, J.C.
Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba

O108

Experiencia de implantación del protocolo de olvidos quirúrgicos del hospital Povisa de Vigo

Berride, L.; Castaño, R.; Fontenla, M.; Balseira, R.
Hospital POVISA, Vigo

O108B

Los logros productivos son una consecuencia y expresión de salud

Martínez, R.M.; García, A.M.; Alonso, B.; Moral, A.; Sevilla, A.; Troncoso, D.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

10:00

MESA DE COMUNICACIONES 20

SALA 1

Moderador: Blanca Lenzano Pérez

Directora de Cuidados y Organización. Fundación Hospital Calahorra, La Rioja

O109

Afrontamiento de una guardia para supervisoras de nueva incorporación del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT)

Ortiz, M.J.; Navarro, M.A.; Romerosa, P.; Martínez, M.J.; López, A.
SAS, Granada

O110

Hospital Universitario de Móstoles: una apuesta por la investigación en enfermería

Martínez, M.L.; Escanciano, I.; Mateos, M.; Matey, J.M.; Mondelo, B.
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid

O111

Evolución de la producción de las comunicaciones científicas realizadas por enfermeras de un H.G.U.

Iniesta, J.; Terón, M.J.; Sáez, A.R.; Corbalán, C.; Ros, V.M.; Muñoz, G.; Caballero, B.; Ruiz, A.J.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

O112

Resultados de www.aturnos.com en los hospitales del SESCAM (Hellin-Ciudad Real)

Gil, J.; Rebato, E.; Mígallón, E.; García, P.; García-Fogeda, A.
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Viernes, 25 de mayo

O113

Perfil de los estudiantes de grado de enfermería y percepción de la profesión en la Facultad de Enfermería de Murcia

Muñoz, G. ; Terón, M.J.; Sáez, A.R.; Corbalán, C.; Ros, V.M.; Iniesta, J.; Martínez, J.; Corbalán, M.D. Hospital General Universitario Reina Sofía. Área de Salud VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud, Murcia

O114

¿Es necesario sufrir? Beneficios de la formación del personal de nueva incorporación

González, E.; Iniesta, D.; Rodríguez, A.; Molina, P.; Del Baño, J.; Marín, F.J.; Ondoño, M.C.; Quijada, M.J. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Gerencia de Área IX. Vega Alta del Segura. Servicio Murciano de Salud, Murcia

10:00

MESA DE COMUNICACIONES 21

SALA 2

Moderadora: Mónica Rodríguez Castaño

Supervisora de Calidad. Hospital do Barbanza, Ribeira, A Coruña

O115

Programa de educación sanitaria para la mejora de la adhesión en la higiene de manos

Guillemat, M.; Bárcena, C.; Martínez, M.; Meury, E.; Ortiz, S.; Serrano, S.; Vidal, E.; Yepes, J.M. Hospital del Vendrell. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla, Tarragona

O116

Conocer la opinión de los profesionales de enfermería sobre la implantación de una estación de trabajo informatizada y su repercusión en Unidades de Hospitalización de Adultos

Sevillano, M.; Molina, M.T.; Verdeguer, M.I.; Puigdomenech, A.; Domínguez, M.A.; Font, M.L.; López, M.D.; Martínez, M. Hospital Universitari Vall D'Hebrón. Barcelona

O117

Gestora de casos de traumatología: de un proyecto a una realidad. Gestionamos mejor si nos implicamos todos

Puntonet, A.; Nolla, T.; Cucala, M. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

O118

Programa de evaluación de procedimientos clínicos de enfermería

Rando, A.; Vega, J.; Moreno, P.; Muñoz, E.; Ruiz, T.; Martí, M.L.; González, M. Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid

O119

Compartir conocimiento enfermero en red: clínica online

Colominas, G.; Blanco, F.D.; López, C. Mutua Universal, Barcelona

O120

Project Research Nursing y grupos relacionados. Diagnósticos como instrumentos de gestión y organización del lesionado medular

Tabernero, R.; Álvarez, C.; Borja, I.; García, S.; Marín, I.; Pajín, A. Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

Viernes, 25 de mayo

- 11:00** **Pausa café**
- 11:30** **MESA DEBATE**
LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN: UNA NECESIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO
AUDITORIO GAVIOTA
- 13:00** **RECONOCIMIENTO A LA TRAYECTORIA PROFESIONAL**
AUDITORIO GAVIOTA
- 13:15** **RECONOCIMIENTO AL ASOCIADO ANDE DEL AÑO**
AUDITORIO GAVIOTA
- 13:30** **PRESENTACIÓN 24 JORNADAS ANDE**
AUDITORIO GAVIOTA
- 13:45** **ENTREGA DE PREMIOS**
AUDITORIO GAVIOTA
- 14:00** **ACTO DE CLAUSURA**
AUDITORIO GAVIOTA

RESUMEN DE COMUNICACIONES



MESA REDONDA 1: LA SOCIEDAD DEL CUIDADO

MODELOS DE GESTIÓN PARA EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Teresa Orihuela Villameriel

Psicóloga especialista en psicología clínica. Directora Técnica de la Fundación INTRAS

La atención y el cuidado de las personas, es un concepto multidimensional que tiene múltiples significados que van desde lo ético, a través de los valores que la sustentan, lo subjetivo adaptado a las necesidades de cada personas, lo contextual determinado por las variaciones del entorno, y lo epistemológico a través de las diferentes teorías, modelos, procesos de atención, evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales, que inspiran a los profesionales. La gestión de los cuidados que no es otra cosa que abordar los problemas que implica gestionar procesos de atención con recursos limitados necesariamente se va a ver afectada por estos aspectos antes señalados.

El objetivo de la ponencia es compartir una fórmula de gestión para la atención sociosanitaria y la promoción del empleo a las personas con enfermedad mental grave y prolongada, a través de la experiencia de Fundación INTRAS en Castilla y León.

1.- ¿Quiénes somos?

F. Intras es una entidad privada no lucrativa que presta sus servicios desde el año 1994 y que surge de la iniciativa de profesionales de la salud mental. En la actualidad somos cerca de 100 profesionales

2.- ¿Qué hacemos?

A lo largo de estos más de 15 años de actividad se han beneficiado de los programas y proyectos de la entidad cerca de 7.500 personas. INTRAS ha puesto en marcha más de 250 proyectos que han permitido ofrecer servicios encaminados a la integración de las personas con enfermedad mental grave y prolongada: programas educativos (PCPI y de Educación de adultos), de rehabilitación laboral (Talleres prelaborales, Centro de Rehabilitación Laboral, Centros Especiales de Empleo), rehabilitación psicosocial, programas de atención residencial (pisos supervisados y Residencia de Toro), proyectos de cooperación al desarrollo... Una parte destacada de sus acciones se dirige también a la aplicación de la I+D en la mejora de la calidad de vida de este colectivo, destacando entre sus desarrollos tecnológicos el programa Grador de rehabilitación cognitiva.

3.- ¿Cómo lo hacemos?

3.1.- Nuestra misión la recuperación de los proyectos de las personas con enfermedad mental. En los últimos años y tras unos años trabajando desde modelos más sanitarios hemos ido incorporado el concepto de recuperación a nuestra forma de trabajar, siguiendo los trabajos de Anthony y Farkas, así como de los movimientos de autoayuda de los propios usuarios. Este enfoque nos orienta como profesionales a apoyar la recuperación de los proyectos de vida de las personas con enfermedad mental una vez que han aparecido las consecuencias de la enfermedad.

3.2.- El trabajo como motor de los servicios y programas. Desde los primeros años nuestro objetivo principal era facilitar el empleo a las personas con enfermedad mental, entendiendo que el trabajo es la actividad que permite devolver la normalidad y el papel de ciudadanos activos a las personas que reciben atención en los servicios de Salud Mental.

3.3.- La orientación de los servicios a la recuperación y empoderamiento de las personas que usan nuestros servicios. Cualquier servicio por pequeño y comunitario que sea puede convertirse en una institución total, en un manicomio si aplasta las necesidades de los usuarios, si las normas fijadas por la administración, los profesionales y los gestores están siempre por encima de las elecciones y preferencias de las personas a las que va dirigido. De esta forma y como resumen del enfoque de recuperación en los servicios y siguiendo a Farkas, los servicios deben estar orientados a las personas, se cuenta con la participación de las personas en la planificación y funcionamiento de los servicios, se promueve la autodeterminación y la elección objetivos, siempre con la esperanza en el futuro como horizonte.

3.4.- El tratamiento, no es posible el tratamiento sino hay “trato” con las personas con enfermedad mental, esto que parece obvio cada vez es más excepcional en la salud mental actual. Algunas claves de este trato necesario son: la flexibilidad, una “cierta indiferencia”, el valor de los fracasos, la necesidad de límites, la negociación, los espacios de tratamiento y la formación de un equipo de profesionales.

3.5.- Los recursos. Sabemos que las necesidades de atención de las personas son, en la práctica, infinitas, mientras que los recursos económicos son limitados y más en estos días. Al enfrentarnos a necesidades crecientes con recursos limitados, tenemos que elegir. Elegir y priorizar forma parte de nuestra gestión diaria.

3.6.- El viaje a la Calidad Total. Desde el año 2002 hemos estado trabajando el implantación de un modelo de calidad en concreto el Modelo EFQM, este modelo se basa en principios y criterios que son: la satisfacción de clientes (usuarios, sus familiares y administración) la mejora del rendimiento de sus procesos, la mejora de los servicios que se prestan, la mejora de las condiciones y de la situación laboral de los trabajadores de INTRAS. En este sentido la Calidad se plantea como una cultura trasversal a toda la entidad orientada a la mejora continua. En 2007 nos certificamos en 200+, en 2009 en 300+ y en 2011 hemos alcanzado el 400+. Todo este esfuerzo impulsado desde la dirección con una participación muy alta y comprometida desde todos los profesionales, ha sido interesante especialmente en el desarrollo de hábitos y espacios para la reflexión y autocrítica grupal.

Sin embargo cuando trabajamos desde modelos de calidad es necesario estar vigilante para no relegar el saber y centramos exclusivamente en la técnica, especialmente en lo procedimental, de forma que pasado el tiempo no sepamos porque hacemos lo que hacemos, aunque cada vez lo hagamos mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, J. M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
2. Anthony, W. A. (1992). *Psychiatric rehabilitation: key issues and future policy*. *Health Aff (Millwood)*, 11(3), 164-171.
3. Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). *The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base*. *Schizophr Bull*, 12(4), 542-559.
4. Chamberlin, J. (2005). *User/consumer involvement in mental health service delivery*. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 14(1), 10-14.
5. Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F., & Leary, M. (1999). *The construct validity of empowerment among consumers of mental health services*. *Schizophr Res*, 38(1), 77-84.
6. Farkas, M. (2007). *The vision of recovery today: what it is and what it means for services*. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
7. Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). *Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions*. *Community Ment Health J*, 41(2), 141-158.
7. Fundación INTRAS, 2011, from www.intras.es

MESA REDONDA 1: LA SOCIEDAD DEL CUIDADO

OTRA FORMA DE ESTAR A TU LADO

Rosana Sánchez Sastre

Terapeuta ocupacional de la Asociación AMENCER-ASPACE y Servicio de Atención Infantil del Centro Médico. Pontevedra

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Ocupación, Sujeto, Encuentro Profesional-Usuario, Pluridiscapacidad.

INTRODUCCIÓN

Reflexión teórica, enfocada desde la Terapia Ocupacional, sobre cómo afecta la actitud y escucha de los profesionales en los usuarios con los que trabaja. Cuando hay graves problemas de comunicación es frecuente caer en la interpretación, influenciada por la perspectiva de cada uno de los que observan, muchas veces lejos de la realidad de quien es observado.

Desde la Terapia Ocupacional se entiende al ser humano como un “ser activo por naturaleza, que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos, un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad con intención, con propósito” (APETO, 1999). “La ocupación son esas actividades con sentido, donde se integra lo subjetivo y lo interpersonal en un tiempo y espacio, dentro de unas pautas de una cultura determinada”⁷. “Es el medio por el cual los seres humanos dan significado a su vida, mantienen coherencia en su modo de estar en el mundo”⁷.

Pero ¿qué ocurre cuando la persona padece una pluridiscapacidad y es totalmente dependiente a la hora de responder a esas necesidades y DESEOS?, ¿Qué ocurre cuando hay graves problemas de comunicación y, la intención y propósito de una actividad, son interpretados por otra persona?

OBJETIVOS

- Proporcionar un conjunto de orientaciones, contenidos y marcos de referencia relacionados con la intervención en personas gravemente afectadas.
- Acercarnos a la experiencia vital de las personas con pluridiscapacidad y cómo facilitarles un lugar y un contexto en su formación como sujetos.
- Sensibilizar nuestra capacidad de comunicación y percepción de la persona, para así poder ofrecer nuevas vías de intervención, otra forma de estar, de acompañar, de vivir el encuentro terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

La experiencia de la cual nace esta comunicación tiene lugar cada día en la Asociación Amencer-Aspace para personas con Parálisis Cerebral y otras patologías afines. Este texto hace referencia principalmente a personas gravemente afectadas a nivel físico, cognitivo, sensorial y comunicativo. La metodología utilizada se nutre de varios enfoques destacando la Integración Sensorial o Estimulación Basal.

RESULTADOS

Lejos de las habilidades y del despliegue técnico e instrumental del terapeuta, la actitud comprensiva y contenedora, debe evidenciarse para poder ver, escuchar, sentir y comprender al otro⁷. De este modo favorecemos un escenario donde el usuario es dueño de sus ocupaciones, ayudando a formar un sujeto en lugar de “adiestrarlo”.

Ante esta realidad se hace necesaria la creación de un espacio terapéutico donde cada equipo multidisciplinar construya un modelo único de abordaje con cualidades propias, con una identidad. El equipo debe comprender, escuchar y contener a sus componentes para poder hacerlo a su vez con los usuarios. Por todo ello, para poder desempeñar un trabajo integral, es necesario construir un equipo integrado.

CONCLUSIONES

Este tipo de análisis y reflexiones hacen inevitable recordarnos que no debemos posicionarnos en un lugar de ostentación del saber. Debemos poder soportar las preguntas que la práctica de nuestras funciones en el día a día nos suscitan. Nuestro lugar en el encuentro terapéutico será desde la escucha, donde el otro tiene siempre algo que decir, acompañando en esta "otra forma de estar a tu lado".

BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo Riera, N., Amondarín Ramos, Y. Retomar los orígenes de la Terapia Ocupacional: la convergencia del enfoque rehabilitador y terapéutico. *Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO). Especial Psiquiatría. 2001, 27: 20-27*
2. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso. *The America Journal of Occupational Therapy. 2002; vol. 56; n°6: 609-639. Publicación y divulgación en: www.terapia-ocupacional.com.*
3. Jean Ayres, J., *La Integración Sensorial y el Niño. 2006. Trillas.*
4. *Curso Estimulación Basal, Parte I. Organizado por la Confederación ASPACE. 2009.*
5. Guaza, C., "Enfoque psicoanalítico" en DURANTE P., NOYA B. *Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona 1998. Masson.*
6. Entrevista a Carmela Guaza en *Revista Informativa de la APETO. N°18. 1998.*
7. Molina De Rondina, J. Significados en el encuentro terapéutico. *TOG (A Coruña) Revista en Internet. 2007 5: 10. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/ORIGINAL2.pdf>*
8. Larban Vera, J. El modelo comunitario de Atención a la Salud Mental "Contenido y Contenedor". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010; 49: 205-224.*
9. Bustillo Gálvez, G. Evolución de un niño con trastorno mental severo en el marco de Hospital de Día. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2009; 47: 189-208.*
10. Ortega García, D., León Allué, L. Con-formación y Dis-posición. Equipo y formación de los profesionales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010; 50: 143-159.*
11. Bokler, E. Modelo de Intervención Terapéutica en el Hospital de Día de Leganés: Propuestas y Reflexiones sobre el Trabajo Interdisciplinar. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010; 50: 197-207.*
12. Reflexiones con M^a Carmen Cota, Psicóloga y Psicoterapeuta Infantil. No publicado.

MESA REDONDA: CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN: LA GESTIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Joan Ernest de Pedro Gómez

Director de la Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat Illes Balears, Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

La comunidad científica ha demostrado sobrado interés por entender la complejidad que rodea la transferencia del conocimiento a la práctica clínica. Son muchos los estudios que han intentado estudiar conocer y profundizar en las variables que intervienen en la transferencia e implementación de los resultados de la investigación en el ámbito clínico por parte de las enfermeras y la influencia de las diferentes variables y característica que condicionan la utilización de la investigación y la traslación de los conocimientos para posibilitar una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE).

OBJETIVOS

Establecer el diagnóstico de los factores que condiciona en los profesionales de enfermería una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) en el Servicio de Salud de las Islas Baleares. Identificando posibles diferencias en función de las características profesionales y de los entornos en los que se ejerce.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrollo un estudio observacional transversal multicéntrico, tomando como población de estudio la totalidad de las enfermeras de plantilla del Servicio de Salud de las Islas Baleares, a las que se encuestó con los instrumentos Evidence Based Parctice Questionnaire (EBPQ) y Nursing Work Index (PES-NWI). La estrategia de análisis comprendió análisis exploratorio, análisis bivariante y multivariante, entre las principales variables del estudio y los factores de los cuestionarios PES-NWI y EBPQ. Los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

El número de encuestas recibidas fue de 1.753 encuestas, correspondiendo a una participación del 56,02%. Los resultados establecen diferencias significativas en los dos cuestionarios al analizar el entorno hospitalario y de atención primaria ($p < 0,001$), diferencias que se mantienen significativas al comparar la categoría y la experiencia profesional. Destacó una participación de mujeres 82,5%, con una experiencia profesional de 14,15 años, perteneciendo el 78% a los diferentes entornos hospitalarios y el 22% a atención primaria.(tabla 1).

En cuanto al nivel de competencia profesional percibido por las enfermeras para desarrollar una PCBE, medido con el cuestionario EBPQ, se encontraron diferencias significativas en la puntuación global en función de los años de experiencia profesional, obteniendo mejores puntuaciones los profesionales con menor experiencia frente al resto ($p = 0,032$). En el examen de cada uno de los tres factores (práctica, actitud y conocimientos y habilidades) que conforman el EBPQ se mantiene las diferencias significativas en los factores actitud y conocimientos . En los resultados obtenidos por el PES-NWI al confrontar la puntuación global obtenida en función de los años de experiencia profesional, nuevamente se observa una diferencia significativa ($p < 0,001$) a favor de los profesionales más noveles: de 0 a 2 años (tabla 2).

En cuanto al análisis global del EBPQ por categoría profesional existe una diferencia significativa ($p < 0,001$) a favor de las enfermeras con funciones de gestión (supervisión y coordinación) sobre las enfermeras clínicas, manteniéndose esta diferencia para los los tres factores. Respecto al PES-NWI el análisis de puntuación global

según el tipo de categoría profesional, aquellas enfermeras que desempeñan funciones de gestión, presentan puntuaciones superiores con una diferencia significativa ($p < 0,001$), manteniéndose esta diferencia a favor de las gestoras (supervisoras y coordinadoras) en los cuatro factores: participación en los asuntos del centro, fundamento enfermero de la calidad de los cuidados; capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros; dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos; no existiendo diferencias significativas en el factor de relaciones entre médicos y enfermeras (tabla 3).

En el análisis de los entornos aunque se observa una mayor puntuación en el entorno de AP que en los entornos hospitalarios, aunque la significación al comparar los 3 factores que conforman el cuestionario con los 4 entornos establecidos para el análisis se reduce sólo al factor actitud ($p < 0,001$). Al comparar la valoración obtenida por el PES-NWI en su puntuación total en los diferentes entornos, se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$), persistiendo la significación al comparar los 4 entornos establecidos cuando se analiza cada uno de los cinco factores que componen el PES-NWI, siempre a favor del entorno AP excepto en el factor adecuación de plantilla (tabla 4).

CONCLUSIONES

El presente estudio aporta resultados que confirman que la transferencia de conocimiento y la PCBE en enfermeras depende de los entornos de práctica y de las distintas características individuales. También se establece que los dos instrumentos utilizados y validados en nuestro país son herramientas capaces de establecer un diagnóstico que permiten analizar los elementos de mejora tanto a nivel individual como organizacional para la PCBE.

Tabla 1: Características generales de la muestra

Tipo de entorno según nº enfermeras	Edad: Media (DE)		n (%)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
(H) >500	35,4 (9,7)	38,0 (11,3)	70 (25,3)	317 (23,7)
(H) 300-500	30,8 (5,6)	31,8 (5,3)	61 (18,4)	162 (12,1)
(H) < de 300	35,4 (9,4)	34,6 (9,1)	104 (37,5)	533 (39,9)
AP	43,7 (10,6)	44,5 (10,8)	52 (18,8)	324 (24,3)
Total			277 (100)	1336 (100)

Perfil de experiencia	Edad: Media (DE)		n (%)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0 a 2 años	24,6 (2,1)	24,7 (4,0)	23 (8,4)	101 (7,72)
>2 a 10 años	30,2 (4,2)	29,5 (4,5)	123 (45,2)	510 (38,9)
>10 a 20 años	38,1 (5,1)	38,6 (5,1)	67 (24,6)	339 (25,9)
> 20 años	51,2 (6,2)	51,6 (5,1)	59 (21,6)	358 (27,3)
Total			272 (100)	1308 (100)

Tabla 2: Valoración total EBQ y NWI por años de experiencia

Factor (valor máximo del factor o del cuestionario)	Media	IC al 95%		Desv. tip.	p
		Límite inferior	Límite superior		
EBQ total (168)	0 a 2 años	114,54	111,08	118,00	20,11
	2 a 10 años	110,12	108,63	111,71	20,90
	de 10 a 20 años	108,64	106,63	110,74	22,06
	>20 años	110,93	108,88	112,98	21,90
NWI total (124)	0 a 2 años	79,29	76,66	82,03	15,93
	2 a 10 años	71,07	69,88	72,26	15,67
	de 10 a 20 años	74,45	72,73	76,17	17,96
	>20 años	76,73	75,22	78,25	16,16

IC95%: intervalo de confianza del 95%

Tabla 3: Valoración total del EBQ y NWI por categoría profesional

Factor (valor máximo del factor o del cuestionario)	Media	IC al 95%		Desv. tip.	p
		Límite inferior	Límite superior		
EBQ total (168)	Enfermera clínica	109,72	108,61	110,63	21,49
	Enfermera gestora	116,38	113,71	119,05	19,97
NWI total(124)	Enfermera clínica	72,44	71,60	73,27	16,16
	Enfermera gestora	85,92	84,02	87,82	14,24

IC95%: intervalo de confianza del 95%

Tabla 4: Valoración total y de los factores del EBQ y NWI por entornos y según plantilla de enfermeras (Islas Baleares, 2009)

Factor (valor máximo del factor o del cuestionario)	Entorno y nº de enfermeras en plantilla	Media	IC al 95%		Desv. tip.	p
			Enf.	Sup.		
EBQ total (168)	(H) >500 enfermeras	109,44	107,34	111,55	21,83	
	(H) Entre 300-500 enfermeras	109,37	106,49	112,24	21,26	
	(H) Menos de 300 enfermeras	109,96	108,35	111,57	21,24	
	AP	112,71	110,61	114,82	20,76	
NWI total (124)	(H) >500 enfermeras	66,40	64,93	67,86	15,14	
	(H) Entre 300-500 enfermeras	75,64	73,54	77,74	15,56	
	(H) Menos de 300 enfermeras	74,76	73,47	76,05	16,99	
	AP	80,42	78,90	81,95	15,05	

IC95%: intervalo de confianza del 95%; (H): Hospital; AP: Atención Primaria de Salud.

MESA REDONDA: CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN: LA GESTIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA: DESARROLLO DE UN MODELO EMERGENTE

Cristina García Vivar

Subdirectora del Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil. Facultad de Enfermería Universidad de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

El contexto profesional, socio-sanitario y académico donde se desarrolla la profesión de Enfermería, ha experimentado un profundo proceso de transformación a nivel mundial y en nuestro país. La sociedad del siglo XXI está sumida en numerosos y grandes cambios que tienen que ver con los avances científicos y tecnológicos, el desarrollo económico, aspectos demográficos como el envejecimiento de la población y los cambios en los patrones epidemiológicos, entre otros. Estos cambios están influyendo en el sistema sanitario y en el ámbito donde se desarrollan los cuidados de salud.

Ante esta realidad, la enfermería necesita desarrollar ahora más que nunca nuevas formas de trabajar que incluyan roles y perfiles innovadores, una mayor apertura de enfoques de cuidado así como la oportunidad de demostrar mayor liderazgo en el desarrollo de los servicios de salud. La enfermería de práctica avanzada (EPA) puede dar respuesta a estas cuestiones.

En el ámbito internacional, la implantación de la EPA en la década de los 80, y su evolución hasta la actualidad, han evidenciado el impacto positivo que tiene este perfil profesional en la atención al paciente y familia, en el equipo de enfermería así como en el sistema sanitario. Algunos de los beneficios que han sido demostrados son una mayor satisfacción de los clientes con respecto a los cuidados de enfermería y una reducción de costes para el sistema sanitario.

En el contexto español, es ahora cuando están emergiendo nuevos perfiles profesionales tales como la EPA. Por lo tanto, se pronostica que la incorporación de estos perfiles tendrá también una repercusión importante y permitirán, junto con el resto de perfiles enfermeros existentes, mejorar la práctica de enfermería e innovar los cuidados en los servicios de salud.

OBJETIVOS

Los objetivos principales de esta comunicación son tres:

1. Presentar brevemente la evolución histórica de la EPA y los distintos roles en el ámbito internacional.
2. Describir las características y competencias de este perfil enfermero.
3. Mostrar el desarrollo del modelo de EPA en el contexto español.

MÉTODOS

Para responder a estos objetivos, se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos CINAHL y MEDLINE. Para obtener información sobre el desarrollo e implantación de la práctica avanzada en enfermería en el contexto español, además de recurrir a mi experiencia como coordinadora del módulo "Rol Avanzado en Enfermería" del Master en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería de la Universidad de Navarra, se consultaron varias Webs para conocer las experiencias, jornadas, congresos o cursos desarrollados en nuestro contexto sobre esta temática en los últimos cinco años.

RESULTADOS

Los resultados se organizan en dos grandes áreas: contexto internacional y contexto nacional. Con respecto al ámbito internacional, se presenta una panorámica sobre la evolución de la EPA, definición y características de la enfermería de práctica avanzada así como la preparación educativa necesaria. Además, se describen brevemente los diferentes roles y la regulación para desarrollar esta práctica avanzada. Por último, se presentan las competencias profesionales de la EPA y su impacto en la mejora de la provisión de cuidados de enfermería.

En una segunda parte de esta ponencia, se presenta la situación actual y las experiencias de formación y desarrollo de la enfermería de práctica avanzada en nuestro contexto.

CONCLUSIONES

La EPA tiene un conocimiento clínico experto que le permite realizar juicios clínicos avanzados, tener la habilidad para la toma de decisiones éticas, para el desempeño de funciones de consultor y para colaborar y trabajar con equipos multidisciplinares. Asimismo, para ejercer un liderazgo transformacional y fuerte en los sistemas de salud.

Por lo tanto, como ha sucedido en el contexto internacional, se anticipa que en nuestro país la incorporación de la EPA en el equipo de enfermería permitirá, junto con la enfermera asistencial y la enfermera gestora, mejorar la práctica a través de la investigación, crear nuevo conocimiento de enfermería y mejorar e innovar los cuidados y los servicios de salud más allá de los límites de la práctica tradicional.

Ahora, el diálogo sobre el futuro de la EPA debe centrarse en la estandarización de los requerimientos curriculares de la EPA y su contribución única con respecto a otros roles enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

1. APRN Consensus Work Group and the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee (2008) Consensus Model for Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education. Acceso [20 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/education/pdf/APRNReport.pdf>
2. Beortegui Urdániz E, Vivar CG, Canga Armayor N, Orovioigoicechea Ortega C, Canga Armayor A, Ibarrola Izura S. (en prensa) Experiencia sobre la implementación de la práctica avanzada en enfermería en una unidad de oncología. *Revista Rol de Enfermería*.
3. Bryant-Lukosius D., DiCenso A, Browne G & Pinelli J. (2004) Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48: 519-529.
4. Cunningham RS. (2004) Advanced practice nursing outcomes: a review of selected empirical literature. *Oncology Nursing Forum*, 31(2): 219-232.
5. Hamric AB, Spross JA & Hanson CM. (2009) *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. 4ª edición. Elsevier Saunders, St.Louis.
6. LaSala CA, Connors PM, Pedro JT & Phipps M. (2007) The role of the clinical nurse specialist in promoting evidence-based practice and effecting positive patient outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38: 262-270.
7. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, Friedewald WT, Siu AL & Shelanski ML. (2000) Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*, 283(1): 59-68.
8. Pardavila MI, Vivar CG, Canga Armayor A. (en prensa) Práctica clínica directa: análisis conceptual. Competencia central para el desarrollo de la práctica avanzada en enfermería. *Revista Rol de Enfermería*.
9. Ramírez P, Hernández O, Sáenz de Ormijana A, Reguera A & Meneses T. (2002) Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enfermería Clínica*, 12(6): 286-9.
10. Ruel J & Motyka C. (2009) Advanced practice nursing: A principle-based concept analysis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21: 384-392.
11. Vivar CG, Portillo MC, Arantzamendi M, Orovioigoicechea C. (2011) *Jornadas sobre Rol Avanzado en Enfermería*. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra, pp.1-160. ISBN: 84-8081-205-2.

MESA REDONDA: CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN: LA GESTIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC): ¿MEJORAN LA EFICIENCIA Y LA EFECTIVIDAD EN LA GESTIÓN?

Ana M^a Pérez Fernández

Directora de enfermería. Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

La información, dentro de cualquier organización, esta considerada como un factor clave para la toma de decisiones, clave para la gestión y eje fundamental de cualquiera de sus sistemas de información.

Durante los últimos años, hemos visto como las organizaciones sanitarias han ido incorporando nuevas tecnologías de información y comunicación (TICs) en todos sus sistemas para poder maximizar la utilidad que posee la información.

El Hospital Son Llàtzer trabaja desde su apertura (en diciembre de 2001), aprovechando su plataforma tecnológica, en el desarrollo de nuevos sistemas de información, con la finalidad de poder obtener mejores elementos de medida y evaluación, que aseguren el logro de los objetivos y la mejora de sus procesos.

OBJETIVOS

- Describir las características específicas que identifican a nuestra organización.
- Identificar los sistemas de información requeridos para la mejor gestión de la información y el conocimiento de los distintos profesionales.
- Reflexionar acerca de la contribución de las TICs en la mejora de los resultados en gestión de nuestra organización.

MATERIAL Y MÉTODO

Como cualquier otra empresa de salud, nuestro hospital afronta sistemas productivos muy variados, lo que le confiere una alta complejidad.

Basa su modelo de gestión en una triple apuesta:

- Autonomía en la gestión en el marco del sistema de salud de las Islas Baleares, con la implicación de los responsables clínicos en las funciones directivas.
- Orientación hacia las actividades sin ingreso y de resolución rápida.
- Informatización integral de todos los procesos clínicos y de gestión.

La tecnología se pone al servicio de nuestra comunidad, al mismo tiempo que ofrecemos a los usuarios una atención humana y cálida.

Los profesionales, a pesar de contar desde un inicio con distintos sistemas departamentales que facilitaban la gestión de la mayoría de procesos clínicos, administrativos y de soporte, enseguida identificaron necesidades de información y conocimiento, que estos sistemas no les facilitaban completamente.

Mediante la implicación de todos los profesionales a través de dinámicas de “equipos de trabajo”, en función de los distintos grupos de interés y las necesidades que han ido surgiendo en la organización, se han generado muchos sistemas de información:

- de apoyo en procesos a nivel operativo,
- de gestión de la información y el conocimiento
- de soporte a la toma de decisiones.

Las TICs han jugado una función muy importante en todo este proceso de generación y desarrollo de los sistemas departamentales que conforman nuestro sistema información, facilitando la interoperabilidad y la integración de toda la información que fluye dentro de nuestra organización.

RESULTADOS

- Desarrollo competencial de los profesionales en el campo de las tecnologías de la información y su aplicación a las ciencias de la salud.
- Desarrollo y mejora continua de la base de conocimientos de nuestro sistema para la gestión de los cuidados.
- Diseño y desarrollo de registros informáticos y aplicaciones para la mejora de la Seguridad del Paciente.
- Diseño y desarrollo de registros informáticos y aplicaciones para la mejora de la gestión del Conocimiento Enfermero
- Diseño y desarrollo de cuadros de mandos para la mejora de la gestión de los cuidados y mejora de la gestión de los recursos (humanos, materiales y financieros).
- Diseño y desarrollo de sistemas de acceso a la información para nuestros usuarios.
- Diseño y desarrollo de proyectos de telemedicina

CONCLUSIONES

- La variedad de sistemas productivos que afronta una empresa de salud dota de una gran complejidad al diseño y desarrollo de su sistema de información.
- La participación e implicación de los profesionales en la fase de diseño de un sistema de información es un factor crítico para la obtención de unos resultados óptimos.
- La incorporación de las TICs a los sistemas de información, mejoran la accesibilidad de los profesionales y usuarios a la información y mejoran la calidad de la misma.
- La existencia de un sistema de información manual en organizaciones con un sistema automatizado, supone una distorsión funcional para los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación e las profesiones sanitarias (BOE de 22 de noviembre de 2003)
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE de 15 de noviembre de 2002)
3. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (BOE de 14 de diciembre de 1999)
4. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (BOE de 16 de septiembre de 2010).
5. Carnicero Giménez de Azcarate, J. y Hualde Tapia, S. Informes SEIS. La seguridad y confidencialidad de la información clínica. Pamplona: SEIS; 2001.
6. Carnicero Giménez de Azcarate, J. y Hualde Tapia, S. Informes SEIS. La gestión de proyectos de Tecnologías de la Información y de la Comunicación en los Servicios de Salud. Pamplona: SEIS; 2007.
7. Carnicero Giménez de Azcarate, J. y Chavaría Díaz, M. Informes SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Pamplona: SEIS; 2003.
8. Escolar Castellón, F. y Carnicero Giménez de Azcarate, J. Informes SEIS. El sistema integrado de Información clínica. Pamplona: SEIS; 2004.
9. Antonio Muñoz Cañavate. Sistemas de información en las empresas [en línea]. “Hipertext.net”, núm. 1, 2003. < <http://www.hipertext.net>>
10. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: www.msps.es

MESA REDONDA: ÉTICA Y VALORES EN LA GESTIÓN

CIENCIA, SALUD Y COMUNICACIÓN

Javier Peteiro Cartelle

Doctor en Medicina y Jefe de sección de Bioquímica. CHUAC, A Coruña

SALUD Y CUIDADO

Hay una pregunta interesante por repetida: “¿qué tal, como estás?” Surge en el encuentro casual entre conocidos y es muy común en cualquier centro de salud. En los hospitales tiene un matiz más inmediato: “¿cómo se encuentra hoy?”. En ambos casos, la pregunta remite, como saludo de cortesía o como interés profesional, a una falta posible o real de salud. Y es que la salud en realidad no se percibe más que en la ausencia. De hecho, cuando se dice que lo importante es tener salud, se hace de modo superfluo desde el reconocimiento de que puede faltar. Eso diferencia el concepto de salud de otro, la felicidad, con la que se ha confundido tantas veces, como ocurrió con la definición felicitaria de salud, enunciada en su día por la OMS, y según la cual, en la práctica, todos estamos enfermos.

Por otra parte, sabemos que la carencia de salud puede darse en muchos modos diferentes e incluso ser total cuando pasamos a estar muertos. Todas esas formas de carencia constituyen una taxonomía nosológica aun inacabada. Curiosamente, nombrar la enfermedad ha permitido una contradicción: dar el ser a la falta. Sólo las enfermedades infecciosas se relacionan con un ser presente, el microbio. Reflexionar sobre esto tiene su importancia porque estamos en una época de afán taxonómico, de etiquetar todo lo etiquetable, incluso aunque no sea posible. Lo vemos en Psiquiatría con las sucesivas ediciones del DSM.

Tenemos otra expresión común, “hay que cuidarse” o, más concretamente, “tienes que cuidarte”, como si de un deber moral se tratase, pero ocurre que nada hay más incompatible con la felicidad que la obligación. Precisamente por ello, el exceso de cuidado, entendido como deber de actuación o de abstención, más allá de la prudencia, puede hacernos sanos infelices.

Pero, ¿qué significa realmente cuidarse? Todos tenemos una aproximación intuitiva a la respuesta pero que varía según nuestro ámbito cultural y la época en la que vivimos. El tipo de alimentación ofrece ejemplos sobradamente conocidos al respecto. Tradicionalmente el cuidado no remite a la salud sino a la enfermedad; cuidado de sí por uno mismo o por otros, profesionales de la salud o no. Pero al ser tantas las posibles enfermedades el concepto de salud pasa de lo normal a lo ideal y eso conduce a tratar no sólo enfermedades, concebidas como constelaciones de signos y síntomas, sino factores de riesgo. En un círculo que, según por parte de quien, puede entenderse como vicioso o virtuoso, la preocupación por factores de riesgo hace que se los investigue y que pasen a integrar un cuerpo creciente de hallazgos potenciales a descartar, convirtiendo el cuidado en vigilancia. Las herramientas diagnósticas pasan así a buscar la enfermedad oculta en sujetos sanos e incluso el riesgo de que acontezca, transformándose en análisis pronósticos. Maniobras tradicionales de inspección, palpación o auscultación han cedido el paso a las poderosas técnicas de imagen que hacen en la práctica transparente a nuestro cuerpo y a determinaciones analíticas que establecen cuantitativamente las desviaciones de la norma, cada vez menos estadística y más idealizada. La perspectiva de la enfermedad es obsesiva; el tradicional santoral del calendario va dando paso a un calendario nosológico en el que cada día va siendo ya dedicado a una enfermedad.

LA CIENCIA

Una analítica, un TAC, un antibiótico, tienen algo en común, proceden de un saber fruto de un método, el científico, basado en la observación, la experimentación y la verificación intersubjetiva. El cuidado preventivo y el terapéutico pretenden ser científicos. La Ciencia se constituye como la gran promesa de larga vida, incluso de eternidad para algunos. Esa esperanza se sustenta en que todo lo que afecta a lo humano se contempla como cuestión científica. Las preguntas tienen que ver con genes, moléculas, células o correlatos de imagen. La reducción metodológica imprescindible en el método científico ha dado paso a un reduccionismo ontológico

por el que el ser humano pasa a concebirse como máquina o incluso puro software. A la vez ese reduccionismo confluye con otro elemento de cosificación, la transformación de sujeto en individuo. La bioestadística, que permite descubrir factores de riesgo y cuantificar su importancia, así como revelar la eficacia de tratamientos en ensayos clínicos, toma al ser humano como individuo muestral. Esa homogenización de grupos, esencial para la aproximación estadística a una relación entre variables conlleva también el riesgo del olvido biográfico, de ver en cada paciente un individuo similar a tantos otros que comparten lo que paradójicamente se asociaría al ser, la enfermedad. La esperanza optimista en la comprensión científica del sujeto es falaz por basarse en la necesidad de la causalidad eficiente lineal, obviando lo no lineal y el papel de lo contingente como ruido o azar.

COMUNICACIÓN

La Ciencia se construye por comunicación. De sus diferentes formas, la más celebrada es la que tiene lugar en forma de publicaciones en revistas especializadas, cuyo interés para el lector potencial suele establecerse mediante un criterio conocido como índice de impacto. De la cantidad ingente de publicaciones científicas, algunos artículos tienen especial relevancia porque suponen un avance en el conocimiento básico o en aplicaciones diagnósticas o terapéuticas. Los periódicos se hacen eco habitual de tales contenidos dándolos a conocer en sus secciones de salud al público general, mediante un lenguaje comprensible. Es decir, hay una cierta forma de traducción, no sólo idiomática, sino también divulgativa.

La divulgación médica en prensa es algo relativamente novedoso. Hace años, eran los médicos los que informaban a sus pacientes de lo que juzgaban conveniente para su enfermedad o con finalidad preventiva. Los gobiernos se limitaban, a su vez, como siguen haciendo, a una educación sanitaria básica, en la que se incluyen calendarios de vacunación y normativas de prevención de riesgos laborales, por ejemplo.

El acceso a Internet ha permitido una nueva forma de comunicación. Abundan las webs, blogs o foros referidos a cuestiones de salud. La información relevante sostenible en la relación clínica es malamente suplida con frecuencia por un autodidactismo que ve en Internet una mezcla de enciclopedia y oráculo, y con el asociacionismo de pacientes, frecuentemente dirigido por intereses comerciales. Por otra parte, la difusión que se hace de novedades médicas en periódicos y suplementos semanales, sea en papel o en formato digital, tiene que ver tanto con la prevención (desde la comunicación de consejos saludables avalados por la investigación hasta alarmas sensacionalistas), como con la difusión de promesas de solución científica próxima a enfermedades hoy incurables, generándose en ambos casos optimismos injustificados y las consiguientes frustraciones.

La comunicación no siempre es buena; su exceso o distorsión propicia tres consecuencias dañinas:

- **Cientificismo y concepción mecanicista del ser humano.** Al lado de promesas científicas tan cotidianas como infundadas, se promueve una imagen del ser humano reduccionista, tanto en su forma genética como anatómica, que facilita la concepción del cuerpo como una máquina reparable tecno-científicamente en cualquier circunstancia, a tal punto que, si no lo es, se deberá al estado actual de la ciencia o al desconocimiento del médico. Se está promoviendo una infantiloides perspectiva de omnipotencia científica por la que el cuerpo humano podría mantenerse perennemente joven durante una vida más y más prolongada.
- **Higienismo.** Suele decirse que “más vale prevenir” y así cualquier sugerencia relacionada con hacerse mamografías, determinar el PSA, realizar endoscopias, genotipados prenatales e incluso TAC de cuerpo entero será tomada como aconsejable. La obsesión por el colesterol muestra hasta qué punto una información sesgada puede promover que un marcador bioquímico genere ansiedad en personas sanas. Es cierto que la prevención puede evitar una muerte prematura por cáncer o por cardiopatía y también el coste económico asociado a una enfermedad diagnosticada tardíamente. Pero en cualquier medida preventiva hay también un coste económico y de salud, porque a veces es peor el remedio que la enfermedad (como ocurre en impotencias secundarias a una cirugía innecesaria de próstata o con miopatías o hepatopatías asociadas a estatinas que no era adecuado tomar) y porque, además de la ansiedad que conllevan, los falsos positivos de una prueba no son precisamente excepcionales e implican una cascada innecesaria de intervenciones sucesivas potencialmente yatrogénicas.

A pesar de todo ello, el higienismo cala con fuerza induciendo desde hábitos alimentarios inútiles o excesos deportivos hasta la ingesta de fármacos perjudiciales o la hipocondrización generalizada.

- ***Ataque a la autoridad asociada al saber.*** La ignorancia es atrevida y vivimos en una época en que mucha gente confunde los derechos democráticos con un igualitarismo en el saber, permitiéndose ataques gratuitos a la autoridad que el propio saber confiere, confundiéndola con el autoritarismo. Los profesionales de la salud, pero también los dedicados a la enseñanza son blanco fácil de ataques promovidos por una mala información de pacientes y padres de alumnos.

Vivimos una época en la que es especialmente necesaria una reflexión sobre qué entendemos por salud, su relación con los avances científicos, y una crítica adecuada sobre el modo en que éstos se divulgan.

MESA REDONDA: ÉTICA Y VALORES EN LA GESTIÓN

LA RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL GESTOR ENFERMERO EN TIEMPOS DE CRISIS

Montserrat Busquets Surribas

Profesora titular de la Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona

PREMISA

Dada la situación de crisis es esencial defender el cuidado como valor social actual : en primer lugar porque sin cuidado la vida no continua, segundo porque el cuidado equilibra las diferencias sociales respecto a las posibilidades de vivir lo mejor posible sea cual sea la condición o estado de salud, tercero porque el cuidado reduce costos y por último porque somos personas trabajando en equipos para personas en situación de sufrimiento y fragilidad.

Desde estas premisas desarrollaré mi comunicación entorno a los siguientes objetivos:

1er objetivo: analizar algunos aspectos que influyen en la distancia existente entre enfermeras asistenciales y enfermeras gestoras. Para ello utilizaré tres argumentos:

- La escasa interrelación, aparentemente, entre ambas para el abordaje de los problemas éticos en la atención directa. Utilizaré como ejemplo el consentimiento informado.
- La percepción de las enfermeras asistenciales y gestoras sobre los problemas éticos que plantea su trabajo. Se establece la paradoja de que mientras las primeras perciben "falta de respeto hacia ellas y hacia el paciente, las segundas relatan que su "estrés moral" está relacionado con los problemas clínicos.
- La insuficiente utilización del conocimiento enfermero. Las enfermeras trabajan en organizaciones jerárquicas que permiten poco el desarrollo de su autonomía profesional. Las enfermeras son sensibles a los problemas y dilemas éticos pero tienen un escaso o nulo margen de actuación y tiempo para analizarlos y describirlos.

2º objetivo: discutir la aportación del cuidado enfermero al conocimiento general. Analizaré dos aspectos:

- La presencia del cuidado en el conocimiento de la salud en general. En la publicación de posicionamientos, informes, textos sobre salud, ya sean médicos, sociológicos, antropológicos, etc.... que incluyen el valor del cuidado, no se utilizan las aportaciones del cuidado enfermero.
- La visión de la autonomía enfermera como una lucha de poder en contra, básicamente, de la medicina y por ello la necesidad de repensar en el significado del poder enfermero como valor social.

DISCUSIÓN

El imperativo ético del gestor es crear organizaciones en tanto que sujetos éticos puesto que las acciones que se realizan y sus resultados son fruto de un esfuerzo conjunto coordinado. La responsabilidad del gestor radica en respetar la autonomía individual de las enfermeras, al tiempo que fomentar su sentido de pertenencia voluntaria al equipo, para ello el gestor debe hacer que las organizaciones sean comunidades corporativas y deliberativas con valores compartidos que generen compromisos; la cooperación es imprescindible, eso es la ética, confrontación, debate, diálogo. La ética nos enseña que encontramos mejores soluciones cuando trabajamos colectivamente y utilizamos el debate y la reflexión como fuentes de consenso.

Hay repensar en las "éticas de mínimos" tal y como planteaba A. Cortina y la importancia de "la imaginación ética" como argumentaba V Camps.

La competencia ética del gestor implica:

- cuidar a quien debe cuidar, ser perseverante, generar sinergias de equipo, corresponsabilizarse: los problemas que afrontan las enfermeras en la clínica son sus problemas y en gran parte de él depende que la enfermera pueda ir alcanzando el cuidado excelente.
- defender, desarrollar, visibilizar la ética del cuidado como clave esencial de la aportación enfermera a los equipos asistenciales y a la sociedad. El cuidado como respeto por las múltiples formas de vivir, como lugar para empoderar a las personas hacia una vida más saludable, como estrategia para la atención a la vejez o a las personas con enfermedades crónicas, como atención a la diversidad cultural.

El gestor, que también es enfermero, tiene presente que de su gestión depende que la dignidad, que es el valor esencial del cuidado, sea respetada y fomentada, tanto en el seno de los equipos como en la planificación y puesta en marcha de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauman, A. Deber R. Silverman B. Mallette C "Who cares, who cures, the ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, 28(5), 1040-1045
 2. Busquets, M Caïs, J. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*. Cuaderno nº 13. Fundación Víctor Grifols
 3. Camps V. *La imaginación ética*, Ariel Barcelona, 1983
 4. Cortina A. *Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica*. Madrid: Tecnos, 1986
 5. Gaudine A, Le Forti S, Lamb M.: *Thorne L Ethical conflicts with hospitals: The perspective of nurses and physicians*. *Nursinf Ethics* 18(6) 756-766
 6. Jaquel A, Juvé E, de la Iglesia I, Carbonell MD, Viso MF, Mané P. *Motivos de estrés moral en la supervisión de enfermería de un hospital universitario*. Congreso nacional de la asociación española de directivos de enfermería, Libro de ponencias: Sevilla; 2004
 7. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE número 280 de 22/11/2003, páginas 41442 a 41458 (17 págs.)
 8. *Los fines de la medicina*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas Nº 11 (2004) edita Fundación Víctor Grifols i Lucas
 9. Torralba, F, *Antropología del cuidar*. Instituto Borja de Bioética 1998
 10. Juve E. Antón P. *Consideraciones éticas en la gestión enfermera: una revisión actual*. *Nursing*, 2012, volumen 30, número 3
- Royal College of Nursing *Principles of nursing practice: principles and measures consultation*. August-october 2010

MESA REDONDA: ÉTICA Y VALORES EN LA GESTIÓN

EL CONTAGIO DE LOS VALORES A TRAVÉS DE LAS CONEXIONES

Pilar Marqués Sánchez

Profesora titular de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de León, Campus de Ponferrada

INTRODUCCIÓN

Existe un término para traducir el esfuerzo de las comunidades y de los vecindarios por sobrevivir, generando, así, fuertes relaciones basadas en la confianza y en la colaboración. Es el constructo del Capital Social (Jacobs, 1965). El concepto ha evolucionado desde su aplicación al desarrollo del capital humano (Coleman, 1988) hasta poder optimizarlo en el rendimiento económico (Barker, 1990), en el desarrollo de las zonas geográficas y de las propias naciones (Fukuyama, 1995, Putnam, 1995).

El principal axioma de la Teoría del Capital Social es que las redes de relaciones constituyen un valor añadido para cualquier asunto social de interés, proporcionando a sus miembros un capital colectivo propio, una "credencial", que les facilita un mérito en el más amplio sentido de la palabra (Bourdieu, 1986).

Ya, desde un contexto más organizativo, diversos autores alegan que el Capital Social forma parte de la estructura social de la organización y que, por lo tanto, puede otorgarle una diferenciación que le revierta beneficios. Esta afirmación es especialmente defendida por Burt (2000), quien argumenta que esos beneficios se justifican sobre la base de que los actores mejor conectados lograrán resultados más exitosos para ellos mismos, para el grupo y para la propia organización.

Desde la perspectiva del Capital Social y de las redes, la literatura refleja un mayor apoyo empírico en aquellos estudios que vinculan la percepción de justicia y de confianza con el rendimiento organizativo. Ambos son conceptos reconocidos como valores (Nahapiet y Ghoshal, 1998) que, de una forma u otra, facilitan la cooperación, aspecto fundamental para optimizar el resultado de los profesionales.

Partiendo de esta premisa, la presente disertación pretende aportar contribuciones de una amplia revisión bibliográfica que den soporte a la presencia de los valores en el ámbito de la gestión enfermera, a su utilidad, y a los itinerarios más prácticos que debieran diseñarse para la propagación de los mismos.

OBJETIVOS

Para conseguir la finalidad de esta revisión bibliográfica, se ha definido un objetivo general, materializado en tres objetivos específicos, tal y como se enuncian a continuación:

- Examinar el rol de los valores en el campo organizativo y sus estrategias de difusión:
- Revisar qué tipo de valores tienen una representatividad mayor en las organizaciones sanitarias.
- Determinar el marco conceptual que defina una estrategia de propagación en la práctica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han utilizado las siguientes bases de datos: Web of Knowledge, Scopus, Scielo, destacando como revistas principales: Academy of Management Review, " , Administrative Science Quarterly, " , Administrative Science Quarterly, Research in Organizational Behaviour, Academy of Management Journal, Labor Hospitalaria, Educare21.

Palabras claves:

Valores, hospital, organización, red, capital social, rendimiento. Values, hospital, organization, network, social capital, performance

RESULTADOS

De la literatura consultada y analizada, se pueden extraer hallazgos clasificados en dos categorías, de forma que dan respuestas a los objetivos planteados.

Valores más representativos en las organizaciones sanitarias.

La American Association of Collegues of Nursing identificó los siguientes valores como esenciales para la profesión enfermera: Altruismo, Estético, Igualdad, Libertad, Dignidad Humana, Justicia y Verdad (AANC, 1995). En el estudio, asociaron distintas actitudes a cada valor, como sensibilidad, integridad, tolerancia, seguridad, transparencia, asertividad, etc.

En el 2003, Mompert et al., identificaron y definieron los valores para la práctica enfermera, a partir del modelo DpV de García y Dolan (1997). Este modelo recoge los valores en tres ejes: los prácticos, los estéticos y los emocionales. Los valores definidos se recogieron en el documento denominado: "Manifiesto de Espinoso de Compludo", con el siguiente contenido de intenciones:

- Compromiso Social: Cuidamos desde el compromiso de velar por el respeto, la dignidad y la autonomía de las personas.
 - Seguridad: Cuidamos de que se asegure el entorno físico adecuado, la calidad y la competencia profesional.
 - Armonía: Cuidamos del equilibrio como fuente del bienestar y lo hacemos con creatividad y alegría
 - Confianza, como metavalor central, con el que nos comprometemos a impulsar para contribuir a la eficiencia y a la humanización de la atención a la salud desde nuestros entornos de trabajo.
- Estos valores, fueron relacionados con la gestión de competencias, las intervenciones, los resultados enfermeros y la opinión de los alumnos (Marqués y Mompert, 2005; Marques, 2006).

Pósteriormente, en el 2005, Ramió (2005) designó como valores profesionales enfermeros los valores altruistas, estéticos, igualdad, dignidad humana, justicia y de libertad. Las actitudes designadas a tales valores, fueron: sentirse útil, satisfacción, autonomía, respeto, honestidad, confianza, compromiso, equidad, satisfacción, creatividad, entre otras.

Según lo expuesto, los profesionales de enfermería actúan y se identifican con unos valores que conllevan compromiso y transparencia, elementos que pueden revertir muy positivamente en la gestión sanitaria, si son optimizados correctamente.

Las estrategias de difusión de los valores

Uno de los principales objetivos de este trabajo, ha sido encontrar un marco conceptual que incluya los valores como recursos y que facilite una estrategia para hacerlos tangibles y perdurables en la práctica diaria. En este sentido el Análisis de Redes Sociales (ARS) es un conjunto de constructos útil para tal fin. El ARS tuvo su origen en los estudios sociológicos de Moreno (1934) y Bott (1955) sobre las interrelaciones humanas. Pósteriormente, y debido a las demandas investigadoras, se facilitaron formulaciones para cuantificar las relaciones, establecer los vínculos de poder y predecir comportamientos en red (Ibarra y Andrews, 1993). En este momento, comienzan los estudios sobre los valores dentro de las redes (Whitener et al., 1998; Cross et al., 2003). Algunos autores analizan las posiciones de los individuos en una estructura social y determinan qué modelos son los más útiles para propagar las buenas y las malas prácticas. A esta localización en la red se le denomina centralidad (Borgatti, 2005). Por lo tanto, si determinamos qué actores son más centrales en cuanto a aspectos colaborativos, tendremos en ellos una herramienta útil para propagar la seguridad, la confianza, la justicia, etc., con lo cual, la organización cuenta con profesionales impulsores, y éstos, a su vez, con un gran prestigio dentro de su equipo, motivándoles dicho rol.

CONCLUSIONES

El Análisis de Redes Sociales (ARS), es una herramienta que facilita conocimiento sobre el comportamiento en red de los profesionales. El entrenamiento en esta metodología puede facilitar a los gestores, información

sobre las consecuencias de determinados climas grupales o, por otra parte, el conocimiento útil para diseñar estrategias que propicien climas grupales óptimos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Association of Colleges Of Nursing (1995): *Model for differentiated Nursing practice*. Washington: American Association of Colleges Of Nursing.
2. Barker, W. (1990): "Market networks and collaborate behavior". *American Journal of Sociology*, 96: 589-625.
3. Bordieu, P. (1986): *The forms of capital* en J. G. Richaardson (Ed), *Handbook of Theory and research for the sociology of education*: 241-258. New York: Greenwood.
4. Borgatti, S.P. (2005): "Centrality and network flow". *Socail Networks*, 27 (1): 55-75.
5. Bott, E. (1955): "Urban families: Conjugal roles and social networks". *Human Relations*, 8: 345-384.
6. Burt, R.S.; Hogarth, R.M. & Michaud, C. (2000): "The social capital of French and American Managers". *Organization Science*, 11 (2): 123-147.
7. Cross, R.; Barker, W. & Parker, A. (2003): "What creates energy inn organizations". *MIT Sloann Management Review*, 44 (4): 51-56.
8. Fukuyama, F. (1995): *Trust: Social virtues and the creation of prosperity*. London: Hamsih Hamilton en Nahapiet, J.E. & Ghoshal, S. (1998): "Social Capital, Intellectual Capital, and the organizational advantage". *Academy of Management Review*, 23 (2): 242-266.
9. García S., Dolan S.L. *La Dirección por Valores*. McGraw-Hill: Madrid, 1997.
- Ibarra, H. & Andrews, S.B. (1993): "Power, social influence, and sense making: Effects of network centrality and proximity on employee perceptions". *Administrative Science Quarterly*, 38 (2): 277-303.
10. Marqués P. (2006): *La Dirección por Valores en el sector sanitario: Coherencia entre la excelencia y la sensibilidad humanística*. *Labor Hospitalaria*, 279(1).
11. Marqués P., & Mompert, MP. (2006): "Los valores como herramienta para la gestión y la educación enfermera". *Educare* 21, 16.
12. Mompert MP, Marqués P, Díaz MT, Legarra S, Martín A, Nogués C, Guillén I, Silveira A, Sánchez J, López JJ, Romaguera S, Merayo E, Duque FJ, Vázquez E, Iturrieta A, Gómez O, Belmonte T, Ibarburen R, López J, Arroyo MP, Durán M, Farrerons L, Calvo MD. (2003): *Nursing Care: Management by values*. *Hospital. Focus*. Vol. 5 (3): 70. .
13. Moreno, J.L. (1934): *Who shall survive?: A new approach to the problem of human interrelations*, Washington DC: Nervous and mental disease Publishing Co en Wasserman, S. & Faust, K. (2007). *Social network analysis: Methods and applications*, Cambridge: Cambridge University Press.
14. Nahapiet, J.E. & Ghoshal, S. (1998): "Social Capital, Intellectual Capital, and organizational advantage". *Academy of Management Review*, 23 (2): 242-266.
15. Putnam, R.D. (1995): "Bowlling alone: America´s declining social capital", *Journal of Democracy*, 6: 65-78.
16. Ramió A. (2005): *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis doctoral: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf?sequence=1
17. Roberson, Q.M. & Colquitt, J.A. (2005): "Shared and configural justice: A social network model of justice in teams". *Academy of Management Review*, 30 (3): 595-607.
18. Whitener, E.M.; Brodt, S.E.; Korsgaard, M.A. & Werner, J.M. (1998): "Managers as initiators of trust: An exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy behavior". *Academy of Management Review*, 23 (3): 513-530.

MESA REDONDA: INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DESARROLLO PROFESIONAL

NUEVAS OPORTUNIDADES PARA LAS ENFERMERAS GESTORAS USUARIAS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

Subdirectora de Enfermería. Hospital General Mancha-Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Hablar del desarrollo y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) es hablar del hecho sociológico más importante de los últimos años. Centrados en salud reflexionaremos sobre el uso de las TICs para evaluar, prevenir y gestionar asuntos relacionados con la salud, la Salud 2.0.

Varias circunstancias son las que como gestores nos hacen plantearnos las oportunidades que nos ofrecen las TICs y la responsabilidades que debemos asumir al respecto.

Por una parte, el envejecimiento progresivo de la población, la cronificación de las enfermedades, el aumento en la esperanza de vida y los avances científico técnicos, están provocando un incremento de las personas que precisan atención sanitaria y el cuidado de otros, que pone de manifiesto la necesidad de un cambio de orientación del sistema sanitario, que de no dar respuesta a estos nuevos retos pone en peligro la sostenibilidad del sistema sociosanitario.

Por otra parte, precisamos un cambio de paradigma que lleve a un nuevo modelo sociosanitario más sostenible y participativo con una sanidad accesible, cercana e interactiva y nuevas formas de cuidado.

Ante esta situación planteada, el uso de las TICs se hace indispensable para avanzar hacia ese nuevo modelo sociosanitario más sostenible y participativo y la evolución a un paradigma en el que realmente impliquemos a la sociedad en la gestión de su propia salud, dotando a profesionales y pacientes de herramientas tecnológicas que faciliten la gestión de la atención sanitaria, la generación y compartición de información sobre salud y promoviendo un conocimiento global y colectivo más completo. Los diferentes servicios y productos que ofrecen las TICs específicamente en salud es lo que se denomina e-salud.

Algunas de las soluciones tecnológicas que existen actualmente en e-salud son: sistemas de información para la gestión sanitaria, la historia clínica y receta electrónica, soluciones para la gestión del conocimiento y la difusión de la información, sistemas de gestión para el diagnóstico, teleasistencia que incluye telediagnóstico, telecuidados, telerehabilitación y soluciones de seguridad entre otras.

Entre las TICs podemos colocar a la cabeza Internet, que nace hace unos 15 años y nos permite a través de la www el intercambio de información y conocimiento.

La primera generación de Internet fue la web 1.0, medio de información estático donde la información era generada por los profesionales y consumida por los usuarios.

La web 2.0 se caracteriza por la interacción que se logra a partir de diferentes aplicaciones web. Cuando las tecnologías web 2.0 se aplican a la salud se denomina salud 2.0.

Las tecnologías 2.0 permiten la colaboración y la participación tanto de los ciudadanos, como de las instituciones y los profesionales. Algunos ejemplos de estas tecnologías 2.0 son herramientas como: correo electrónico, foros (aplicación web que permite al usuario poder expresar su idea o comentario respecto al tema tratado), listas de distribución (envío masivo de información), chat (es una cibercharla), wikis (sitio web cuyas páginas pueden ser editadas por múltiples voluntarios a través del navegador web), blogs (sitio web periódicamente actualizado que recopila cronológicamente textos o artículos de uno o varios autores, apareciendo primero el más reciente, donde el autor conserva siempre la libertad de dejar publicado lo que crea pertinente), podcasts (archivo de audio que se publica en internet), videocasts, RSS (un formato XML que se utiliza para difundir información actualizada a usuarios que se han suscrito a la fuente de contenidos).

El formato permite distribuir contenidos sin necesidad de un navegador), redes sociales (estructuras sociales formadas por grupos de personas conectadas por uno o varios tipos de relaciones como amistad, intereses comunes, profesión o que comparten conocimientos) como Facebook, Twitter, Tuenti, MySpace o LinkedIn. Herramientas colaborativas como Dopbox (utilidad web que sirve para el alojamiento de todo tipo de archivos, disponible en cualquier ordenador del usuario), Evernote (es una aplicación informática destinada a la organización de información personal que permite guardar notas, fotos, archivos, audio y páginas web que son automáticamente sincronizadas en las otras plataformas de la persona), YouTube (es un sitio web donde los usuarios suben videos y los comparten), etc.

LAS TICS EN CIFRAS

Según el último informe de la Fundación Telefónica, el 70% de la población tiene acceso a Internet, lo que supone que en España hay más de 23 millones de usuarios y de ellos casi tres cuartas partes acceden a diario a la Red.

España es el segundo país con mayor tasa de penetración de smartphones, por detrás de EEUU, lo que da una idea de la facilidad que existe actualmente para acceder a la información y la oportunidad de aprovechar las posibilidades que ofrece la telefonía móvil como tecnología de la información y la comunicación con los usuarios.

El 45% de los internautas participa en alguna red social de temática específica, sobre todo formativas o profesionales y de hobbies. El 98% de los centros de salud y el 70% de los hospitales disponen de historia electrónica.

OPORTUNIDADES PARA LOS GESTORES

Lo primero que un gestor debe hacer para realmente aprovechar el potencial de las TICs, es identificar los objetivos que quiere conseguir y los recursos con lo que cuenta para ello. Las posibilidades de las TICS son enormes, pero debemos ser conscientes de los problemas y las oportunidades que tenemos para ello. Como gestores debemos:

- Adoptar una actitud innovadora, reconociendo la web 2.0 como nuevo espacio para la práctica enfermera, potenciando la interacción. Una mayor interacción está relacionada con una mayor autonomía y una menor demanda asistencial.
- Apoyo y reconocimiento de las direcciones a las iniciativas de los profesionales en el uso e investigación de las TICs, asumiendo la responsabilidad de la presencia de la enfermería en Internet.
- Promover la investigación de la innovación en cuidados mediante becas o financiación a proyectos por instituciones públicas o privadas.
- Reconocer el beneficio de la interacción usuario/usuario que está mucho más extendida y prueba de ello son las comunidades virtuales de paciente o los grupos de apoyo on line que han demostrado ser un elemento motivador, un lugar para compartir información y aumentan el sentimiento de pertenencia al grupo.
- Promover las redes sociales como un nuevo escenario para la práctica enfermera, que ayuda a poner en común el conocimiento y favorecen la cooperación y el trabajo en equipo ya sea entre profesionales o entre profesionales y usuarios, dotando las redes sociales de contenido útil e interesante.
- Reconocer que los usuarios ya no son únicamente receptores de información, cada vez son más los co-creadores del contenido y favorecer su papel activo.
- aconsejar a los usuarios recursos de calidad para buscar información en la red, donde la información sea fácil de encontrar de usar y entender. Tener más información no significa estar mejor informado.
- Potenciar estrategias de trabajo en red ligadas a la práctica profesional y tecnologías colaborativas con una relación bidireccional.

- Los gestores no podemos entender el empoderamiento como una amenaza, sino como una oportunidad de corresponsabilizar a los ciudadanos, de promoción de la salud, adherencia al tratamiento. Es una oportunidad de transformar la relación con los pacientes y de mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Existe una brecha entre aquellos que tienen acceso a las TICs y aquellos que están excluidos, entendiendo el acceso no sólo como la disponibilidad de Internet sino relacionada con el contexto social, educativo y económico de los usuarios.

La brecha digital que afecta a usuarios y a profesionales, precisa de una toma de conciencia por parte de las autoridades, docentes y gestores para de una parte llevar a la realidad la formación que se ha incluido en los currículos académicos del Grado de Enfermería en cuanto al uso de las TICs y por otra parte la necesidad de acercar las nuevas tecnologías al ciudadano, desarrollando soluciones tecnológicas simples, manejables y accesibles, adaptadas a sus conocimientos y necesidades. Soluciones desarrolladas relacionadas con la e-inclusión o la e-accesibilidad, son la teleasistencia y telecuidado, geolocalización o inteligencia ambiental.

- Promover la participación activa y ejercer el liderazgo por parte de los enfermeros en las herramientas de innovación del cuidado.
- Implementar medidas de comodidad para el paciente, disminución de la demanda asistencial o ahorro en los desplazamientos como la receta de electrónica o las consultas no presenciales.
- Las enfermeras son más consumidoras de Internet que productoras, adoptando un papel más conservador que innovador. El reto para los gestores es garantizar la formación en competencias digitales, asegurar la confidencialidad y seguridad de los datos y favorecer el uso y disponibilidad de otros terminales móviles para la práctica diaria como tablets o móviles.
- Las enfermeras hacen un mayor uso de la web 1.0 que de la web 2.0, como espacio de innovación para el cuidado y continúan utilizando fundamentalmente acciones básicas como la búsqueda de información y el correo electrónico. Iniciativas como el desarrollo y uso de wikis a modo de manual de procedimientos disponibles para todos los trabajadores de la organización, creación de canales de You Tube para difundir consejos de salud a la población, realizar la educación para la salud de forma interactiva con los usuarios, etc.
- Tanto para profesionales como para el resto de los ciudadanos, prima el desarrollo de soluciones tecnológicas accesibles para todos y facilitar su acceso.
- Los profesionales manifiestan preocupaciones como la aparición del usuario cibercondriaco, la deshumanización de la relación enfermera/paciente, el aumento de la demanda asistencial o manipulación de la información por parte de los proveedores en beneficio propio. Estudios recientes han demostrado que el consumo de información sobre salud en Internet y el aumento de la información no tiene consecuencias negativas sobre el estado de salud de las personas, es más, una persona bien informada es más difícil que enferme y un enfermo bien informado es más fácil que se cure o al menos que mejore.
- Como gestores somos responsables de exigir los cuidados basados en la evidencia, facilitando el acceso a estudios internacionales sin que el idioma sea una barrera, valiéndose de las herramientas de ayuda para el idioma que ofrece Internet.
- Internet es la mayor biblioteca imaginable, que requiere de los profesionales habilidades para saber buscar la información y aprovechar las oportunidades de las TICs, haciendo que la información nos busque a nosotros.
- Como estrategias de mejora de las webs de contenido enfermero, debemos imponer criterios de usuabilidad como FAQs, ayuda, buscador, mapa de la web, instar al uso de más de un idioma en los recursos publicados en Internet dando mayores posibilidades a su difusión y propiciando la visibilidad de la enfermería en la red. Así mismo debemos exigir la certificación o acreditación de las webs por instituciones como Web Médica Acreditada (WMA) o la SEEI (actualmente inactiva).
- Implementar herramientas para la gestión del conocimiento como formación on line, campus virtuales, canales de You Tube, bancos de imágenes o congresos virtuales.

Se nos plantea un reto apasionante para el que debemos estar preparadas y capacitadas para liderar proyectos que mejoren la asistencia y la calidad de los cuidados, la interacción con los usuarios, las relaciones profesionales, el acceso y uso de la información y toda aquella innovación con una mirada abierta a la sociedad red del siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOE núm. 299. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
2. Fernández J.J. (2010). Salud 2.0: bienvenido al carnaval de la medicina participativa. Sedisa Siglo XXI (Sociedad Española de Directivos de Salud). Recuperado de http://sedisasigloxxi.es/IMG/article_PDF/article_a13.pdf
3. Carrión Robles T. (2011). Opinión. La enfermería en la sociedad red. Revista iberoamericana de enfermería comunitaria. Vol.4, núm. 1: 47-53
4. Centro de recursos TATUM. (2011). Internet en España y en el mundo 2011. Recuperado de http://www.tatum.es/publicaciones_consultapublicacion.asp?pmlId=506
5. Junta de Andalucía. (2011). Estado del Arte: e-Salud & e-Inclusión.
6. Lupiáñez Villanueva F. (2009). Internet ,salud y sociedad. Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Cataluña. Universidad Oberta de Catalunya.
7. Lupiáñez F, Hardey M, Torrent J, Ficapal P. (2011). The Integration of Information and Communication Technology into Nursing. International Journal of Medical Informatics. N° 80: 133-140
8. Orozco-Beltrán D, Baturone M.O. (2011). Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Aten Primaria. Vol.43 núm 04: 165-6
9. Salud 2.0. (2010). Manifiesto Abla 2010. Recuperado de <http://www.salud20.es/manifiesto/>
10. Vialart Vidal N. (2011). Enfermería Informática ¿una contradicción o una oportunidad para el trabajo en red?. Revista Cubana de Enfermería. 27(2): 178-188

EXPERIENCIA SOBRE LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN FUNCIÓN DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES

Roca, S.; Corbelle, N.; Lopo, C.; Vázquez, E.; Lamas, B.; Miguélez, M.; Rivas, P.; Soto, S.
Hospital San Rafael, A Coruña

En el Hospital San Rafael nos planteamos en el año 2007 gestionar de forma adecuada las competencias de nuestros profesionales. Para ello evaluamos el desempeño de los profesionales que, previa entrevista estructurada, habían sido seleccionados para trabajar en nuestro centro.

OBJETIVOS

- Construir el perfil de competencias de los profesionales y evaluar y orientar su desarrollo con criterios rigurosos.
- Obener información para establecer objetivos de mejora definiendo cómo se pueden alcanzar.
- Desarrollar acciones formativas ajustadas a cada puesto de trabajo.

METODOLOGÍA

- Entrevistas iniciales para definir un punto de partida en el que se informa lo que se espera de la persona y su perfil de competencias en el desarrollo de la actividad.
- Utilización de un Sistema de Evaluación de competencias con un lenguaje comprensible, consensuado y conocido por los profesionales evaluados.
- Reuniones de seguimiento.
- Entrevistas de evaluación.

RESULTADOS

- Identificación del grado de adecuación de las personas a los puestos (se expondrán datos numéricos en la exposición oral).
- Fomento de la comunicación y cooperación con la persona evaluada dándole a conocer sus puntos fuertes y sus carencias.
- Detección y análisis de necesidades reales formativas.

CONCLUSIONES

La gestión por competencias nos está permitiendo ver de forma clara y concreta lo que esperamos y necesitamos de los profesionales y también la forma de su promoción.

La gestión por competencias nos permite crear un estilo de comportamiento acorde con la misión y dirección deseada.

BIBLIOGRAFÍA

1. *La modernización de la Salud Pública en el Mundo.* Arthur Andersen. 1996. Smithkline Beecham.
2. *Gestión de competencias en enfermería.* Cuevas Santos, C.; Martínez González, I.; Baltanás Gentil F.J. 2006. DAE.
3. *Comunicación y negociación comercial.* De Manuel Dasí F.; Martínez-Vilanova, R. 1995. ESIC.

GESTIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL PROCESO QUIRÚRGICO

Fernández, E.; Martínez, S.

Hospital Universitario Infanta Sofia, Madrid

INTRODUCCIÓN

El rendimiento de quirófano, es uno de los indicadores del área quirúrgica que refleja la utilización que el hospital hace de esta área, con una importante dotación de recursos humanos y materiales y con el que tenemos que satisfacer la elevada demanda de asistencia sanitaria que es nuestra Lista de Espera Quirúrgica (LEQ).

Con el objetivo de medir el rendimiento del quirófano en pacientes procedentes de LEQ se definió el indicador AQ2, que relaciona un tiempo quirúrgico estándar para cada procedimiento (TQE) con el tiempo programado para pacientes en lista de espera. El TQE se asigna de acuerdo al código de diagnóstico y procedimiento (CIE-9-MC) seleccionado en la inclusión del paciente.

La responsabilidad del cumplimiento del objetivo institucional establecido en 2011, nos planteó la necesidad de analizar y mejorar todo el proceso, desde la inclusión del paciente en lista de espera hasta la realización de su proceso quirúrgico.

Dicho análisis, el desarrollo de herramientas de apoyo y control y el trabajo multidisciplinar nos ha permitido conseguir la mejora, haciendo de nuestro objetivo una forma de trabajo.

OBJETIVOS

General

- Mejorar el rendimiento quirúrgico para alcanzar el objetivo institucional del 83%.

Específicos

- Establecer un procedimiento de programación quirúrgica en términos de rendimiento y ocupación de quirófanos.
- Diseñar un sistema de revisión semanal de la actividad realizada definiendo un cuadro de mando.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

El proceso de asistencia al paciente programado procedente de lista de espera supone el 80% de la actividad del bloque quirúrgico, es un proceso multidisciplinar en el que intervienen y colaboran servicios y unidades de la organización.

Primera Fase

- Se constituye un grupo de trabajo con el objetivo de diseñar un programa informático que nos permita programar cada sesión quirúrgica conociendo cual será nuestro AQ2 teórico.
- El servicio de informática del hospital desarrolló el programa: PROQUIRO, Procedimiento Operativo de Programación quirúrgica en el que, junto con los datos de los pacientes necesarios para la programación, se incluyen los TQE asociados a cada uno y la suma de los mismos por sesión quirúrgica, calculando un rendimiento teórico AQ2 desde el momento de la propuesta de programación. El programa se encuentra disponible en el directorio Z:\ y se utiliza por los servicios de Dermatología, Ginecología, Oftalmología, y Urología.
- El resto de los Servicios quirúrgicos calculan la suma de TQE,s por sesión para conocer su rendimiento teórico y mejorar su programación
- Se elaboró un manual de Procedimiento Operativo de Programación Quirúrgica, se difundió a los servicios quirúrgicos para su utilización. El manual se encuentra disponible en directorio Z:\

- Por parte de los responsables de la programación y del Servicio de Admisión se protocolizó un control de calidad de la correcta asignación del TQE, revisando el código del diagnóstico y procedimiento seleccionado para cada paciente.

Segunda Fase

- En marzo de 2011, se diseña por parte del Servicio de Admisión un cuadro de mandos semanal del bloque quirúrgico. Se utiliza la descarga de actividad capturada por el personal de enfermería de quirófanos. Esta información permite monitorizar la hora de inicio y finalización de las sesiones quirúrgicas, los tiempos intermedios, la comparación con el estándar y el AQ2 real de cada sesión.
- Se establece la difusión semanal de esta la información a la Dirección, los Jefes de Servicios Quirúrgicos, Jefe de Servicio de Anestesia y Responsables de Enfermería del Bloque Quirúrgico en directorio Z:\.
- Se establece la revisión de los datos en la Mesa de Programación Quirúrgica con el objetivo de detectar áreas de mejora.

RESULTADOS

La evolución del indicador AQ2 durante el año 2011 ha sido de 88,41% siendo éste superior al año 2010. No solo se ha llegado a alcanzar el objetivo institucional sino que se ha superado.

CONCLUSIONES

La implicación de todos los profesionales ha sido clave en la optimización del proceso asistencial de pacientes programados de lista de espera quirúrgica, que nos ha permitido desarrollar un método de trabajo y ser un factor de mejora en el rendimiento de nuestros quirófanos (AQ2).

La disponibilidad de la información aportada por el cuadro de seguimiento semanal de actividad y la monitorización de sus indicadores, nos ha permitido seguir mejorando el rendimiento de quirófanos global y por servicios y continuar implantando acciones de mejora.

GESTIÓN DE PACIENTES-CAMAS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE UN COMARCAL

Pazos, P.; Sanmiguel, S.; López, J.L.; Bernárdez, P.; Ledo, M.; Baldomar, R.; Vilaseco, D.

Hospital Virxe da Xunqueira. Cee, A Coruña

Los nuevos modelos de gestión hospitalaria han posibilitado que la responsabilidad en la gestión del proceso de los pacientes haya sido transferida a los niveles básicos de la organización donde esta gestión puede ser más eficaz, pudiendo administrar y distribuir de forma más racional las cargas de trabajo. Esta posibilidad de gestión también nos ha permitido alcanzar una atención integral y sin fisuras.

En las organizaciones sanitarias, tradicionalmente, la gestión de camas se ha centralizado en los servicios de admisión y documentación clínica, asignándose desde estos servicios camas a cada una de las especialidades médicas y/o quirúrgicas. Sin embargo, en el Hospital Virxe da Xunqueira pese a que existe esta definición previa, la gestión de camas no se ve condicionada por esta premisa.

El hospital comarcal Virxe da Xunqueira, está ubicado en la zona de la costa da Morte y dispone de 72 camas distribuidas en dos unidades independientes. Una de ellas engloba la especialidad de medicina interna, 36 camas y la otra engloba las especialidades quirúrgicas, médicas y atención perinatal.

En la práctica se suprime la asignación de camas y se realiza una gestión indiferenciada de las mismas. De este modo se intenta ajustar la oferta disponible a la demanda real de las distintas unidades clínicas, gestionando tanto los recursos humanos como estructurales.

En las unidades de hospitalización, la enfermería tiene un papel fundamental en el ingreso de los pacientes. El equipo de enfermería es responsable de valorar la situación, comunicando a admisión la asignación de cama en función de la misma.

La gestión de pacientes en el ámbito de hospitalización debe regular los ingresos, traslados y altas de este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes hospitalizados y garantizando una distribución razonable de los mismos. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de ingresos y programación de los mismos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas, registrar el episodio de hospitalización y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

Aunque las tareas del personal de enfermería puedan parecer incrementadas, por tener que gestionar los datos administrativos del paciente que será ingresado en la unidad, lo cierto es que nos permite en colaboración con el resto del personal del hospital, la distribución y racionalización de los pacientes pendientes de ingreso, de dieta e incluso de pruebas complementarias.

El seguimiento completo del proceso de ingreso y alta hospitalaria, y su monitorización continua por parte del personal de enfermería, con el apoyo del servicio de admisión ha supuesto una mejora del circuito, agilizando el procedimiento de altas, ingresos y traslados en la hospitalización del centro.

Esto ha permitido optimizar la gestión de camas y mejorar los indicadores de actividad en las unidades de hospitalización.

Podemos concluir que los resultados de este tipo de gestión, en la que el personal de enfermería es capital, son satisfactorias desde el punto de vista de la eficiencia, tanto a nivel de recursos humanos como estructurales, sin olvidar la mejora de la calidad asistencial ofrecida y de la percibida por el propio usuario.

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA DE MICROPIGMENTACIÓN: DANDO RESPUESTA A UNA NECESIDAD

Marzo, A; Saceda, O; Blanco, R M^ª.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Considerando que las expectativas de la población son cambiantes, que los sistemas de salud evolucionan y que el avance del conocimientos científico es continuo, la educación y la practica de enfermería deben adaptarse a este nivel de exigencia, adquiriendo las competencias en los conocimientos, habilidades y conductas necesarias que den respuesta por un lado a las necesidades y demandas de salud de la sociedad y paralelamente a la consecución de los objetivos de las instituciones.

Hoy en día, son muchos los procesos clínicos que afectan a la imagen corporal, procesos oncológicos, quirúrgicos, dermatológicos, quemaduras etc... que suponen para los pacientes un sufrimiento no sólo físico, sino psicológico, por la parte emocional y también social que encierran. Uno de éstos procesos, afectan fundamentalmente a la mujer, tras la quimioterapia y la reconstrucción mamaría. Teniendo en cuenta esta realidad, en el año 2009 comienza a gestarse en el hospital Ramón y Cajal, la idea de concluir el proceso de la reconstrucción mamaría, a través de la técnica enfermera de la micropigmentación.

Éste objetivo llevaba implícito un gran reto profesional, suponía la creación de una unidad que aunque dependiente del servicio de Cirugía Plástica, se perfilaría como una nueva Unidad de Enfermería autogestionada, donde la calidad de la prestación de los cuidados y la satisfacción del paciente iban a ser los elementos clave para su funcionamiento.

En Mayo del 2010, alineando las necesidades detectadas en nuestros pacientes, con los objetivos del hospital, logramos inaugurar la Unidad de Micropigmentación Enfermera.

A la lista de espera de pacientes derivados de Cirugía Plástica, se fueron sumando la de otros Servicios como, Dermatología, Oncología..., ampliando así nuestra cartera de servicios a patologías susceptibles de recibir este tipo de tratamiento.

OBJETIVOS

General

Completar el proceso de la reconstrucción mamaría a través de la micropigmentación, potenciando la imagen corporal, la seguridad y la socialización de los pacientes.

Específicos

- Aumentar el catalogo de prestaciones del Hospital
- Conocer el impacto de la técnica en la percepción de la imagen corporal de estos pacientes

METODOLOGÍA

Se presenta un Proyecto de Unidad que incluye; estructura física y organizativa; recursos humanos y materiales, formación, perfil de pacientes, protocolos, circuitos y difusión.

Se crea la Consulta de Enfermería.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- El procedimiento se ha aplicado a diferentes procesos con resultados satisfactorios lo que ha aumentado el catalogo de prestaciones de la Consulta de Micropigmentación.
- A Marzo 2012 Valoradas 368 pacientes, realizado el procedimiento a 302, dadas de alta 158.
Por patologías: Reconstrucciones mamarías, alopecias, quemaduras, cicatrices, otros.
- El grado de satisfacción de las pacientes sometidas a Micropigmentación es muy alto; si bien éste ha sido valorado a través de registros gráficos, esta en marcha una segunda fase para el estudio cualitativo de los distintos aspectos psicológicos que afectan a estas pacientes

MATRONAS DEL DEPARTAMENTO DE DENIA: MODELO DE GESTIÓN DEPARTAMENTAL

Crespo, S.; Espín, C.; Bohigues, C.; Ferrando, M.R.; García, I.; Tomás, M.J.

Departamento de Denia, Marina Salud, Alicante

INTRODUCCIÓN

El departamento de Salud de Denia atiende a una población de 160000 habitantes, de los que 55306 son mujeres entre los 20 y 65 años. Dispone de 11 centros de salud y un hospital con 209 camas que atendió a 1216 nacimientos en 2011. La Conselleria de Sanidad adjudicó la gestión Sanitaria del Departamento de Denia a la empresa Marina Salud, la concesión administrativa conlleva un nuevo modelo de gestión.

Desde el inicio se planteó como reto la creación de un equipo de matronas que prestara sus servicios tanto en atención primaria como en atención especializada, en el que la gestión de los cuidados se realizara de forma organizada e integrada para todo el departamento de salud.

OBJETIVO

Prestar una asistencia de calidad, integrando a los profesionales y optimizando los recursos sanitarios.

MÉTODOS

La situación de partida en cuanto a recursos humanos antes de la concesión era:

- En atención hospitalaria: 9 matronas
- En atención primaria: 6 matronas y 5 enfermeras con funciones de matrona.

Con el inicio de la nueva gestión las necesidades de recursos humanos en el departamento quedan definidas:

- Hospital: En el bloque obstétrico dos matronas en turno de día y de noche, en consultas externas una matrona en turno de mañana
- Atención primaria: una matrona en cada centro de salud, excepto en Denia en el que hay dos matronas.
- Una matrona supervisora del departamento.

Los pilares básicos del nuevo modelo de gestión departamental son:

1. Cubrir todos los puestos del departamento con enfermeras especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica.
2. Establecer la continuidad asistencial en las necesidades de cuidados en cada zona básica de salud.
3. Integrar en un mismo equipo a todas las matronas con un liderazgo profesional único por parte de la matrona supervisora del Departamento.

Se realizó un análisis de las necesidades de matrona en cada centro de salud en función de la población y la presión asistencial.

Se realizó el primer paso de integración incorporando a cuatro matronas de atención primaria una mañana a la semana en consultas externas.

De forma paulatina las plazas ocupadas por enfermeras se sustituyeron por matronas.

Se establece una rotación en la que las matronas ubicadas en el Hospital pasan a ocupar distintos puestos en el Departamento

Se unifica la cartera de servicios en todos los puntos del departamento, se reestructura y unifica la configuración de agendas.

Se realiza la formación y actualización en los distintos sistemas informáticos y en los distintos protocolos asistenciales.

Se consigue el proyecto de integración con la implantación de la planificación anual del 2012.

RESULTADO

- Creación de un equipo de matronas único formado por 20 matronas y una matrona supervisora que presta sus servicios de forma organizada tanto a nivel de atención primaria como en atención hospitalaria
- Mejora la calidad de la atención prestada a las mujeres del departamento
- Se consigue la optimización de recursos
- Se establece la continuidad asistencial
- Mayor satisfacción y cohesión profesional
- Favorece la creación de protocolos de actuación únicos y el trabajo en equipo

MAPA DE CAMAS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD)

Herrera, A.D.; Olivé, A.E.

Parc Sanitari Sant Joan De Déu, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Enfermería del PSSJD junto con el conjunto de profesionales de la Institución, consideró necesario la creación de una herramienta de gestión de cuidados de enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial ofrecida a los usuarios a los que atendía, para la satisfacción de las necesidades de salud de los mismos y su familia. Es por ello, que se desarrolla el mapa de camas, garantizando los cuidados más adecuados en cada proceso, preservando la autonomía, respeto, intimidad y confidencialidad, integrándolo dentro de la Historia Clínica Informatizada (HCI) y englobándolo dentro de los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: Hospitalidad, Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad asistencial.
- Asegurar y facilitar la continuidad de cuidados.
- Facilitar y agilizar el acceso e integración a la HCI del usuario.
- Unificar los registros de enfermería.
- Impulsar el desarrollo de los planes de cuidados.
- Seguimiento de incidencias que interfirieran en la calidad de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

- Creación de una Comisión de Cuidados de Enfermería, constituida por diferentes profesionales de las diferentes áreas del PSSJD.
- Revisión de registros enfermeros.
- Trabajo conjunto con sistemas de información, para la creación de una nueva herramienta de gestión de cuidados.
- Creación del mapa de camas, que es una interface que facilita la utilización y acceso a la HCI. Nos muestra de manera clara y resumida, los usuarios que se encuentran ingresados en un servicio mediante una rápida visualización, obteniendo información, y descripción de los mismos.
- Formación del mapa de camas a los profesionales.
- Seguimiento, evaluación y mejora por parte de la comisión.

CONCLUSIONES

Con aproximadamente dos años desde su puesta en marcha en algunos servicios y su implementación total finalizada en 2011, las CONCLUSIONES que pueden obtenerse son:

- Mejora en la atención del paciente, asegurando los cuidados necesarios en función de sus necesidades.
- Mejora en la continuidad de cuidados, asegurando la asistencia holística e integrada en cualquier proceso de su hospitalización.
- Mejora en la información y comunicación entre profesionales de enfermería y otras especialidades.
- Optimización del tiempo, facilitando el registro de los cuidados enfermeros.
- Satisfacción del personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA-I Nursing Diagnoses Definition & Clasifications, 2009-2011. © 2010 Elsevier España, s.l. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes & interventions. 2ª ed. St.Louis: Mosby; 2005.
2. Documentación y Registros de Enfermería de PSSJD.

GESTIÓN ENFERMERA: INNOVACIÓN, CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS

Gil, M^ªD.; Hernández, A.; Iñesta, Agües, M.; Ibáñez, D.J.; Yáñez, M^ªR.; Martínez, M^ª J.
Departamento de Salud de Elda (Alicante). Agencia Valencian de Salud, Alicante

INTRODUCCIÓN

Envejecimiento poblacional, aumento de enfermos crónicos, situación de dependencia, y aumento de pacientes que precisan cuidados paliativos, provocan cambios en los sistemas sanitarios. Gestión de Casos y equipos multidisciplinares, mejoran atención y resultados clínicos, ahorrando costes y facilitando la accesibilidad.

El Plan Estratégico de Atención Primaria 2006-2009, plantea el desarrollo de un modelo asistencial basado en la coordinación y la cooperación entre Atención Primaria y Especializada, siendo importante que los gestores de casos gestionen el flujo bidireccional de pacientes y la atención compartida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. La Gestión de Casos, va a complementar la continuidad de cuidados de enfermería en el Departamento de Salud de Elda, iniciado como una experiencia previa de años de interrelación, que permitirá implementar medidas de mejora de la atención y de resultados clínicos en personas vulnerables.

OBJETIVOS

General

- Evaluar la implantación del modelo de Gestión de Casos en el Departamento de Salud de Elda (Alicante)

Específicos

- Garantizar la captación de pacientes susceptibles
- Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición hospital-domicilio
- Disminuir la sobrecarga de los cuidadores/as principales
- Proporcionar servicios coordinados e integrados
- Fortalecer la interacción entre los profesionales de diferentes niveles
- Maximizar el uso eficiente de los recursos de la Comunidad

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo/retrospectivo del Modelo de integración de pacientes crónicos a través de la Enfermería de Gestión de Casos, con una primera fase, de Junio 2011 a Septiembre 2011 de reuniones de coordinación, preparación y consolidación del equipo de trabajo. Y una segunda, de puesta en marcha en Octubre de 2011.

Los datos se obtienen entre Octubre y Enero de 2012, con los siguientes parámetros de medición: población captada, edad media, y sexo. El registro se centraliza en una Base de datos de elaboración propia y en Abucasis. Captación Población Diana: activa y por derivación. Perfil pacientes: Paliativos-terminales y crónicos avanzados. Criterios de no Inclusión: Rechazo del paciente/familia, rechazo del cuidador

RESULTADOS

Pacientes Captados: 256, de los que siguen en activo el 85,54% de los que el 47,00% son hombres con una media de 61 años y el 53,00% mujeres cuya media de edad es 57 años. Enfermeros Gestores de Casos Comunitarios (EGCC):20. Enfermeros Enlace Hospitalario (EEH): 2. Responsables:3

CONCLUSIONES

Implantación del programa en todo el Departamento de Salud que sirve de herramienta de evaluación de los indicadores de los acuerdos de Gestión para la mejora de la calidad asistencial de la Agencia Valenciana de Salud. Mejora de la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria. Se ha fortalecido la interacción entre niveles asistenciales, y se han fomentado cuidados coordinados e integrados, centrados en las necesidades de paciente y familia, contribuyendo a una asistencia efectiva. El programa es incluido en el Plan Marco Para la Atención a Pacientes Paliativos en el Departamento de Salud de Elda.

ESTUDIO DE EFICIENCIA Y CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA CONSULTA TELEMÁTICA DIRIGIDA A PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL COMPLEJO UNIVERSITARIO HOSPITALARIO DE VIGO – MEIXOEIRO

Sanromán, L.; Rodríguez, J.M.; Salgado, C..

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo Pontevedra

INTRODUCCIÓN

El manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia a un importante consumo de recursos sanitarios, tanto de visitas médicas, hospitalización, cirugía, tratamientos crónicos y terapias biológicas. Para su manejo, en el año 2009 se creó en el CHUVI-Meixoeiro una consulta de enfermería en patología digestiva, con la asignación de un enfermero para el desarrollo de tres áreas asistenciales:

- 1) Atención telemática para pacientes con EII.
- 2) Atención en consulta para pacientes con EII.
- 3) Consulta alto riesgo de cáncer colorrectal.

El notable incremento en el área de atención telemática nos estimula a cuantificar el ahorro de lo que esta atención puede suponer para el sistema de salud.

OBJETIVOS

- Valorar los resultados de la puesta en marcha de una consulta telemática.
- Valorar la capacidad de resolución telemática por parte de enfermería.
- Estimar el posible ahorro de la consulta telemática de EII.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogida prospectiva de la actividad telemática de la consulta de 2009 a 2011 en CHUVI-Meixoeiro.

Análisis estimado del ahorro del gasto sanitario, mediante la aplicación según tarifas de los años 2008 a 2010, por servicios sanitarios prestados en centros dependientes del SERGAS, para demandas de atención originadas por aparición de nueva clínica/brote de actividad de EII.

Análisis de datos con SPSS 14.0

RESULTADOS

En el trienio evaluado se atienden 1996 demandas, siendo la vía telefónica la más empleada (98,1%), y resolviéndose el 89.9% por vía telemática.

Aumento lineal significativo de la resolución de demandas por parte de enfermería ($p = 0.03$) y, reducción significativa del número de las que necesitan acudir a consulta médica ($p < 0.0001$).

Aumento significativo del número de brotes seguidos telefónicamente por enfermería ($p < 0.0001$).

Las demandas por brote ($n=452$), han requerido atención en servicio de urgencias $n=65$ (14,38%), precisando su ingreso $n=33$ (7,3%).

El ahorro medio estimado del gasto sanitario en el trienio 2009-2011 ascendería a una media de 132.948 €.

CONCLUSIONES

Se objetiva un aumento de la capacidad de resolución de la atención telemática por parte de enfermería. Esto puede deberse a la formación de enfermería en EII y al desarrollo de su actividad dentro de un equipo multidisciplinar. Lo que evidencia la especialización enfermera como pilar fundamental en la atención a estos pacientes.

En cuanto al ahorro estimado, podemos concluir que con una sola labor asistencial (atención telemática), se conseguiría la sostenibilidad de la consulta de enfermería en patología digestiva.

Hay que reseñar que además del gasto directo existe el gasto indirecto (pérdidas de horas de trabajo, desplazamientos, etc.), que aunque es más imperceptible para el sistema, no deja de ser importante para el paciente, aspecto que debería ser considerado en futuros estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bodger K. Cost of illness of Crohns disease. *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 639-52.
2. Torrejón A, Masachs M, Borrueal N, Castells I, Castillejo N, Malagelada JR, et al Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: la Unidad de Atención Crohn-Colitis. *Gastroenterol Hepatol* 2009; 32: 77-82
3. Heather A. Taylor, Dori Sullivan , Cydney Mullen , Constance M Johnson. Implementation of a user-centered framework in the development of a web-based health information database and call center. *Journal of Biomedical Informatics* 2011; 44: 897-908

EXPERIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Pérez, I.; García, R.; López, E.; Sanz, M.; Colmenero, J.; Rimola, A.; Navasa, M.; Comallonga, T.
Hospital Clínic, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La implantación de sistemas de calidad en los procesos clínicos despierta interés por parte de las organizaciones sanitarias. El Programa de Trasplante Hepático (PTH) del Hospital Clínic, implantó durante los años 2009-2010 un programa de calidad siguiendo la Norma UNE-EN-ISO 9001/2008.

OBJETIVO

Describir y evaluar la implantación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) siguiendo la Norma ISO 9001/2008 en el PTH después de 1 año de funcionamiento.

MÉTODOS

Para la implantación del SGC se confeccionó la documentación según requerimientos establecidos por la Norma: Mapa de Procesos, política, procedimientos generales (PG), procedimientos normalizados de trabajo (PNT), protocolos e impresos asociados. Se establecieron procesos de evaluación y mejora, objetivos, indicadores y registro de incidencias y se realizó una auditoría interna y otra externa. Se elaboró una encuesta de satisfacción para los pacientes y un programa formativo para el personal de enfermería.

RESULTADOS

Se redactaron 23 PG, 7 PNT médicos, 20 PNT de enfermería, 6 PNT administrativos, se actualizaron 20 protocolos médicos y 11 protocolos de enfermería y 73 impresos y se creó una página web con toda la información. Se implantaron 4 libretas de incidencias en las diferentes áreas del Programa.

En agosto de 2011 el PTH consiguió la certificación del SGC conforme la Norma UNE-EN-ISO 9001/2008.

Durante este año 2011 se han registrado 68 incidencias. Se han abierto 21 informes de calidad, derivados de las no conformidades de las auditorías y 8 de incidencias registradas.

Se han evaluado 28 indicadores de calidad, que han permitido detectar disfunciones en el PTH. El 91.4% de las 58 encuestas analizadas la satisfacción global fue evaluada en su grado máximo.

Se ha sistematizado un programa de formación anual para el personal de enfermería, tres sesiones sobre actualización de procesos y dos ediciones del Curso de Enfermería de Trasplante Hepático con una asistencia del 60%.

CONCLUSIONES

La implementación de un sistema de calidad en el PTH ha comportado la protocolización de la asistencia médica y de enfermería, observando una disminución en la variabilidad de las decisiones y acciones.

El sistema de gestión nos permite detectar mediante el análisis de indicadores y de incidencias los puntos críticos del programa y establecer acciones correctivas. La revisión de información de la encuesta de satisfacción, permite conocer la percepción que tienen nuestros clientes del servicio prestado y establecer acciones de mejora.

Estos resultados sugieren que los programas de calidad asistencial pueden ser útiles en los programas de trasplante, para mejorar la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzo R, Sánchez M, Santana L, Cobian JL, García C. Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. *Med Intensiva* [online]. 2010; 34: 474-482.
2. Norma española UNE-EN-ISO 9000:2008. *Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos*. Madrid: AENOR, 2008.

TRASLADO AL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI: EXPERIENCIA COMO ENFERMERAS GESTORAS

García, E.I.; Pérez, J.; Ortega, L.; Cendán, E.; Gómez, E.; Méndez, E.; dos Santos, C.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

Dentro del complejo entramado que supone un traslado a un nuevo hospital, con cambios muy importantes a nivel estructural, tecnológico y en dotaciones de material y personal, pretendemos dar a conocer la importancia de la figura de los mandos intermedios, su percepción durante y un año después de dicho traslado, y los resultados obtenidos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Dar a conocer el esfuerzo y trabajo realizados no sólo en el momento puntual del traslado físico, sino durante el primer año de vida en el nuevo Hospital Universitario Lucus Augusti.

Objetivos Específicos:

1. Exponer la intervención realizada previa, durante y posterior al traslado.
2. Reconocer las prioridades de las distintas unidades y categorías profesionales.
3. Reflejar los distintos estados de ánimo de los mandos intermedios en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Exposición de la vivencia y realización de cuestionario de preguntas cerradas al conjunto de mandos intermedios del Hospital Lucus Augusti.

RESULTADOS

Revisión transcurridos poco más de 12 meses del traslado realizado, obteniendo datos e impresiones directamente de los mandos intermedios con el fin de un aprendizaje por parte de otras instituciones que se vayan a embarcar en un proceso similar.

CONCLUSIONES

Como experiencia, se plantea la oportunidad de estudiar desde la distancia en el tiempo, los pasos seguidos y las decisiones tomadas, favoreciendo una visión más completa y que puede abrir caminos a otros profesionales que se encuentren en la misma situación o la tengan en proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Plan estratégico del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo 2010-2013.*
2. http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_met_investigac4.htm (marzo 2012).
3. <http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/Supervision/mision.htm> (marzo 2012).

EXPERIENCIA CON LA AUTOMATIZACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA PARA ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

Fernández, M.L.; Álvarez, J.C.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Universitario Lucus Augusti hemos apostado por las ventajas que nos ofrecen las nuevas tecnologías aplicándolas en el Servicio de Farmacia para el almacenaje y distribución de los medicamentos de uso hospitalario.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es conseguir optimizar el almacenamiento y distribución de todos los productos, gestionando los stocks con máxima eficiencia y minimizando errores.

METODOLOGÍA

Desde enero de 2011 se realiza una recogida de información secuenciada y continuada durante 6 meses hasta que se logró una cantidad de datos suficiente para un posterior análisis DAFO, como herramienta estratégica por excelencia para conocer la situación real en que se encuentran nuestro proceso de automatización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados los vamos a presentar divididos según el tipo de sistema automatizado.

Los sistemas automatizados son unidades automáticas robotizadas e inteligentes que realizan actividades relacionadas con los procesos de almacenamiento, dispensación y distribución de medicamentos y que además controlan y mantienen toda la información generada de la actividad.

Sistema automatizado de dispensación y almacenamiento de medicamentos: Armarios Kardex®. Dispensador rotatorio vertical centralizado asegura una dispensación más rápida, cómoda y segura. Ofrece una gestión del espacio físico más eficiente y un control de stocks.

- Optimización del espacio físico.
- Mejor gestión de los recursos humanos.
- Disminución de los errores de medicación.
- Adecuación de stocks

Sistema automatizado de dispensación y almacenamiento de medicamentos: Armarios Pyxis®. Dispensador periférico automatizado localizado en las unidades de hospitalización. Conectados a un sistema centralizado de control.

- Disminución de los errores de medicación.
- La gestión de los stocks.
- Control de acceso a la medicación.

La CONCLUSION extraída de esta experiencia es que la automatización de un servicio de farmacia hospitalaria es una mejora en la gestión eficiente de los recursos humanos y materiales y un eje importante para minimizar riesgos de errores de medicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo T, Pérez C, Grupo de Trabajo Nuevas Tecnologías de la SEFH (TECNO). Aplicación de las nuevas tecnologías a la farmacia hospitalaria en España. *Farmacia hospitalaria*, Vol. 31, Nº. 1, 2007, págs. 17-22
2. Chapuis C, Roustit M, Bal G, Schwebel C, Pansu P, David-Tchouda S, Foroni L, Calop J, Timsit JF, Allenet B, Bosson JL, Bedouch P. Automated drug dispensing system reduces medication errors in an intensive care setting. *Crit Care Med*. 2010 Dec;38(12):2275-81.
3. Fontan JE, Maneglier V, Nguyen VX, Loirat C, Brion F. Medication errors in hospitals: computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharm World Sci*. 2003 Jun;25(3):112-7.
4. Labrosse H, Duchamp F, Vantard N, Darlay AL, Kohler A, Sebert P, Mégard R. Experience with an automated dispensing system in department of pharmacy. *Ann Pharm Fr*. 2010 Mar;68(2):104-12. Epub 2010 Feb 1.
5. Pérez JJ, Martínez G, Quintana MI y cols. Impacto farmacoeconómico de la implantación de un sistema de botiquín automatizado en la unidad de urgencias de un hospital general universitario. *Farm Hosp* 2000; 24 (6): 390-397.
6. Ruano M, Jiménez E. Modelos de dispensación para mejorar la calidad en la atención al paciente. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13:136-140.

VÍDEO RELATO LA VIDA EN SOMBRA

Carmona, J.M.; Veras, R.; Lara, R.; Borrero, M.P.; López, F.B.; Medina, M.T.; Pérez, M.J.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla

Las personas mayores y/o dependientes necesitan sobre todo seguridad y protección, pero especialmente amor, hecho que se refleja claramente en el relato de nuestro cuidador.

La vida cambia en función de la otra persona, no es dedicarle el tiempo que te sobra. Cuidar de las personas es organizar tu vida en función de ellas, un ejemplo que observamos es el hecho de que ya "no puedes levantarte a la misma hora si tienes que organizar el desayuno, asearla y vestirla".

A veces no es necesario aprender nada en especial, si tienes la voluntad de hacerlo, implica vigilar su descanso, proporcionar alimentos a las horas indicadas, los medicamentos, los cuidados de higiene.

Quizás una de las CONCLUSIONES que podemos sacar del relato es que "cuidar" es normalizar la vida de la otra persona.

Evitar la costumbre de tratarla como si fuera inútil, reflejado en el momento de la alimentación donde Pepe insiste en dar la comida sin triturar para que "trabaje la mandíbula".

El cuidar a veces lleva implícito un cambio de roles, pasamos de ser cuidados a tener que cuidar. Esta reconversión de roles una vez pasado un periodo de adaptación es una excelente oportunidad para reconstruir relaciones. Una de las necesidades básicas de cuidado es la de facilitar la socialización y evitar en la medida de lo posible el aislamiento (observado en la necesidad de Pepe de seguir saliendo con su mujer y mantener hábitos de vida anteriores).

Pepe pertenece a ese número escaso de cuidadores masculinos, tan sólo el 15% (8% hijos, 5% esposos, 2% yernos) del total de los cuidadores según los últimos datos del informe IMSERSO de 2005 sobre el cuidado a las personas mayores en los hogares españoles.

El claro género femenino de los cuidadores se corresponde con unas expectativas no escritas sobre quién debe cuidar.

En cuanto al cuidado de pacientes con Alzheimer, tenemos datos de la encuesta nacional realizada en EEUU en 2004 (NAC & AARP, 2004) en la cual el 59% de los cuidadores de pacientes con Alzheimer eran mujeres frente al 41% de hombres.

En el contexto en que la idea dominante es la que de cuidar es una tarea eminentemente femenina, los hombres que asumen este papel han sido en muchas ocasiones olvidados

BIBLIOGRAFÍA

1. Barragán, F. (2008) "El cuidador de las personas o la sabiduría de las mujeres" en Voces de Hombres por la Igualdad. Disponible en: <http://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/10/el-cuidado-de-las-personas-o-la-sabiduria-de-las-mujeres.pdf>.
2. Carrasco, C. (2003) ¿Conciliación? No, gracias. Hacia una nueva organización social en AMOROSO, MARÍA INÉS (comp.) Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos. Barcelona, Icaria Más Madera.
3. Crespo, M. Y López, J. (2008). "Cuidadoras y Cuidadores: El efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores". Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias. Nº 35. Madrid. IMSERSO.
4. Mateo, I; Millán, A; García, M.M; (2000) "Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar". en Aten Primaria. 2000;26:25-34. - vol.26 núm 3.

IMPLANTACIÓN DE LA ESTACIÓN DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN

Martínez, M.; Zuriguel, E.; Agustino, S.; Diaz, E.; Lara, R.; De Haro, A.; Hernández, J.; Artigas, M.
Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Enmarcado en el proyecto ARGOS, cuyo objetivo es la modernización de procesos e implantación de sistemas de información sanitarios, se despliega la integración del departamental de enfermería Gacela.Care en el proceso de hospitalización así como el departamental de farmacia Silicon para la confirmación de la administración de fármacos. El Hospital Universitario Vall de Hebrón, tras la implantación de SAP Asistencial, inicia el proyecto de implantación de la Estación de Trabajo de Enfermería Hospitalización en diciembre de 2011 con un tiempo estimado de 13 meses para las tres áreas asistenciales (Área General, Área de Traumatología y Área Materno Infantil).

OBJETIVO

Mostrar la estrategia de implantación y el informe de actividad tras la finalización del proyecto de la Estación de Trabajo de Enfermería de Hospitalización en 45 unidades asistenciales.

MÉTODO

A diferencia de la estrategia de implantación de SAP asistencial, los departamentales de enfermería y farmacia se realizan de forma secuencial en las unidades de hospitalización, con un tiempo estimado de 3 semanas para cada fase de implantación, teniendo en cuenta la formación, la implantación y la consolidación. La estrategia de implantación en el desarrollo del proyecto, se propone iniciar por el Área de Traumatología (ATR), para continuar por el Área Materno Infantil (AMI) y finalizando por el Área General (AG) en un total de 13 meses de implantación (de noviembre de 2010 a diciembre de 2011).La formación se ha dividido en 2 áreas: la utilización del departamental de enfermería Gacela.care y la formación del departamental de farmacia Silicon. La estrategia de formación la encontramos diferenciada en dos grupos:a/ Formación de expertas en el sistema (enfermeras referentes)b/ Formación de usuarias finales. La estructura organizativa que ha dado apoyo en las fases de preparación y seguimiento estuvo liderada por el Comité de Dirección del Proyecto, el cual marcó las pautas de actuación. Su responsabilidad ha sido la de liderar y supervisar el desarrollo del proyecto según la planificación establecida. Las personas necesarias para la implantación y desarrollo han sido las enfermeras referentes y súper usuarias que han dado apoyo a la formación e implantación de Gacela y Silicon, liberadas para poder ejercer estas funciones.

RESULTADOS

El informe de resultados nos indica que se han implantado 45 unidades de hospitalización en el tiempo estimado de 13 meses, distribuidas de la siguiente forma: ATR con 10 unidades (4 meses), AMI 11 unidades (4 meses), AG 23 unidades (5 meses).En relación a la formación se han realizado 103 ediciones para enfermeras y auxiliares que suman un total de 1.073 horas, con una asistencia media de 91,02% para enfermeras y 89,94% para auxiliares.El grado de satisfacción de las sesiones formativas ha sido de una puntuación de 4,72 para enfermeras y 5,01 para auxiliares (valor mínimo 0, valor máximo 6).El global de profesionales formados ha sido de 1.934 (1.156 enfermeras y 778 auxiliares).Todo ello ha implicado la personalización de 830 planes de cuidados (ATR 100, AMI 230, AG 500).

CONCLUSIONES

Con estas integraciones consolidamos la disponibilidad de herramientas para la planificación de cuidados, mejorar el seguimiento de tratamientos y el cumplimiento en la utilización y administración de fármacos así como la simplificación y automatización de la actividad clínica.

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE GESTIÓN DE CASOS

Fayos, D.; Gil, M.D.; Mira-Marcelí, N.; López, M.I.; Yáñez, M.R.; Pérez, F.; Martínez, P.; Torres, M.A.
Departamento de Salud de Elda (Alicante). Agencia Valenciana de Salud

INTRODUCCIÓN

La gestión de casos, la evaluación geriátrica y los equipos multidisciplinares, son medidas que mejoran la atención y los resultados clínicos en las personas vulnerables. La atención integrada debe ser el modelo a seguir, ya que ahorra costes y facilita la accesibilidad. (Bruera E et al. J Palliat Med, 2000). La Comunidad Valenciana ha puesto en marcha iniciativas contempladas en el Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007. Con la inclusión en los Acuerdos de Gestión:

- N° Pacientes incluidos en gestión de casos
- N° Enfermeras en gestión de casos

Se hace necesario plantear estrategias para la Mejora de la Atención Domiciliaria desde Atención Primaria.

OBJETIVO GENERAL

Implantar el programa de Gestión de Casos para la mejora asistencial a pacientes complejos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el perfil de la enfermera gestora de casos.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales como garantía de continuidad de cuidados.
- Mejorar la coordinación del EAP con la red social.
- Definir el perfil de la población diana.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre Gestión de Casos. Para la consecución de los objetivos descritos se realizaron reuniones para planificar y definir estrategias y acciones a seguir. En cada zona básica de salud se designó una enfermera gestora de casos comunitaria y una colaboradora.

RESULTADOS

JUNIO 2011. 5 reuniones

Elaboración protocolo intervención de EGC
Selección de recursos humanos
Planificación de la organización
Elaboración de base de datos

JULIO/AGOSTO 2011. 4 reuniones

Elaboración protocolo de intervención y de continuidad de cuidados, EGC/EEH
Revisión y aprobación por Gerencia y Dirección General de Asistencia Sanitaria

SEPTIEMBRE 2011

Formación específica EGC y EEH/EGCH
Información a Responsables de Equipo y difusión del Protocolo
Información a Supervisores y Responsables de Unidades Hospitalarias

OCTUBRE A DICIEMBRE 2011

Puesta en marcha: 1 Octubre 2011
Abordaje de cuidadores: Octubre a Noviembre 2011. Formación específica del equipo de enfermería y elaboración de protocolo para cuidadores
Diciembre 2011. Pilotaje de formación a cuidadores en una Zona Básica de Salud

EVALUACIÓN**ENERO 2012**

Nº de enfermeros GC: 12 y 9 colaboradores
Nº pacientes captados: 132
Nº pacientes con seguimiento: 132
Perfil de pacientes: Paliativos 32, Otros 100

FEBRERO 2012

Nº pacientes captados: 207
Nº pacientes con seguimiento: 180
Perfil de pacientes: Paliativos 32, Otros 100

MARZO 2012

Nº pacientes captados: 256
Nº pacientes con seguimiento: 219
Perfil de pacientes: Paliativos 34, Otros 175

CONCLUSIONES

El programa ha sido implantado en todo el Departamento de Salud, fomentando la continuidad asistencial entre niveles. Se ha elaborado un documento en el que quedan estandarizados los instrumentos, guías y planes de cuidados consensuados.

En todos los centros de salud existe una enfermera gestora de casos y un colaborador. El registro se va modificando en función de las necesidades, añadiendo los indicadores que consideramos pertinentes para evaluar el programa. Debemos catalogar los perfiles de los pacientes seleccionados, para lo que tendremos que revisar y mejorar el sistema de registro.

GESTIÓN E INTERVENCIÓN EN LA MEJORA DEL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO

Gil, M.D.; Pérez, F.; Mira-Marcelí, N.; López, M.I.; Hernández, J.; Torres, M.A.; Yáñez, M.R.; Martínez, P.
Departamento de Salud de Elda (Alicante). Agencia Valenciana de Salud, Alicante

INTRODUCCIÓN

Las principales causas de mortalidad en España son: enfermedades cardiovasculares (31,7% del total de defunciones), tumores (26,9%) y enfermedades del sistema respiratorio (11,4%). Estas enfermedades, uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria y la 4ª causa de ingreso hospitalario, comparten los mismos factores de riesgo que son susceptibles de prevención, lo que hace aconsejable la puesta en marcha de programas de prevención primaria. (Ley General de Sanidad. Plan de Salud Comunidad Valenciana). En septiembre de 2003, la Conselleria de Sanitat puso en marcha el Programa de Actividades de Promoción y Prevención de Salud para mayores de 40 años. En enero de 2011 observamos que la cobertura del examen de salud del adulto era baja, por lo que, el Departamento de Salud de Elda (Alicante) se plantea una estrategia para mejorar el programa del adulto mediante la promoción de exámenes de salud.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la intervención en población entre 40 y 45 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Captar a la población diana
- Aumentar el número de exámenes de salud del adulto
- Aumentar el número de determinaciones de Índice de Masa Corporal
- Aumentar el número de pacientes diabéticos detectados
- Aumentar el número de pacientes hipertensos detectados
- Aumentar el número de pacientes detectados con dislipemia

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo, de una intervención en población de 40 a 45 años. Se han comparado los datos de cobertura del informe de salud del adulto desde 2005 con los obtenidos a partir de octubre de 2011. De octubre a noviembre de 2011 se enviaron cartas informativas y se realizaron llamadas telefónicas, utilizando listados de SIP. Los usuarios se citan en la consulta de enfermería a demanda. Para agilizar la cumplimentación del "Informe de Salud del Adulto", se elaboró una guía rápida. El riesgo cardiovascular se valora a través de la tabla de "Framingham". El análisis se realiza mediante los indicadores incluidos en los Acuerdos de Gestión.

RESULTADOS

Se han realizado 1.602 (1,63%) Informes de Salud. En 2008 y 2009 el valor fue 0,03% y en 2010, 0,01%, por lo que dicho indicador ha mejorado notablemente.

Se ha observado un significativo aumento (14,25%) en el cribado de IMC desde el año 2005. Comparando la incidencia de morbilidad por diabetes mellitus antes y después de la intervención, se observa un aumento del 0,02%. El diagnóstico de nuevos pacientes con HTA no ha experimentado aumento significativo, aunque sí el cribado a población general (un 3,01% más). También se observa un aumento del 0,23% en el número de pacientes diagnosticados de hiperlipidemia.

CONCLUSIONES

La intervención en la población de 40 a 45 años ha mejorado los resultados en los informes de Salud del Adulto. Las coberturas de cribado de IMC y de HTA han aumentado. El número de pacientes diabéticos y con dislipemia detectados también ha aumentado, aunque no el de pacientes hipertensos diagnosticados.

DESARROLLO DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI, ¡DICHO Y HECHO!

Enríquez, G.; Viñas, A.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

Después de la aprobación e implantación del Plan de Humanización para el Hospital Lucus Augusti no se perdió ni un sólo minuto. Para las nuevas madres; una rosa. Las paredes de la unidad de pediatría se llenaron de color y alegría, la Escuela de Arte y Diseño, Ramón Falcón, lleva la batuta del diseño. En el HULA no se necesita brújula; desarrollo de plan de Señalética y Señalización. La Fundación Antena 3, FAN 3, firma un convenio con el Hospital, primer canal infantil de TV especial diseñado para niños y jóvenes que se encuentran hospitalizados.

El Hospital Lucus Augusti; en red. La 'CiberCaixa Hospitalaria' se crea como espacio lúdico-educativo para minimizar el impacto que supone una estancia hospitalaria a los niños enfermos y sus familias; todo gracias a la colaboración de la Obra Social La Caixa en Galicia. Un sinfín de convenios por y para el paciente: Fundación Balagal; el club local de baloncesto Breogán dinamiza a través del deporte. Cruz Roja colabora con nosotros en las instalaciones de la ciberaula realizando actividades lúdicas con los niños ingresados.

El trabajador, otro de los ejes del plan de humanización, tiene un lugar destacado; prueba de ello es la realización de un 'Manual de acogida del trabajador'.

Temáticas sanitarias destacadas de forma puntual: Una de ellas fue la promoción de la lactancia materna a través de una exposición.

El calendario y las fechas destacadas toman un carácter especial en el HULA. La entonces conselleira de sanidad de la Xunta de Galicia, Doña Pilar Farjas Abadía, inauguró el periodo navideño con una visita al hospital y obsequiando a los niños con material educativo. Grupos de teatro, visitas de equipos deportivos de renombre local como el Club de Fútbol Deportivo Lugo, el de fútbol sala, Azkar y artistas como Cantajuegos y la Tropa Korriban con el espectáculo 'Stars Wars Galicia' completaron las actividades previas a los Reyes Magos. No faltó el cartero real y la tradicional cabalgata con regalos para todos.

Resultó un año 2011 repleto de iniciativas y objetivos cumplidos con lo que presentamos un 2012 lleno de retos y comprobando que el 'dicho y hecho' en humanización vale la pena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomo, M.P (1999). *El niño hospitalizado. Característica, evaluación y tratamiento.*
2. Gutiérrez Reyes, S.; Mederos Sosa, L.; Vázquez Ocaña, E.; Velázquez Aranda, M. *Derechos del paciente hospitalizado. Responsabilidad en la práctica de Enfermería. Rev Enfer IMSS, 2001*
3. Ortigosa, J.M y Méndez F: X 2000. *Hospitalización Infantil. Repercusiones psicológicas. Madrid: Biblioteca Nueva.*
4. Ullán, A.M y Belber, M.H (2004). *Gestión Integrada de los espacios infantiles hospitalarios. Revista de Gestión Hospitalaria en prensa*
5. Ullán, A.M (2005). *Arte y creatividad infantil en los contextos hospitalarios. En M.H. Belver M.A. Merodio (Eds), Arte infantil y cultura visual (pp. 113-128). Madrid: Eneida*

IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE LA FIGURA DE SUPERVISIÓN PARA EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA

Fentanes, L.; del Campo, M.T.; Eraña, M.I.; López, M.P.; Moreno, M.C.; Rodríguez, A.I.
Red De Salud Mental De Bizkaia/Osakidetza

INTRODUCCIÓN

El 17 de febrero de 2010 se creó la Red de Salud Mental de Bizkaia. La integración y despliegue de la estrategia de atención a crónicos hizo patente la necesidad de figuras que liderasen el trabajo enfermero y la gestión en red de recursos. Por lo que 6 meses después se desarrolló la figura de supervisión de Comunitaria enfocado hacia un modelo de gestión que tenga en cuenta el impacto de la enfermedad mental grave, dentro de un marco de gran dispersión geográfica y con un número alto de dispositivos. La implantación de la supervisión supuso una oportunidad de innovar, profundizar y garantizar las herramientas necesarias para una atención segura y de calidad.

OBJETIVO

Describir la implantación de la supervisión de Salud Mental Comunitaria y el alcance de su despliegue.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la definición de la figura se tuvo en cuenta la distribución geográfica, se elaboró un documento con funciones, actividades y competencias usando de referencia la supervisión hospitalaria, la estrategia de Atención a la Cronicidad de Euskadi y la estrategia de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Vasca. Se diseñó una estrategia de despliegue, plan de formación personalizado basado en competencias y gestión de tecnologías de la información y comunicación para coordinar y transmitir información a los equipos.

RESULTADOS

Se hace una descripción del alcance del despliegue de cada una de las figuras en sus respectivas comarcas, aportando datos sobre:

- Participación en comisiones y reuniones de equipos de dispositivos comarcales y equipos de trabajo.
- Gestión de recursos con visión de red.
- Coordinación interorganizaciones.
- Investigación enfermera y docencia.
- Metodología enfermera.
- Gestión de personas.
- Despliegue de procesos estratégicos asistenciales.

CONCLUSIONES

La supervisión es necesaria para garantizar las herramientas para una atención segura y de calidad. Su presencia ha permitido el desarrollo de áreas importantes como investigación y docencia, asegurando una adecuada gestión asistencial, recursos y personas, además de promover el desarrollo de la estrategia de la Red, la estrategia de Atención a la Cronicidad de Euskadi y la estrategia de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Vasca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza del 17 de febrero de creación de la Red de Salud Mental de Bizkaia, publicado en el BOPV el 23 de marzo de 2010.
2. "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi". Julio 2010.
3. Manual de Organización- Osakidetza/SVS. Dirección de Recursos Humanos. Rev 00. Julio 2005.
4. "Estrategia en Salud Mental de la CAPV". Consejo asesor de Salud Mental de Euskadi. Junio 2010.

ACOGIDA PROFESIONAL. VALORACIÓN COMPETENCIAS

Díaz, R.M.

SERGAS.Complexo Hospitalario de Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria de una supervisión de enfermería en una unidad de hospitalización, la gestión de los RRHH es muy importante⁽¹⁾. Todos los profesionales tenemos unos conocimientos teóricos, realizamos técnicas concretas y tenemos unas determinadas actitudes es decir, diversas competencias para desempeñar nuestro trabajo⁽²⁾

En particular, como supervisora de una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos, habitualmente, el personal de nueva incorporación no tiene la formación específica en salud mental que sería recomendable y se hace necesario realizar algún tipo de intervención para aumentar sus niveles de competencias⁽³⁾.

OBJETIVOS

Evaluar si después de realizar la intervención de acogida el profesional manifiesta que dicha intervención le ha ayudado en su nivel de competencia de conocimientos, habilidades o actitud

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una toma de contacto con unos 20 trabajadores que se incorporaron a la unidad entre 1/1 2010 y 12 / 2012. Materiales: Documentación: Manual Organizativo de la Unidad, Guía de la unidad y dos protocolos (Contención mecánica y agitación psicomotriz)

METODOLOGÍA

Se concreta con el trabajador día y hora de la reunión, se realiza una toma de contacto en turno mañana, que se divide en dos partes :La primera donde se entrega documentación específica, y a continuación se le enseña físicamente la unidad. Pasados unos días de adaptación, se le ofrece un test de cumplimentación voluntaria y anónima, puntuando de 0 a 5 su nivel de satisfacción en función del análisis de 10 competencias (5 referentes a conocimientos, 3 actitud y dos de habilidad)

RESULTADOS

Media de edad de 37 años .Mujeres 80%.El 75 % manifiestan no haber recibido una acogida de este tipo al incorporarse a otros dispositivos Por categorías DUES un 65% y TECAE 35% Experiencia en servicios generales 5 años, en salud mental 2 años

COMPETENCIAS DE CONOCIMIENTO

Dentro de las 5 competencias de conocimiento valoradas por los profesionales, la intervención realizada de la acogida ha supuesto un ayuda de 4.7 sobre 5 en lo que se refiere a la C-0638 Organización de la Unidad.

COMPETENCIAS DE HABILIDAD

Se ha obtenido una puntuación similar en las dos (3,83 y 3,95).Es decir la intervención acogida ha ayudado al profesional en la Capacidad de anticipación e improvisación y en la capacidad de manejo de todo el instrumental y material.

COMPETENCIAS DE ACTITUD

Se cuantifica en más de 4 la intervención A -0025 Método Sistemático.

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados se concluye que el realizar esta intervención supone para el trabajador una ayuda en cuanto a los conocimientos de organización de la unidad, cómo realizar su trabajo, conocimiento de protocolos y procedimientos específicos de la unidad.

Se hace necesario seguir es esta línea ya que, el perfil de profesional en general que se contrata tiene un nivel de experiencia en ocasiones insuficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejada Fernández, J; *El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: España Revista Iberoamericana de Educación (ISSN:1681-5653)*
2. *Gestión por competencias en una Institución Sanitaria.* www.laenfermerahoy.com.
- 3.-*Mapa de Competencias para Enfermería.* www.aibarra.org
- 4.-*Davila O. Los mapas de competencias 2002.* www.carloshaya.net

LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN MEDICINA HOSPITALARIA

Casajus, G.; Alonso, A.; Bonfill, X.; Caso, J.; Cerradelo, M.; Coll, R.; García, A.; Güell, E.; Güell M.R.; López, M.A.; Lozano, P.; Martín, C.; Morante, F.; Palmer, J.; Pérez, J.I.; Plademunt, Ll.; Segura, M.; Venegas, M.P.

Hospital Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

La tecnificación de la medicina ha mejorado la calidad del diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, esta evolución, ha incidido negativamente en otros aspectos, también importantes. En general, los trabajadores de la salud, han cambiado la conversación activa con el paciente por la técnica. La creciente demanda asistencial y la falta frecuente de soluciones y de soporte por parte de las direcciones puede impedir mantener una adecuada calidad asistencial.

Existe la percepción de que las relaciones interpersonales entre profesionales pacientes y direcciones se ha deteriorado.

Preocupados por la influencia directa que podía tener este hecho en la calidad asistencial, se decidió constituir un grupo de trabajo interdisciplinario, contemplando todos los estamentos, que llamamos de "Relaciones interpersonales", dentro del Programa de Calidad Asistencial de nuestro hospital. Este grupo realizó una tarea de identificación de problemas en las relaciones interpersonales y a partir de aquí se elaboró un documento llamado "Buenas maneras" en el que se formulaban una serie de reflexiones, sin ningún ánimo de normativa. El documento fue consensuado con un grupo de tres pacientes y posteriormente presentado, aceptado y alentado por la dirección del hospital.

Las recomendaciones explicitadas en este documento están basadas en las relaciones profesional-paciente, profesional-profesional y direcciones-profesionales y nacen de una reflexión sobre el respeto, la amabilidad, la comunicación y el concepto de equipo de nuestro trabajo en el día a día. Se remarca, también, el papel crucial que tienen las direcciones en el buen funcionamiento de todo proceso asistencial.

El documento consta de 12 puntos, en cada uno de ellos se describen los puntos a considerar y se destaca con un "semáforo en verde" las actitudes positivas y con un "semáforo en rojo" las inaceptables. En CONCLUSION hasta la fecha podemos decir que nos ha sido útil para estar más alerta en nuestras relaciones con los pacientes, familiares y compañeros. El trabajo se hace más agradable, y, realmente uno se siente mejor.

GESTIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: UNA EXPERIENCIA DE ÉXITO

Rodríguez, M.; Campos, I.; Mozo, H.J.; Otero, M.L.

Hospital da Barbanza, Ribeira, A Coruña

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de notificación son una herramienta básica para la gestión de riesgos (GR) para la Seguridad del Paciente (SP).

No debemos olvidar que trabajamos para y por los pacientes, por lo que todas las herramientas que tengamos a nuestro alcance para mejorar la calidad asistencial y la gestión de los recursos debemos aplicarlas, intentando que sean lo más productivas posible.

OBJETIVOS

Como objetivo principal: Mejorar la SP en el Hospital.

Objetivos específicos:

- Implantación de un sistema de notificación para la SP que sea eficaz, conocido y accesible a todo el personal.
- Gestión de las notificaciones que se generen, intentando dar respuesta a las mismas de forma práctica y eficaz e implantando las acciones de mejora pertinentes.
- Información a todo el personal sobre el tipo de notificaciones recibidas, mejoras implantadas y/o actuaciones llevadas a cabo para evitar riesgos para la SP.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Formación del Núcleo de Seguridad en el hospital. En él participan 2 miembros del equipo directivo, 2 supervisoras y un farmacéutico.
- Formación al personal para crear cultura de seguridad mediante breafing, sesiones presenciales, reuniones, cursos, etc. de forma continuada.
- Implantación de un sistema de notificación (dic. 2010).
- Reuniones mensuales del Núcleo para analizar las notificaciones.
- Comunicación mediante correo electrónico entre gestor del sistema y núcleo de seguridad a medida que se reciben las notificaciones.
- Comunicación entre gestor y notificante identificado, manteniendo la privacidad.
- Implantación de acciones de mejora.
- Envío de boletines informativos bimestrales por correo electrónico e impresión en papel a todo el personal, cuyo contenido son resúmenes de notificaciones y las acciones llevadas a cabo, píldoras informativas sobre proyectos de SP, noticias de interés.

RESULTADOS

Personal sanitario: 211. Formación curso on line a 16 de marzo: 177 (84%). En sesiones presenciales se formó alrededor de 150 personas.

En el año 2011 se reciben 45 notificaciones (una anulada) y se llevan a cabo 20 acciones de mejora. % de notificaciones: 53,6. Criterio de aceptación de Servicios centrales: 3%.

Desde el 1 de enero al 16 de marzo de 2012 se reciben 50 notificaciones, con 17 planes de acción. % de notificaciones 59,5%.

De los 37 planes de acción, 5 están en marcha y el resto ya implantados.

El % de notificantes identificados es 68% en 2011, mientras que en lo que va de 2012 94%.

Cada 2 meses se envía boletín informativo.

Se han realizado 2 ACR (Análisis Causa Raíz) con su plan de acciones asociado.

CONCLUSIONES

- La gestión del sistema de notificación en el hospital está siendo eficaz. El número de notificaciones y de notificantes identificados va en aumento.
- Las acciones de mejora son adecuadas y efectivas. Suponen barreras para eliminar y/o minimizar los riesgos.
- Los boletines informativos son una herramienta de difusión a todo el personal, pues disminuyen el riesgo de interpretación y aumentan la cultura de SP en el centro.
- La cultura de SP ha aumentado en el hospital, pues cada vez hay más personal formado en sistemas de notificación, en cursos de SP, aumenta el nº de notificaciones, etc.
- Desde la implantación del sistema, 2 unidades trabajan de forma activa en la GR para la SP según la Norma 179003: laboratorio y hemodiálisis. El Servicio de Hemodiálisis es el primer servicio certificado en España en esta norma.

INCORPORACIÓN DE EIR EN PEDIATRÍA. IMPULSO PROFESIONAL PARA LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES

Muñoz, M^a J.; García, J.L.; Navares, H.; Reviriego, L.; Rey, E.; Rodríguez, A.; Triguero, N.; Zotes, R.;
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN

Según la ley de ordenación de las profesiones sanitarias: "La formación especializada en Ciencias de la Salud tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad,"^{(1) (2)}. La formación del enfermero especialista, se realizará, por el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas.⁽³⁾

Desde el Hospital Ramón y Cajal, nos planteamos ser partícipes en la formación de enfermeros residentes. La incorporación de residentes de enfermería, serviría a los profesionales del hospital como impulso, generando inquietud por el conocimiento y la investigación.

OBJETIVO

Construir un espacio asistencial/docente, para la especialidad de enfermería pediátrica.
Evaluar la influencia en los enfermeros asistenciales.

PROCESO

Realizado en 18 meses.

Preparación del entorno:

- Solicitud al Ministerio, de la acreditación como unidad docente multiprofesional.
- Elaboración de:
 - Itinerario formativo de la especialidad, indicando las competencias que alcanzarían las EIR.
 - Protocolo de supervisión de los EIR, definiendo el aumento progresivo de sus responsabilidades y la disminución de la supervisión necesaria. Documento de evaluación, su finalidad es garantizar que las EIR alcanzan los objetivos específicos de cada rotación, también se define la responsabilidad del tutor.
 - Se incorpora una EIR a la subcomisión docente.

Potenciación científica de los profesionales:

- Los tutores se implican en su formación accediendo a cursos específicos.
- Enfermeros de la Unidad Docente Pediátrica (UDP), tutores y miembros de la Comisión de Metodología, ponen en marcha planes de cuidados estandarizados.
- La comisión de investigación enfermera, se responsabiliza de las sesiones clínicas y lecturas críticas en las UDP.
- Análisis Cualitativo: Hemos realizado un grupo focal de discusión dirigido a explorar las experiencias de los enfermeros, que se han relacionado con los EIR.

RESULTADOS

- Curso de Planes de Cuidados, con la asistencia de 17 enfermeras.
- Implantados en la UDP seis planes de cuidados estandarizados.
- Realizadas 5 sesiones de enfermería, asistiendo 20 enfermeras por sesión.
- Han apoyado a los profesionales de la UDP, 15 enfermeros de la Comisión de Metodología, durante 100 horas y 14 enfermeros de la Comisión de Investigación, durante 75 horas.

- Realizadas 6 reuniones con Atención Primaria unificando criterios docentes.
- Dos lecturas críticas con la asistencia de 20 enfermeras, las EIR y dirigida por 2
- Los tutores han realizado el curso "La tutoría en el sistema de Formación de especialistas en ciencias de la salud".
- Los resultados cualitativos se están analizando, estarán preparados para las Jornadas.

CONCLUSIONES

La incorporación de las EIR, ha resultado una fuente de motivación profesional en todos los enfermeros de las UDP. Se ha producido un aumento de demanda de actualización científica, en los cuidados realizados. Ha habido un incremento de la autoestima personal en las enfermeras. Se han incrementado los proyectos de investigación.

En la próxima convocatoria, se incorporan EIR de Salud Mental y de Geriátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Propuesta para una estructura formal del programa oficial de la especialidad de enfermería de urgencias y emergencias.* Romero-Nieva, J.; ciber revista. Septiembre de 2011.
2. *Ley 44/2003, de 21 de Noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.* Boletín Oficial del Estado. Num. 280 (Noviembre 22, 2003)
3. *Real Decreto 450/2005, de 22 de Abril, sobre especialidades de Enfermería.* Boletín Oficial del Estado. Num. 108 (Mayo 6, 2005)

UN MES UN TEMA

Torres, A.; Galindo, S.; de Prada, C.
Hospital Universitario La Paz, Madrid

OBJETIVO

Estimular y promover la formación continuada interna de enfermería del servicio de urgencias.

ARGUMENTACIÓN

La formación continuada interna de un servicio es una parte de la práctica diaria que creemos no se debe dejar en un segundo plano. Entender la continuidad de la educación como un proceso que no se agota en la formación académica, es el primer paso para el crecimiento de una profesión y de sus profesionales. El profesional que percibe esto, encontrará durante toda su vida situaciones de enseñanza-aprendizaje. La comprensión de que necesitamos aprender un poco cada día para poder llevar a cabo el trabajo, es un paso muy importante en la tarea que proponemos. Es necesario conservar siempre la actitud de estar aprendiendo. Esta formación continuada interna de la que hablamos, necesita de un esfuerzo y una motivación extra por parte del equipo de enfermería, por lo que vamos a intentar distanciarnos de las estrategias habituales para intentar llamar la atención del mayor número de profesionales haciéndoles partícipes de la organización de la misma y estimulándoles para que esa formación surja desde el propio servicio o se detecten necesidades que podamos paliar con la ayuda de otros expertos que trabajan en el hospital. Es totalmente necesario crear una estrategia diferente y atractiva, que despierte la curiosidad y la necesidad de participar en ella.

METODOLOGÍA

El proyecto se basa en dedicar periodos de tiempo a un tema monográfico. Por motivos de organización, esos periodos de tiempo serán meses naturales. A un mes vista se propondrá un tema que sea de interés para la práctica diaria de la enfermería; partiendo de ese tema el equipo propondrá sesiones a impartir durante el mes dedicado. Principalmente se intentará que los ponentes de esas sesiones sea el propio personal del equipo, aunque si se cree oportuno se pedirá la colaboración de expertos en la materia que estén trabajando en la unidad. Se hará una sesión por semana aunque el número podrá variar dependiendo del interés que haya despertado el tema propuesto. Las sesiones se realizarán a las 11:30 y a las 15:30 para facilitar la asistencia del mayor número de personas. El espacio disponible para la realización será una sala polivalente que posee la unidad que dispone de espacio y medios audiovisuales.

CONCLUSIONES

Debido al poco tiempo de aplicación del proyecto, no disponemos de datos que avalen el mismo, aunque la acogida por parte del personal de la unidad ha sido satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiodelli N, Do Prado Ml. Educación Continua en El Trabajo: Nuevos Desafíos Para Los Profesionales De Enfermería. *Invest. Educ Enferm.* 2007; (25)1: 100-105.
2. Costa Mendes, I. A., De Godoy, S., Da Silva, E. C., Seixas, C. A., Nogueira, M. S., *Trevizan, M. A. Educación Permanente Para Profesionales De Salud: Mediación Tecnológica Y Surgimiento De Valores Y Cuestiones Éticas. *Enfermería Global* Mayo 2007; 10:1-7; Issn 1695-6141
3. Marques Andres, Susana. Formación Continuada: Herramienta Para La Capacitación. *Enferm. Glob.* [Online]. 2011, Vol.10, N.21, Pp. 0-0. Issn 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000100020>.
4. Serna Rodríguez Francisco, Ortiz Ruíz De Loizaga María Natividad, Beitia Fernández Carlos. Experiencia Innovadora En Formación Continuada En Salud Vii Congreso Nacional De Formación Continuada En Salud 16, 17 Y 18 De Junio - Málaga . Disponible En http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/Formaciónsalud/Gestor/Es/Difusion_contenido/Articulos/Articulo_0005.html. Citado El 28 De Setiembre De 2010.

COMPETENCIAS ENFERMERAS. GARANTÍA DE SEGURIDAD

Falagán, M.; Ferreira, M.P.
Hospital Povisa, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

Podemos definir Competencia como la aptitud del profesional para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y aptitudes asociadas a la buena práctica de su profesión, para poder resolver las situaciones que se le plantean.

OBJETIVO

1. Implementar de forma progresiva un Sistema de Gestión de Competencias Enfermeras y un Sistema de Evaluación del Desempeño.
2. Evaluar resultados, en términos Cuantitativos.
3. Analizar resultados en términos Cualitativos.
4. Implantar acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

- Diseño de los distintos modelos de Evaluación de Competencias, en función de los Servicios o Unidades que correspondan al ámbito de aplicación.
- Elaboración y Desarrollo del modelo competencial, los criterios de evaluación y rediseño de los circuitos asociados.
- Implantación progresiva del modelo
- Evaluación periódica

RESULTADOS

1. La Evaluación de competencias se realiza al 100% de las enfermeras
2. La Reevaluación anual se ha realizado al 70% de las Enfermeras
3. El 32 % de las enfermeras han superado la evaluación de competencias en todos los parámetros evaluados.
4. Un alto porcentaje de las enfermeras que no superaron inicialmente la evaluación de competencias, han realizado las acciones de mejora que la empresa ha puesto en marcha.
5. La evaluación de competencias de las enfermeras ha provocado un impacto positivo en el equipo médico, implicándose en la misma en los servicios considerados especiales o de riesgo.

CONCLUSIONES

El hecho de evaluar las competencias, nos ha ayudado a conocer las fortalezas y debilidades de las enfermeras y así poder aplicar acciones de mejora, en aquellos aspectos más relevantes para garantizar unos cuidados de calidad.

Las enfermeras, en un alto porcentaje, son conscientes de la necesidad de formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sistema de Acreditación Joint Commission International (JCI) – FADA- Hilarión P., Suñol R. Bañeres J, Vallejo P, Instituto Universitario AVEDIS Donabedian-UAB
bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems02106.htm
2. Escuela Nacional de la Salud Pública. Perfiles Profesionales Profesionales, funciones y competencias del personal de enfermería en Cuba. Licenciada Julia M. Torres Esperón y Licenciada Omayda Urbina Laza.
3. www.aibarra.org/archivos/competencias.htm. MAPA DE COMPETENCIAS ENFERMERAS
4. www.competenciasprofesionales.es/Competencias_profesionales/Cualificaciones_Profesionales

RACIONALIZACIÓN EN LA SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO EN EL CENTRO DE SALUD CAMPAMENTO

García, R.; Lázaro, M.P.; Sierra, I.; Crespo, M.J.; Delgado, R.; Checa, P.

Centro de Salud Campamento, Madrid. D.A. Centro (SERMAS), Madrid

INTRODUCCIÓN

El CS Campamento (Dirección Asistencial Centro, Madrid) gestionó en 2010 unas 35 pruebas de laboratorio al día de las cuales una parte fueron originadas por atención especializada. A partir de 2011, cualquier profesional sanitario del CS pudo acceder, desde la aplicación informática: programa hospital, al resultado de pruebas diagnósticas (solicitadas en el EAP o en especializada), lo que nos hizo suponer que su uso podría disminuir la petición de analíticas propias.

Dadas ambas circunstancias los responsables de calidad decidieron elaborar y ejecutar un plan de mejora para racionalizar las peticiones de análisis de nuestro CS.

OBJETIVO

Elaborar y ejecutar un plan de mejora para racionalizar las peticiones de análisis.

Se creó un equipo de mejora multidisciplinar que aplicó la metodología del camino de la mejora (método de resolución de problemas basado en el ciclo de mejora de Deming (PDCA).

Problemas detectados

- Tasa de peticiones de analíticas un 4,72% mayor que la de nuestro entorno.
- Excesiva variabilidad en el número de peticiones entre unos cupos y otros, llegando al triple en peticiones totales e incluso 7 veces mayor en el caso de los domicilios.

Objetivos de mejora.

- Principal: Disminuir las peticiones propias solicitadas al laboratorio (sobre las que podemos actuar) con respecto al año anterior, al menos en un 5%, tanto las hechas en el CS como en domicilio.
- Secundario: Reducir la variabilidad de peticiones analíticas por cupo médico, homogeneizando los criterios de solicitud.

Acciones de mejora:

- 3 sesiones formativas al EAP respecto al manejo del programa hospital y del protocolo de atención a pacientes crónicos (incluye criterios de solicitud de pruebas diagnósticas) más estudio transversal intermedio para comprobar la evolución.
- Estudio prospectivo final (al año del primero). Población: 15994. Muestra de 792 peticiones en 24 días elegidos al azar, entre octubre y diciembre de 2011 y totales de domicilio último semestre.

RESULTADOS

- 2010. Población del CS: 16664. Peticiones propias: 90,6%; de especialistas: 9,4%. 68 hechas en domicilio.
- 2011. Población: 15994. Peticiones propias: 83,3%; de especialistas: 16,7%. 55 en domicilio.
- Tasa de peticiones totales/1000hab/trim (octubre-diciembre 2010): 645,5. En 2011: 622,9.
- Media de peticiones por cupo y día en 2010 (exceptuando pediatras): 2,92 (1,7-5,7) En 2011: 2.94 (2,3-5,4).

DISCUSIÓN

Nuestro primer objetivo se ha conseguido pues las peticiones propias bajaron un 8,6% ($p = 0,0454$) respecto al año pasado. El hecho de que las peticiones de los especialistas aumentaran en un 77,7% ($p = 0,0000$). Las peticiones a domicilio, que dependen casi en exclusiva del EAP, también se redujeron, en este caso un 19,1%. Lo que refuerza la idea de mejora en el criterio de solicitud.

La media de analíticas (propias y de especialistas) por cupo y día se mantuvo, pero reduciéndose la variabilidad entre cupos al acortarse los rangos de 4 a 3,1 (2º objetivo) posiblemente gracias a una mayor homogeneización en los criterios de petición.

Se debe incidir en la coordinación con primaria y racionalización de peticiones por parte de atención especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Granados JA, et al. Calidad de la derivación a laboratorio en un distrito sanitario de ámbito urbano. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18(2):74-9.
 2. Oterino de la Fuente D, Altarriba Cano ML, Monzó MJ, Pérez de los Cobos J, Sanfélix Genovés J, Pereiró Berenguer I. Pertinencia de las peticiones analíticas en atención primaria. *Aten Primaria*. 1996; 18:87-93.
 3. Caballé Martín I. La necesidad de asignar costes en el laboratorio clínico. *Química Clínica* 2004;23(6):423-26.
 4. Rosanas D, Prat Quinzanos JL, Ramón Martínez MA, Romeu Gascó M. Racionalización del uso y costes de los laboratorios de atención primaria: Protocolizando las peticiones de análisis de laboratorio. *Aten Primaria*. 1999; 24:83-91.
 5. Corral N, Agualló P, Berraondo I, Latorre K, Rodríguez C y Valdés P. Perfiles de solicitud de analítica de rutina en atención primaria: Comparación de recomendaciones y estudio de variabilidad y costes en el País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2000. Informe nº: Osteba D-00-08.
- El plan de mejora se ha llevado a cabo desde octubre de 2010 a enero de 2012. Los resultados se han comunicado a la Dirección Asistencial Centro de Atención Primaria, para acordar acciones conjuntas con los especialistas del Hospital Clínico de S. Carlos y sus laboratorios.

LA INFLUENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LOS REINGRESOS DE PACIENTES CON EPOC

Viñas, C.; Prunera, M.J.; González, B.; Fernández, F.
SAS - Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una de las patologías más relacionadas con el consumo de recursos sanitarios. Se estima que sus exacerbaciones agudas representan más del 70% de los costes de esta enfermedad; debido principalmente a la asistencia a urgencias y a los ingresos hospitalarios.

La UGC de Enfermedades Respiratorias del Hospital Carlos Haya cuenta con un programa de seguimiento y control de pacientes diagnosticados de EPOC, en un estadio grave o muy grave. Su objetivo es mejorar la evolución de esta enfermedad, evitando complicaciones y por tanto asistencias hospitalarias.

Globalmente consiste en el seguimiento de estos pacientes, tanto en consulta telefónica, adiestrándolos en el manejo de su régimen de terapéutico, adhesión al tratamiento e identificación de síntomas de alarma ante exacerbaciones de la enfermedad. Así mismo actúa como filtro en la atención y derivación a neumología y rehabilitación respiratoria.

OBJETIVOS

1. Conocer la adhesión a un programa de seguimiento y control de pacientes con EPOC grave y muy grave, coordinado por una enfermera.
2. Estimar la repercusión que este programa ha tenido sobre la asistencia a urgencias e ingresos hospitalarios en los pacientes estudiados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han estudiado retrospectivamente 148 pacientes diagnosticados de EPOC grave o muy grave que han sido atendidos por la UGC de Enfermedades Respiratorias durante un periodo comprendido entre enero de 2008 a octubre de 2009.

De este grupo de pacientes, 106 continúan en el programa durante todo el periodo, y otros 42 lo abandonaron por diferentes motivos.

En los 106 comparamos las asistencias a urgencias e ingresos hospitalarios, durante el año previo al inicio del mismo (enero 2007), con los del año siguiente de haberlo iniciado (octubre 2010). Así mismo, comparamos estos resultados con los obtenidos en el grupo de 42 pacientes que no siguieron el programa.

RESULTADOS

Pacientes en programa:

- 101 hombres y 5 mujeres. Edad media: 67.54 años (rango 83 – 54)
- Año previo: 145 asistencias a urgencias y 45 ingresos hospitalarios.
- Año siguiente: 74 asistencias a urgencias y 27 ingresos hospitalarios.
- Pacientes no programa: 39 hombres y 3 mujeres. Edad media: 67.21 años (rango 83 – 50)
- Año previo: 79 asistencias a urgencias y 17 ingresos hospitalarios
- Año siguiente: 81 asistencias a urgencias y 30 ingresos hospitalarios

CONCLUSIONES

Un programa de Enfermería para el seguimiento y control de EPOC (estadios grave y muy grave), consigue disminuir el número de asistencias a urgencias e ingresos hospitalarios; además de proporcionar a estos pacientes grandes mejorías clínicas.

La Enfermera desempeña una función importante en el seguimiento de pacientes con EPOC grave y muy grave, ya que combina intervenciones biomédicas con las de apoyo psicoemocional, educación sanitaria y consejo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP. Abandono del hábito de fumar para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Wood-Baker R. Planes de acción para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Proceso asistencial EPOC. Plan de Calidad. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

¿CÓMO NOS ENTIENDEN LOS PACIENTES?

Borrell, N.; Suñer, R.; González, M.; Brianso, M.; Corominas, D.; Fernández, M.; Valls, C.; Santiñà, M. *Consorti Sanitari Integral. Grupo de Health Literacy. Red Catalana de Hospitales Promotores de la Salud, Barcelona*

INTRODUCCIÓN

Los pacientes reciben información sanitaria en poco tiempo y según las características sociodemográficas presentan dificultades de comprensión. La dificultad de comprensión se relaciona con peores indicadores de salud, mayor coste y demandas de servicios sanitarios. El nivel de Health Literacy o Alfabetización en salud de los pacientes es un factor importante para una efectiva comunicación en salud. Y es definido como la capacidad para obtener, procesar, entender la información sanitaria y utilizarla para tomar decisiones adecuadas.

OBJETIVOS

Identificar aspectos de mejora en la comunicación escrita y oral con los pacientes para facilitar un ambiente sanitario más comprensible.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante los años 2009-2011 el grupo de Health Literacy de la Red Catalana de Centros Promotores de la Salud creado en el 2008, ha trabajado la identificación de las barreras de comprensibilidad desde 5 vertientes: Evaluación de la navegabilidad en 10 centros hospitalarios, estudiando la legibilidad del material informativo sobre las cataratas, así como la percepción de los pacientes operados para valorar la satisfacción con el material escrito y la Oral. También se elaboraron instrumentos para medir la legibilidad de un texto informativo sanitario. Finalmente, se editó un documento con las recomendaciones básicas para diseñar un documento fácil de leer y otro con recomendaciones básicas para favorecer la Oral con los pacientes.

RESULTADOS

Los resultados mostraron: 1. Accesibilidad insuficiente en el estudio de navegabilidad en los 10 centros, con legibilidad y visualización baja de los carteles, uso de lenguaje científico y falta de mapas de orientación. Los profesionales lo suplen, ofreciendo ayuda e información constante, 2. El documento informativo de cataratas se ha implantado en varios centros de la red, pendiente de ser implantado en todos los centros adheridos, 3. Se realizó formación para difundir los instrumentos de legibilidad, 4. Los requisitos mínimos para una documentación fácil de leer recomienda aspectos del contenido, la tipografía y el lenguaje y ha sido difundido en toda la red. Las recomendaciones para favorecer la Oral se están difundiendo en la actualidad.

CONCLUSIONES

Una adecuada información sanitaria siguiendo recomendaciones en Health Literacy fomentan el desarrollo de un conjunto de habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas a tener acceso, entender y utilizar la información para mantener una buena salud, capacidad para buscar información, para tomar decisiones responsables y en definitiva, para ser pacientes competentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berkman ND, Dewalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson T, Bonito AJ. Literacy and health outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2004;(87):1-8. 2. McCray AT. Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc*. 2005;12 (2):152-63. 3. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107. 4. World Health Organization. *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services*. Copenhagen: World Health Organization; 2007 5. Rudd RE. Navigating hospitals. *Literacy Harvest* 2004; 11(1): 19--24.

INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD EN TIEMPO DE CRISIS

Humada, P.

Hospital Clínico, Valladolid

INTRODUCCIÓN

Los términos “confidencialidad” e “intimidad” tienen una historia reciente, tanto como la aparición en nuestro panorama sanitario de los Derechos y Deberes de los Pacientes. A lo largo de estos años la legislación ha ido desarrollando todos los aspectos que determinan la manera en que debe enmarcarse una relación clínica de calidad. Los valores que sustentan las inquietudes más íntimas del ser humano deben tener un reflejo permanente en nuestro quehacer como cuidadores.

El hecho de asistir últimamente a reducciones, recortes, supresiones... en nuestro sistema sanitario no debe implicar ni debe ser motivo de dejación ni de abandono; más bien al contrario, estos valores han de presidir siempre nuestra actuación como profesionales Enfermeras/os.

OBJETIVOS

- Conocer el origen, la historia, el significado y el sentido de los términos “Confidencialidad” e “Intimidad”.
- Determinar mediante la legislación vigente, los aspectos legales en nuestro panorama sanitario.
- Evaluar las situaciones de dificultades y crisis en el sistema Sanitario, desde la óptica de la ética y sus valores y su repercusión en los Pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo se ha realizado como un estudio exploratorio, descriptivo y de revisión que pretende analizar los conceptos relativos a “Confidencialidad” e “Intimidad” enmarcados en la relación sanitario-paciente, a la luz de las transformaciones producidas en nuestro ámbito sanitario.

Se ha utilizado un marco legal pormenorizado y los conocimientos que aporta la bioética en su aplicación a la práctica clínica. Asimismo la experiencia personal en el ámbito del trabajo hospitalario y por tanto en la relación con los usuarios.

CONCLUSIONES

- Debemos conocer no solo los conceptos sino el soporte legal y las inquietudes de nuestros pacientes y su sistema de valores.
- Es necesario asumir como enfermeras/os la importancia de gestionar adecuadamente en el marco de la relación clínica los valores de “confidencialidad” e “intimidad” de nuestros pacientes.
- Las épocas de crisis y restricciones de ningún modo pueden suponer el menoscabo en el derecho a los valores íntimos y personales de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Cienfuegos J.M. “La defensa de la intimidad de los ciudadanos y la tecnología informática”: Aranzadi, 1999
- Gracia, D. “La confidencialidad de los datos clínicos”. En GRACIA DIEGO. “Como arqueros al blanco”. Estudios de bioética. Madrid: Triascastela, 2004: 303-318.
- Gracia, D.; Júdez, J. (Eds.) “Ética en la práctica Clínica”. Madrid: Triascastela, 2004. 380 páginas. Sobre todo, cap. 4. (Confidencialidad) y 5 (menor).
- Guías De Ética Médica. Intimidad, Confidencialidad y Secreto; Fundación Ciencias de la Salud 2005.
- Guía de intimidad confidencialidad y protección de datos de carácter personal. Dirección General de Planificación y Ordenación. Junta de Castilla y León. 2007
- Júdez, Javier; Nicolás, Pilar; Delgado, M. Teresa; Hernando, Pablo; Jose, Zarco, Silvia. “La Confidencialidad en la Práctica Clínica y de Gestión de la información”. Medicina Clínica, 2002; 118 (1): 18-37
- Martínez, K. “Medicina e Intimidad. Una visión desde la bioética”. Revista de Calidad Asistencial, 2004; 19(6): 416-421

ACREDITACIÓN EN NIDCAP: UN PASO MÁS HACIA EL CUIDADO EXPERTO

Gutiérrez, M.P.; Farrero, S.; Martínez, R.; Rubio, D.; Cano, M.J.; Gargallo, E.; Sánchez, A.
Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

En el Servicio de Neonatología se trabaja en un proceso de implementación de Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia (CCDF). En 2005 con el apoyo de la dirección del área Materno-infantil se apostó por la implementación del programa NIDCAP y la inclusión de los padres como miembros activos del equipo, lo que comportó un cambio cultural en la Unidad.

En 2009 se diseñó un plan estratégico para la consolidación del cambio. Se crearon grupos multidisciplinares para la formación básica CCDF.

En una primera fase, 2010, se realizó la formación de CCDF a todo el personal y se consolidó en 2011. Paralelamente se apostó en ser centro formador NIDCAP, obteniéndose la acreditación en noviembre del 2011. En el momento actual el proyecto se encuentra en una 2ª fase, centrada en la extensión de la formación NIDCAP entre los profesionales de la Unidad.

OBJETIVOS

1. Planificar la formación de profesionales con acreditación NIDCAP.
2. Implantar un plan formativo para los profesionales en la formación introductoria: Conductas del neonato en 2 años
3. Realizar cambios estructurales y ambientales

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Formación introductoria NIDCAP para el personal de la Unidad
2. Formación de profesionales en la acreditación NIDCAP.
3. Creación de grupos de mejora para el consenso sobre las modificaciones ambientales y seguimiento.

RESULTADOS

6 profesionales acreditados NIDCAP: 3 facultativos, 1 de ellos acreditado entrenador y 3 enfermeras, 2 en dedicación exclusiva al seguimiento del recién nacido de riesgo.

El 100% de los neonatos de menos de 28SG reciben seguimiento y cuidados NIDCAP.

12 profesionales están en proceso de realizar la formación NIDCAP y 10 formados en la Formación introductoria. Se han creado de 8 grupos multidisciplinares para avanzar en la aplicación de las CCDF, realizado cambios estructurales y ambientales.

En 2012 se crea un grupo: Convivencia y Inclusión para facilitar el desarrollo de la práctica asistencial, la relación interpersonal y reforzar el proceso de cambio.

CONCLUSIONES

La introducción de las CCDF y el proyecto NIDCAP aporta una visión de cuidado neonatal más experto.

La formación es una herramienta imprescindible para lograr el cambio de cultura en la Unidad y conseguir que todos los neonatos reciban un atención individualizada y los de mayor riesgo un seguimiento por un profesional NIDCAP.

La acreditación como centro formador NIDCAP facilita formación , reconocimiento, recursos, apoyo institucional y motivación del personal para ser experto en cuidados .

BIBLIOGRAFÍA

1. Perapoch López J., Linde Sillo MA, Cano Ochoa MJ. *Una camino hacia los cuidados centrados en el desarrollo. XIX Congreso español de Medicina Perinatal; 2003 oct. 2-4:Barcelona, España*
2. Als H. *Guía del programa NIDCAP. Official Spanish Versión. Boston: NIDCAP Federación Internacional; 2010*
3. Symington A, Pinelli J, *Atención orientada al desarrollo para promover el desarrollo y prevenir la morbilidad en lactantes prematuros (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [http:// www.update-software.com](http://www.update-software.com)*
4. *Projecte Co-neixer. Unidad de cuidados Intensivos Neonatales Hospital Vall d'Hebrón 2009-2010.*
5. Prats M. *Resultados del grado de implantación NIDCAP realizado a los profesionales de dos unidades neonatales. 2011*

TRAYECTORIA CLÍNICA DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA

Zamora, I.; Bastardi, I.; Rovira, R.; García, A.; Esteve, M.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un cambio progresivo en el modelo de relación asistencial entre el profesional de la salud y el paciente. Así, se ha ido avanzando de un pasado con un paternalismo imperante en los últimos siglos, hacia el desarrollo y respeto de la autonomía del paciente.

Este, cada vez más y en mayor medida solicita participar en la toma de decisiones que afectan a su salud. Para ello es imprescindible el acceso del paciente a una información suficiente.

Ante esta situación, en el Hospital de San Pablo de Barcelona y desde la dirección enfermera se decide impulsar un proyecto que promueva y favorezca el acceso a esta información creando un instrumento: la trayectoria clínica de pacientes (TCP) que nos permita facilitar este objetivo. Una de las que se han elaborado es la TCP para pacientes sometidas a histerectomía.

OBJETIVOS

- Impulsar acciones que favorezcan el compromiso mutuo entre los profesionales y el paciente.
- Favorecer la participación de la paciente en la toma de decisiones relacionadas con la histerectomía, durante el ingreso hospitalario.
- Asegurar el acceso a una información homogénea en la todas las pacientes operadas de histerectomía
- Garantizar unos "mínimos" de información, recordando no obstante que la información también ha de ser verbal y continuada

METODOLOGÍA

El primer requisito que tiene que cumplir la TCP, es estar vinculada a una trayectoria clínica de profesionales (care maps / pathways) y estar elaborada por los mismos autores.

En cuanto a su contenido la información ha de ser clara, entendedora, concreta y veraz, asegurar la comprensión de la información dada y esta ha de estar elaborada desde la perspectiva de las necesidades de la paciente.

La TCP ha de ser validada por la Comisión que asesora y hará el seguimiento de las mismas, que se divide en dos subgrupos: Comisión estratégica para asegurar el cumplimiento de los valores previamente definidos y garantizar su correcta aplicación. Comisión operativa cuya función es elaborar las TCP y esta formada por el equipo multidisciplinar que ha elaborado la misma.

RESULTADOS

En estos momentos ya está elaborada y validada la TCP para pacientes sometidas a histerectomía y sus características son las siguientes:

El formato es un tríptico con tres caras. El contenido es común a todas las TCP, incluye una breve descripción del hospital, la ubicación e información del servicio y también una breve descripción del proceso, en este caso de la histerectomía.

Los bloques de información del proceso incluyen la siguiente información:

1. Información al ingreso
2. La intervención quirúrgica
3. Durante la estancia
4. Información al alta

La implementación se iniciará en abril de 2012

CONCLUSIONES

La elaboración de TCP- histerectomía ha permitido a los grupos de trabajo abordar y reflexionar sobre qué información y de qué manera la proporcionamos a nuestros pacientes. Ha permitido incluir en las discusiones de trabajo los valores y la ética de la organización y de los profesionales junto con los valores y creencias de las pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kris Vanhaecht, Marcus Bollmann, Kathy Bower et al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries — an international survey by the European Pathway Association. *Journal of Integrated Care Pathways*, 2006, 10, 28-34.
2. Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. *Adv Pract Nurs Q*. 1998 Summer;4(1):33-9.

ESTUDIO SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PROFESIONAL SANITARIO Y PACIENTES EN LA SOCIEDAD DEL CUIDADO

Ibáñez, D.J.; Gil, M.D.; Ferrer, E.; González, I.; Lucas, P.; Martínez, M.J.; Clar, S.

Departamento de Salud de Elda, Alicante

INTRODUCCIÓN

En la actualidad de nuestra sanidad somos conscientes de los grandes cambios sociales que han motivado una nueva corriente filosófica de entender la sanidad. Desde hace ya unos años, el ciudadano, el individuo, la persona en definitiva, se ha convertido en el eje del sistema sanitario.

La Voluntades anticipadas se entienden como una proyección del consentimiento informado y de la facultad de auto determinación decisoria en el tiempo. El convenio de Oviedo es el precedente normativo de las voluntades anticipadas en España. Morir con dignidad, y en determinadas circunstancias, poder planificar ese final por si llegara el caco (voluntades anticipadas) constituye un derecho esencial del ser humano. Las Voluntades anticipadas cabe considerarlas una manifestación del derecho de autonomía del paciente, no ajenas a los cambios sociales y normativos que se han ido produciendo en las sociedades democráticas.

OBJETIVOS

- Describir el perfil de quienes han ejercido su derecho a expresar voluntades anticipadas y
- Analizar el conocimiento de los profesionales sanitarios ante las Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud de Elda (Alicante)

METODOLOGÍA

Estudio Descriptivo (a), realizado entre Septiembre 2012 y Enero 2012 en el Registro Centralizado de Voluntades anticipadas de la comunidad Valenciana del Departamento de salud de Elda (Alicante), En primer lugar se analizaron los registros realizados de voluntades anticipadas desde Enero 2006 hasta Diciembre 2011.

Se analizo a través del programa informático VOLANT donde se esta registrados todos las Voluntades anticipadas.

Estudio descriptivo transversal (b) mediante cuestionario autocumplimentado por el personal sanitario de las unidades de Urgencias, Cuidados Intensivos y Medicina Interna. La encuesta se llevo a cabo entre Septiembre 2010 y Diciembre 2010.

RESULTADOS

Estudio(a) Setecientos sesenta y cuatro de 199.866 habitantes del departamento mayores de 18 años había inscrito un documento de Voluntades Anticipadas a fecha 31 Enero 2012, Un 71,9% (550) utilizaron un documento previamente redactado por una determinada confesión religiosa. La edad media de los inscritos era de 58 varones y 55 mujeres con un rango de edad de 19 y 79 años. El 55,49% de los documentos de VA se otorgan en el intervalo de 46 a 65 años.

Estudio (b) Respondieron 61 Profesionales sanitarios (16 médicos y 45 enfermeras/os) tasa de respuesta del 45%. El 26.22% fueron Médicos y el 73.77%. Enfermeras/os. Servicios y proporción de profesionales (6 Médicos/15 Enfermeras de Urgencias, 3/5 Cuidados Intensivos y 8/22 Medicina Interna.

CONCLUSIONES

Los ciudadanos no ejercen con frecuencia el derecho a manifestar sus Voluntades Anticipadas, al menos con comparación con otros países occidentales. Se debería profundizar en la difusión del documento a la sociedad. La mayoría de los otorgantes del documento profesan una determinada confesión y rechazan que se les practiquen determinados tratamientos.

La mayoría de los profesionales no comprueba si los enfermos en situación crítica han otorgado voluntades anticipadas. Un 36.06% dicen haber leído el documento, y solamente 52.45% saben que están reguladas por Ley.

Se debería insistir en la información a los profesionales sanitarios, especialmente aquellos de servicios sensibles y ampliar a hospitales de pacientes crónicos y de larga estancia o la atención primaria. La diversidad de criterios entre comunidades complica el ejercicio del derecho a expresar estas voluntades anticipadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrio I., Simón P., Júdez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Rev. Nure Investigación* 2004; 5: 1-9. En http://www.fuden.es/ficheros_administrador/original/original5105200416587.pdf [Consultado el 29 de Mayo de 2010].
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (*Boletín Oficial del Estado*, número 274, de 15-11-2002).
3. Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. (*Boletín Oficial del Estado*, número 269, de 21-11-2003).
4. Decreto 238/2004 de 18 de mayo, por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. (*Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, número 104, de 28-05-2004).
5. Ley 2/2010. De 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte. (*Boletín Oficial del estado*, número 127, de 25-05-2010).
6. Tamayo M., Simón P., Barrio I., Seoane J. Las voluntades anticipadas en España: una visión general. *Rev. Ética de los Cuidados* 2008; jul-dic; 1(2). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n2/et6739.php> [Consultado el 25 de Abril de 2010].
7. El Registro de Voluntades Anticipadas de Andalucía recibe 18.408, inscripciones en sus seis años de funcionamiento. *Diario Digital 20minutos.es*. 1 de junio de 2010.
8. Bachiller A., Hernández S., Martínez M., Delgado R., Domínguez V. Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. *Rev. Metas de Enfermería* 2004; 7 (4):24-7.
9. Simon P., Tamayo M., González M., Ruiz P., Moreno J., Rodríguez MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en dos áreas sanitarias de Andalucía. *Rev. Enfermería Clínica* 2008; 18(1): 11-17.
10. Valle A., Farrais S., González P., Galindo S., Rufino M., Marco M. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de atención primaria. *Rev. Semergen* 2009; 35(3): 111-4
11. Ortega A., Gómez M., Ibáñez O, Pujazón R. Promocionando la salud del atardecer. *Rev. Paraninfo Digital* 2008; 2(3).
12. Barrio I., Simón P., Pascau M. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Rev. Enfermería Clínica* 2004; 14(4): 223-9.
13. Gómez Arca M. No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor. *Rev. Index de Enfermería* 2007; 58: 63-7.
14. Instrumento de ratificación del convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). Oviedo, 4 de abril de 1997. BOE n.º 251, de 20 de octubre de 1999
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002.
16. Simón P, Barrio I. ¿Quién puede decidir por mí? Una revisión de la legislación española vigente sobre las decisiones de representación y las instrucciones previas. *Rev Cal Asist* 2004; 460-472
17. Blanco Zabala J. Autonomía e Instrucciones Previas. Un análisis comparativo de las legislaciones autonómicas del Estado Español. Tesis Doctoral, 2007
18. Seoane JA. Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las Instrucciones Previas en España. *DS Derecho y Salud* 2006; 14: 285-295.
19. Couceiro Vidal A. Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. *Rev Cal Asist* 2007; 22: 213-222
20. Zabala J, Alconero AR, Casaus M, Gutiérrez E, Saiz G. Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. *Enferm Clin* 2007; 17: 56-62
21. Asociación Nacional de Consumidores y Usuarios de Servicios de Salud 43. Bosch JM. Documento de voluntades

anticipadas (DVA): cinco años recorridos y mucho por avanzar. *Sobre Ruedas* 2006; 63: 2-5.

22. Miró G, Pedrol E, Soler A, Serra-Prat M, Yébenes JC, Martínez R et al. Conocimientos de la enfermedad y de los documentos de voluntades anticipadas en el paciente seropositivo para VIH. *Med Clin* 2006; 126: 567-572

23. Solsona JF, Sucarrats A, Maull E, Barbat C, García S, Villares S. Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte del paciente crítico. *Med Clin* 2003; 120: 335-336

24. Emanuel L. Living wills can help doctors and patients talk about dying. *W J Med* 2000; 173: 368

25. Welie JVM. Living wills and substituted judgements: a critical analysis. *Med Health Care and Philos* 2001; 4: 169-183. [Links]

26. Parfitt D. *Reasons and persons*. Oxford: Oxford University Press, 1984. [Links]

27. Dresser R. Missing persons: Legal perceptions of incompetent patients. *Rutger Law Rev* 1994; 46: 609-695. [Links]

28. Dresser R. Dworkin on dementia. *Elegant theory, questionable policy*. *Hastings Cent Rep* 1995; 25: 32-38

29. Christensen-Szalanski JJ. Discount functions and the measurement of patients' values: Women's decisions during childbirth. *Med Dec Making* 1984; 1: 47-58.

30. Gready RM, Ditto PH, Danks JH, Coppola KM, Lockhart LK. Actual and perceived stability of preferences for life-sustaining treatment. *J Clin Ethics* 2000; 11: 334-346.

31. Santos de Unamuno C. Documento de Voluntades Anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 30-35

32. Terribas N. Un documento de voluntades anticipadas. *FMC Form Med Contin Aten Prim* 2006; 13: 354-357.

33. Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital. *Aten Prim* 2003; 31: 52-54

34. Barrio IM, Simón P, Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm Clin* 2004; 14: 223-229

35. Abad E, García A, Martínez S, Sánchez R, Molina A. Exploración del fenómeno de la planificación anticipada de decisiones al final de la vida. *Visión de los profesionales que cuidan personas mayores*. *Enferm Clin* 2006; 16: 127-136.

36. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2003.

37. Broggi MA. El documento de voluntades anticipadas. *Med Clin* 2001; 117: 114-115.

CULTURA DE SEGURIDAD... NO ARRIESGUES

Aguilar, Y.; Cobalea, N.

Grup Corachan A.I.E, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La seguridad al paciente es un aspecto fundamental en la calidad asistencial, cuidar al paciente de forma segura es competencia de todos. Es conocido en el sector sanitario ,que trabajar sin cultura de seguridad, puede tener consecuencias en los pacientes que pueden verse afectados por efectos adversos o por errores que causen lesión o daño grave. Desde la Dirección de Enfermería se dota de identidad propia a la SEGURIDAD DEL PACIENTE , creando una comisión que vele por la misma diferenciándola de la calidad asistencial.

Nos proponemos conocer el grado de conocimiento que tenemos en Cultura de Seguridad ,como empresa y como profesionales de la salud.

OBJETIVOS

- Crear Cultura de Seguridad
- Formar al personal
- Fomentar la notificación y respuesta de incidentes y efectos adversos

MATERIAL Y METODOLOGÍA

- Crear un Comité de Calidad Asistencial y Seguridad al Paciente
- Diseñar un Cuestionario de conocimientos en Seguridad
- Dar Sesiones de Formación para sensibilizar sobre seguridad al paciente
- Definir los indicadores
- Difundir la declaración de errores/incidentes. Analizar y establecer acciones preventivas y correctoras para evitarlos

RESULTADOS

Después de analizar los resultados obtenidos sobre nuestro conocimiento y sensibilidad en temas de Seguridad al Paciente, se crea un Comité Específico en Seguridad al Paciente, respaldado por nuestra Dirección de enfermería / Gerencia. Se ha realizado Formación al personal sanitario, equipos de enfermería, médicos y servicios de soporte, para la sensibilización en Cultura de Seguridad. Hemos reforzado la Notificación para realizar un análisis y poder dar respuesta rápida para evitar o disminuir incidentes no deseados. Los resultados comparativos con años anteriores en la monitorización de indicadores ,se valoraran a finales de este año.

CONCLUSIONES

Mejorar la seguridad de nuestros pacientes, es el motor para el desarrollo de este proyecto. La encuesta realizada nos hace tomar consciencia de que el esfuerzo personal no es suficiente, aunque, gracias a ello contamos con profesionales que realmente se preocupan y se implican al máximo. Somos corresponsables de la seguridad al paciente, alcanzar un nivel de consciencia activa-proactiva del riesgo a equivocarnos y actuar en consecuencia, nos ayuda a realizar un práctica segura en la asistencia al paciente, desde nuestra acción individualizada o en equipo, la influencia de nuestro entorno y sistema de trabajo como institución.

Aprender de los errores, ser capaces de responder a tres principios básicos: Qué pasó, por qué salió mal, qué arreglaríamos y cómo lo haríamos.

Una organización con cultura de seguridad con un respaldo institucional que garantiza transparencia y diálogo para la mejora en la práctica segura y calidad asistencial, se convierte en una organización segura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aibar R. C. *La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente*. Revista Humanitas, Monografía nº8
2. Beck U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona Buenos Aires: Paidós, 1998
3. Martínez López FJ. *Gestor de riesgos sanitarios: perfil y funciones*. Curso de gestión de riesgos sanitarios. Escuela Extremeña de salud pública. Oct. 2004
4. Rodríguez Rivera L. *La clínica y su método; reflexiones sobre dos épocas*. 1ª Edición. Madrid. 1999. Ediciones Diaz de Santos S.A
5. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de sanidad y consumo

CUIDADOS 2.0: ENFERMERAS 2.0.

Rodríguez, G.; Fernández, M.A., Domingo, M.

Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La División de Enfermería del Hospital General de Alicante (HGUA) disponía de un portal clásico 1.0. , pero la información que contenía ese portal no acababa llegando a los profesionales. Además era una Web unidireccional donde la información sólo fluía en una dirección y la Dirección de Enfermería no disponía de una retroalimentación de sus profesionales y pacientes. Sumado todo esto a que la Dirección de enfermería del HGUA quería fomentar la continuidad de cuidados más allá de los muros intrahospitalarios y convertir al Hospital General de Alicante en un "hospital líquido" y cercano para los usuarios. Sujetos: El portal va dirigido a pacientes, profesionales y gestores de las instituciones sanitarias.

DESARROLLO CONCEPTUAL

CUIDADOS 2.0: Desde la Dirección se está potenciando la introducción de tecnologías web 2.0 en el trabajo cotidiano de las enfermeras así como la gestión del conocimiento profesional a través de contenidos multimedia que se quieren ofrecer a otros profesionales y a los ciudadanos aportando además un nuevo canal de comunicación y participación con las enfermeras del HGUA. Dentro del portal se ha integrado otros canales que proporcionan valor añadido al portal y como Twitter, Vimeo, Facebook, SlideShare.

La Dirección de Enfermería con el portal Cuidados 2.0 pretende:

- Poner en marcha un nuevo canal de comunicación con los ciudadanos mediante hacer llegar información sanitaria avalada por la División de Enfermería y permitir la comunicación con enfermeras referentes en cuidados.
- Crear un espacio para los profesionales sanitarios

RESULTADOS

El nº de visitas ha aumentado de 6335 visitas en todo el 2010 a 8673 visitas en 6 meses de cuidados 2.0. en el 2011, esto supone un incremento del 273 % de las visitas con respecto al 2010. También ha aumentado el tiempo promedio de estancia en la Web un 11,69%. Nos visitan de 41 países. Todo ello sumado a nuestro posicionamiento en los buscadores al introducir la palabra Cuidados somos la primera referencia en Google.. En la página oficial de Cuidados 2.0. en Facebook tenemos 125 amigos , hemos iniciado el camino muy recientemente en esta red social, en cambio en twitter nos siguen 429 personas. Tenemos un grupo de Facebook Matronas 2.0. donde las matronas y mujeres o acompañantes interactúan con 67 miembros hace tan sólo un mes que tiene actividad y ya está comenzando a dar sus frutos.

Se esta trabajando en estos momentos en crear contenidos de utilidad para nuestros pacientes y trabajar con el paciente crónico y los pacientes expertos para poder aumentar su calidad de vida. En nuestro Departamento se realiza diversos talleres educativos que queremos agruparlos en la Web por todos aquellos pacientes y cuidadores que no pueden acudir de forma presencial o que quieren volver a verlos.

CONCLUSIONES

El objetivo final del portal es fomentar desde el inicio la participación tanto de los ciudadanos como de los profesionales proporcionando mecanismos y herramientas que permitan la comunicación bidireccional con los ciudadanos y la colaboración con otros profesionales.

APLICANDO METODOLOGÍA LEAN EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS

Garçon, I.¹; Piñol, Y.²; Rosell, I.³

¹Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi (HSDJDMB), ²Hospital General de l'Hospitalet (HGH),

³Consort. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2010, se aplicó la metodología LEAN HEALTHCARE para el análisis del funcionamiento del proceso clave Asistencia Quirúrgica (BQ y UCSI)

OBJETIVO

Conseguir procesos asistenciales ágiles y fiables que respondan a las necesidades del entorno mejorando la seguridad del paciente y la calidad del servicio reduciendo errores y costes basándose en la detección permanente de despilfarros (MUDA) entendido como todas aquellas actividades que consumen recursos y no aportan valor al paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Fases para su implantación: Documentación del proceso, Diagnóstico del proceso, Mejora del proceso y Soporte a la mejora.

Plan de trabajo:

14 Sesiones de trabajo para cada proceso, más 5 días de observación en el "GEMBA" (lugar de trabajo), en el que se sigue siempre el flujo del paciente. Esta observación permitió medir los tiempos de cada actividad y observar los posibles MUDAS (despilfarros o actividades de no valor añadido). Paralelamente se observaron todas las situaciones que podían generar riesgos para la Seguridad de los pacientes. Una vez efectuada la observación, se dibuja el mapa de flujo de valor. Herramientas: 5S, GESTIÓN VISUAL, SISTEMA KANBAN, MANTENIMIENTO AUTONOMO, SMED, y AMFE

RESULTADOS

Se identificaron entre 41 y 53 acciones, de las que se priorizaron 10 a corto plazo y 8 a medio plazo, en función de: a) Impacto en la eficiencia del proceso (prioridad: crear flujo de valor) b) Facilidad de implantación

CONCLUSIONES

Mejora de la eficiencia: eficiencia, mejorando Orden, Estandarización y Seguridad en el proceso
Mejora en la gestión global del proceso (BQ y UCSI): Planificación, Interrelación entre procesos, Gestión con eficiencia de personas y recursos, Implantación de una metodología de trabajo orientada al futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Galgano. Curso Lean Healthcare para champions. Consorci Sanitari Integral. 2010
2. Womack J. P., Jones D. T. (2007) Soluciones Lean, Ed. Gestión 200, Barcelona.

NUEVO MODELO DE GUARDIAS DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

Jiménez, L.R.; Ouro, C.; Vázquez, L.
SERGAS, Lugo

INTRODUCCIÓN

En Mayo de 2010, como consecuencia de la incorporación de una nueva Dirección de Enfermería en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo, se produce un cambio en la concepción de las Guardias de Supervisión de Enfermería.

La nueva Dirección apostó por una reorganización de las guardias, implicando en la realización de las mismas a todo el equipo de Supervisoras del Complejo Hospitalario. Hasta ese momento eran cinco Supervisoras de Área las encargadas de realizar las guardias a lo largo de todo el año, dedicándose única y exclusivamente a la realización de las mismas. En la actualidad somos un equipo de 31 supervisoras.

OBJETIVOS

- 1- Dar soporte y continuidad a la función asistencial y de gestión del centro, garantizando el desarrollo de los procesos y optimizando los recursos disponibles; integrando para ello a todo el equipo de Supervisores de Enfermería del Hospital.
- 2- Ampliar las competencias del Supervisor de Unidad al hacerse cargo de las decisiones a tomar en los turnos en los que representa a la Dirección de Enfermería, ampliando su campo de visión estratégica de la organización.

METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODO)

- 1- Recogida de datos.
- 2- Revisión bibliográfica.
- 3- Reuniones varias (dirección de enfermería, personal implicado, equipo de trabajo).
- 4- Estructura y planificación del trabajo a realizar.
- 5- Entrevista dirigida al equipo de Supervisoras que realizan las guardias en la actualidad.
- 6- Análisis de resultados.

RESULTADOS

- 1- Formación específica, amplia e integral de todo el equipo de profesionales de enfermería que pasan a realizar las Guardias de Supervisión.
- 2- Elaboración de un Manual de Guardias de Supervisión.
- 3- Análisis de los datos obtenidos en la encuesta.

CONCLUSIONES

Tras casi 2 años desde el inicio de este nuevo modelo podemos decir que los dos objetivos que se perseguían con este nuevo modelo han sido conseguidos en su totalidad, con diferente agrado o aceptación por parte del personal implicado en la realización de las guardias; aunque hay que reconocer que es una experiencia de gran interés para nuestro trabajo como integrantes de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ángel Jiménez G. *Concepciones acerca del liderazgo de enfermería*. *Enferm. Global*; 2006 7: 1-12.
2. Álvarez De Mon. *Paradigmas del Liderazgo Clave de la dirección de personas*. McGraw-Hill Interamericana; 2001
3. Marriner Tomey, Ann. *Guía de gestión y dirección de enfermería*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

IMPLANTACIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA GESTORA, DENTRO DEL SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS EN EL HOSPITAL LUCUS AUGUSTI DE LUGO

Peteiro, M.T.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

Pacientes más longevos y crónicos hacen necesario adoptar sistemas de gestión que garanticen la atención integrada de nuestros pacientes y potencien la continuidad de cuidados entre niveles de atención. Dentro de este sistema la creación de la Enfermera Gestora de Procesos actualmente en fase de pilotaje en los ámbitos hospitalarios y de atención primaria de Lugo, será la referente del proceso y el punto de unión en el equipo multidisciplinar, coordinando y agilizando los procedimientos asistenciales, colocando al paciente y/o cuidador como eje principal del sistema, y haciéndoles sentir que estamos cerca de ellos para resolver sus dudas y, llevando a cabo todas las tareas de planificación, organización y coordinación de los procesos gestionados, tanto en atención primaria como en especializada.

OBJETIVO

Implantar y desarrollar la figura de la Enfermera Gestora de Procesos en el Hospital Lucus Augusti consiguiendo gestionar de forma anticipada la atención e integrando cuidados y recursos que garantice los estándares de calidad y seguridad en el menor tiempo y con los menores costes.

METODOLOGÍA

Partiendo de la cartera de servicios del hospital Lucus Augusti y del sistema de salud, se ha creado un equipo multidisciplinar, y diseñado un circuito rápido de actuación, para garantizar la equidad, independientemente del área geográfica del paciente, declinando responsabilidades y funciones a cada profesional del comité, y se han creado unos registros específicos para la enfermera gestora, para volcado de datos y posterior utilización como indicadores, previamente definidos. Aparte de los ya disponibles.

RESULTADOS

Han sido captados 215 pacientes, 217 cuidadores principales y 329 coordinaciones profesionales. Se han agilizado 95 pruebas diagnósticas y 33 actos únicos. Se han obtenido un cumplimiento del 100% en los resultados respecto a la transmisión de información al paciente y cuidador, trato adecuado - accesibilidad, y disponibilidad de la enfermera gestora. El descenso de la estancia media de hospitalización ha pasado de un 7,2 a un 5,2. Con un 0% de reingresos por el mismo episodio, de quejas y de mortalidad. Se ha garantizado la continuidad de cuidados mediante, la comunicación del alta (correo o telefónica) hospitalaria al otro nivel de atención, asegurando la recepción, por parte de Atención primaria, del informe de enfermería y médico.

CONCLUSIONES

Al comenzar el reto de la implantación de la figura de la Enfermera Gestora, nos planteamos la necesidad de evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, y el resultado a la vista de los datos es positivo, aunque por supuesto, todavía queda mucho por hacer al tratarse de un proceso totalmente dinámico e innovador, que requiere adaptarse a los continuos cambios y a las sugerencias de nuestros pacientes. Las expectativas para el 2012 son más ambiciosas, puesto que nos dedicaremos exclusivamente al seguimiento del proceso, tras la primera fase de creación y diseño de proyectos y dossieres.

BIBLIOGRAFÍA

1. (Xunta De Galicia. Consellería De Sanidad. Sergas.)
2. Borrador Del Proyecto Piloto Para La Implantación De La Enfermera Gestora De 'Procesos, En Especializada. (Xunta De Galicia. Consellería De Sanidad. Sociedad Galega De Oncología)
3. Guías Oncológicas Cáncer De Mama, Colorrectal. Y Pulmón.

PUESTA EN MARCHA DE UNA NUEVA PRESTACIÓN EN LA CARTERA DE SERVICIOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

Blanco, M.; Salgado, C.; Estévez, A.M.

SERGAS. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La densitometría ósea o densitometría axial de rayos X de doble energía (DXA) es una prestación radiológica que permite valorar el riesgo de desarrollar una fractura ósea, pudiendo ser utilizada además en el diagnóstico de la osteoporosis.

Hasta el año 2011 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) la DXA se externalizaba canalizándose hacia sectores privados. Aprovechando la cesión/donación por farmaindustria de un aparato DXA se decide incluir esta prestación en el catálogo de pruebas radiodiagnósticas del CHUVI.

Enfermeras/os gestores del CHUVI fueron co-responsables y co-partícipes del proceso de implantación de la DXA, sorteando/solucionando diferentes conflictos y dificultades encontrados a cada paso.

Esta experiencia vivida, así como el registro y análisis de su actuación bien pudiera ser útil como hoja de ruta a la hora de orientar/guiar posibles iniciativas similares futuras.

OBJETIVOS

- Describir el proceso de implantación de la DXA en el CHUVI.
- Analizar resultado de esta implantación en cuanto a cantidad de actividad realizada y coste estimado.

MATERIAL Y MÉTODO

- Análisis retrospectivo de la documentación generada durante la implantación de la DXA.
- Creación de un documento de consenso para clasificación e identificación de problemas/conflictos.

RESULTADOS

Se realizaron modificaciones estructurales que radicarón en:

- Acomodación y funcionamiento aparataje DXA, Adaptación espacios físicos; Gestión de recursos materiales; Identificación aparato DXA por Seguridad Interior; Creación/implantación/modificaciones agenda DXA y Adaptación de los recursos humanos disponibles.
- Realización de reuniones extraordinarias entre los Supervisores de Enfermería, Dirección Médica y Dirección Operativa para evaluar necesidades y consensuar: Descripción/homogenización prestaciones DXA; Formación TSID; Desarrollo circuito petición DXA.
- Para la resolución de conflictos/discrepancias se utilizaron varios canales de comunicación (reuniones, teléfono, e-mail) entre Supervisores de Enfermería y servicios médicos implicados/servicio de admisión/mantenimiento/informática/ seguridad interior/ protección radiológica.
- En 9 meses de actividad, durante el año 2011, se realizaron 2588 DXA. El costo/ahorro estimado, según las tarifas establecidas por los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del SERGAS para los años 2010 y 2011, fue de 423.267,08 euros.

CONCLUSION / DISCUSIÓN

La puesta en marcha de una nueva prestación es un escenario complejo donde confluyen numerosas dificultades. Durante este proceso pudo constatarse la importancia de la figura de la enfermera gestora como líder, resolviendo problemas aún estando, en muchos momentos, en escenarios y situaciones asimétricas de poder. Con la puesta en marcha de esta prestación se ha conseguido una reducción de costes considerables y, mejorado la atención al usuario, en la búsqueda de la atención integral.

El incremento percibido en la calidad asistencial, la satisfacción de nuestros usuarios, la imagen y marca CHUVI debería ser analizado en otros estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Densitometría ósea. <http://seram.es>
2. Grupo de Expertos del Plan Nacional sobre el SIDA y de GESIDA. Documento Junio 2010. <http://www.gesida.seimc.org>.
3. Densitometría ósea: indicaciones e interpretación. *Rev. Endocrino Nutr.* 2005; vol. 52, n° 5.
4. Decreto 160/2010 y Decreto 209/2011, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del SERGAS.

DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE EXPERIENCIA

Acevedo, M.; Martínez, M.; Guerra, J.M.; Conde, J.M.; Morona, A.; Álvaro, E.; Prieto, P.; Noguera, C.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública. Según el estudio ENEAS, el 37% de los incidentes hubieran podido ser evitables. Los sistemas de prescripción electrónica son considerados por autores y sociedades científicas como la herramienta más adecuada para mejorar la prescripción ⁽¹⁾.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa para la implementación del módulo de prescripción electrónica integrado en la historia clínica informatizada en un hospital de nivel 2 de la comunidad de Madrid.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un programa de formación de prescripción electrónica para enfermeras
- Formar enfermeras formadoras en prescripción electrónica
- Proponer, por parte de las enfermeras, mejoras al programa
- Evaluar las mejoras implementadas

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado entre Mayo 2011 y Febrero 2012, en un hospital de nivel 2 de la Comunidad de Madrid. Se organizaron sesiones de 2 horas. Para la formación, entre el 18 de mayo y el 10 de junio de 2011. Se convocaron 162 plazas.

Se seleccionaron las enfermeras formadoras en base a criterios de liderazgo, facilidad de comunicación, habilidad informática y disponibilidad.

Se habilitó la prescripción electrónica, en modo prueba, en todos los ordenadores del aula de informática para facilitar la formación práctica de todos los usuarios.

Se recogieron los incidentes y limitaciones del sistema y se propusieron áreas de mejora

RESULTADOS

- Se organizaron e impartieron 11 sesiones
- Se formaron 168 enfermeras
- Se abarcaron las unidades de hospitalización médica y quirúrgica, bloque obstétrico, urgencias, diálisis, psiquiatría, pediatría, neonatos y reanimación.
- Las mejoras propuestas y realizadas en el programa fueron:
 - o Impresión de agenda de trabajo de la prescripción electrónica
 - o Adecuación de los horarios de administración de los fármacos de forma autónoma por la enfermera
 - o Mejora en el sistema de alerta de modificaciones en el tratamiento
 - o Incrementar período de visibilidad de tratamiento para "dosis única" en la agenda de la enfermera
 - o Mejora en la función de "confirmación múltiple" de actividades

CONCLUSIÓN

La organización de sesiones formativas ha permitido formar a un 1/3 de la plantilla de enfermeras y la difusión realizada a partir de las propias enfermeras, mejoró la comprensión y adquisición de las habilidades necesarias para la utilización de nuevos módulos informáticos.

Se ha mejorado y facilitado el proceso de información, preparación, administración y confirmación de los tratamientos por parte de las enfermeras

Quedan pendientes de incorporar otras mejoras detectadas y propuestas a la Dirección.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012. Servicio Madrileño de Salud.49-50*

ORGANIGRAMA Y VALORES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA, ELEMENTOS PARA GENERAR CONFIANZA

Saura, M.J.; Delgado, J.; Fernández, M.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Enfermería, con su Sistema de Gestión, sus Líderes y los Valores que les acompañan, como parte del equipo gestor de su organización, tiende a ofrecer unos servicios de calidad, con alto sentido ético, con una perspectiva de atención integral al paciente, orientada a la excelencia clínica. Con el fin de generar confianza en los profesionales y pacientes

OBJETIVO

Evidenciar los elementos necesarios y suficientes para que la labor del equipo directivo de enfermería, tienda a la excelencia.

Valorar si el organigrama y el sistema de gestión responden al criterio de Liderazgo del modelo de Calidad EFQM de excelencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y transversal aplicado a la labor del equipo de la Dirección de Enfermería, un proyecto de evaluación.

Modelo EFQM, como método de análisis y síntesis, aplicando para el desarrollo de la evaluación, el esquema lógico REDER, en el criterio de liderazgo y sus cuatro subcriterios, del modelo.

Siendo las variables, el organigrama y los valores y la población los líderes del equipo de dirección de enfermería

RESULTADOS

El sistema de gestión de la dirección de enfermería responde a la evaluación

Subcriterio 1

- Misión, visión y valores, definidos
- Herramientas para detectar la asunción de la misión y valores en los profesionales, su conocimiento y compromiso a través del seguimiento del Cuadro de Mando
- La percepción y grado de satisfacción de los pacientes a través de encuestas normalizadas.

Subcriterio 2

- Los acuerdos de objetivos y metas, su revisión y evaluación, a través del cuadro de mando., en reuniones sistematizadas, a sus diferentes niveles de gestión,
- Comités, comisiones y grupos de mejora, normalizados y definida su funcionalidad, participando miembros del equipo directivo y personal asistencial.

Subcriterio 3

- Gestiona los materiales, su buen uso y gasto a través, comisiones normalizadas, en actas, en el procedimiento de declaración de defectos, en la evaluación de los nuevos materiales y formación en su uso y aplicación.

Subcriterio 4

- Dispone de herramientas de comunicación interna, permitiendo escuchar, conocer y recoger las necesidades y puntos de vistas de los profesionales, apoyar y dar participación en el logro de objetivos, repercutiendo en el crecimiento profesional.
- Reconocimiento anual a las mejores producciones científicas presentadas en jornadas, congresos.

CONCLUSIONES

Se constata que el Organigrama y su sistema de Gestión, junto con los Valores que tiene definidos la dirección de enfermería, son elementos contemplados en el criterio de Liderazgo del modelo EFQM.

Se vislumbra que en la medida que se responda al criterio de Liderazgo, la gestión del equipo directivo tendera a la excelencia

Queda patente que este sistema de gestión dispone de herramientas normalizadas, que son utilizadas sistemáticamente por los líderes y profesionales, transmitiendo y haciendo visibles sus valores

Como línea de investigación abierta, se plantea medir la efectividad del liderazgo y la visibilidad de sus valores, preguntando, si estos generan confianza en los profesionales

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:64-66.
2. Hernandez Duñabeitia, José. Innovación en personas: hacia la Dirección por Valores(DpV).Agrupación de sociedades laborales de Euskadi.2008.Diponible en :<http://www.euskalit.net/nuevalindex.php/es/intercambio-de-conocimiento/documentacion/articulos/innovacion> (consultado el 14.10.2011)

GESTIÓN OPERATIVA DE LOS TURNOS EN UN HOSPITAL DE 3^{ER} NIVEL – ENFOQUE DESDE RRHH DE ENFERMERÍA

Justel, R.; Moliner, M.; Palma, R.; Luna, I.; Bermúdez, N.; Verge, J.; Casado, A.; Viso, M.

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La organización en el que desarrollamos nuestra actividad profesional es un hospital de tercer nivel con aproximadamente 1800 profesionales dependientes de la Dirección de enfermería; de los cuales 952 son DUE y 585 TCAE. El departamento de RRHH de enfermería también es responsable de la gestión de otras categorías profesionales sanitarias, entre ellas fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, logopedas, optometristas, dietistas, técnicos de laboratorio, de radiodiagnóstico y de anatomía patológica.

Para garantizar unos cuidados de enfermería de calidad durante las 24 horas y los 365 días al año y, considerando la variabilidad de los diferentes turnos existentes, las incidencias programadas o espontáneas y las movilizaciones internas de los profesionales, es necesario disponer de instrumentos que garanticen una gestión eficiente.

La Unidad de Gestión del Equipo profesional de Enfermería del HUB, área de soporte a la Dirección, realiza la gestión integral de los recursos de los profesionales que dependen directamente de esta, mediante la optimización de los conocimientos y habilidades de las personas que forman parte del equipo profesional.

OBJETIVOS

General

Gestionar los recursos de enfermería del HUB de acuerdo con la política y estrategia de la organización y los procesos asistenciales.

Específicos

Garantizar las presencias del personal de enfermería en los diferentes servicios y unidades según dotaciones y cargas de trabajo.

Agilizar y facilitar la comunicación entre los gestores de enfermería

MATERIAL Y MÉTODO

En el año 2007 se realizó un análisis retrospectivo de las horas dedicadas anualmente por los gestores de enfermería que se ocupaban de la planificación diaria del personal a su cargo. La organización y planificación de dichos recursos se realizaba a través de planillas en formato papel. Posteriormente, se decide la aplicación de un sistema informático que junto a la implantación en el año 2010 de un nuevo modelo organizativo de enfermería por procesos y áreas de conocimiento, permite la reducción de la dedicación en la gestión de los recursos humanos por parte de los supervisores responsables de cada área.

RESULTADOS

De un consumo de 55.165 horas anuales dedicadas a la planificación y optimización de las plantillas en el año 2007, en la actualidad este número se ha reducido a 32.779 horas/año, lo que supone una reducción progresiva de hasta el 41 % del tiempo dedicado en comparación con el año 2007.

Tras cinco años de la aplicación de este sistema informático para la gestión y planificación de los recursos humanos de enfermería del HUB, se ha obtenido una implantación, desarrollo y consolidación del 100% en la totalidad de áreas y unidades dependientes de la Dirección enfermera.

Este aplicativo nos ha permitido:

- Planificar las presencias a corto, medio y largo plazo.
- Disminuir el tiempo de respuesta de confirmación de las libranzas.
- Evitar errores de transcripción.
- Disminuir el tiempo diario dedicado a la planificación de cobertura y aumentar el soporte y seguimiento de los gestores a los equipos de enfermería.
- Creación de bases de datos y explotación de la información.

Actualmente se encuentra en fase piloto el portal de trabajador con el objetivo de permitir a los diferentes profesionales la gestión directa de sus libranzas.

CONCLUSION

El uso de técnicas de información y comunicación en el área de gestión de recursos de enfermería permite su optimización y mejora la gestión productiva.

MOTIVACIÓN Y COMPROMISO EN TIEMPOS DE CRISIS. ¿ME VOY O ME QUEDO?

Fajardo, M. Saz, M.A. Blanco, J.M. Lozano, F. Pardina, G. Cintora, R. Boltà, M.
 Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Debido al impacto de los ajustes producidos por la crisis económica que estamos viviendo actualmente y la repercusión en las políticas sanitarias, nos cuestionamos si las herramientas que utilizamos como gestores nos ayudan a retener el conocimiento depositado en las enfermeras ya formadas en nuestro centro en este escenario incierto.

El entorno de práctica enfermera ha sido definido como un conjunto de atributos organizacionales del ámbito de trabajo que facilita u oprime la práctica profesional (Lake , 2002). Se ha encontrado que las mejores atribuciones profesionales pertenecen a hospitales que cuidan aspectos como la satisfacción profesional, índice de rotación, vacantes , adecuación de plantillas (López , 2002).

OBJETIVO

Analizar las variables relacionadas con la percepción que tiene la enfermera hospitalaria de su entorno de práctica clínica.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Hospital de Sant Joan de Déu , Esplugues de Llobregat. Sujetos participantes: la población está compuesta por las enfermeras del Hospital de Sant Joan de Déu , con el único criterio de selección, de haber trabajado un mínimo de 6 meses en el centro. Variables: Variables sociodemográficas, de control: sexo, edad, unidad de trabajo, tiempo de trabajo en la unidad, tiempo de vida profesional, turno de trabajo. Dimensiones relacionadas con el entorno de práctica asistencial presentes en Nursing Work Index y Encuesta de motivación y compromiso profesional.

Instrumentos de medida: Encuesta de motivación y compromiso profesional. Cuestionario Nursing Work Index. Análisis comparativo de resultados de las dimensiones relacionadas con el entorno de práctica clínica (NWI) presentes en la encuesta de motivación y compromiso profesional. Resultados: Se presentaran los resultados del análisis que estamos realizando según la metodología descrita.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Para mantener la motivación y el compromiso en las enfermeras importante conocer qué aspectos debemos mantener y cuales debemos mejorar para ser un hospital atractivo en comparación a hospitales similares del entorno.

Aspectos como el liderazgo, participación enfermera en la política hospitalaria, el fundamento enfermero para la calidad del cuidado y el trabajo en equipo son determinantes para atraer y retener a los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- López Alonso, Sergio R. "Hospital Magnético, Hospital Excelente". *Index Enferm Digital* 2004; 44-45. Disponible en Consultado el 17/08/05.
- 2.- Gálvez Toro, Alberto. "Reducción de la mortalidad en hospitales que prestan cuidados de enfermería de calidad. El Hospital magnético". *Index Enferm.* 2003 inv. XII(43):80-82. Revisión, artículo
- 3.- Havens, Donna S Labov, Teresa G Faura, Teresa y Aiken, LH. "Entorno clínico de la enfermera hospitalaria". *Enferm Clínica.* 2002 ene-feb. 12(1):13-21. Original, artículo
- 5.- Havens DS, Aiken LH. "Shaping systems to proote desired outcomes. *Journal of nursing administration*". 1999.vol 29. Num 2. Pag 14-20
6. Programa oficial de acreditación. Hospital magnético. American nurses credetialing centre. Disponible en <http://www.nursingworld.org/ancc/magnet/index.html> consultado 19/03/2011
7. Aiken LH, mullin M. "Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes". *Enfermería clínica*, vol 5, num. 6

LAS SINERGIAS EN LA GESTIÓN DE ALTAS E INGRESOS

Méndez, M.; Cabasés, A.; González, M.; Aguilar, M.; Lolo, M., Molina, M.A.

Hospital Universitario Mutua Terrassa, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La gestión de los factores que intervienen en el movimiento de altas e ingresos del hospital es fundamental para asegurar que los tiempos en que se producen estos sean lo mas cortos posibles, para evitar efectos indeseados.

La mejora de los procesos internos obliga a desarrollar una determinada dinámica de actuación, que permita optimizar los resultados, manteniendo los estándares de calidad marcados.

Conscientes de ello empezamos por identificar todos los factores que intervienen en el alta del paciente, en un inicio nos centramos en las plantas médicas y posteriormente se extendió a otros servicios, para garantizar la agilidad de las altas y disminución de la estancia en urgencias, contribuyendo a la mejora de la seguridad del paciente.

Identificando tiempos muertos obtendremos los objetivos que nos proponemos. Es básico aunar esfuerzos para que todos los servicios y profesionales implicados articulen de forma coordinada las acciones a realizar, con el objetivo de agilizar el proceso de altas e ingresos el día previo al alta o en su defecto el mismo día.

OBJETIVO

- Implicar a las personas que forman a los equipos multidisciplinares que intervienen en el proceso.
- Conseguir que las altas se gestionen entre las 9 y las 12 horas.
- Realizar los ingresos de urgencias cursados por la tarde/noche y mañana antes de las 18 horas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo i observacional, realizado desde el año 2005 al 2011 en el Hospital Universitario Mutua de Terrassa de 446 camas con un área de influencia de 315.000 habitantes.

Se inicia el proyecto con una propuesta de la iniciativa a la Dirección de Enfermería y a todos los profesionales relacionados con el mismo.

Todas las acciones están alineadas a los objetivos planteados en todas las fases del proyecto.

Paralelamente se procedió a: definir indicadores, elaborar una hoja para la recogida de datos en la planta de hospitalización y otra para urgencias, reorganizar los servicios de soporte, y describir las intervenciones de cada uno de los implicados en el proyecto.

Se establece un seguimiento periódico del proyecto con la documentación especificada para identificar problemas y plantear acciones de mejora relacionados con el proceso desde el ingreso hasta el alta.

RESULTADOS

Las altas en las plantas de medicina entre las 9-12horas, han evolucionado de un 20.6% en el año 2007 a un 50.59% en el año 2011, y entre las 15-18horas han disminuido de un 29.76% en el 2007 a un 17.94% en el año 2011.

Los ingresos desde urgencias a las plantas medico-quirúrgicas han evolucionado de un 47% en el año 2007 a un 61% en el año 2011.

CONCLUSIONES

- La integración de todos los equipos obtiene mejores resultados.
- Ha disminuido la estancia del paciente en urgencias.
- Hemos conseguido agilizar las altas del hospital.
- El llevar a cabo pruebas piloto con buenos resultados ha permitido extender el proceso a otros servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Steven J.Kravet, Rachel B.Levine, Haya R. Rubin, Scott M. Wright. *Discharging Patients Earlier in the Day. The Health care Manager* 2007;vol(26):142-146.
- 2.- J.M. Negro Álvarez, J.L. Jiménez Molina, R. Félix Toledo, A. Pascual Camús, J.C. Miralles López, J.D. López Sánchez, R. Ferrandiz Gomis, M. Guerrero Fernández, J. Hernández García. *Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial. Alergología e inmunología clínica* 2003;vol(18):61-70.
- 3.- Paula Vallejo, Rosa Suñol, Georgina Escaramis, Mikel Torrontegui, Kiki Lombarts, Joaquim Bañares. *Seguridad clínica y similitudes en otros países Europeos. Revista de Calidad Asistencial* 2009;vol (24):139-148.
- 4.- Albert Salazar, Nuria Cobalea, Xavier Martín, Carmen del Solar, Manuel Álvarez, Antoni Casagran. *Impacto de un modelo centralizado de priorización de camas hospitalarias como instrumento válido de gestión asistencial. Revista de Calidad Asistencial* 2008;vol(23):248-52.
- 5.- Hugo Salinas, José Almenara, Benjamín Naranjo, Jaime Albornoz, Marcia Erazo, Sergio Carmona, Benjamín Carrasco, Beatriz Retamales. *Estudio de la dinámica de servicios hospitalarios mediante la utilización de técnicas estadísticas. Revista de Calidad Asistencial* 2007;vol(22):256-61.
- 6.- Hugo Salinas, José Almenara, Benjamín Naranjo, Álvaro Reyes, Marcia Erazo, Beatriz Retamales. *Nueva Propuesta de indicadores de gestión de los servicios médicos-quirúrgicos. Revista de Calidad Asistencial* 2007;vol(22):141-146.
- 7.- Pedro Paulo Marín, Pamela Chávez, Marcela Carrasco, Homero Gac, Cristina Alonso Bouzón, Leocadio Rodríguez Mañas. *Utilización del servicio del servicio de urgencia de un hospital universitario por los adultos mayores en Santiago de Chile. Revista Española Geriatria y Gerontología* 2011;vol(46):27-29.
- 8.- E.Bouzas Senande, C.López Olmeda, E.Cerrada Cerrada, J. Olalla Linares, J.L.Menéndez. *Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el área 9 de Madrid. Emergencias* 2005;vol(17):215-219.
- 9.- J.L. González-Guerrero, García-Mayolín, M.Valverde. *Eficiencia de una unidad de Geriatria en la gestión de camas hospitalarias. Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2005;vol(40):330-34.
- 10.- M^a Carmen Bastero Navarro, Lourdes Martínez González. *La optimización de los circuitos hospitalarios en la gestión de camas* 2009.
- 11.- Diego Ayuso, Catalina Royuela, Juan Carlos Fernández, Vicente Martín, Almudena Hormigos, Francisco Sánchez. *Experiencia en la gestión de camas desde la dirección de enfermería. Revista Calidad Asistencial* 2002,vol(17):17-21.
- 12.- Montserrat Sauer, Ángel Gómez. *Estancias medias alargadas y grupos relacionados con el diagnóstico como indicadores de eficiencia en la gestión clínica. Revista de Calidad Asistencial* 2003;vol (18):575-9.
- 13.- Antoni Juan, Eva Enjamio, Carles Moya, Cristina García Fortea, Juan Castellanos, Joan Ramón Pérez Mas, Javier Martínez Milán, Luis Lores, Joan Urgellés, Bernabé Robles, Ester Bou, César Romero, Josep Méndez, José Saavedra, Manuel Cespedes, Marta Morera, Rafael Vera, Concepción Ferriz, Sara Tor, Rosa Ramón. *Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación de urgencias. Emergencias* 2010;vol(22):249-253.
- 14.- Dolores García Alonso, Nuria Engulla, Loly Valverde, Montserrat Castells, Isabel Pascual, Ángel Esquerda, Jordi Sarlé. *Resultado de un proceso para la mejora de las altas hospitalarias precoces. Emergencias* 2011, vol (23):29-34.
- 15.- Moreno Domenech Pilar, Estévez Lucas Joaquín, Moreno Ruiz José Antonio. *Indicadores de Gestión Hospitalaria. Revista SEDISA* 2010;vol(): pag
- 16.- Ministerio de sanidad y política social. *Paseo, del Prado, 18-20 NIPO EN LINEA: 840-10-057-3 Unidad de urgencias hospitalarias, estándares y recomendaciones.*

ADAPTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS AL GRADO EN ENFERMERÍA: IMPLANTACIÓN DE TURNOS DE PRÁCTICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Iniesta, J.; Fernández, P.; Martos, L.; Hellín, M.F.; Beteta, D.
Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.

INTRODUCCIÓN

En las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería confluyen varios sectores: docente, asistencial y gestor. El sector docente se caracteriza actualmente por la implantación del Grado en Enfermería cumpliendo las directrices del Plan Bolonia: aumento en un curso del plan de estudios, del número de alumnos y de horas prácticas. El sector asistencial sería el encargado de acoger a estos alumnos sin alterar la actividad asistencial diaria, manteniendo la calidad en los cuidados.

Los modelos de gestión que utilizábamos hasta ahora basados en el mapa docente y en la adjudicación alumno-tutor resultan ineficaces, por lo que como sector gestor proponemos otro modelo alternativo mediante la implantación de un turno de prácticas a cada alumno, similar al que llevan los profesionales de enfermería, que de solución a la situación actual de la docencia en enfermería.

OBJETIVOS

General:

Establecer una gestión docente que propicie unas prácticas clínicas en enfermería de calidad adaptando el nuevo plan de estudios que propone la universidad con las características propias de la actividad asistencial.

Específicos:

- Diseñar una distribución de los alumnos que permita mantener la estabilidad en las unidades o servicios.
- Componer grupos de alumnos en prácticas de manera homogénea entre las unidades o servicios.
- Reconocer la figura del supervisor como coordinador de las prácticas clínicas dentro de su propia unidad o servicio.
- Establecer la capacidad máxima de alumnos en prácticas del Área I Murcia-Oeste.
- Determinar el grado de satisfacción obtenido en docentes y alumnos respecto a la implantación de turnos de prácticas.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de la investigación se plantea desde un enfoque cualitativo, como fuente de datos se utilizan grupos focales, aunque para lograr algunos de los objetivos marcados se precisa un enfoque cuantitativo, descriptivo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mediante la implantación de turnos de prácticas conseguimos el objetivo del estudio, ya que se puede acoger al número de alumnos solicitado, aumentando el número de plazas (de 106 a 128) satisfaciendo sus necesidades educativas, a la vez que se estabiliza las unidades y servicios con una distribución más homogénea entre unidades (6-7 alumnos/unidad), sin perjudicar la actividad asistencial diaria. También se consigue una mayor implicación del supervisor en las prácticas de los alumnos de enfermería.

La satisfacción de profesionales y alumnos tiene distintas percepciones, y éste, como el resto de modelos de gestión docente, tiene sus ventajas e inconvenientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernandes dos Santos M, Barbosa Merighi MA, Angélica Muñoz L. La experiencia de las enfermeras clínicas con estudiantes de enfermería: un análisis fenomenológico. *Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. Sept 2009. 43 (3).*
2. Castillo Parra S, Vessoni Guioti RD. La relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de Enfermería. *Educare 21 2007; 38.*
3. Lorente Gallego AM, García Sánchez C, López Arroyo MJ, Echevarria Pérez P, Morales Moreno I. Satisfacción de los alumnos de enfermería de la Universidad Católica San Antonio (UCAM) sobre su formación práctica. *Seminarios en salas de demostraciones y prácticas clínicas. Enfermería Global. Octubre 2009. 17.*
4. Serrano Gallardo P, Martínez Marcos M. La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de Enfermería. *Metas de Enfermería. Abril 2008; 11(3):28-32.*
5. Úbeda Bonet I, Pujol Ribó G., Olive Ferrer C, Álvarez Miró R, Segura Oliver MS. Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docentes. *Enfermería Clínica, 3(1).*
6. Pérez Andrés C, Alameda Cuesta A, Albéniz Lizarraga C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. *Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76:517-530.*
7. Santos Heredero FJ, Rodríguez Arias CA, Rodríguez Ballesteros R. *Metodología Básica de Investigación en Enfermería. Ed. Díaz de Santos. Madrid 2003.*
8. Saturno PJ. Exploración de expectativas y necesidades. Utilización de grupos focales y métodos de investigación cualitativa. *Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad Temática 26. 2ª Ed. Universidad de Murcia. 2008.*

NUEVOS TIEMPOS NUEVAS OPORTUNIDADES: ACOGIDA DE PROFESIONALES

Medina, M., Mendoza, R.M.; González, J.; Suárez, L.

Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria, Las Palmas

INTRODUCCIÓN

Los profesionales son el principal capital de la empresa. Su desarrollo tiene como pilar fundamental la formación continuada, imprescindible para enfermeras que trasladan su plaza desde otros ámbitos asistenciales.

La Dirección de Enfermería (DE) pretende integrar a las enfermeras en Atención Primaria (AP), implementar conocimientos, habilidades, mejorar su confianza y actitud dentro de los equipos. La enfermera debe sentir que es un valor fundamental, y a la vez potenciar su labor al haber sido instruida previamente sobre la organización y las exigencias de la actividad asistencial.

OBJETIVOS

General:

- Dar a conocer el trabajo en AP.

Específicos:

- Informar sobre la estructura organizativa.
- Presentar: cartera de servicios, programas y protocolos.
- Relacionar cartera con metodología enfermera.
- Introducir en la historia de salud.
- Presentar el perfil de usuarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Un centenar de plazas serán trasladados de enfermeras desde el ámbito Hospitalario a Primaria, ante ello se plantea una estrategia de acogida comenzando con formación previa a la incorporación.

Se establece un taller cuyos contenidos son: Servicio Canario de la Salud, Programa de Gestión Convenida, Planificación Estratégica, Marco Legislativo, Enfermería Comunitaria, Cartera de Servicios, Historia de Salud,

Perfil Poblacional, Metodología Enfermera, Programas - Guías – Protocolos.

Se acuerda con las DE hospitalarias publicitar, inscribir e impartir la actividad en el hospital para facilitar el acceso y la seguridad del profesional permaneciendo en su entorno.

EVALUACIÓN

- Profesorado y actividad: encuesta sobre organización, satisfacción, aplicabilidad de contenidos, valoración global.
- Asistentes: actitud, participación y prueba de autoevaluación.

RESULTADOS

- Se realizan 3 ediciones, tras los talleres iniciales las inscripciones para los siguientes aumentaron (nivel de recomendación en evaluación: 90%). Último cerrado con lista de espera y demanda de nuevas ediciones.
- Enfermeras formadas: 56.
- Evaluación teórica: 80% responde correctamente al menos al 90% de las preguntas.
- Evaluación profesorado y actividad: todos los ítems superan el 80%, excepto "información previa" y "calidad material entregado" situados en un 70% de media. Las docentes evaluadas con un 90%.

CONCLUSIONES

Feedback en el entorno docente positivo, las enfermeras agradecen el acercamiento e interés por iniciar la formación y acogida. La actividad es recomendada por los discentes a otras enfermeras.

Las docentes inicialmente manifestaban inseguridad por trabajar en otro entorno, actualmente muestran satisfacción por el trabajo realizado y disposición a participar en futuras ediciones.

Solicitados reciclajes previos a la incorporación y formación continuada propia de Primaria.

Se valora el cambio de actitud del profesional hacia AP y el paradigma de la excelencia de cuidados con un nuevo modelo de desarrollo del autocuidado.

Debatir conceptos, dudas y necesidades de los profesionales aumenta la confianza en los mandos de AP y minimiza sus miedos profesionales y el impacto ante su incorporación.

LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN EN LA FORMACIÓN PRE GRADUADA DE ENFERMERÍA. UNA PERSPECTIVA APORTADA POR LOS PROPIOS ESTUDIANTES

Doltra, J.; Bertrán, C.; Juvinya, D.; Ballester, D.; Fuentes, C.; Olivet, J.; Domingo, A.; Brugada, N.
Universidad de Girona. Facultad de Enfermería, Girona

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona, el pasado curso 2010-2011, contaba con 350 estudiantes de formación pre y post graduada (80 de diplomatura, 140 de grado y 50 de master).

La asignatura Administración de los Servicios de Enfermería ha formado parte de la Diplomatura en Enfermería desde el inicio de la misma y hasta este pasado curso académico. Ha sido una asignatura troncal semestral con una carga docente de 7,5 créditos convencionales. Diseñada según las indicaciones del Espacio Europeo de Educación Superior ha utilizado las metodologías pertinentes para hacer competentes los alumnos que la han cursado empleando como técnica de seguimiento la evaluación continuada.

OBJETIVOS

- Conocer la opinión de los alumnos respecto a la importancia y utilidad que para ellos tenía la formación en
- Gestión como recurso para obtener competencia en la atención a la salud.
- Identificar el valor que le daban a la Gestión enfermera en la práctica profesional.

METODOLOGÍA

Elaboración de una encuesta autoadministrada compuesta por siete ítems que recogen principalmente las impresiones de los estudiantes de tercer curso respecto a la importancia de adquirir competencias sobre Administración de los servicios enfermeros, sobre su utilidad para la práctica profesional, y sobre si contemplan la Gestión como una orientación profesional a la que especialmente se quieran dedicar.

Las encuestas se han ido administrando al finalizar la asignatura y a un total de 340 alumnos en los años académicos 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 y 2010-2011.

RESULTADOS

Del total de alumnos encuestados, un 73% son mujeres y el resto hombres, la edad media es de 22 años. El 97,3% consideran importante que los futuros profesionales de enfermería tengan competencias en Administración y el 76% consideran que es útil para la práctica profesional. Respecto a si les gustaría dedicarse a la Gestión de enfermería una vez inseridos en el mundo laboral, el 73% opinan que no y un 27% responden afirmativamente.

El 89% del total de la muestra tienen conocimiento de que la Gestión forma parte de las funciones propias de la profesión pero su valoración respecto a la importancia para la práctica profesional está muy por debajo de la función asistencial (88%), de la docente (51%) y de la de investigación (43%), de hecho la sitúan en último lugar (41%).

CONCLUSIONES

Es imprescindible fortalecer la percepción que tienen los alumnos sobre la utilidad de las competencias en Gestión y Administración en la práctica profesional, así como hacer más atractivo el campo profesional de la Gestión sanitaria e intentar equilibrar su peso respecto a las demás funciones enfermeras. Estos aspectos nos seran de gran utilidad en el momento de diseñar los contenidos de Gestión en el nuevo Grado de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-De Miguel M., *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias: orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior*. Oviedo: Servicio de Publicaciones. Universidad de Oviedo, 2008
- 2-Doltra J., Bertrán C. (Coord.) *Gestió dInfermeria*. Girona: Documenta Universitària, 2010.
- 3-Villalobos J. (2007). *Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud (1a.)*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2007

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD ASISTENCIAL DE HEMATOLOGÍA

Rodriguez, M.B.

Hospital Clínico Universitario De Salamanca

Son medicamentos de alto riesgo aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Es importante establecer procedimientos para mejorar la seguridad y evitar errores en el manejo de estos medicamentos.

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) estableció una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo y es la lista de referencia utilizada mundialmente, actualizada y adaptada por el ISMP (España) con los medicamentos de alto riesgo utilizados en nuestro país (Tabla 1).

El servicio de farmacia del Hospital Clínico Universitario de Salamanca junto con el Grupo de uso seguro de los medicamentos ha puesto dicho listado actualizado en formato póster a disposición de todos los servicios del Hospital.

Con este trabajo se pretende identificar los medicamentos de alto riesgo utilizados en la unidad de trasplante de medula ósea y en la planta de hematología, realizar un listado y un póster con: el nombre del medicamento, presentación, dilución utilizada, dosis habitual y principales precauciones.

También se incluyen las medidas recomendadas para mejorar la administración con seguridad.

Todas estas medidas favorecen la detección precoz de efectos secundarios y reacciones adversas y disminuyen la ansiedad del paciente relacionada con la administración de la medicación y sus resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otero López M J. *Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo* Ministerio de Sanidad y consumo. Diciembre 2007. Disponible en: www.ismp-espana.org/.../Practicas%20para%20mejorar%20la%20segurida.pdf
2. Cohen MR, Proulx SM, Crawford SY. *Survey of hospital systems and common serious medication errors. J Health Risk Manag* 1998; 18:16-27.
3. Institute for Safe Medication Practices. *ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2007. Disponible en: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>*
4. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. *Lista de medicamentos de alto riesgo. ISMP-España. Diciembre 2007. Disponible en: http://www.ismp-espana.org/ficheros/medicamentos_alto_riesgo.pdf*
5. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. *High-alert medications:safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007.p.317-411.*
6. Expert Group on Safe Medication Practices. *Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices.2006.Disponible en:http://www.coe.int/t/le/social_cohesion/soc-sp/Medication%20safety%20culture%20report%20E.pdf*
7. *Guía práctica de preparación y administración de medicamentos inyectables .Hospital Universitario de Salamanca. 2007*
8. *Fichas técnicas.Agencia Española de medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [consultado 20-12-2011] Disponible en: https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichas_Técnicas.do?método=detalleForm*
9. Trissel LA. *Handbook on injectable drugs. 13ª ed. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists; 2005*
10. *Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP-España). Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2007*

PROYECTO PARA LA FORMACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

Brun, C.; Arrieta, E.; Gonzalo, F.; Tabuenca, P.; Teruel, A.; Tobajas, E.

Servicio Aragones De Salud

INTRODUCCIÓN

La enfermería debe incorporar en su desarrollo profesional, además de las actividades que realiza normalmente, los planes de cuidados enfermeros estandarizados, que le van a permitir desarrollar una atención individualizada a cada persona, utilizando para ello un lenguaje propio así como unos diagnósticos enfermeros

OBJETIVOS

Dar formación a la enfermería del sector 2 de zaragoza en metodología enfermera, lenguaje enfermero, diagnósticos enfermeros y planes de cuidados enfermeros estandarizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se parte del trabajo realizado por la subcomisión de cuidados del salud
- Existencia de un manual en planes de cuidados estandarizados (en la intranet del salud)
- La formación será impartida por 5 formadoras, que se realizará en cada centro de salud para llegar a todos los profesionales

RESULTADOS

Se evaluará el proyecto después de 1 año de implantación y los resultados a conseguir son:

- El 100% de la enfermería del sector 2 de zaragoza posea los conocimientos de la metodología enfermera, del lenguaje enfermero, de los planes de cuidados estandarizados
- El 80% del personal de enfermería desarrolle en su trabajo dichos planes de cuidados

CONCLUSIONES

La enfermería debe desarrollar su identidad profesional propia, realizando estos planes, siguiendo un metodología común y validada.

Prestará cuidados individualizados a cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. Elsevier. 2007-2008
2. Luis M^ªT. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. 7^ª edic. Elsevier. 2006
3. Johnson M; Maas M.; Moorhead S. *Clasificación resultados de Enfermería (CRE)* 2^ª edic. Harcourt. 2001

ACTITUDES ANTE EL CAMBIO EN PROFESIONALES DE UN HOSPITAL PRÓXIMO AL TRASLADO

Orihuela, I.; Fernández, C.; Pérez, P.; Aranda, T.; Aparicio, C.; González, R.
Hospital Universitario San Cecilio, Granada

INTRODUCCIÓN

Las actitudes de las personas frente a los cambios organizacionales son consideradas como las grandes responsables de la resistencia ante el mismo y estas son responsables a su vez de los fracasos de estos procesos. Los grandes cambios organizacionales, como supone el traslado físico de un gran hospital, conlleva modificaciones en las actitudes de los profesionales de dicha organización, funcionando estas disposiciones como predictoras de comportamientos posteriores de participación o resistencia.

OBJETIVOS

Conocer las actitudes de los profesionales del Hospital Universitario de San Cecilio de Granada ante el traslado físico al Campus de la Salud, verificando si existe relación entre la resistencia al cambio según sexo, edad, antigüedad en el cargo y categoría profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y Sujetos: Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta (escala de Rabelo y cols) a una muestra de 524 profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital elegidos mediante muestreo aleatorio simple.
Método estadístico: La validez del cuestionario se realizó mediante análisis factorial y su fiabilidad con alfa de Cronbach.

Análisis descriptivo: Las variables cuantitativas se expresan como medias \pm desviación estándar y las cualitativas como frecuencias y porcentajes.

La asociación entre variables cualitativas se realizó con la prueba de Chi².

RESULTADOS

La muestra final se compuso de 409 profesionales, que representan el 79,2% de mujeres y una edad media de $51,4 \pm 5,93$ años. Por grupo profesional el 59,6 correspondió a enfermería, 13,7 a médicos, y el 26,7% otras categorías.

Los encuestados manifiestan estar de acuerdo muy de acuerdo: el 69,6% de que "en procesos de cambio hay restricción de información", el 71,1% que "las presiones hacia cambios generan insatisfacción", el 68,4% que "el temor genera resistencia" el y 60,4% que "los cambios son oportunidades".

El 63,3% contestan con Bastante de acuerdo y muy de acuerdo que "las personas en el poder se sienten amenazadas por el cambio".

El 84,3 % manifestaron que "las personas jóvenes se adaptan más fácilmente a los cambios".

Del 100% de las personas que contestaron estar bastante de acuerdo "los cambios generan oportunidades" el 87,3% correspondió a la categoría profesional enfermeros/as.

En relación a si "el cambio conlleva la necesidad de un conocimiento mas detallado deL funcionamiento del trabajo" el 71,8% de los médicos expresaron estar de acuerdo /bastante de acuerdo difiriendo con las demás categorías.

No existieron diferencias significativas en las respuestas según edad pero si en cuento al sexo.

CONCLUSIONES

Concluimos según los resultados que:

- Los cambios son necesarios, lentos y posibles, existe compromiso para llevarlos a cabo siendo este compromiso mayor en la categoría de enfermeros y médicos.
- Para llevarlos a cabo hay que tener el conocimiento mas detallado del funcionamiento de trabajo.
- El temor genera resistencia y una falta de información que genera malentendidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñiz J. La medición de lo psicológico *Psicothema*, 1998. Vol. 10, nº 1, pp. 1-21 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG]
2. Valley, K.L. y Thompson, T.A. *Sticky Ties and Bad Attitudes*. In: Kramer, R.M y Neagle, M.A. *Power and Influence in organizations*. London: Sage Publications. 1998.(39-66)
3. Rabelo E, Ros M, Torres MDG. "Validación de una escala de actitudes ante el cambio Organizacional". *Rev de psicología del trabajo y de las organizaciones- 2004 vol 20 (1): 9-30*.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS DE CALIDAD

Mira-Marcelí, N.; Ibáñez, D.J.; Martínez, M.J.; Yáñez, M. R.; Belda, M.; Lozano, M.S.; Ruiz, J.A; Clar, S.
Departamento de Salud de Elda, ALICANTE

INTRODUCCIÓN

En los momentos actuales con grandes cambios sociales surge una corriente filosófica que nos hace cambiar la forma de entender la sanidad. Convirtiendo a la persona en el actor fundamental, en el eje del sistema sanitario, contribuyendo con sus aportaciones a la mejora de los servicios ofrecidos en nuestro sistema de salud.

La Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, a través del Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana, en su línea 4 de Calidad y Seguridad, decide incorporar a la gestión de los centros sanitarios la información procedente de las encuestas de satisfacción para fijar objetivos y estándares de calidad de cada departamento de salud, traduciéndose la información que nos brinda el paciente en acciones concretas para incrementar la calidad de la atención sanitaria.

OBJETIVO GENERAL

Conocer y evaluar la opinión de los pacientes sobre los Servicios Sanitarios del Departamento de Salud de Elda (Alicante) mediante las encuestas de opinión y ofrecer información para la toma de decisiones de los equipos Directivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Transversal descriptivo de Encuestas de Calidad en el Departamento de Salud de Elda, para lo cual se realizan campañas anuales de encuestas a usuarios de nuestro Sistema Sanitario durante el año 2011, abarcando diferentes Servicios y Niveles de Atención, de los que tomaremos; Medicina Interna, Pediatría Hospitalaria, Cirugía sin Ingreso, Servicio de Atención al Paciente, Atención Primaria en adultos y Atención Primaria en Pediatría.

La Encuesta tiene 5 apartado (28 Items), en donde se mide el Balance de Satisfacción, Percepción de mejora, Calidad de la Información, Accesibilidad, Confortabilidad.

RESULTADOS

El total de encuestas contabilizadas es de estos Servicios fue, 934. La puntuación otorgada sobre un rango de 0 a 10, al nivel de calidad en satisfacción global fue;

- Medicina Interna 8,55 Pediatría Hospitalaria 8,37 Cirugía sin Ingreso 9,27
- Servicio de Atención al Paciente 9,06 Atención Primaria en adultos 7,68
- Atención Primaria en Pediatría 7,92.

La confianza en los Servicios del Hospital se pone de manifiesto la media de porcentaje de pacientes que recomendaría nuestro centro sanitarios es del 91,8%.

Niveles de satisfacción medios se sitúan entre el 86,33% y el 100%; mientras que el nivel de insatisfacción más alto no alcanza el 1% en ningún caso.

CONCLUSIONES

Gran satisfacción de los pacientes por los servicios sanitarios prestados en nuestro departamento en ambos niveles asistenciales.

La información que nos brinda el paciente a través de las encuestas se transforma en acciones concretas de mejora para incrementar la calidad de la atención sanitaria. Se fija objetivos y estándares de calidad, para una mejora continua de los servicios ofertados.

Con la aplicación informática (PIGAP) se utilizan indicadores globales comparativos (cualitativos y cuantitativos) para acercar la voz del paciente a equipos directivos con la idea de mejorar las "buenas prácticas" y la atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arantón Areosa L., Rumbo Prieto J.M., Sierto Díaz E., Linares Ocampo P., Romero Dopico P., Campos Manivesa J.M. El secreto profesional en la práctica de enfermería. *Revista Enfermería Cardiovascular*, 2003. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/itcvcllave/tl299/tl299.pdf> [Consultado el 31/3/2011].
2. Fernández Lamelas M.A., Álvarez Rodríguez T., José Manuel Ramiro Fernández J.M., Martínez de Santiago S. El respeto a la intimidad. *El secreto profesional en enfermería. Cuadernos Bioética* 2008; XIX(065): 59-66. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/srclinicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=87506504> [Consultado el 31/3/2011].
3. Gutierrez B., Jesús J., et al. La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. *Index Enferm.* 2008; 17(2): 106-110.
4. Sánchez Legran F. La participación de los usuarios en la sanidad debe ser ya una realidad. *Rev. SAS información* 2000;4:3.
5. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid en [<http://www.monografias.com/trabajos904/satisfaccion-laboralinsalud/satisfaccion-laboral-insalud.shtml>] (Consultado el 26-3-2011)
6. Donabedian A. Evaluation the quality of medical care. *MMFQ* 1966;44:166-206.
7. Álvarez-Cienfuegos Suárez J.M. Ponencia del III Congreso Nacional de derecho Sanitario. *El secreto y el nuevo código penal*. 1996. Madrid. Disponible en: <http://www.aeds.org/frames/frame2.htm> [Consultado el 30/3/2011].
8. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*. 1978; 311: 29313-29424.
9. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de Derechos y obligaciones en materia de información y Documentación Clínica. *BOE*. 2002; 274: 40126-40132.
10. El juramento de Florence Nightingale. *SEEIUC (trad.)*. 2011. Disponible en: <http://www.seeiuc.com/profesi/night.htm> [Consultado el 30/3/2011].
11. Código Internacional de Ética de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermeras. 1953 [Documento en internet]. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/codigointer.htm> [Consultado el 30/3/2011]
12. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J, Aranaz J. La calidad percibida en un hospital. *Rev Gac San* 1997;11:176-89.
13. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev. Calidad Asistencial* 2000;15:36-42.
14. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2002;17: 22-9.
15. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992;6:176-185.
16. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Psicología de la Salud* 1992;4:89-116.
17. Satisfacción laboral y burnout en enfermeras de tercer nivel de atención en Guadalajara. Colunga rodríguez, C. et all [<http://factorespsicosociales.com/segundoforo/carteles/Colunga-Dominguezetal.pdf>] (Visitado el 3-4-2010)
18. Edmundo Briseño, C. y otros. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo especial nº 30. Vol 5 nº 4, abril 2005.*
19. Aranaz J.; Mira J. (1988): Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*, nº 62, diciembre, pp. 63-66.
17. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16: 276-9.
18. Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital Universitario. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:218-23.
19. Código Internacional de Ética de Enfermería. Gran Consejo del Consejo Internacional de Enfermeras. 1953 [Documento en internet]. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/index.php?id=74> [Consultado el 30/3/2011].
20. Código Internacional de Ética de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermeras. 2005 [Documento en internet]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/linterfermeras.html> [Consultado el 30/3/2011].
21. Código Deontológico de La Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. 1989 [Documento en internet].

Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/profesion/etica/cod_deonto_enf_esp.pdf [Consultado el 30/3/2011].

22. Rumbo Prieto JM, Varela Feal NH, Noval Cinza N, Bernabeu Piñeiro F, Castro Pastor A, Romero Martín A. La confidencialidad como dilema ético en los futuros profesionales de enfermería. *Enf Cientif.* 2000; 216-217: 16-20.

23. Hernández González A., Hermana Tésanos M.T., Hernández Rastrollo R., Cambra Lasasosa F.J., Rodríguez Nuñez A., Failde I. y Grupo Ética de la SECIP. Encuesta de ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricas españolas. *Anales de Pediatría* 2006; 6: 542-549.

24. Ruzafa-Martínez, M. et All. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit* v.22 n.5 Barcelona set.-oct. 2008

25. Edmundo Briseño, C. y otros. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo especial* nº 30. Vol 5 nº 4, abril 2005.

MEJORA DEL PROCESO FRACTURA DE CADERA MEDIANTE EL BENCHMARKING Y LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Basante, A.; Prieto, A.M.; González, A.; Rodríguez-Hevía, A.

Hospital El Bierzo SACYL, LEON

INTRODUCCIÓN

El hospital El Bierzo es uno de los 7 centros de diferentes comunidades que forman la red de benchmarking Red 7. Tras una priorización se decide analizar la fractura de cadera como proceso. Como resultado de este estudio se identifica la unidad de valoración sociosanitaria como el driver que marca la diferencia en los indicadores estudiados. A su vez, en los planes anuales de gestión de la Gerencia Regional de Salud se incluye la interconsulta de los equipos de valoración geriátricos a los pacientes con fractura de cadera mayores de 75 años (derivado del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica de Castilla y León) y la gestión de cuidados al alta en pacientes posthospitalizados con esta patología.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar el contenido, desarrollo y resultados de todas estas estrategias.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2008 se crean y despliegan: un Plan de atención al paciente mayores de 75 años con fractura de cadera, el proceso de fractura de cadera, una hoja de valoración geriátrica y la hoja de recomendaciones al alta al paciente con fractura de cadera.

El equipo de valoración geriátrica comienza a trabajar realizando una historia de valoración todos los pacientes ingresados mayores de 75 años con diagnóstico fractura de cadera que incluye una historia farmacológica, problemas geriátricos, índice de Barthel y test de Pfeiffer. Esta se deriva al médico geriatra y al equipo de valoración social según criterios del plan.

En el año 2009 se crea la subcomisión de continuidad de cuidados y se despliegan los flujogramas de comunicación de altas a atención primaria y la hoja de notificación de altas.

En el año 2010 se mejora el informe de enfermería al alta simplificando contenidos y aportando información clara y básica al paciente, su familia y el profesional de atención primaria.

CONCLUSIONES

El análisis de los indicadores definidos en la red 7 (estancia media, estancia media preoperatoria, peso grd) así como los estudios ad hoc de la valoración geriátrica con resultados superiores al 95 % y la comunicación para garantizar la continuidad asistencial con indicadores > 90 % revelan que el proceso ha sufrido una mejora importante. Es necesario profundizar en el estudio para localizar si existen otros factores coadyuvantes en los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fariñas-Álvarez C. ¿Es posible una red de benchmarking entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(5):199-204
2. Costa JM. Benchmarking de procesos. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:1-2.
3. APQC. Benchmarking: leveraging best-practice strategies [citado Abr 2008]. Disponible en: <http://www.apqc.org>
4. EFQM y Club Gestión de Calidad. Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el sector público y las organizaciones del voluntariado. Madrid: Club Gestión de Calidad; 2003.
5. Gonzalez Montalvo, La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera / Geriatric management of the frail elderly with hip fracture may improve their clinical outcome *Med. clín (Ed. impr.)*;116(1):1-5, ene. 2001.
6. Walker C., Curry LC. Hospital discharge of older adults. How nurses can ease the transition. *Am J Nurs*. 2007 Jun;107(6):60-70; quiz 71
7. Hughson J, Newman J, Pendleton RC. Hip fracture management for the hospital-based clinician: a review of the evidence and best practices. *Hosp Pract (Minneapolis)*. 2011 Feb;39(1):52-61. Review.
8. Merle V, Moret L, Pidhorz L, Dujardin F, Gouin F, Josset V, Graveleau S, Petit J, Riou F, Lombrail P, Czernichow P. Does comparison of performance lead to better care? A pilot observational study in patients admitted for hip fracture in three French public hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2009 Oct;21(5):321-9. Epub 2009 Aug 19.
9. Hoang-Kim A, Schemitsch E, Bhandari M, Kulkarni AV, Beaton D. Outcome assessment in hip fracture: evaluation of the practicality of commonly-used outcomes in hip fracture studies. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2011 Dec;131(12):1687-95. Epub 2011 Aug 2.
10. Deschodt M, Braes T, Broos P, Sermon A, Boonen S, Flamaing J, Milisen K. Effect of an inpatient geriatric consultation team on functional outcome, mortality, institutionalization, and readmission rate in older adults with hip fracture: a controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jul;59(7):1299-308. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03488.x. Epub 2011 Jun 30
11. Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, Prestmo A, Lamb SE, Aamodt A, Johnsen R, Magnussen J, Saltvedt I. Effect of in-hospital comprehensive geriatric assessment (CGA) in older people with hip fracture. The protocol of the Trondheim Hip Fracture Trial. *BMC Geriatr*. 2011 Apr 21;11:18
12. Adunsky A, Lerner-Geva L, Blumstein T, Boyko V, Mizrahi E, Arad M. Improved survival of hip fracture patients treated within a comprehensive geriatric hip fracture unit, compared with standard of care treatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2011 Jul;12(6):439-44. Epub 2010 Oct 27

¿REALIZAMOS VALORACIONES HOLÍSTICAS? ¿CONOCEMOS A NUESTROS PACIENTES?

Martín, M.T.; Limia, L.; Buezo, M.J.; Lucas, L.; Pérez, M.L.

Hospital Virgen De La Torre, Madrid

INTRODUCCIÓN

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería, en el cual, el profesional debe llevar a cabo una evaluación completa y holística de las necesidades de cada paciente pero... ¿Estamos realizando una valoración holística? ¿Se valoran y contemplan para el cuidado todas las necesidades de nuestros pacientes? ¿En qué medida recogemos datos de aquellas necesidades no consideradas "biológicas"?

OBJETIVOS

- Conocer, para mejorar, los cuidados a nuestros pacientes, contemplándolos de forma integral.
- Identificar en que medida son valoradas las necesidades de: seguridad, comunicación creencias / valores, realización personal, recrearse y aprender en los pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo retrospectivo de la valoración de las necesidades de: seguridad, comunicación creencias / valores, realización personal, recrearse y aprender en los pacientes hospitalizados.
- Ambito: Hospital de corta-media estancia (medicina Interna , rehabilitación y cuidados paliativos) que tiene instaurado la valoración por necesidades de Henderson e integrada en su historia electrónica SELENE
- Población: Todos los pacientes ingresados en el año 2011. Se identifica el % de pacientes en los que ha sido valorada cada necesidad a través de la revisión de la historia clínica.
- El cuestionario de valoración contiene las 14 necesidades y diferentes criterios de valoración en cada una de ella, siendo un cuestionario semiestructurado

RESULTADOS

Consta formulario de valoración en el 100% de los pacientes.

Los resultados para las necesidades analizadas:

- Seguridad 90%, mas valorados: estado de agitación 88% y respuesta alérgica al latex 82%, menos: trastorno del pensamiento 4% y riesgo de lesión 4,4% (autodirigidas o a otros).
- Comunicación 88%, mejor valorados: convivencia habitual 82% y alteración de la percepción y comunicación 81% , menos valorados: aspectos de sexualidad-reproducción 3,6% y utilización de dispositivos externos (gafas, audífono..) 14,3%
- Creencias/valores /religión 11%. Todos los criterios valorados en esta necesidad (trastorno de la imagen corporal, manifestaciones del estado de ánimo, necesidad de asistencia religiosa, y si hay creencias que puedan entrar en conflicto con las asistencia) están por debajo del 11%
- Trabajar y realizarse 0,36%.
- Recrearse 34,7%,
- Aprender 36%, menos valorado déficit de conocimiento 7,5%.

CONCLUSIONES

Tenemos sistematizada una valoración enfermera en todos nuestros pacientes.

Realizamos, sin embargo, en el ámbito hospitalario, valoraciones que no recogen todas las necesidades de los usuarios.

Se hace imprescindible revisar las fuentes de dificultades, que pudieran estar en: el déficit de conocimientos para manejar la propia valoración, el abordaje terapéutico de esos problemas en nuestros pacientes y /o "hábitos de trabajo" que no incluyen el cuidado de ciertas necesidades, ni la integración de la familia en el cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henderson V. *La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después*. 1.a ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1994.
2. Martínez Martínez C, Cañadas Bustos A, Rodríguez Paredes E, Tornel García S. *Dificultades de la Valoración Enfermera*. *Enfermería Clínica* 2003; 13(4):195-201

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA

García, A.

Hospital Universitario, Guadalajara

El paciente pluripatológico es el que sufre enfermedades crónicas de dos o más categorías.

OBJETIVO

General :

- Garantizar la continuidad de cuidados del paciente pluripatológico y su cuidador principal, organizando los recursos asistenciales para ofrecer una atención integral.

Específico :

- Valoración integral del paciente.
- Educar e implicar al cuidador principal.
- Facilitar y potenciar la reinserción de pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS

El paciente pluripatológico es aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Patología/s crónica que condiciona incapacidad funcional.
- Polimedicados.
- Deterioro mental.
- Incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Edad superior a 80 años.
- Aislamiento social o carencia de familia que lo atienda.

FUNCIONES ENFERMERA

- Responsabilizar del proceso de cuidados / familia garantizando una atención individualizada, estableciendo un plan de cuidados.
- Participar del trabajo en el equipo multidisciplinar, con el fin de ofrecer atención integral e intercambiar conocimientos y experiencias con el resto de profesionales.
- Realizar actividades encaminadas a la investigación, para mejorar la calidad.
- Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones centrado en el respeto al paciente y familia, tomando medidas para evitar riesgos.
- Creación y mantenimiento de una cultura de seguridad, actualizar la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica para reducir los errores.
- Seguridad en el uso de medicamentos
- Se dispondrá de protocolos actualizados de tratamiento.
- Prevención de úlceras por presión, se deben identificar los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión y valorar el estado de la piel
- Prevención de caídas y reducción del daño, identificar a los pacientes con riesgo de caída.
- Desarrollo de un lenguaje común entre profesionales que comprenden el área.

INTERVENCIONES ENFERMERA

- El paciente pluripatológico presenta un importante grado de dependencia por lo que las intervenciones enfermera se encaminan a minimizar los riesgos y facilitar la integración en su entorno familiar y social
- La enfermera interviene de forma directa en todas las actividades que el paciente realiza: sedestación, bipedestación, higiene y vestido, alimentación, teniendo en cuenta la promoción de la autonomía.
- Adaptar los cuidados a la diversidad sociocultural y al envejecimiento de la población
Contacto con la enfermera de Atención Primaria antes de recibir el Alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

La mejora en la comunicación y organización entre profesionales proporcionará una atención integral y personalizada al paciente pluripatológico tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria.

La elaboración de guías clínicas y protocolos favorece la comunicación entre profesionales garantizando el conocimiento de todas las actividades de cada profesional.

Podemos asegurar la continuidad de cuidados, al favorecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Atención al paciente pluripatológico- Consejería de Sanidad 2002*
2. *Monográfico: el enfermo crónico, motor del cambio sanitario, Madrid 2010*
3. *Estrategia 20/20 de salud y Bienestar social, el modelo de Castilla la Mancha, 2010.*
4. *Cuidados de enfermería- Documentos.*

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ): ¿UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL PERSONAL?

García, N.; Gómez, B.; Pérez, L.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN

Bajo el lema "La cirugía segura salva vidas", la OMS implementó en 2008 un programa mundial para disminuir los errores en cirugía. La estrategia más eficaz para evitar estos errores sería realizar una exhaustiva revisión, mediante un listado de verificación quirúrgica. En el Hospital Ramón y Cajal comenzó a utilizarse en el año 2010. Este listado debe ser cumplimentado en el preoperatorio inmediato, intraoperatorio y postoperatorio inmediato por parte de enfermería, cirujano responsable y anestesiólogo.

Tras su puesta en marcha se han realizado 2 mediciones para valorar la cumplimentación, obteniendo resultados poco favorables.

OBJETIVOS

General:

- Explorar la opinión de los profesionales sobre el LVQ.

Específicos:

- Explorar el grado de conocimiento del LVQ, analizar los motivos de la cumplimentación o no cumplimentación, objetivar si existen diferencias entre estamentos y reconocer estrategias de mejora propuestas por los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. El ámbito de estudio es la Atención Especializada del Servicio Madrileño de Salud, Hospital Ramón y Cajal. La población estudiada es la integrada por los enfermeros, anestesiólogos y cirujanos de este centro. El tamaño de la muestra se estima en 200 profesionales, repartidos en las distintas categorías.

La selección de variables a estudiar es la siguiente: profesión, sexo, edad, experiencia profesional, conocimiento del LVQ, cumplimentación, utilidad, necesidad y operatividad.

Para la recopilación de datos se diseñó una encuesta con 15 preguntas, 12 con respuesta cerrada o escala de valoración y 3 preguntas abiertas, que se distribuyó de manera anónima y voluntaria. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 20.0 para Mac.

RESULTADOS

Se recopilaron 120 cuestionarios. El 85% de los profesionales conocía la existencia del LVQ, el 50% lo cumplimenta casi siempre y un 75% siempre verifica aunque lo rellene a posteriori.

Aproximadamente la mitad opina que el LVQ es bastante útil, bastante necesario y medianamente operativo, siendo los cirujanos los que otorgan las puntuaciones más altas, al igual que el personal con mayor experiencia.

Un porcentaje elevado del personal cree que el LVQ no ha ayudado a prevenir errores ni ha mejorado la comunicación entre los miembros del equipo y casi al 50% les gustaría que aplicasen el LVQ si ellos mismos fueran a ser intervenidos.

Entre las propuestas de mejora: modificar el contenido de algunos ítems, divulgar más exhaustivamente su existencia, informar periódicamente de los resultados de la cumplimentación y penalización para aquellos que no la realicen.

CONCLUSIONES

La implementación de un LVQ es una medida de comprobada eficacia, disminuyendo la tasa de complicaciones y mortalidad. Todos los profesionales implicados deben afrontar el reto de anteponer la seguridad del paciente ante todo.

or ello, conseguir una correcta cumplimentación del LVQ, implica trabajo en equipo, mayor participación, comunicación y sentido de la responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico. Además se requiere el compromiso de la dirección para formar adecuadamente y motivar a los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. GRANDE L. "Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria". *Cir Esp*. 2009. doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.018
2. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía - Manual de aplicación (1a edición). Organización Mundial de la Salud, 2008
3. HAYNES AB, WEISER TG, BERRY WR. "Listado de seguridad quirúrgica para reducir la morbilidad y la mortalidad en una población general". *N Engl J Med* 2009;360:491-9
4. RODRIGO-RINCÓN MI, et al. "Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica". *Rev Calid Asist*. 2011 doi:10.1016/j.cali. 2011.03.005
5. HAYNES AB, WEISER TG, BERRY WR, et al. "Challenges in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist- based surgical safety intervention". *BMJ Qual Saf*. 2011;20: 102—7.
6. NILSSON L., LINDBERGET O., GUPTA A. and VEGFORS M. "Implementing a pre- operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes" *Acta Anaesthesiol Scand* 2010; 54: 176–182
7. HURLBERT N S, GARRETT J. "Improving operating room safety". *Patient Safety in Surgery* 2009, 3:25
8. CONLEY Dante, et al. "Effective Surgical Safety Checklist Implementation" *J Am Coll Surg* Vol. 212, No. 5, May 2011
9. THOMASSEN O, BRATTEB G, HELTNE JK, S FTELAND E., ESPELAND A. "Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences" *BMC Health Services Research* 2010, 10:342

IMPLANTACIÓN DE LA FIGURA DE LA MATRONA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN UNA UNIDAD DE PUÉRPERAS

Sánchez, C.; Eixarch, T.; Pujol, M.A.; Ferrer, M.N.; Lara, R.; Pérez-Cabrero, I.; Rubio, D.; Martínez, R.M.
ICS. Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Desde la dirección de enfermería del Área Materno-infantil ante la nueva organización asistencial, nos planteamos la revisión de las competencias y funciones de los distintos profesionales que trabajan en el área y equipo multidisciplinar, decidiendo incorporar la figura de la matrona en el control y alta del puerperio inmediato de partos eutócicos sin complicaciones ni patologías asociadas.

Es por este motivo que se crea el grupo de trabajo para rediseñar los nuevos circuitos y funciones del equipo interdisciplinar y su relación con primaria para conseguir el continuo asistencial.

OBJETIVO

Mostrar el proyecto de Introducción de la figura de la matrona en el equipo multidisciplinar de la unidad de puerperio (UP) con la puesta en marcha de la guía para coordinar los cuidados de enfermería de la madre y el niño con atención primaria

MATERIAL Y MÉTODO

- Descriptivo
- Entorno: Hospital Universitario Vall d'Hebrón, UP
- En el año 2011 se crea un grupo de trabajo para actualizar la guía ya existente (2000) elaborada por el equipo hospitalario y AB para proceder a implantar la figura de la matrona dentro del grupo multidisciplinar de la UP.
- Se realiza revisión bibliográfica para fundamentar la guía con la mejor evidencia científica
- Se inicia programa piloto donde la matrona elabora un informe de alta para continuar los cuidados en atención primaria
- Crear un circuito para agilizar las altas en el parto eutocico
- Se establecen las recomendaciones al alta.
- Análisis estadístico: Se recogen los datos obtenidos en el programa de Microsoft Office EXCEL

RESULTADOS

Se consigue la comunicación y colaboración con las áreas básicas, en referencia al control y seguimiento de la puerpera una vez se da el alta, continuando con la identificación y seguimiento de los problemas reales/potenciales que han sido valorados en el hospital así como identificando nuevos.

Obtenemos:

- Tras 7 meses de puesta en marcha, se consolida la figura de la matrona en el equipo multidisciplinar en la UP
- La matrona ajusta el horario previsto de alta, disminuyendo el número de horas de estancia hospitalaria tras el parto
- Coordinación de las altas en el continuo asistencial
- Identificación por parte de la matrona de pacientes que únicamente requieren cuidados enfermeros susceptibles de ambulatorización consiguiendo un alta hospitalaria temprana
- Potenciar la ambulatorización de la paciente al alta mejorando la comunicación con atención primaria

CONCLUSIONES

Como consecuencia de este trabajo conjunto, se ha conseguido cohesionar el equipo multidisciplinar, aportando un valor añadido a los cuidados de la puérpera con la presencia de la matrona.

Se han agilizado las altas en puérperas, tras parto eutócico sin complicaciones ni patologías asociadas.

Se ha reforzado la educación sanitaria al alta, con material escrito que se facilita a la madre.

Actualmente estamos trabajando en mejorar la comunicación con atención primaria otras AB, para generar mecanismos que garanticen la comunicación, facilitando el continuo asistencial de la paciente, minimizando posibles reingresos y complicaciones surgidas del no control de las curas de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. 2008
 - 2 Institut Català de la Salut. Programa Sanitari d'Atenció a la Dona Protocol de Continuitat Assistencial en el Puerperi. ICS Barcelona: 2002
 - 3 Aguilar Cordero, MJ: Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos. Elsevier España – 2003. Madrid
 - 4 Cloherty John P, Eichenwald Eric C, Stark Ann R: Manual de Cuidados Neonatales. 4ª Edición. Masson. 2004. Barcelona
 - 5 Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2005) Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
 - 6 Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2007) Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
 - 7 Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social (2003) Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.
 - 8 Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la Asociación Española de Pediatría: Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Medidas preventivas Ambientales Para Evitar el SMSL. Publicado en Anales Españoles de Pediatría 2001;54;573-574
 - 9 Gimeno Navarro Ana: Controversias en el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante: Colecho. Chupete. Prematuridad. Reflujo gastroesofágico. Comunicación en el VI Simposium sobre SMSL, Valencia, Mayo 2006
 - 10 Royal College of Midwives (XXXX) Lactancia Materna. Manual Para Profesionales. Londres: Royal College of Midwives.
 - 11 Salcedo Abizanda S, Ribes Bautista C, Moraga Llop FA: Recién Nacido: Cuidado de la Piel. Protocolos de dermatología, actualizado en 2007 [Consultado el 29/09/2008]. Disponible en: <http://www.aepd.es/protocolos/dermatologia/pdf>
 - 12 Tamame San Antonio M, Moraleda Asensio S, Jiménez Rumí MT, de la Torre Chavarri I (2007) "Uso de antisépticos en la cura umbilical en Atención Primaria" en Metas de Enfermería nov 2007;10(9): 27-31
 - 13 Cabero i Roura LI; Sánchez Duran MA. Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología). 3ª Edición. 200
- DIRECCIONES ELECTRÓNICAS RELACIONADAS
- http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/tocologia/puerperio_inmediato.htm
- <http://www.aepap.org/familial/biberon.htm>
- <http://www.eaped.es>
- <http://apuntesenfermeria.iespana.es/maternoinfantillamamanta.jpg&imgreful>
- <http://www.unizar.es/gine/parto/parto41.jpg&imgre>

BENEFICIOS DE LA ENFERMERA GESTORA EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

Fernández G., Giménez Mc., Ortiz M., Calonge P.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización de Día es una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende una determinada demanda de servicios de salud (cartera de servicios), para lo que requiere unas condiciones estructurales y funcionales que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios.

La enfermera del Hospital de Día Médico, realiza las funciones propias asistenciales, docente, investigadora, pero cabe destacar el papel de la enfermera gestora de recursos humanos y materiales, ya que gracias a esta función enfermera, se potencian todos los beneficios dirigidos al paciente, a la gestión hospitalaria (coste / beneficio) y al propio profesional sanitario, que brinda la Unidad.

El papel de la enfermera gestora en el Hospital de Día Médico permite aprovechar las posibilidades de continuidad e integración asistencial que ofrece nuestro sistema sanitario al tiempo que mejora la capacidad de respuesta a la demanda, coordinando los diferentes niveles asistenciales que participan en la atención del paciente.

OBJETIVOS

- Evaluar los beneficios que aporta la función gestora de la enfermera en el Hospital de Día Médico.
- Resaltar la importancia de una buena gestión enfermera de los recursos humanos y materiales, evaluando las mejoras asistenciales producidas en el Hospital de Día Médico.
- Plantear posibles áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, de carácter retrospectivo, sobre la función y beneficios de la enfermera gestora en el Hospital de Día Médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

RESULTADOS

- El nivel asistencial ha aumentado en más de un 40%, en los últimos cinco años.
- Se incorporan nuevas especialidades médicas, aumentando la cartera de servicios.
- Se reducen ingresos hospitalarios, lo que se traduce en una reducción del gasto público.
- Se reduce la lista de espera hospitalaria para determinados procedimientos.

CONCLUSIONES

Cuando la enfermera gestiona los recursos del Hospital de Día Médico, se obtiene un nivel óptimo de bienestar, de autogestión y de capacidad funcional. Se promueve que se alcancen los objetivos previstos en el plan terapéutico con resultados en salud de calidad y costo-efectivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso abril de 2007]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
2. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S y Grupo de trabajo de los servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(16):620-626.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Programa Funcional del Segundo Hospital de Palma de Mallorca; 1992.
4. Anguita E, Sarabia Álvarez de J, Barros Aguado C, Giménez i Masat A, Kindelan Jaquito JM, Miró Meda JM, et al. El hospital de día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida; 1998. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sidal/docs/hospital_dia.pdf
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Listados de Fichas Técnicas. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/listadoFichasTecnicas.pdf>
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Información y estadísticas de las Comunidades Autónomas. Barómetro Sanitario, 2006. Disponib

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) PARA ENFERMERÍA

Vega, J.; Rando, A.; Moreno, C.; Moreno, P.; Galilea, M.E.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Infanta Cristina cuenta desde su apertura con la historia clínica informatizada. Este hecho nos ha permitido la realización de planes de cuidados individualizados a los pacientes que ingresan en el mismo. La normalización de la práctica enfermera, con un catálogo de diagnósticos de enfermería, sus objetivos y actividades (según la taxonomía NANDA-NIC-NOC), nos permite conocer las actividades que se han realizado en las plantas de hospitalización.

OBJETIVOS

Conocer los datos de actividad de enfermería en los pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante procedimientos informáticos, se extraen todos los datos correspondientes a los planes de cuidados individualizados de los pacientes ingresados en un periodo de tiempo. Estos datos se presentan para analizar la información que contienen mediante una hoja de cálculo.

RESULTADOS

Se conoce toda la actividad de enfermería por actividades programadas y realizadas sobre todos los pacientes ingresados en las distintas unidades de información. Estos datos pueden agruparse por unidades, diagnósticos enfermeros, GRD... para su posterior análisis y obtención de información.

CONCLUSIONES

Es posible la realización de un CMDB de enfermería que nos sirvan como núcleo básico de información de enfermería. Este CMBD constituye en sí mismo un sistema de información (cuadro de mandos), o asociado al actual CMBD- GRD, nos dé un conocimiento más amplio de la actividad desarrollada sobre cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson, M. et col. *Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª edición. 2006.
2. Sánchez Ros, N. Reigosa Gago, L.F. *SELENE: Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería*. *Rev Enf Glob* Vol5, nº 8 (2006).
3. *Manual SIGNO II. Club de Enfermería. Dirección General del INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria*. 1995.
4. Maiz, E. *La difusión de los resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria*. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:86-89.
5. Oliván, S. *Sistemas de información hospitalarios: CMBD*. *Scire* 3:2 (jul-dic 1997) 115-130.

EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN MODELO DE GESTIÓN ENFERMERA: MODELO ALICANTE

Jover, J. I.; Prieto, M. A.; Megina, M. J.

Hospital General Universitario de Alicante/SERVASA, ALICANTE

INTRODUCCIÓN

La continuidad de cuidados constituye uno de los parámetros esenciales de la calidad asistencial y garantiza que la asistencia del paciente está coordinada de forma eficaz entre los diferentes niveles sanitarios, siendo el tiempo la clave de la calidad prestada.

En el Modelo Alicante se incluyen pacientes mayores de 65 años de los cuales se valora la complejidad de manejo clínico y la complejidad de manejo comunitario, obteniendo la complejidad global al sumar las dos anteriores. Estos pacientes suponen el 15% de la población del departamento del HGUA.

Cabe resaltar que la máxima preocupación o necesidad no resuelta de los pacientes encuestados en el Modelo Alicante sean los problemas económicos que contrasta con el resultado de otras encuestas a nivel nacional donde la máxima preocupación es el dolor. Alrededor del 60 % de las personas que fallecen precisan cuidados paliativos y más del 80 % prefiere hacerlo en el domicilio.

La Unidad de Hospital a Domicilio (HAD) es la herramienta necesaria para que el modelo de gestión del departamento del HGUA consiga una mejor integración y continuidad de cuidados ya que realiza una labor de puente entre el Hospital y Atención Primaria, contribuyendo a que desaparezca el aislamiento y la falta de comunicación entre estos dos niveles.

Las funciones y organización del HAD están bien definidas en la actualidad pero su actividad es poco conocida tanto por la población general como por los profesionales sanitarios. El HAD persigue una mejora de la calidad asistencial, un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios y forma parte de un modelo de gestión innovador como es el Modelo Alicante.

OBJETIVO

Construcción de una encuesta que valore la situación actual del Informe de Continuidad de Cuidados en nuestro departamento de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogida de datos mediante encuesta. Sujetos del estudio: profesionales de los Equipos de Atención Primaria, HAD y Hospital seleccionados de forma aleatoria y que cumplen dos requisitos: pertenecer al departamento del HGUA y conocer el Informe de Continuidad de Cuidados aplicado en el Modelo Alicante.

Variables en estudio:

1. Omisión.
2. Duplicidad.
3. Contradicción.

RESULTADOS

8 consultas a 185 profesionales del departamento.

La mayoría de los encuestados manifiesta que el Informe de Continuidad de Cuidados Modelo Alicante:

- Facilita la labor de los Equipos de Atención Domiciliaria.
- Agiliza la continuidad de las intervenciones.
- Aumenta la confianza del paciente.
- Está coordinado en tiempo.
- Contribuye a al sostenibilidad.

Las consideraciones negativas de la encuesta están referidas a:

- Omisión de datos por falta de tiempo para cumplimentar el Informe de Continuidad de Cuidados.
- Rotación del personal: bajas, vacaciones y sustituciones entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Temes, J.L.: *Gestión Hospitalaria*. McGRAW-HILL. Interamericana, Madrid, 2002.
2. Rodríguez-Marín J, Mira JJ. *La organización sanitaria y su influencia en la calidad*. En: Aranaz J, Vitaller J (Eds) *La Calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Estudios para la salud. EVES, Generalitat Valenciana. Valencia 2002 (2ª edición).
3. Polit, Hungler. *Investigación en ciencias de la salud*. Sexta edición. Ed. McGRAW-HILL. Interamericana, 2003.
4. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. *Plan para la mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007*

LA GESTIÓN DEL CAMBIO: APLICACIÓN DE LA LEY ANTITABACO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

Moreno, D.; Domínguez, A.; De Miguel, C.; Pineda, C.; Del Pino, V.; Segarra, M.L.; Soria, S.; De Iceta, M.
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

INTRODUCCIÓN

La aplicación de la ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, en vigor el 2 de enero de 2011, instaura la prohibición de fumar en las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría.

La elevada incidencia de consumo de tabaco en los pacientes ingresados hace que sea necesaria una coordinación entre todos los estamentos implicados para aplicar el cambio.

OBJETIVO

Medir el impacto de la aplicación de la ley antitabaco en la satisfacción de los usuarios ingresados en la UHB de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Sofía.

MATERIAL Y MÉTODO

En enero de 2011 se procede a establecer una hoja de ruta para la implantación de la ley. En ella se especifica la metodología a seguir, Información y formación al personal de la UHB de Psiquiatría, comunicación de la ley a los pacientes, así como su inminente aplicación, reuniones con el Director de Gestión y con el Servicio de Farmacia para la inclusión de los parches de nicotina en los dispensadores automáticos de medicación.

Se refuerzan las sesiones dirigidas a los pacientes de la UHB, en las que están incluidos el Programa de Psicoeducación y Educación para la Salud, sesiones de Relajación y potenciación del autoestima y autocontrol. Al alta los pacientes cumplimentan, de forma voluntaria, una encuesta de satisfacción.

RESULTADO

Para la medición del impacto de la aplicación de ley en los pacientes de la UHB se ha utilizado la valoración de la encuesta de satisfacción que los pacientes cumplimentan.

El período analizado comprende desde julio de 2010, seis meses antes a la aplicación de la ley, hasta julio de 2011, seis meses después. De los 337 usuarios seleccionados, 146 rellenaron la encuesta antes y 191 después de la entrada en vigor de la ley.

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes desde la prohibición del consumo de tabaco en la UHB.

CONCLUSIONES

Partiendo de las hipótesis de un gran impacto en la satisfacción de los pacientes después de la instauración de la ley, las resistencias del personal aduciendo la posibilidad de una gran conflictividad entre y con los pacientes, se puede decir que no se cumplen. El nivel de satisfacción durante el ingreso no se ha visto afectado, y no ha existido un aumento en las situaciones conflictivas dentro de la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 42/2010, de 30 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 318, (31-12-2010).
2. Actasanitaria.com, área sanitaria, salud mental [sede web]. Barcelona; 2012. Disponible: <http://www.actasanitaria.com/areas-sanitarias/salud-mental/articulo-cataluna-presenta-la-primer-guia-para-el-tratamiento-del-tabaquismo-en-pacientes-con-trastornos-mentales.html>
3. Iglesias García C, Alonso Villa MJ, Bernaldo de Quirós JC, Bocanegra Suárez E, Cueta Gonzalo J, García del Valle R, et al. Modificación del patrón de consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría de Hospital General. NURE Inv. [revista en Internet] 2009 enero-febrero [acceso 19 de Octubre de 2011]; 6 (38): [aprox 7 pant]. Disponible: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/modpat_original_38.pdf
4. González Varea J, Gonzalo Freire S, González de la Cerda A, Gil Micó E, Jaén Tosca C, Gómez López M. Tabaco y salud mental. Revista psiquiatria.com [revista en Internet] 2011; 15:11. Disponible: <http://hdl.handle.net/10401/3898>

CREATIVIDAD AL SERVICIO DEL USUARIO: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Moreno, D.; Del Pino, V.; Fraile, M.; Gallego, M.; Domínguez, A.; Pineda, C.; Segarra, M.L.; De Iceta, M.
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

INTRODUCCIÓN

En el contexto económico actual, la creación de nuevas unidades lleva aparejado un nuevo criterio, conseguir su implantación asegurando una atención planificada y coordinada con la mejor relación coste-eficacia.

La prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares tiene como objetivo reducir el riesgo de un nuevo evento cardiovascular y mejorar la supervivencia de los pacientes. Los programas de Rehabilitación Cardíaca (RHC) disminuyen la mortalidad, morbilidad y facilitan una pronta reincorporación a la vida diaria.

OBJETIVO

Implantar el Programa de RHC del Hospital Universitario Infanta Sofía

MATERIAL Y MÉTODO

Para el diseño del Programa se crea un grupo de expertos multi-interdisciplinar, que realizan una búsqueda bibliográfica y un análisis de las necesidades, siempre utilizando los recursos ya existentes, optimizándolos y ajustándolos a la estructura del hospital. Para la ubicación física se utiliza una sala de Rehabilitación.

La dotación económica de los recursos materiales (bicicletas y cintas) y la telemetría necesaria para el control de los pacientes surgen de la obtención de una beca del Ministerio de Sanidad. El resto de los recursos provienen de la reubicación de los ya existentes en el centro.

Se realiza formación a los profesionales implicados y se evalúa el Programa con una encuesta de satisfacción a pacientes.

RESULTADOS

A partir de abril de 2011 se diseña el programa de RHC y en junio se implanta. Hasta diciembre de 2011 han participado un total de 21 pacientes, divididos en 3 grupos, con una duración de 2 meses por grupo.

El 42.85% de los asistentes al primer grupo completaron el Programa. Detectada la baja adherencia, se implanta como área de mejora una sesión de información previa al comienzo del programa donde se refuerza la importancia de cuidar la salud psíquica y física. Tras esto se comprueba que un aumento de los pacientes que completan la Rehabilitación pasando al 85.71%.

El 93,33% de los pacientes afirma que ha disminuido su nivel de estrés, esto contribuye a mejorar su calidad de vida. Ante la buena acogida del programa y el aumento de la demanda por parte de los pacientes, en el año 2012 se aumenta el número de plazas a 14 asistentes por grupo.

CONCLUSIONES

La implantación de un Programa de RHC asegurando una atención planificada y coordinada con la mejor relación coste-eficacia implica una optimización de los recursos materiales y humanos ya presentes en la Organización, que contribuyen a mantener e incrementar la calidad asistencial que se presta al usuario del Sistema Sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Luis Benito Ortiz, M^a Antonia Martínez Montero. *Protocolo de relajación. Área 4 del INSALUD. Atención Primaria de Madrid 1998*. S.S.A.G., S.L.
- Davis M, MckKay M, Eshelman ER. *Técnicas de autocontrol emocional. Madrid. Ediciones Martínez Roca, S.A. 2003*
- Heather O Dickinson, Fiona Campbell, Fiona R Beyer, Donald J Nicolson, Julia V Cook, Gary A Ford, James M Mason. *Terapias de relajación para el tratamiento de la hipertensión esencial en adultos (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2*.
- The Indian Journal of Medical Research*. 2009 May; 129(5):603-8. *Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery*.

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO ELECTRÓNICO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (REAM)

Roca, E.; Palma, M.A.; Arasa, F.; Junyent, M.; Gómez, F.; Tovar, A.; Barberà, M.A.

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Institut Català de Salut, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El Institut Català de Salut comienza la informatización integral de sus hospitales en Junio de 2006, bajo el nombre de proyecto ARGOS.

Engloba la informatización del servicio de farmàcia. Aparece el programa SILICON:

- Gestión económico-financiera de farmàcia (2008)
- Prescripción electrónica automatizada (PEA) (2010)
- Registro de administración de medicación (REAM) (2010)

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

- Estimar el grado de satisfacción del equipo de enfermería del HUGTiP en la formación del sistema implantado: SILICON.
- Identificar la calidad percibida por los profesionales en su uso.
- Conocer propuestas de mejora por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA

- Estudio descriptivo para el análisis de opinión y se realiza en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, en el 2012.
- Como población se escoge al todo el profesional de enfermería que ha sido formado en el programa informático SILICON (2009-2010)
- La recopilación de datos es de forma cuantitativa mediante un instrumento con preguntas cerradas y al final se recoge una pregunta abierta. Dicho instrumento es validado por un grupo de expertos.

RESULTADOS

De una población de 650 enfermeras que recibieron formación de SILICON se recogen 171 encuestas, de las que se extrae los siguientes resultados:

- El 91,1% de la población son mujeres con una media de edad de 36,7 años.
- Referente a las preguntas de la satisfacción en la formación los profesionales lo valoran con una media de 7,32.
- Con respecto a las preguntas del sistema informático SILICON se obtiene una puntuación media de 6,25.
- La calidad percibida de los profesionales se obtiene de un grupo de 10 preguntas y se obtiene una media de 6,4
- El personal nos responde con una puntuación media de 6,25 como una mejora de sistema de registro y administración de medicamentos.
- Expresan unas mejoras del sistema informático, obteniendo un 32,74% en mejoras ergonómicas, un 22,80% demandan poder replanificar las tomas, un 14,03% para mejorar la visualización de las perfusiones continuas.

CONCLUSIÓN

Tanto la formación como el soporte informático REAM de SILICON ha sido bien aceptado por el profesional de enfermería.

Por otra parte la calidad percibida de los profesionales es relativamente buena, aunque expresan de forma contundente unas mejoras que debemos tener en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graves J R, Corcoran S. *The Study of Nursing Informatics. Image: Journal of Nursing Scholarship* 1989; 21:227-231
2. Hesbeen W. *Llicó Magistral a l'Escola Santa Madrona per alumnes del Màster d'Administració i Gestió de Cures d'Infermeria. Novembre 2008. Barcelona.*
3. Langowsky C, *The times are a changing: effects of online nursing documentation systems. Quality management in health care* 14, 2. April-June 2005.
4. *Memòria d'activitats 2010 [Internet] Barcelona: institut Català de la Salut; 2010 [consulta el 15 de enero de 2011]. Disponible a: <http://www.gencat.cat/lis/linfocorp>*

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN/TRANSCRIPCIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA HOJA DE PRESCRIPCIONES INFORMATIZADA

Cumplido, R.; Clemente, W.; Jiménez, EM.; López, F.; Torralba, J.; Flores, C.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN

En el contexto del fomento de la seguridad clínica iniciado por la Dirección del Hospital Universitario Virgen del Rocío se procedió a la elaboración del Mapa de Riesgos de la UGC de Pediatría y Áreas específicas, detectándose la necesidad de mejorar los sistemas de registro de las prescripciones médicas para evitar los errores ocasionados por caligrafía de difícil lectura, así como reducir el riesgo de error de transcripción de las mismas por parte del personal de enfermería.

Lo ideal habría sido poner en marcha un sistema de prescripción electrónica integral que unificase el proceso de prescripción, dispensación, registro y administración de fármacos. Teniendo en cuenta la actual situación económica y el elevado coste que supone dicho sistema, se planteó la necesidad de desarrollar un sistema alternativo de uso provisional.

OBJETIVO

Implementar un sistema informático que minimice los riesgos de los procesos de prescripción y transcripción de órdenes médicas.

MATERIAL Y MÉTODO

El equipo de supervisores y el responsable de cuidados de enfermería de la UGC Pediatría y Áreas Específicas de nuestra unidad se reunieron en diversas ocasiones para diseñar una hoja de cálculo realizada con una conocida suite ofimática de fuente abierta. Se habilitó con el asesoramiento de los informáticos del hospital un espacio en la intranet donde ubicar los archivos, administrado por el responsable de cuidados. Se revisó en la Comisión Hospitalaria de Documentación Clínica la calidad de la hoja informatizada de prescripciones así como los aspectos de seguridad que presentaba su ubicación en la intranet del Hospital.

RESULTADOS

Se diseñó una hoja informatizada cuyo aspecto gráfico es muy similar a la hoja de prescripciones en formato papel actualmente utilizada en el Hospital, con la ventaja de estar escrita con letra de imprenta. Dispone de una serie de vínculos internos que copian literalmente las órdenes médicas a la hoja de tratamiento de enfermería sin que exista la posibilidad de error de transcripción.

Una vez redactada la prescripción, la hoja se imprime, se firma y se archiva en la carpeta del paciente. La hoja de tratamiento de enfermería queda a disposición de las enfermeras para que planifiquen los cuidados y la administración de medicación durante la vigencia de la misma.

El archivo informático de la hoja de cálculo queda almacenado en una carpeta del área privada de la intranet del Hospital a la que sólo tienen acceso los profesionales autorizados. Dicho archivo sólo puede ser manipulado por el personal facultativo de la Unidad, y puede ser revisado por la Unidad de Farmacia Hospitalaria así como por los Supervisores de Enfermería para facilitar la dispensación y la adecuación de los tratamientos prescritos.

CONCLUSIONES

Se planteó un problema con la seguridad en la transcripción de las órdenes médicas. La solución, el diseño informático de una hoja de prescripciones que se transcribe automáticamente a la hoja de tratamiento de enfermería, resultó innovadora, muy imaginativa y a coste 0 €.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE CÁMARAS INHALATORIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN DISTINTOS IDIOMAS

Rampérez, O.; Flores, R.; Rival, G.; López, H.; Sepúlveda, J.A.; Viclarín, J.; Arias, S.; Sánchez, N.
Hospital del Tajo, Madrid

INTRODUCCIÓN

Cuando en el Abril del 2010 se publicaron las solicitudes de los Fondos de a las CCAA para estrategias en Salud se valoró dentro del Servicio de Urgencias Pediátricas la necesidad de crear una guía para el correcto uso de los dispositivos tipo cámara inhalatoria.

Los motivos de esta necesidad se fundamentaron en:

- Los episodios de Bronquiolitis durante el año 2009 supusieron un 60 % de Ingresos desde Urgencias según la SEUP (Sociedad Española de Urgencias Pediátricas) y 2 de cada 3 bebés sufren patología de las vías respiratorias altas durante el primer año de vida.
- La utilización de cámaras inhalatorias en pacientes pediátricos suele causar una situación estresante a los padres ya que los niños suelen manifestar rechazo. Es importante realizar esta formación con apoyo en los folletos informativos porque el 70% de los pacientes no reciben correctamente el tratamiento.
- Los niños que acuden a las Urgencias pediátricas proceden de diferentes países y culturas. Más de un 20% son hijos de padres extranjeros; y un porcentaje elevado de ellos con dificultad para comunicarse en lengua española. Dentro de la diversidad de la población las nacionalidades más prevalentes poseedoras de un idioma de difícil comunicación con el personal de Urgencias son Rumanía, Marruecos, China.

OBJETIVOS

- Formar al 100% de profesionales de enfermería del área de Urgencias en el correcto uso de los tratamientos para bronquiolitis y manejo de cámaras inhalatorias.
- Diseñar folletos informativos para los padres de niños con bronquiolitis para promover unos cuidados y manejo de los tratamientos inhalatorios y de ese modo prevenir complicaciones y recaídas. Se diseñarán los folletos en distintos idiomas. Difusión del folleto en Urgencias
- Elaborar encuestas para realizar control sobre satisfacción de las guías informativas

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Este proyecto se divide en tres líneas de actuación

A-Formación EQUIPO DE TRABAJO

- En esta fase se formó un equipo multidisciplinar para recopilar información, realización del borrador del texto del folleto, traducción del folleto y carteles a los diferentes idiomas, edición de los folletos y carteles.

B- Formación DEL PERSONAL

- Diseño del Programa Formativo
- Realización de Cursos Acreditados en Urgencias Pediátricas.

C-ENTREGA DE FOLLETOS/EVALUACION

- Entrega de Folletos .Inicio Octubre 2011
- Selección de candidatos para inclusión en estudio según los criterios establecidos
- Entrega consentimiento informado al cuidador principal
- Realización de encuestas telefónicas

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los datos obtenidos se extrae inicialmente que el 80 % de los usuarios se encuentran Muy satisfechos, que el 98% lo consideran útil y recomiendan su utilización por otras personas.

Los usuarios de esta guía que han acudido a Urgencias manifiestan en un 83% que la información les ha disminuido la ansiedad sobre los síntomas de sus hijos y de no tener esa información hubiesen acudido anteriormente a Urgencias.

Se concluye que esta guía es necesaria, y que la educación sanitaria realizada por los profesionales de enfermería junto a la prevención disminuye la sobreutilización de las Urgencias por este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Holding chambers versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma (Cchrane review)*. Cates CJ, Rowe BH, Oxford: Update Software 2001
2. *Cámaras de inhalación y espaciadores: tipos, utilidad, indicaciones y aplicaciones*. J.L. Rodríguez Hermosa. H. Clínico San Carlos. 2007
3. *La urgencia respiratoria en el contexto de la práctica diaria. Las cámaras de inhalación en el tratamiento del asma infantil*. Eduardo G. Pérez-Yarza. Junio 2009. *Utilización de inhaladores*. Yolanda G. J. Hospital Torrecárdenas. Almería.

IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALERGIA EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE JUAN LLORENS

Nuez, M.J.; Gimeno, P.

Consortio Hospital General De Valencia. Conselleria De Sanidad, Valencia

INTRODUCCIÓN

Se ha producido un aumento de la prevalencia de enfermedades alérgicas a nivel mundial con un 30-40% de la población del mundo afectada por una o más enfermedades alérgicas.

En nuestro departamento hace un año y medio, que se creo una consulta de alergia para adultos en el centro de especialidades de Juan Llorens dependiente de la unidad de alergia del Consorcio hospital General de Valencia.

La creación de la consulta de enfermería de alergia, servirá como referente en el departamento creando un nexo entre niveles asistenciales, y logrando una continuidad de cuidados al paciente.

Su función será solventar las dudas de las enfermeras de atención primaria y así conseguir un mejor control del paciente, disminuyendo su ansiedad y por otra parte evitando desplazamientos innecesarios.

Otra de sus funciones es proporcionar al paciente los conocimientos necesarios para llevar un buen control de su patología y además detectar los posibles signos de alerta, pudiendo actuar en consecuencia.

OBJETIVOS

General:

- Prestar atención multidisciplinar al paciente alérgico para una mejor valoración, diagnóstico y cumplimiento adecuado del tratamiento según los criterios basados en la evidencia.

Específicos:

- Educar al paciente sobre el tratamiento que se le va administrar, (Efectos secundarios, utilización de recursos etc.)
- Reducir la morbilidad ofreciendo asesoramiento para el control de los efectos secundarios de los tratamientos alérgicos.
- Establecer un nexo con los centros de primaria para la resolución de dudas
- Monitorización del proceso de su enfermedad.

METODOLOGÍA

En la consulta de enfermería utilizara la herramienta informática que tenemos que es Abucasis, en el cual escribimos la valoración del paciente, el diagnostico Nanda que le hemos puesto, las actividades (NIC) que le realizamos, la planificación de cuidados, la ejecución de los mismos y la posterior evaluación.

RESULTADOS

Como esta en proceso de estudio para la implantación, no tenemos resultados, aunque la asunción de nuevas competencias por parte de la enfermería produce una mayor satisfacción del usuario, por la disminución de los tiempos de espera, la disminución del número de visitas del paciente al la hospital por el mismo proceso.

Esto mejora la seguridad del paciente durante todo su proceso, gracias a la priorización y atención continuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruby Pawankar, Giorgio Walter Canonica, Stephen T. Holgate, Richard F. Lockey .Libro Blanco sobre Alergia de la WAO 2011-2012
2. González- Linares R, Aramburu I, Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Osakidetza. Rev Calidad Asist 2002; 17(4): 232-6.
3. Sociedad española de alergología e inmunización clínica.

FORMACIÓN CONTINUADA: MARCA DE EXCELENCIA

Fortes del Valle, A.; Bartel, H.; Cepero, R.; Llado, C.; Mas, M.; Varo, C.; Peri, C.; Pie, N.
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla, TARRAGONA

INTRODUCCIÓN

La literatura científica nos muestra que la formación continuada aporta beneficios, tanto a las personas como a las organizaciones. En cuanto a las personas, señala entre otros, que proporciona seguridad en la actividad laboral, ayuda a la integración institucional y en los equipos de trabajo, proporciona una mejora de la autoestima personal, profesional y social y favorece el aprendizaje. En relación a las organizaciones indica que el conocimiento es el principal factor productivo y su gestión se presenta como un arma estratégica muy poderosa que permite realizar cambios organizativos que faciliten y difundan el conocimiento que poseen las organizaciones sanitarias.

En nuestro centro hasta el año 2008, realizábamos una promoción de la formación continuada principalmente a través del programa de formación grupal interno. Identificamos que existía interés en nuestros profesionales en realizar actividades formativas con otro perfil y por ello nos planteamos un cambio en la gestión del presupuesto de formación para promover ayudas a las solicitudes individuales, garantizando por un lado una inversión en formación de calidad y por otro una correcta distribución de los recursos.

OBJETIVOS

- Analizar y valorar el impacto que el cambio en la gestión del presupuesto de formación ha tenido en la formación de las enfermeras.
- Conocer cómo valoran las enfermeras el cambio en la gestión del presupuesto de formación

MATERIAL Y MÉTODO

Desde la dirección de enfermería se llevará a cabo la gestión del presupuesto de formación, unificando criterios mínimos que diferencien las ayudas de formación grupal (programa de formación interno), de las ayudas a la formación individual. En cuanto a las ayudas de formación individual se establecen criterios de inclusión y exclusión dirigidos a definir la persona candidata de obtener una ayuda, la formación susceptible de ser subvencionada así como la ayuda que será concedida.

Para analizar y valorar el impacto en la realización de la formación con criterios de inclusión en las ayudas individuales que actualmente tienen las enfermeras y para conocer cómo valoran el cambio en la gestión del presupuesto de formación, se realiza un estudio exploratorio descriptivo analítico mediante un cuestionario que recoge aspectos relativos a su formación continuada, a las solicitudes realizadas y resolución de las mismas y a la valoración de la gestión de las ayudas.

RESULTADOS

Actualmente estamos en proceso de explotación y análisis de los datos obtenidos a través del cuestionario.

Podemos anticipar que las solicitudes presentadas candidatas a ayudas individuales ha realizado un incremento importante en los últimos cuatro años, así como las ayudas concedidas.

CONCLUSIONES

El incremento en las solicitudes recibidas y al mismo tiempo el aumento en las ayudas concedidas nos hace intuir que ha tenido impacto positivo en la formación continuada de nuestras enfermeras.

No podemos anticipar CONCLUSIONES en referencia a la valoración que hacen en el cambio de gestión del presupuesto de formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. López, J. (2002). *Aprender a planificar la formación*. Barcelona: Paidós.
2. Mamaqui, X. y Miguel, J.A. (2009). «El impacto de la formación continua sobre la estabilidad laboral», VIII Jornadas de Economía Laboral, Zaragoza, 2-3 de junio.
3. Sarramona, J. (2002). *La formación continua laboral*, Madrid: Biblioteca Nueva. Ayuso Murillo D. *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Díaz de Santos; 2006
4. Chacón S, Holgado FP, López JM, Sanduvete S. *Evaluación de la formación continua: fundamentos teóricos y herramientas metodológicas*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones, 2006.

EVALUACIÓN DE 360° DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Prieto, A.; Basante, A.; Rodríguez-Hevia, A.; Fernández, S.

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

INTRODUCCIÓN

La evaluación de 360 grados, es una herramienta cada día más utilizada por las organizaciones modernas. Los principales usos que se da a la evaluación de 360 grados son:

- Medir el Desempeño del personal.
- Medir las Competencias.
- Diseñar Programas de Desarrollo.

La evaluación de 360 grados consiste en que un grupo de personas valore a otra por medio de competencias predefinidas con base en comportamientos observables del trabajador en el desarrollo diario de su práctica profesional (Alles, 2008).

El propio personal se autoevalúa y es evaluado por todo su entorno (jefes, pares, subordinados, etc.); recibiendo así de manera objetiva la percepción de todas aquellas personas que observan y conocen su labor. De esta manera el trabajador identifica sus fortalezas y debilidades, además de analizar y valorar las evaluaciones recibidas, lo que le permite comparar los resultados obtenidos para mejorar su desarrollo personal y profesional.

OBJETIVOS

- Conocer el desempeño de los evaluados de acuerdo a las competencias requeridas por la organización y el puesto en particular.
- Detectar áreas de oportunidad.
- Llevar a cabo acciones para mejorar el desempeño de la división de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un informe de evaluación de 360° de la Dirección de Enfermería Hospital El Bierzo. Como instrumento para evaluar las competencias se utilizó un cuestionario auto cumplimentado de 20 preguntas que definen 9 competencias: Organización, Trabajo en equipo, Iniciativa, Resolución de conflictos, Impacto, Comunicación, Conocimiento estratégico, Motivación e Influencia, valoradas por una escala tipo Likert de 1 a 4 (para evitar la respuesta neutra); en cuanto a dos conceptos Desempeño de la Competencia e Importancia de la misma.

Participaron como evaluadores el Gerente, la Dirección Médica, la Dirección de Gestión, los Supervisores de Área además de la propia autoevaluación de la Dirección de Enfermería. Los datos fueron analizados con el programa Excel 2007

RESULTADOS

Se analizan y representan gráficamente los 20 enunciados vinculados con las anteriores competencias identificando el promedio de puntuación correspondiente a cada una de ellas (incluyendo y excluyendo autoevaluación).

Se realiza un análisis a través de una matriz Importancia-Desempeño de las competencias para identificar fortalezas y áreas de mejora.

CONCLUSIONES

- Se identifican como fortalezas conocimiento estratégico, trabajo en equipo y la resolución de conflictos.
- Como área de mejora la motivación.
- Se elabora un plan de mejora

Palabras clave: Evaluación 360, Competencias. Desempeño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marriner A. *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. El Servier España S.L.*; 2009 10-11.
2. Alles M. *Desempeño por competencias: Evaluación de 360 grados. Argentina: Ediciones Granica; 2008 260-269.*
3. Villa Casal J. y Caperan Vega J. *Manual de coaching: cómo mejorar el rendimiento de las personas. Barcelona: Editorial Profit; 2010 125-132*
4. Cuevas C., Martínez I., Baltanas F. *La Gestión por Competencias en Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006. 17-18*
5. Duro Martín A. *Introducción al liderazgo organizacional. Teoría y Metodología. Madrid: Editorial Dykinson S.L.; 2006. 92-93.*
6. Alles M. *Dirección Estratégica de RRHH. Gestión por competencias. Argentina: Ediciones Granica; 2008 261-300.*
7. Bohlander G.; Sherman A.; Snell S. *Administración de recursos humanos. Madrid : Paraninfo Thomson Learning 2004 311-349.*
8. Ortega García M. *Evaluación de Competencias de 360°. Prueba Piloto De Una Herramienta Para Certificar Al Empleado A Puestos De Supervisión. [Tesis]; 2004.*
9. <http://www.thomasinternational.net>

ACERCANDO LA FORMACIÓN A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Buezo, M.J.; Limia, L.; del Valle, M.L.; Lucas, L.; Pérez, M.L.; Pérez, M.L.
Hospital Virgen de la Torre, Madrid

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Formación Continuada, integrada en el Área de Gestión del Conocimiento de los Hospitales Virgen de la Torre e Infanta Leonor, es quien realiza la detección de necesidades formativas y elabora los planes de formación continuada.

Valorando la elevada importancia de la actualización de conocimientos, se considera necesario realizar un ajuste en la formación, enfocado a la práctica diaria, con un cronograma de sesiones, ágil, participativo y accesible a todos los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización.

OBJETIVOS

- Acercar los conocimientos teóricos, basados en la evidencia científica a la práctica asistencial.
- Facilitar la participación y asistencia de los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización a un programa de sesiones normatizado que complemente las acciones formativas del centro.

METODOLOGÍA

- Se definen seis áreas de interés: metodología enfermera NANDA NOC – NIC, prevención de riesgos, seguridad del paciente, salud laboral, dietética y nutrición y cuidados e intervenciones de enfermería.
- Se elabora un programa de sesiones estableciendo: temática, horario y profesional que lo impartirá.
- Se incluye el programa en el pacto de objetivos anual de las unidades.
- Difusión de cada una de las sesiones a todos los profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) mediante correo electrónico institucional y a través de la colocación de carteles informativos en todas las unidades de hospitalización.
- Control de asistencia de los discentes mediante un listado de firmas.

RESULTADOS

Se realizan un total de 29 sesiones, con la siguiente distribución por áreas:

- 20,7% Metodología enfermera NANDA NOC-NIC.
- 13,7% Seguridad del paciente.
- 20,7% Prevención de riesgos – Higiene de manos.
- 6,9 % Salud laboral.
- 3,5 % Dietética y nutrición.
- 34,5% Cuidados y técnicas de enfermería.

El número total de asistencias es de 486.

El porcentaje de profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización que asisten al menos a una sesión es de 91,43%.

El 89,6% de los docentes que participan en el programa formativo son enfermeras y auxiliares de enfermería del centro.

CONCLUSIONES

Acercamos la formación continuada a los profesionales enfermeros de las unidades de hospitalización y fomentamos la autoformación, con una elevada participación discente y docente respectivamente.

Complementamos la formación con temas relevantes para la práctica asistencial, mediante un programa de sesiones con contenidos basados en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brito Brito, PR; De Armas Felipe, JM; Crespo Gómez, A; Aguirre-Jaime, A. Satisfacción del Profesional con el Programa de Formación en Metodología Enfermera CUIDARTE. *Enferm*, 2010; 4(3):8-17
2. Reche Navarro, N; Toledo Páez, MA; Gorlat Sánchez, B; Moreno Díaz, C; Rivas Campos, A; Carmona Sánchez, M. Sesiones clínicas de cuidados: Elemento favorecedor de la seguridad en la práctica enfermera. *Parainfo Digital*, 2010; IV(8)
3. Muñoz Montaña, MR; Durán Sánchez, IM; Dávila Quintana, S; Ortega Carrión, MR; Torres Muñoz, RM; Jiménez Martínez, J. Sesiones clínicas de cuidados: Instrumento de seguridad clínica. *Parainfo Digital*, 2010; IV(8)
4. Bellido Vallejo, JC. Sesiones clínicas de cuidados: Experiencia en positivo. *Inquietudes*, 2007; XIII(36):3
5. Herrero, P; Reina, J; Pérez, Mª J; Pérez, P; Nieto, E. Las sesiones de enfermería como elemento de gestión que garantiza la calidad de los cuidados. Sevilla: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 2004.
6. Guirao i Gorís, JA; Pino Casado, R. La sesión de cuidados. Finalidad y método. *Enferm Clínica*, 2001; 11(5):214-219
7. Pulido Justicia, R; Souto Pena, C. Sesiones enfermeras. Una asignatura pendiente. *Metas Enferm*, 1999 nov; II(20):45-47

LA DOCENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

Limia, L.; Fernández, M.

Hospital Virgen de las Torre, Madrid

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid es la Agencia "Pedro Lain Entralgo" (ALE) la entidad competente en la ordenación de la oferta y la demanda de plazas para las prácticas clínicas de las profesiones sanitarias, entre universidades y hospitales. El Hospital Virgen de la Torre (HVTR), tiene asignadas por la ALE dos universidades de las que recibe estudiantes de enfermería para la realización de sus prácticas clínicas. Durante los últimos tres años académicos el 92% de los estudiantes proceden de la Universidad Europea de Madrid (UEM).

El presente estudio surge del interés mutuo de ambas instituciones en conocer la influencia de la docencia en los profesionales de enfermería y en el desarrollo de competencias de los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas.

OBJETIVOS

- Evaluar el desarrollo de las competencias de los estudiantes de la UEM durante su rotación clínica en nuestro hospital.
- Describir la influencia de los estudiantes en los enfermeros del HVTR.
- Descubrir si la implicación de los profesionales en el proceso de aprendizaje se incrementa cuanto más cerca está el estudiante de incorporarse al mundo laboral.
- Conocer si los profesionales perciben una mayor motivación en los estudiantes a medida que se aproximan a finalizar sus estudios.

METODOLOGÍA

- Estudio descriptivo transversal.
- Población: todos los enfermeros de las unidades del HVTR donde se realizan practicas clinicas(49).
- Método: cuestionario validado por grupo de expertos mediante el método índice - objetivo de Rovinelli y Hambleton. Con escala Likert de 1 a 4 (1 es mínimo acuerdo y 4 es máximo acuerdo). En el cuestionario se incluyen los siguientes apartados: sexo, edad, formación como tutor, años de experiencia profesional, capacidad de los estudiantes de aplicar los conocimientos teóricos en la práctica, desarrollo de competencias, formación y capacitación de los profesionales para enseñar a administrar cuidados e influencia de los estudiantes en el profesional de enfermería.
- Muestra: Muestreo no probabilístico en el que se incluirán todos aquellos cuestionarios que sean devueltos debidamente cumplimentados (42).

RESULTADOS

De la evaluación del desarrollo de competencias del estudiante destaca el incremento de la capacidad de administrar fármacos de forma segura (18,5%), destreza en la realización de técnicas (13,7%) y trabajo en equipo (10,4%).

Capacidad de los estudiantes de adecuar los conocimientos teóricos a la práctica: 69% (Likert 3).

Influencia de las prácticas en el profesional: favorece la actualización de sus conocimientos (42,9% Likert 3 y 50% Likert 4), favorece la reflexión sobre su práctica profesional (35,7% Likert 3 y 47,6% Likert 4).

El sentido de responsabilidad y compromiso de los profesionales aumenta cuanto más próximo está el estudiante de incorporarse al mundo laboral: 50% (Likert 3) y 35,7 % (Likert 4).

Los estudiantes muestran mayor inquietud por aprender cuanto más cerca están de finalizar sus estudios: 59,5% (Likert 3) y 26,2% (Likert 4).

CONCLUSIONES

Los estudiantes influyen de forma positiva en los profesionales de enfermería favoreciendo su actualización continua y la práctica reflexiva.

Tanto la implicación de los profesionales como la motivación del estudiante se ven incrementadas cuanto más se aproximan al fin de los estudios

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL (resto en texto completo)

1. Medina, J.L. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación Universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes; 1999
2. Fernández, E. *La generación de conocimiento enfermero y su gestión en las divisiones de enfermería. Una propuesta estratégica*, Educare 21. *Revista Electrónica de Educación en Enfermería*. www.enfermeria21.com
3. Schön, D. *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje de las profesiones*. Madrid: Paidós MEC; 1992.

IMPORTANCIA DE LA FASE PREANALÍTICA EN LOS RESULTADOS DEL LABORATORIO

Goy, C.; Hospido, P.; Rebolo, M.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

Hoy en día todos los laboratorios tratan de implantar Sistemas de Gestión de Calidad, lo que implica el control del proceso en su totalidad, incluyendo las fases Preanalítica, analítica y postanalítica.

Clásicamente la fase analítica fue siempre la más controlada, pero hoy con los avances tecnológicos e informáticos esta demostrado que la fase preanalítica es la mayor fuente de errores.

El tiempo que transcurre entre la petición de las determinaciones analíticas por parte del clínico y el análisis de la muestra es lo que se conoce como fase Preanalítica. Una preparación correcta del paciente, así como una correcta extracción del espécimen, cumplimentación de peticiones, transporte, identificación, preparación para su análisis etc., son aspectos fundamentales en esta fase.

Es responsabilidad del laboratorio garantizar la calidad de la información que proporciona sobre el estado de salud de una persona, y para ello debe controlar todos los procedimientos desde que el médico solicita el análisis hasta que éste recibe el informe final.

OBJETIVOS

Crear una cultura orientada a fomentar el interés del control en la fase preanalítica

METODOLOGÍA

- Niveles de Actuación:
- Laboratorio: Relación con los trabajadores, información, ambiente de trabajo, planificación...
- Trabajadores: Responsabilidad, eficiencia, motivación, adecuada transmisión de la información (INTRANET, sesiones formativas...), control sobre la adecuada prescripción médica de las determinaciones.
- Métodos analíticos adecuados (revisión y puesta al día).
- Protocolos Normalizados de Trabajo.

RESULTADOS

Se ha conseguido garantizar la calidad que se proporciona en los resultados analíticos. Transmitiendo a todo el equipo humano de la fase Preanalítica la importancia de su trabajo. Evitando que consideren su actividad laboral como algo aislado, limitado solo a una fase concreta del proceso y generando así una mejora en el proceso minimizando las interferencias y evitando molestias innecesarias en los pacientes.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que una información adecuada para aplicar las condiciones de extracción y estabilidad de la muestra produce una disminución de incidencias en el proceso analítico

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión de calidad Preanalítica de la SEC. Revisión de los resultados del programa de evaluación externa de la calidad Preanalítica (Revisión 2001-2005). *Química Clínica* 2006;25(2):81-85
2. Lippi G. Preanalytical variability: the dark side of the moon in laboratory testing. *Clin Chem Lab Med* 2006; 44(6):750-759

NUEVAS TENDENCIAS EN LA GESTIÓN: ENFERMERAS GESTORAS DE LA GUARDIA

Prieto, R.; Liebana, I.; Sánchez, J.; Rojo, M.B.; Muñoz, D.
Hospital General SESCAM Guadalajara

INTRODUCCIÓN

Actualmente se están produciendo cambios importantes en los roles y prácticas de gestión de los cargos intermedios enfermeros, que se reorientan desde la gestión puntual de recursos hacia un modelo centrado en la gestión global sanitaria: Enfermeras Gestoras de Cuidados.

En éste sentido, surge la necesidad de diseñar y planificar una nueva estrategia más eficaz de gestión hospitalaria, en beneficio de la calidad asistencial, satisfacción profesional y de la innovación en las organizaciones sanitarias.

JUSTIFICACIÓN

Dentro de éste nuevo marco se implanta en el año 2006 en el Hospital Universitario de Guadalajara un equipo específico de supervisoras de enfermería para las guardias, con el fin de optimizar tanto los recursos humanos como materiales, mejorar la asistencia y coordinación entre todos los niveles hospitalarios.

OBJETIVOS

Fundamentalmente se agrupan en tres niveles:

- Continuidad en la gestión de las unidades de enfermería.
- Uniformidad de criterios en la toma de decisiones (gestión de camas, recursos humanos...), con el fin de mejorar la calidad de la atención proporcionada al usuario.
- Mantener la coordinación a todos los niveles sanitarios (internos/externos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, basado en grupos de trabajo integrados por personal de la Dirección de Enfermería, utilizando como herramientas el Análisis de Campos de Fuerza y la matriz DAFO, con el fin de identificar los factores que podrían contribuir al éxito o no del cambio hacia éste nuevo modelo de gestión enfermera.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la matriz DAFO reflejaron la conveniencia de iniciar un cambio en el manejo/gestión de las guardias.

Las principales fuerzas a favor que se obtuvieron en el análisis de campo comparativo entre la tradicional Supervisión de Guardia y el nuevo equipo de Enfermeras Gestoras de la Guardia fueron: mayor implicación en la gestión, liderazgo, uniformidad de criterios en toma de decisiones, visión y coordinación global de la institución sanitaria.

Como fuerzas en contra se identificó el aislamiento y desconocimiento del nuevo rol por parte de los profesionales v/s pérdida de identidad. Así mismo, se observó la necesidad de desarrollar una serie de aspectos para su implementación: formación específica supervisión, normativas de funcionamiento, planes de comunicación.

CONCLUSIONES

La implantación de éste proyecto de Enfermeras Gestoras de la Guardia ha proporcionado, y continua haciéndolo en la actualidad, una mejora significativa en la gestión uniforme y continuada de la misma, en contraposición al tradicional sistema de supervisión de guardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto-Rodríguez, M.A.; Suess, A; March-Cerdá, J.C. *De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. Enfermería Clínica* 2005; 15 (6): 314-320.
2. Llauradó Quingles, C. *Nuevos modelos de gestión en la organización hospitalaria/cambios en los servicios de Enfermería. Nursing* 2009. 27 (5): 58-66.
3. Martínez Espín, F. *La Enfermería en la gestión: retos y vetos. Enfermería global [revista on-line] 2004 Noviembre. [acceso 2 de marzo de 2012]; 5: 1-5. Disponible en: www.um.es/eglobal/*
4. Cidoncha Moreno, M.A.; Campo Martínez, C. *Evolución del rol del supervisor de Enfermería hacia el gestor de cuidados. Metas de Enfermería (Barcelona)* 2006; 9 (3): 8-12.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE SUMINISTRO A LAS UNIDADES DE CONSUMO MEDIANTE EL SISTEMA KANBAN/DOBLE CAJÓN MEDIANTE RFID

Vázquez, I.; Rego, M.J.; Insua, J.F.; Pérez, C.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

El objetivo de los responsables de gestión logística es garantizar el reaprovisionamiento de material almacenable con calidad y cantidad adecuadas.

La puesta en marcha del nuevo hospital supuso una oportunidad de mejora en los procesos de suministro y servicio a las unidades de consumo. La Dirección de Gestión y la Dirección de Enfermería analizaron los distintos sistemas existentes en el mercado buscando mayor eficacia, automatización y reducción de tiempo dedicado a procesos que no aportan valor a la organización.

OBJETIVOS

- Garantizar el aprovisionamiento de los stocks optimizando los tiempos de enfermería.
- Estandarizar la distribución de los almacenes de todas las unidades por familias de productos
- Mejorar la organización de los almacenes, optimizando los espacios

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio prospectivo longitudinal durante el año 2011 detectando las debilidades e introduciendo acciones de mejora.
- Diseño de la sistemática y operativa a seguir.
- Contratación pública para adquisición de armarios de doble cesta, lectores, sistema informático para gestión del Almacén Central y almacenes periféricos.

Equipo de trabajo:

Subdirección de Gestión, Suministros, Área de Recursos Materiales de enfermería, Supervisoras de las Unidades y empresa externa adjudicataria.

Actuaciones realizadas:

- Establecimiento de los pactos iniciales de consumo con las unidades
- Diseño, ubicación y montaje de 36 almacenes de consumo en hospitalización, 40 en el bloque técnico y 4 en consultas externas.
- Revisión de pactos y formación al personal en el nuevo sistema.
- Reuniones de seguimiento para corregir errores detectados.

RESULTADOS

- Dotación de estanterías modulares codificadas y homogeneización de las ubicaciones de los productos.
- Reposición de los almacenillos programada, con rotación de material eficiente y disminución de los productos caducados.
- Lectura de pedidos automáticos por RFID en 1 minuto, distinguiendo entre urgentes y programados.

CONCLUSIONES

Disponer del material adecuado y seguro en las unidades es tarea de equipo, no sólo de la Supervisora de la unidad.

Se logró aumentar los tiempos de enfermería dedicados a labor asistencial.

La resistencia al cambio fue una de las dificultades iniciales que actualmente está superada.

Entre las acciones de mejora programadas están la formación, revisión de pactos de consumo y la revisión de reposición de los almacenes.

La reposición semanal programada y nuestro sistema de tarjetas ordinarias y urgentes nos permite unos consumos más lineales, desaparecido los picos de consumo y por ello una menor rotura de stocks.

BIBLIOGRAFÍA

1. García, M.; Mondelo, B.; Mateos, M.; Matey, J.M.; Lázaro, C.; Ricord, N.; Visedo, J.A. *Implantación de un sistema de gestión logístico para material fungible: Impacto en las unidades y el personal* En: CD de comunicaciones: 22 Jornadas nacionales Supervisión de Enfermería. Zaragoza; Asociación Nacional de Directivos de enfermería; 2011.
2. Casas, S.; Álvarez-Ossorio, J.J. *Sistema semiautomático detección necesidades Kankan*. En CD comunicaciones: III Jornadas técnicas de compras y logística de los servicios de salud. Sevilla; Comisión técnica de Compras y Logística de los Servicios de Salud (CTCL); 2011
3. Medical modular system S.A. (sitio en Internet). Disponible en <http://www.medicalmodularsystem.com/>. Acceso el 15 enero 2012

LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS: CICLO DE MEJORA CONTINUA

Vega, J.; Rando, A.; Gómez, R.; González, C.; Ruiz, T.; Muñoz, E.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Infanta Cristina cuenta desde su apertura con la historia clínica informatizada, tras la implantación de planes de cuidados es necesario ver la calidad de los mismos para introducir las mejoras necesarias para optimizar los resultados.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de los planes de cuidados realizados en el Hospital Universitario Infanta Cristina. Priorizar áreas de mejora para aumentar la calidad de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa una muestra significativa de los planes de cuidados realizados en el hospital, primera quincena de septiembre del año 2011, en las unidades de hospitalización convencional y en el bloque materno infantil.

Los revisores van a ser personal asistencial de las mismas unidades. Los planes de cuidados se reparten homogéneamente entre todos. Se realiza previamente un pilotaje y puesta en común de las evaluaciones para unificar criterios.

Para la evaluación se han definido 25 indicadores que evalúan todo el proceso asistencial de enfermería, que en resumen constituye el plan de cuidados:

- Valoración de enfermería al ingreso.
- Realización del plan de cuidados.
- Evaluación del plan de cuidados.
- Valoración de enfermería al alta.
- ICEA (Informe de Cuidados de Enfermería al Alta)

RESULTADOS

Valoración de enfermería al ingreso: No se realiza un correcto registro del estado real del paciente en el momento del ingreso, lo que origina carencias en el resto del proceso de enfermería.

Planes de cuidados: En el 32 % de los casos, al realizarse el plan de cuidados, no se selecciona los criterios de resultados apropiados.

Evaluación del plan de cuidados: En el 50% de los casos el plan no es evaluado al alta, y de los evaluados, sólo en el 30 % de los casos la evaluación es correcta.

ICEA: existe ICEA en un 86% de los casos, pero las deficiencias detectadas en ellos son variadas:

- Presencia de tratamiento médico.
- Presencia de comentarios acerca de información clínica.
- No cumplimentación del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).
- Ausencia de recomendaciones de enfermería en un 32% de los casos.

CONCLUSIONES

Se establece y propone un cronograma de acciones de mejora a la dirección del centro:

- Revisión de todos los protocolos y procedimientos relacionados con el proyecto.
- Modificación y plena adecuación al CMBD del formulario valoración de enfermería al alta e ICEA.
- Sesiones metodológicas en las unidades (2 por unidad para dar mayor cobertura).
- Sesiones de estudio de casos en las unidades.
- Nueva auditoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson, M. et col. *Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª edición. 2006.
2. Román M. et col. *Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria*. *Enfermería Clínica*, Volumen 15, Pag. 163-166.
3. Jiménez Cangas Leonor, Báez Dueñas Rosa María, Pérez Maza Benito, Reyes Álvarez Iliana. *Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud*. *Rev Cubana Salud Pública (Revista en Internet)*. Jun 1996 (citado el 20 de feb de 2012); 22(1): 15-16.
4. Sánchez, N., Reigosa L.F. SELENE. *Informatización de la historia clínica electrónica: Implicación sobre el proceso de enfermería*. *Enfermería global*, nº6. Mayo 2006.

TELEMEDICINA AL SERVICIO DE LA EQUIDAD SANITARIA

Soria, S.; Duro, M.R.; Beltrán, Y.; Torrado, M.C.

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

INTRODUCCIÓN

La aparición de nuevos tratamientos en la patología del ACVA (accidente cerebro vascular agudo) fundamentalmente la trombólisis intravenosa ha modificado radicalmente su manejo y su pronóstico. Este tratamiento implica unas limitaciones prácticas para su aplicación como la ventana terapéutica temporal y la valoración y pauta de un neurólogo.

En el Hospital Universitario Infanta Sofía se dispone de neurólogo de lunes a viernes de 8 a 15 horas, por lo que en horarios distintos a este los pacientes con sospecha de ACVA son trasladados de forma urgente a un centro de referencia con Unidad específica, lo que limita de forma considerable la posibilidad de administración del tratamiento trombolítico en tiempo y forma adecuados. Este hecho nos ha llevado a implantar un sistema de telemedicina en el servicio de urgencias junto con el hospital de referencia que corrija las limitaciones en dicho tratamiento ocasionadas por las diferencias geográficas.

OBJETIVOS

Diseño de un programa de Telemedicina intercentros que elimine las limitaciones en el tratamiento del ACVA. Aumentar el número de pacientes que se benefician de la terapia trombolítica intravenosa.

MATERIAL Y MÉTODO

Grupo de expertos interdisciplinar e intercentro para diseñar una herramienta que permita una valoración neurológica en menos tiempo.

Partiendo de una búsqueda bibliográfica se elabora un procedimiento que incluye criterios de inclusión y exclusión de paciente, se determinan las escalas que se utilizan en la valoración del paciente y se incluyen las técnicas y pruebas diagnósticas que se realizan.

Se establece un plan formativo al personal implicado en ambos centros.

Se instala la Telemedicina con un periodo de pilotaje en el servicio de urgencias durante el mes de Marzo de 2011.

RESULTADOS

Antes de la implantación, desde marzo del 2010 a marzo del 2011, en el servicio de urgencias fueron diagnosticados de ACVA 29 pacientes; de los cuales el 69% no cumplían criterio de inclusión para tratamiento con trombolítico IV, el 31% de ellos se trasladaron al hospital de referencia con unidad específica con valoración neurológica telefónica y sin pauta de tratamiento trombolítico.

Una vez implantado la telemedicina desde marzo del 2011 a marzo de 2012 fueron diagnosticados 32 pacientes, el 56% no cumplieron criterio de inclusión y el 44% fueron trasladados al hospital de referencia con valoración neurológica telefónica y con el tratamiento trombolítico administrado.

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado una red de conexión interhospitalaria mediante un sistema audiovisual que permita la exploración física a distancia del paciente y la evaluación de las pruebas complementarias necesarias por un neurólogo experto. Este sistema nos permite eliminar las limitaciones prácticas en el tratamiento del ACVA que ocasionaba diferencias geográficas en la atención sanitaria en los hospitales en los que no se dispone de servicio de neurología las 24 horas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- *Estrategia ICTUS del Ministerio de Sanidad de España: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>*
- 2.- *Puede la telemedicina restablecer la equidad geográfica en el tratamiento del ICTUS agudo?*
Rev Neurol. 2008 May 1-15; 46 (9): 557-60: Ribo M., Álvarez- Sabin J.
- 3.- *Telemedicina aplicada el ICTUS en las islas baleares: el proyecto Teleictus Balear.*
Rev Neurol. 2012 Jan 1; 54(1): 31-40. Carmen J.; Tur S.; Legarda I.; Vives B.; Gorospe A.; José T.; Merino P.; Campillo C.

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA ORGANIZACIÓN

Iglesias, C.; Muñoz, M.A.; Groba, F.
Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

No es discutible la utilidad de los listados de verificación como herramienta de mejora de la seguridad del paciente, sobre todo si además incluimos otros aspectos que han mejorado desde su implantación (comunicación interprofesional, mejora de circuitos internos, costes, etc).

Consideramos de gran importancia para la organización la explotación de resultados estableciendo a priori los correspondientes criterios de proceso y resultado que necesariamente deberán ser evaluados con periodicidad.

De dicha evaluación debemos extraer las acciones correctoras tanto en lo que se refiere al proceso de implantación como a los aspectos que interfieren directamente en la actividad sobre los pacientes.

Esta metodología dinámica constituye el verdadero valor del enfoque que pretendemos dar a la implantación de un listado de verificación prequirúrgico en nuestro hospital.

OBJETIVOS

- Análisis cuantitativo y cualitativo de la implantación a través de los indicadores de proceso, resultado y subindicadores descritos en el "Protocolo de seguridad quirúrgica".
- Análisis de las acciones de mejora implantadas.

MATERIAL Y MÉTODO

El período de estudio a analizar va desde enero de 2010 hasta Diciembre de 2011, mientras que la muestra la constituyen los 23119 pacientes intervenidos en este período.

El "Grupo de mejora sobre Anestesia y Atención Quirúrgica" será el encargado de realizar la evaluación mensual de los resultados obtenidos.

Hemos revisado las actas de las reuniones del grupo de mejora para establecer el cronograma de las acciones acometidas y su evaluación (adecuación y respuesta) posterior.

RESULTADOS

Alcanzamos una cumplimentación del listado del 96%; ajustada a protocolo del 91,45% y tasa de casi fallos de 0,70%.

Tras el análisis de los casi fallos, hemos revisado el protocolo de profilaxis antitrombótica, reserva hemoderivados, guía de profilaxis antibiótica, rasurado prequirúrgico, circuito de consentimientos informados.

Disminución de costes en términos de eficiencia.

Informatizado desde julio de 2010, marca un punto de inflexión que hace que el registro sea dinámico, permitiendo diferenciar un listado para periprocedimientos y cirugías menores y la explotación de los datos en tiempo real. Introduce mecanismos de ayuda y barrera en la cumplimentación.

Constitución de una comisión que revisa el registro de inclusión de pacientes en lista de espera y las normas de programación quirúrgica.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados del checklist quirúrgico evidencia que: el personal ha adquirido cultura de seguridad y la aplica a su actividad y que la organización objetiva importantes márgenes de mejora en lo que se refiere a la gestión del riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranz-Andres JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, Requena-Puche J, Agra-Varela Y, Limón_Ramirez R et al. Grupo de trabajo ENEAS. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. *Cir Esp.* 2007;82(5):268-77
2. Arnal D. Se puede reducir la mortalidad postoperatoria con un simple checklist. *Revista Electrónica ANSTESIAr* 2009 VOLUMEN1(2):9
3. Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipstz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. The Safe Surgery Saves Lives study Group. Asurgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England J Med.* 2009;360(5):491-9
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Lessons learned: Wrong site surgery. Sentinel Event Alert. August 2008 <http://www.jointcommission.org/sentinelevents/sentineleventalert/>
6. Kable AK, Gibberd RW. Los eventos adversos en los pacientes quirúrgicos en Australia. *Oxford Journals Medicina Volumen* 14(4)269-276
7. Krishna Moorthy. Experiencia con la implementación en el quirófano de la lista de comprobación (checklist) de la OMS. IV Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente: Buscando las mejores prácticas clínicas para una atención más segura. Noviembre de 2008. Auditorio Ramón y Cajal de la Universidad Complutense de Madrid.
8. Manual de uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica. Observatorio para la seguridad del paciente. Consejería de salud. Junta de Andalucía 2009 Oms. Lista Oms de verificación de la seguridad de la Cirugía: Manual de aplicación 1ª edición. www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS AL CUIDADO DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS

Doménech, R.M.; Espín, C.; Bohigues, C.
Hospital de Denia. Marina Salud, Alicante

OBJETIVO

Dar a conocer la eficiencia de los cuidados de enfermería en el Área de Urgencias con el apoyo de las Tecnologías de la Información.

MÉTODOS

El paciente acude al mostrador de Admisión de Urgencias donde el personal administrativo realiza el registro de entrada, apareciendo automáticamente en el listado de pacientes de la enfermera de triage, pudiendo ésta priorizarlos según el motivo de consulta y/o tiempo de permanencia.

La enfermera de triage puede visualizar en tiempo real las ubicaciones disponibles y ocupadas dentro del Área de Urgencias. Una vez valorado el paciente y clasificado por el nivel de gravedad, le buscará una ubicación de destino; asignándole un médico y una enfermera responsables de su atención y cuidado, a los que automáticamente se les incluye el nuevo paciente en su lista de trabajo.

La Historia Clínica Electrónica Cerner Millennium integra en una única aplicación las diferentes áreas del hospital, lo que hace posible que, el episodio abierto en Urgencias esté disponible para el resto de los profesionales en caso de que la situación clínica del paciente haga necesario su traslado.

Además de la Historia Clínica Electrónica, se conjugan otros dispositivos tales como la dispensación de medicación a través de las estaciones Pyxis, el sistema ERP de almacén y pedidos internos de material fungible a través de la radiofrecuencia y el sistema People Soft para la gestión de RRHH.

RESULTADOS

El sistema informático nos permite conocer:

1. La carga de trabajo existente en el Área de Urgencias en tiempo real.
2. El nivel de gravedad de los pacientes.
3. Los tiempos de espera de los pacientes que incluyen: la consulta de triaje, el examen médico, la valoración de enfermería, la extracción de muestras y la asignación de cama en el Área de Hospitalización
4. La información del cuadro de mandos e indicadores tales como: número de urgencias diarias, tasa de ingresos, tasa retorno a las 72h, etc.

CONCLUSIONES

Con el uso del Sistema CERNER MILLENNIUM en las distintas fases del Proceso en Urgencias, se han conseguido mejoras importantes en los resultados y la satisfacción percibida por los pacientes y profesionales.

Ha supuesto un cambio radical en la dinámica de trabajo, ya que las enfermeras disponen de toda la información desde una sola solución, lo cual le permite planificar y proporcionar cuidados de calidad.

Las aplicaciones informáticas ayudan a la supervisora en la gestión eficiente del servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda, JM, Perán Artero S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. *Enfermería Global*- nº 17- octubre 2009
2. Alonso Formento E, Calpe Gil MJ, Ros Tristán CM, Garzarán Teijeiro A, Martínez Burgui JA, Galve Royo F. *Emergencias* 2008; 20: 35-40
3. Cabañas J, Scholer M, Tintinalli J. *Emergencias* 2009; 21: 354-361
4. Busca P, Marrón R. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010, vol. 33, suplemento 1
- Scott Levin MS , Daniel France PHD, *Amia 2006 Symposium Proceedings* page - 1005

EXPERIENCIA DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE HERIDAS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA, RESULTADOS EN ADECUACIÓN DEL GASTO

Álvarez, J.C.; Morado, P.; Moreno, A.; Ferreira, M.J.; Pérez, M.J..

Servicio Galego De Saude. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

OBJETIVO

Demostrar la necesidad de una gestión integrada del proceso de manejo de las heridas crónicas para lograr una optimización de los recursos y una calidad en el desarrollo del mismo.

METODOLOGÍA

Justificamos la importancia de la enfermería en las Heridas Crónicas en las CONCLUSIONES extraídas del Plan de Calidad del SNS, del estudio ENEAS (2005) y las CONCLUSIONES del Proyecto SENECA.

Apoyándonos en declaraciones de organismos internacionales de reconocido prestigio como la Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations, que postula la importancia de la enfermería clínica experta y especializada con responsabilidades de consultor, educador, promotor de investigación, ejerciendo un liderazgo real. O la Agency for Healthcare Research and Quality y la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), que posicionan las úlceras por presión como principal indicador de seguridad del paciente. Además de numerosos artículos como los publicados por Linda Aiken y Sean Clarke de la Universidad de Pensilvania, sobre la importancia de la enfermería en resultados de seguridad y calidad.

El tratamiento de heridas crónicas consume en torno al 5 % del gasto sanitario español lo que supone unos 4.500 millones de euros de los recursos económicos destinados a tratar estas lesiones.

La gestión de cuidados de las heridas crónicas es un proceso dinámico centrado en la toma de decisiones acerca de la salud y el bienestar de las personas, para ello el resultado esperado debe ser el beneficio del paciente, centrándonos en sus necesidades, demandas y expectativas como protagonista del Sistema Sanitario; pero siempre dentro de un marco de recursos limitados donde debemos exigir y proponer una gestión eficiente, es decir, lograr el objetivo a un mínimo costo y para ello las organizaciones sanitarias deben tender a la coordinación de los procesos para evitar la fragmentación de cuidados y servicios.

RESULTADOS

Basándonos en todo lo anterior, el papel principal de la enfermería y la necesidad de coordinación del proceso de los cuidados de las heridas crónicas, planteamos la experiencia de nuestro hospital con la creación de la Unidad de Heridas Crónicas como ejemplo de optimización y racionalización de los recursos de prevención y tratamiento de las heridas crónicas.

En el ejercicio del 2011 se logró una reducción del consumo de materiales de cura local con respecto al año 2010, de un 14.9% (43971€), con esta disminución observada se puede hacer una extrapolación a lo que supondría el ahorro, pensando en el porcentaje que supone este gasto del total del coste del proceso, utilizando las teorías de Soldevilla (2007) y Posnett (2007), esta estimación nos daría un resultado de ahorro superior a 250.000€.

CONCLUSIONES

Consideramos una acción fundamental para reducir la presencia y mejorar la calidad de los cuidados de UPP la creación de Unidades de Gestión Integral de Heridas Crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing* 2004; 33(3):230-235.
 2. Clarke SP, Aiken L H. More nursing, fewer deaths. *Qual. Saf. Health Care*. 2006; 15: 2-3.
 3. Drew P, Posnett J, Rusling L, Wound Care Audit Team. The cost of wound care for a local population in England. *Int Wound J*. 2007 Jun; 4(2):149-55.
- Posnett J, Gottrup F, Lundgren H, Saal G. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care*. 2009 Apr; 18(4):154-161.

GESTIÓN POR PROCESOS: AVANCE Y PROGRESO EN HOSPITALIZACIÓN

Domínguez, M.A.; Melendo, C.; Naranjo, E.; García, R.; Sáez, S.; Mansilla, C.; Patrón, E.; Cañadas, V.
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

INTRODUCCIÓN

La gestión por procesos en un hospital de gestión pública-privada es una herramienta que añade a sus características definitorias de normalización y mejora continua el trabajo en equipo con la Sociedad Concesionaria, que gestiona los recursos no sanitarios que inciden en los procesos del hospital.

Entre los procesos priorizados decidimos iniciar la definición del Proceso de hospitalización, por el impacto en la organización, en el número de pacientes implicados y en los resultados del hospital.

OBJETIVO

Diseñar el Proceso de Hospitalización en nuestro hospital, definiendo el conjunto de actuaciones, actividades e indicadores de seguimiento

MATERIAL Y MÉTODO

Se identifican los procesos clave partiendo de las líneas estratégicas que marca la Consejería de Sanidad de la CAM y del Plan Funcional del centro. Para conocer las expectativas y necesidades de nuestros clientes e incorporarlas al diseño del proceso se utilizan las encuestas de satisfacción, sugerencias y reclamaciones.

Se crea un grupo de expertos formado por responsables de unidades asistenciales de hospitalización, hospital de día médico, diálisis, supervisor general turno de tarde y coordinador de noche. Partiendo de una búsqueda bibliográfica se revisan circuitos y protocolos de actuación establecidos, se establecen reuniones con la Sociedad Concesionaria y con la Comisión de Seguridad. Contamos con Historia Clínica informatizada, SELENE, que permite ser ágiles en el análisis de los datos.

RESULTADOS

Han sido definidos los flujos de trabajo de las Unidades de Hospitalización, asociando protocolos y procedimientos de actuación normalizados para evitar la variabilidad asistencial y estandarizar los cuidados. Se diseña el mapa de procesos de hospitalización, se designan los propietarios y se potencia la coordinación con los servicios externos, cuyos procesos dan apoyo al Proceso Clave.

Se definen indicadores de seguimiento y control del proceso.

CONCLUSIONES

El diseño del proceso nos permite analizar los puntos críticos en la atención del paciente hospitalizado. Con esta herramienta se va a realizar un seguimiento de la calidad de los cuidados mediante el cuadro de mandos con los indicadores definidos para la toma de decisiones en la mejora de la prestación de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz López P, Alcalde Escribano J. *Gestión de procesos asistenciales. Gestión Clínica en Cirugía*. Madrid: Arán Editores; 2005.
2. Torres Olivera A. *Gestión por procesos asistenciales en el sistema público de Andalucía*. Rev Cal Asistencial. 2002; 9:19-37.
3. González H. *Mapa de procesos*. Boletín de calidad y gestión. Disponible en: http://calidad-gestión.com.ar/rec_gratuitos/articulos/mapas_procesos.html
4. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Gestión por procesos asistenciales integrados*. http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=Procesos_asistenciales
5. Costa Estany JM. "Organización por procesos". En: Gené Badia J, Contel Segura JC. *Gestión en Atención Primaria*. Masson. Barcelona 2001.
6. Fernández Avilés F, De la Fuente Galán L. "Gestión de unidades y áreas funcionales: pautas de excelencia clínica y revisión de experiencias". En: Oteo Ochoa LA.
7. *Gestión clínica: gobierno clínico*. Ed Díaz de Santos. Madrid 2006.
8. *Gestión Clínica*. Servicio Andaluz de Salud. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestiónClínica.

CONTENCIÓN ECONÓMICA Y SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CAMBIO DE LOS EQUIPOS DE INFUSIÓN EN EL HOSPITAL SANTA CATERINA DE SALT (GIRONA)

Jurado, R.; Batlle, N.; Vilalta, M.T.; Boix, M.; Alemany, C.; García, M.; Vilardell, C.
Hospital Santa Caterina de Salt, IAS (Institut d'Assistència Sanitària), Girona

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende realizar un análisis de la contención económica y una valoración de la satisfacción del personal de enfermería, al efectuar el cambio de los equipos de infusión por otros nuevos con prestaciones distintas. El estudio ha sido realizado en las cuatro unidades de hospitalización del Hospital Sta. Caterina de Salt.

OBJETIVO

El objetivo es analizar la contención económica y valorar el grado de satisfacción del personal de enfermería en el manejo del nuevo equipo de infusión.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada fue la recogida de los gastos en equipos de infusión durante los años 2010 y 2011 proporcionados por el servicio de logística del hospital y una encuesta adaptada específicamente para este estudio se valoró el grado de satisfacción del personal de enfermería.

Se administró la encuesta a todo el personal de las unidades de hospitalización tanto de día como del turno de noche, así como a los correturnos.

RESULTADOS

Los resultados fueron:

Se calculó la tasa por paciente (0/000) obteniendo que en el año 2010 se gastaron 389 equipos con Y y 975 equipos sin Y, por cada 1.000 pacientes, de la marca SENDAL, mientras que en el año 2011 se consumieron 137 equipos con Y y 290 equipos sin Y, por cada 1.000 pacientes de la marca BRAUN. Este cambio supone una reducción del 43,40% y 41,54% del coste de los equipos con Y y sin Y. El 66% de las enfermeras se mostró satisfecha o muy satisfecha con el nuevo equipo de infusión y un 64% consideró que le facilitaba y mejoraba las curas de enfermería.

CONCLUSIONES

Concluimos que el cambio por el nuevo equipo de infusión ha supuesto una reducción importante de su coste.

El personal de enfermería manifiesta mayoritariamente un nivel alto de satisfacción en su manejo. Tal como describió en su trabajo Alfonso(1,2) con el nuevo equipo se ahorra tiempo y mejora la higiene en el proceso de cebado. Facilitando el trabajo de enfermería y mejorando la seguridad del paciente hospitalizado(1,2).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alfonso JL, Ferrandiz Campos V, Ruiz Hontangas, A. Evaluación de un nuevo equipo de infusión. Rev. Rol Enf. 2008; 31(9): 603-608.
- 2.- Salas Campos L, Palomino Barbero A. Nuevos equipos de infusión endovenosa. Rev. Rol Enf. 2011;34(3): 168-172.

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN ECONÓMICA REALIZADAS DURANTE EL PERÍODO VACACIONAL, EN EL HOSPITAL SANTA CATERINA DE SALT (GIRONA)

Batlle,N.; Vilalta,MT.; Boix,M.; Jurado, R.; Jofre,M.; Alemany,C.; García,M.; Vilardel,C.;
Hospital Santa Caterina de Salt, IAS (Institut d'assistència sanitària), Girona

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende realizar una valoración de la satisfacción del personal de enfermería en las diferentes unidades de hospitalización, con las medidas de contención económica realizadas durante el período vacacional. Esta contención económica basándose en la carga asistencial de las unidades de hospitalización¹.

La atención de enfermería en una unidad de hospitalización es un proceso continuo que debe asegurar la asistencia durante las 24 horas del día². El Hospital Sta. Caterina de Salt está constituido por cuatro unidades de hospitalización de las cuales a dos se les ha aplicado la distribución por cargas asistenciales en período vacacional.

OBJETIVO

El objetivo es valorar el grado de satisfacción del personal de enfermería sobre las medidas de contención económica realizadas en el período vacacional.

MÉTODO

El método utilizado fue una encuesta adaptada para este estudio, se valorará el grado de satisfacción del personal de enfermería. Se administró la encuesta a todo el personal de las unidades implicadas: hospitalización, quirófano, servicios externos y noches.

RESULTADOS

Una vez analizados los datos del estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

- Un 73% no se le había modificado el calendario
- Un 92% no se le modificó el mes de vacaciones.
- Un 82% tuvo que cambiar de unidad de trabajo.
- El grado de satisfacción en su lugar de trabajo durante el período de contención económica fue de un 6,9% (Dt 1,6).
- La valoración de la organización de la contención económica fue de un 6,7%.
- Las medidas de contención fueron valoradas con un 6,6% (Dt 1,7)
- La satisfacción a nivel personal de las medidas de contención es de un 6,5% (Dt 1,8).
- Aplicando una reducción de las camas de hospitalización, que a su vez está relacionada con la disminución de las intervenciones programadas, la reubicación del personal de enfermería para cubrir todas las necesidades de los usuarios ingresados.
- Podemos concluir que el grado de satisfacción general es de 6,68, conociendo que en un estudio realizado en el año 2009 por el servicio de prevención obtuvo una puntuación de 7,05.

BIBLIOGRAFÍA

1. Samper Ribera, M. "Cargas de trabajo en unidades de enfermería: un estudio práctico". *Revista Rol de Enfermería* n° 65-66, 56-63.
2. Martínez Aguilera, M; Andres Carreter, M; Leyva Carrió, M; Mayor Ramirez, E; Piñeiro Mesas, C. " Cargas de trabajo en cirugía". *Revista Rol de Enfermería* n° 136, 68-72.
3. Exchaquet N.F,Züblin L *Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux généraux*, Berne, *Etude des soins infirmiers en Suisse*,1975.
4. Consell de Col·legis de diplomats en Infermeria de Catalunya. "Recomendacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització". 2006.

ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD Y TRASLADO AL NUEVO HOSPITAL

Rodríguez Ascariz, E.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

Traslado y formación de la unidad

PLANIFICACIÓN

Deteccion de necesidades en el servicio

CONTROL

Evaluar la calidad de la atencion enfermera

OBJETIVOS

Estos deben ser a corto plazo, coordinar los procesos que se realicen.

CONCLUSION

El supervisor en la unidad es de gran peso, pues tiene que poner en marcha programas evaluar y hacer un seguimiento de estos.

OBJETIVO: LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Raventos, M.; Carol, G.; Gatell, M.G.; Martínez, M.; Meury, E.; Ortiz, S.; García, J.A.; Yepes, J.M.
Consorti De Serveis Bàsics De Salut Xarxa Sanitaria I Socila De Santa Tecla, Tarragona

INTRODUCCIÓN

Los programas de preparación al alta (PREALT) surgieron ante la necesidad de mejorar la calidad asistencia al paciente, mediante cooperación, comunicación y coordinación de los diferentes niveles, entre Atención Hospitalaria (AH) y Atención Primaria (AP). Estos programas se basan en la detección precoz de pacientes susceptibles para gestionar y optimizar los cuidados al alta¹.

En el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, uno de los objetivos es promover el despliegue de todas las competencias y especialmente de enfermería para garantizar el continuum asistencial².

El Pla de Salut 2011-2015 prioriza proyectos que afectan la relación entre AP y AH, ya que ofrecen importantes oportunidades de mejora de la respuesta del sistema en términos de calidad y eficiencia³.

En este contexto el equipo directivo de enfermería propone realizar un Protocolo de continuidad de cuidados.

PALABRAS CLAVE

Niveles asistenciales, continuidad de cuidados, enfermería

OBJETIVOS

General:

- Garantizar la continuidad de los cuidados entre AH y AP.

Específicos:

- Establecer los canales de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Elaborar y evaluar el protocolo de actuación de continuidad de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

- Escenario: Hospital del Vendrell, ABS Baix Penedès Interior, ABS Calafell i ABS del Vendrell.
- Duración: 2011.
- Diseño: Investigación-Acción.
- Participantes: 3 Coordinadoras AP, 3 Gestoras de cuidados AH, 1 Directora de enfermería AH, 1 consultor en cuidados, Enfermeras, usuarios.
- Intervención: Grupo de trabajo que utiliza metodología DAFO.
- Fortaleza: Historia Clínica Informática compartida. Características equipos: motivación, implicación y profesionales cualificados. Necesidades sentidas por los profesionales. Posibilidad de vínculo entre niveles asistenciales. Capacidad de liderazgo directivo
- Debilidades: Falta de circuitos entre niveles. Variabilidad asistencial
- Oportunidades: Único proveedor de servicios sanitarios públicos de la zona. Pla de Salut y Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.
- Amenazas: Situación económica. Envejecimiento poblacional. Mayor supervivencia del paciente crónico. Dispersión geográfica
- A partir de este análisis se organizan sesiones de trabajo para redactar un documento de consenso, posteriormente se realiza una prueba piloto.

RESULTADOS

El número de notificaciones PREALT han sido 24 utilizando el canal establecido. Un 70% corresponden a la necesidad de cuidados en paciente con heridas quirúrgicas y úlceras por presión; 11% educación para la salud y cuidados de drenajes; 8% al manejo de tratamientos farmacológicos.

Se ha detectado un caso con ciretrios de inclusión sin notificar. Se constata un seguimiento del 100% de las notificaciones por parte de AP.

CONCLUSIONES

La implementación del Protocolo permite una mejora en el proceso de continuidad y seguridad asistencial de los paciente.

Las medidas adoptadas disminuyen la variabilidad de la práctica asistencial mejorando la resolución de procesos y la optimización de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocol de preparació de l'alta-prealt . Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona;c.2003. [consultado el 12 de marzo del 2011]. Disponible en: www.saveva.com/.../publ.../prealt_poperatiu.doc
2. Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya Barcelona 2010. [consultado el 12 de marzo del 2011]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans_estrategics_ordenacio_serveis_20082010_i_altres_Plans/Pla%20dInnovacio%20dAtencio%20Primaria%20i%20Salut%20Comunitaria/Que_es/Documents/piapisc11febrer2010.pdf
3. Pla de Salut 2011-2015 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya Barcelona 2011. [consultado el 12 de marzo del 2011]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf

ESTRATEGIA FORMATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA (IAAS) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fernández, M.; Aceituno, M.A.; Díaz, E.; Maestre, M.C.; Molina, T.O.; Tosquella, M.R., Martínez, R.M., Albero, I.

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria se consideran efectos adversos prevenibles. Su elevada incidencia impacta negativamente en la eficiencia de los cuidados, aumentando la morbi mortalidad, la estancia hospitalaria y los costes sanitarios, provocando además daños físicos y psicológicos no cuantificados.

Somos centro terciario de referencia nacional gracias a la supervivencia de grandes prematuros, los avances en la terapéutica antineoplásica, la cirugía mayor y los trasplantes.

El Hospital también atiende a otros pacientes de su área sanitaria afectados de infecciones comunitarias que comparten estancia hospitalaria en la misma unidad con pacientes de alto riesgo. Este hecho, unido a estancias de hospitalización prolongadas, alta rotación de personal por su condición de hospital universitario y elevada complejidad de las curas que se realizan, incrementa el riesgo de transmisión de infecciones nosocomiales.

Desde la Dirección de enfermería del Área Materno Infantil (AMI) se plantea como objetivo potenciar la prevención de la Infección Nosocomial (IN) en los programas de seguridad. Para ello, propone a las enfermeras supervisoras como líderes de la formación y planificación de los procedimientos y cuidados, de acuerdo a las recomendaciones con alta evidencia científica publicadas en las guías.

OBJETIVOS

1. Disminuir la prevalencia de las IN
2. Estandarizar buenas prácticas en procedimientos y cuidados de enfermería que incidan directamente en la prevención de las IN
3. Mejorar la seguridad de los pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

1ª fase:

Curso de formación de formadores dirigido a Supervisoras en "Prevención de las infecciones nosocomiales en el Área Materno-Infantil" (30h), organizado conjuntamente por la Dirección de enfermería del AMI y la Unidad de Prevención y control de la infección. Se trata de un curso impartido por médico y enfermera de control de infección. En cada tema se dan a conocer las últimas guías y recomendaciones avaladas por evidencia científica y se identifican los riesgos. Posteriormente con una metodología participativa, el grupo hace un análisis de la práctica diaria y se establecen las medidas de mejora básicas (bundels) para la prevención de las infecciones dentro de las unidades asistenciales.

2ª fase:

Elaboración de un "dossier" con las buenas prácticas para la prevención de las infecciones nosocomiales y se integra en la documentación de las diferentes unidades de hospitalización.

3ª fase:

Formación "in situ" dirigida a todo el personal de enfermería.

MATERIAL DIDÁCTICO

- Dossier de recomendaciones y buenas prácticas para la prevención de las IN.
- Microsoft Office Power Point como soporte para las sesiones formativas.
- Pósters de higiene hospitalaria para profesionales y familiares.
- Pósters de medidas de aislamiento para profesionales y familiares.
- Pósters para la prevención de la bacteriemia asociada a catéter vascular.
- Póster para la prevención de la infección urinaria asociada a cateterismo vesical.

RESULTADOS

1. Estandarización de las buenas prácticas en los procedimientos y cuidados de enfermería.
2. Dossier de recomendaciones que permite unificar criterios entre los profesionales de enfermería e incluye los paquetes de medidas a implementar (bundels).
3. Formación de los profesionales de las diferentes unidades asistenciales.
4. Cumplimentación de Check list del material y procedimiento para evaluar el grado de cumplimiento de las medidas implantadas.

CONCLUSIONES

Es imprescindible para la prevención de la IN conocer las causas que inciden en su prevalencia y las medidas a adoptar para disminuirla. Para ello es preciso avanzar en la cultura de la seguridad integrada en la práctica clínica.

La implicación de la Dirección de la organización y la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, son requisitos imprescindibles.

Creemos que la unificación de criterios y estandarización de las buenas prácticas en cuidados mediante intervenciones seguras y simples nos facilitará el camino para obtener buenos resultados.

Por otro lado, no basta con conocer qué medidas se deben adoptar. La intervención debe ir más allá, la formación de los profesionales, la evaluación de las medidas implementadas y el análisis de los resultados obtenidos nos guiarán en la concreción de medidas de máxima eficiencia.

Nuestra organización considera al paciente su eje principal de actuación y creemos que la excelencia en los cuidados se consigue con la implicación de todo el equipo asistencial. Trabajar en esta dirección nos acerca cada vez más al concepto de Calidad Total.

Palabras clave: prevención, seguridad, buenas prácticas, excelencia, cuidados

BIBLIOGRAFÍA

Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl. J. Med* 2006; 355 (26): 2725-32.

M. Palomar, M. Rodríguez, M. Nieto, S. Sancho. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. *Med. Intensiva*. 2010. 34: 523-533

Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Proyecto Bacteriemia Zero: <http://www.seguridadelpaciente.es/index.php/lang-en/projects/financiacion-estudios/bacteriemia-zero-project>

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de la Infecciones Nosocomiales en España (EPINE): (1990- 2010)

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Precaucions d'aïllament per evitar la transmissió d'agents infecciosos als centres sanitaris. 2009

WHO Guidelines on Hand in Health Care: a Summary. 2009

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Antisèptics i desinfectants. 2ª edició. 2006

CDC. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Atlanta: US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, 2003.

- Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson J A. EPIC 2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*. 2007 655, S1 564.
- Generalitat de Catalunya. Vigilància de la Infecció Nosocomial a Catalunya VINCat: Manual del programa de vigilància de la bacterièmia relacionada amb catèter venós centrals a les unitats de cures intensives pediàtriques i neonatals (2012) <http://www10.gencat.cat/catsalut/vincat/ca/>
- Marschall J, Mermel LA, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ et al. Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals. *ICHE*; 29 (S1): S22-S30.
- CDC. Guidelines for the prevention of intravascular catheter infection. 2011 <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. La neteja als centres sanitaris. 1ª edició. 2010. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2100/netejacentres.pdf>
- Plec de condicions tècniques per a la contractació dels serveis de neteja a l'Àrea Materno-Infantil-. Hospital Universitari Vall d'Hebrón -. Any 2011 - 2012
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Decret 27/1999, de 9 de febrer, Gestió dels residus sanitaris. núm. 2828 (16-2-1999). Té un annex en el qual s' inclouen els residus capaços de transmetre infeccions
- Ministerio de Sanidad., Política social e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Nota informativa sobre productos desinfectantes. Marzo 2011
- The Cochrane Library. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infections. 2006
- Adams D, Quayum M, Worthington T, Lambert P, Elliot T. Evaluation of a 2% chlorhexidine gluconate in 7% isopropyl alcohol skin disinfectant. *J Hosp Infect*. 2005; 61: 287-290
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl. J. Med* 2006; 355 (26): 2725-32.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Prevenció de la infecció relacionada amb el cateterisme intravascular. 2012
- Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson J A. EPIC 2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*. 2007 655, S1 564.
- Generalitat de Catalunya. Vigilància de la Infecció Nosocomial a Catalunya VINCat: Manual del programa de vigilància de la bacterièmia relacionada amb catèter venós centrals a les unitats de cures intensives pediàtriques i neonatals (2012) <http://www10.gencat.cat/catsalut/vincat/ca/>
- ENVIN – UCI. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva.
- CDC/NHSN Surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am. J. Infection Control*. 2008
- The epic Project. Updating the evidence-base for national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England: a report with recommendations. *British Journal of Infection Control*. Decembre 2004. Vol. 5 N° 6
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de la Infecciones Nosocomiales en España (EPINE): (1990- 2010)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline. Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection. October 2008,
- Ministerio de Sanidad., Política social e Igualdad. Guia de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. 2010
- Marschall J, Mermel LA, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ et al. Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals. *ICHE*; 29 (S1): S22-S30.
- CDC. Guidelines for the prevention of intravascular catheter infection. 2011 <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases* 2011; 52 (9): e162-193.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. APIC position paper: safe injection, infusion and medication vial practices in health care. *Am. J Infect Control* 2010; 38 : 167 -72
- SHEA. I idsa practice recommendations. Strategies to prevent catheter- associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infection. Control and Hospital Epidemiology*. October 2008, vol 29, supplement 1

ESTRATEGIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: USO DE DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO

Triguero, N.; Rey, E.; Muñoz, M.J.; Villarreal, M.J.; Rodriguez, A.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN

Promover la seguridad de los pacientes es una de las prioridades de la dirección. Las paradas cardíacas hospitalarias representan un problema de primera magnitud. En nuestro centro en el año 2011 la unidad de soporte vital tuvo que atender 75 paradas.

Existe evidencia de que una actuación temprana en situación de parada cardiorrespiratoria puede disminuir la mortalidad y las secuelas en el paciente. En nuestro centro se diseña un programa integral de acción para el manejo de la parada y la utilización de desfibriladores semiautomáticos, planificándose una estrategia general de actuación.

OBJETIVOS

- Actualizar el conocimiento en reanimación cardiopulmonar y manejo de desfibrilación semiautomática, instalando un programa de desfibrilación temprana
- Abastecer de desfibriladores semiautomáticos a todas las plantas del hospital

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, dirigido a todos los profesionales dependientes de la dirección de enfermería del hospital, entre Septiembre de 2011 y Febrero de 2012.

Se planifican dos líneas paralelas estratégicas de actuación: colocación de desfibriladores semiautomáticos en las plantas y actualización en reanimación y uso de desfibrilador. Una comisión interna se encarga de elaborar un procedimiento de actuación para el uso, la gestión del préstamo, devolución y mantenimiento del desfibrilador. Se planifican 23 sesiones formativas, en turnos de mañana y tarde, de hora y media de duración, para recordar el protocolo de actuación y manejo práctico del desfibrilador. Todo el personal objeto de estudio cumplimenta antes y después de la actividad formativa un cuestionario que evalúa sus conocimientos en RCP básica.

RESULTADOS

Se han comprado 12 desfibriladores e instalado en unidades, dando cobertura a su acceso en un tiempo inferior a un minuto en todas las áreas. El pilotaje de tiempo de llegada al equipo más próximo para optimizar el tiempo de actuación se hace con cronómetro en mano.

Se han formado a un total de 1302 profesionales. La organización de las sesiones formativas ha sido el resultado de una planificación conjunta con los adjuntos y supervisores de unidad para dar cobertura horaria y facilitar la asistencia del profesional, adaptando los horarios y los grupos formativos. Los datos del cuestionario están en proceso de análisis.

CONCLUSIONES

Desde la división de enfermería consideramos importante generar y reforzar las estrategias formativas en materia de RCP, para lograr una atención temprana a la PCR, iniciándose una reanimación avanzada en menos de 4 minutos. El logro de este objetivo pasa por disponer de una adecuada organización, personal suficientemente entrenado y equipos estratégicamente distribuidos y convenientemente mantenidos. Como líneas futuras de trabajo nos planteamos la realización de simulacros en diferentes unidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Proyecto Séneca. Informe Técnico Diciembre 2008. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General Técnica ed. Madrid; 2009.
2. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y Validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. 2008;Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Nolan J., Soar, J., Zideman, D., Biarent, D., Bossaert, L., Deakin, C. Koster, R, Wyllie, J., Böttiger, B. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). European Resuscitation council 2010.
4. Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, et al. Survival after application of automatic external defibrilators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. J Am Coll Cardiol 2010;55:1713-1720.

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL ACCIDENTAL CON RIESGO BIOLÓGICO: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Pérez, M.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

Dentro de los riesgos a los que están sometidos los profesionales de la salud, el riesgo biológico, es sin duda, el más importante, por su frecuencia y gravedad, siendo los más expuestos los que prestan asistencia directa a los pacientes y el personal de laboratorio que procesa muestras biológicas, son las inoculaciones accidentales las que generan mayor preocupación y percepción de riesgo.

OBJETIVO

Conocer los principales riesgos laborales a los que están expuestos los profesionales de la salud, la adhesión al protocolo establecido y la forma de actuar después de una exposición con riesgo biológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez que ha ocurrido la exposición se pone en marcha el Protocolo de Actuación en caso de Accidente Ocupacional con Material Biológico, a fin de intentar evitar el desarrollo de la infección. Dicha prevención empieza por la limpieza y desinfección de la herida, la profilaxis postexposición, el registro y la notificación del accidente, el estudio serológico del trabajador y del paciente fuente y por último los consejos pertinentes.

CONCLUSIONES

Los accidentes por exposición a líquidos biológicos, son una causa de riesgo en los profesionales de la salud. Es necesario que los profesionales se esfuercen en el cumplimiento de las Precauciones Estándar, lavado de manos y uso rutinario de barreras, dispositivos de seguridad, contenedores y participar en la formación sobre transmisión de patógenos a través de fluidos biológicos y seguir las prácticas de prevención de infección recomendadas, incluyendo las vacunaciones adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forcada, JA. *Guía de prevención del Riesgo Biológico para profesionales de enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. 2003. Exposiciones ocupacionales a sangre y material biológico en los trabajadores sanitarios Proyecto EPINETAC (1998-2000). Págs., 12-21.*
2. Gestal, JJ. *Riesgos Laborales del Personal Sanitario. Madrid 2003. Riesgos Biológicos. Págs., 417-433.*

RAZONES DE LA NO CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

Tomé, M.J.; Díaz, M.J.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, CHUVI, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

El Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) es una herramienta fundamental del trabajo enfermero. Es el medio de comunicación entre niveles asistenciales, facilita información al paciente y/o cuidador, contribuye a hacer visible el cuidado enfermero y constituye un registro legal de los cuidados.

En el CHUVI uno de los objetivos de enfermería es la cumplimentación del ICC.

En la revisión anual de objetivos, se observó un porcentaje de no cumplimentación en torno al 21% en el conjunto de las Unidades Quirúrgicas, variando sensiblemente entre las diferentes Unidades.

El propósito de este estudio es concretar el número de pacientes a los que al alta no se les realizó el ICC y establecer los motivos de no cumplimentación del mismo.

OBJETIVOS

- Determinar el número de pacientes, del Área Quirúrgica, que al alta no tienen cumplimentado el ICC.
- Precisar los motivos que inciden en la no cumplimentación de los ICC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo realizado del 1 al 29 de Febrero 2012.

Sujetos de estudio todos los pacientes dados de alta en las Unidades de Hospitalización Quirúrgica durante este periodo.

La relación de altas es facilitada diariamente por el Servicio de Admisión, procediéndose a verificar la cumplimentación del ICC en los aplicativos Gacela e IANUS.

Una vez detectadas las no cumplimentaciones se averigua con el enfermero responsable las razones que contribuyeron a la no realización.

La tabulación y análisis de los datos se realizaron en Excel.

RESULTADOS

Se produjeron 629 altas. 67 pacientes (11%) no tenían ICC, 5 (0,8%) con ICC en blanco en Gacela, verificados en IANUS.

Motivos de no cumplimentación:

- Suspensión de la Intervención Quirúrgica 28%
- Falta de tiempo 12%
- Paciente periférico 3%.

Motivos no supuestos 57%:

- Recomendaciones formato papel 16,5%, no ICC estándar 15%, superposición turnos 7,5%, otros 18%.

CONCLUSIONES

Comentar las no cumplimentaciones con los profesionales y la implementación de algunas medidas correctoras, provocó un sesgo en el estudio.

La falta de tiempo aparece con menor frecuencia de la esperada, en unidades concretas y determinados profesionales.

Se hace necesario elaborar un ICC estándar para aquellos pacientes a los que se suspende la Intervención Quirúrgica.

Un grupo muy importante de no cumplimentaciones son debidas a dinámicas poco adecuadas sobre las que hay que implementar medidas correctoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra Talamante C, Sayas Chuliá V, Famoso Poveda MJ. Continuidad de Cuidados: Alta de Enfermería. *Enfermería en Cardiología* 2007; 41: 35-41.
2. Beare P, Myres J. *Principios y prácticas de la Enfermería Medicoquirúrgica*. 2ª edición. Mosby/Doyma Libros S.A. 1995 Barcelona: 67-69. ISBN:84-8086-190-8.
3. Benavent A, Camaño R, Cuesta A. *Metodología en Enfermería*. Universitat de Valencia, Valencia 2000. ISBN:84-370-3937-1 Cuaderno para la Continuidad de Cuidados, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud 2007.
4. *Misión, Visión y Valores*. Dirección de Enfermería CHUVI 2010
5. Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería
6. Guirao-Goris JA. *La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad*. *Educare* 21 2003; 2

AFECTACIÓN EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA ANTE LA APLICACIÓN DE LA LEY ANTITABACO

Ortiz, J.M.

Parc Sanitari Sant Joan De Deu, Barcelona

INTRODUCCIÓN

En 2010 se aprobó LA REFORMA DE LA LEY 28/2005, que incluye nuevas restricciones del consumo de tabaco tal como la prohibición de fumar en espacios cerrados públicos.

Esto incluye espacios sanitarios como hospitales, centros de salud, centros socio sanitarios, etc... Esta medida es de aplicación a las Unidades de Agudos (UA) de psiquiatría.

La UA del PSSJD se ha adaptado a la ley teniendo que modificar su dinámica de funcionamiento. Durante el 2011 se prohibió el uso de tabaco en la sala de hospitalización, permitiendo la salida a un patio cercano (5 veces/d) para fumar. En 2012, tras la prohibición total (en sala y patio), se han establecido nuevas medidas de adaptación (formación de profesionales, charlas psicoeducativas, prescripción de tratamientos sustitutivos de nicotina, aumento de los permisos...) para ayudar a la mejor adaptación.

Ante estos cambios, surge la necesidad de conocer la respuesta de las personas ingresadas para poder seguir ofreciendo cuidados integrales y de calidad.

OBJETIVOS

Principal: Describir las incidencias relacionadas con el incumplimiento de la normativa de prohibición de fumar en la unidad del 2011 (prohibición parcial) y compararlas con las incidencias detectadas con el primer mes de aplicación de la prohibición total de fumar durante el primer mes de implantación.

ESPECÍFICOS

1. Describir las incidencias producidas en un plazo de un año des de la instauración de la ley antitabaco 2011.
2. Comparar las incidencias del 2011 con el primer mes del 2012 tras la prohibición total.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional.

Muestra: Todos los usuarios atendidos en la UA. Se seleccionarán para el análisis aquellas incidencias producidas por motivos de incumplimiento de la normativa anti-tabáquica.

Se analizan dos períodos: año 2011 comparado con primer mes tras la prohibición total (Se describen, por cada período de estudio, las incidencias detectadas de incumplimiento de la normativa en cuanto a número de incidencias, descripción de la muestra de usuarios que la incumplen (edad, sexo, diagnóstico principal), turnos en los que sucede la incidencia).

RESULTADOS

En la unidad de agudos durante el 2011 se dieron un total de 1.285 altas con 24.620 estancias y se detectaron 62 incidencias relacionadas con el incumplimiento de la normativa.

Después de la prohibición total para fumar (2012), y en el primer mes, se detectaron 69 incidencias (para 1.862 estancias).

El Pearson χ^2 solo mostró diferencias estadísticas significativas en relación a la unidad donde se producía la incidencia. En la unidad SJD1 se registraron más incidencias ($p=0,000$), atribuible al perfil de 4 usuarios que coincidieron el tiempo de ingreso y llegaron a reincidir hasta 18 veces en la norma.

CONCLUSIONES

El aumento porcentual de las incidencias relacionadas con la prohibición total de fumar es visible. * Discusión: este efecto se supone pasajero y se debe a la necesaria adaptación de la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haller E, Nc Niel DE, Binder RL. *Impact of smoking ban on a locked psychiatric unit. J Clin Psychiatry, 1996 august 57 (8):329-32*
2. Jiménez Suarez O, Castr Álvarez E. "¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos?" *Psiquiatría pública, v:11-n, septiembre - diciembre 1999, página 66 - 69.*

PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU SANT BOI DE LLOBREGAT

Carranzo, B.

Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Deu Sant Boi de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El 11 de Junio de 2010 se realizó el traslado e inauguró el nuevo Hospital General del Parque Sanitario San Juan de Dios de Sant Boi de Llobregat y con él ,el nuevo servicio de pediatría en las áreas de urgencias, consultas externas y hospitalización, siguiendo el mismo modelo de gestión del Hospital Pediátrico San Juan de Dios de Esplugas de Llobregat, y cubriendo la necesidad de acercar la pediatría a la población de referencia.

OBJETIVOS

General:

Puesta en marcha del servicio de pediatría en el Hospital General San Juan de Dios Sant Boi de Llobregat.

Específicos:

- Implantación del servicio bajo medidas de seguridad.
- Mantener y mejorar cuidados de calidad.
- Procurar el desarrollo y progreso del personal .
- Impulsar la formación.
- Implicar a los profesionales , modelo participativo.
- Uso eficaz y eficiente de los recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades)

Teniendo como base los valores de la Orden de San Juan de Dios: Acogida, respeto, hospitalidad, solidaridad, profesionalidad; y realizando un plan de acción para corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades.

Basado en la formación de los profesionales y la integración de nuevos profesionales expertos .

La estructuración del espacio adaptado al paciente.

Estructura y ubicación de la planta de pediatría , mobiliario específico para uso infantil , zonas de recreo .

La organización de los servicios de soporte (farmacia, almacén, cocina, dietética ..) integrando nuevos materiales, productos farmacéuticos, menús , productos alimentarios , donde ha sido vital el trabajo multidisciplinar .

Implantación de nuevos registros de enfermería y creación de metodología enfermera sobre procedimientos y curas específicos en pediatría .

Formación de voluntarios con el perfil adecuado.

Programación de actividades como cuentacuentos , payasos.

RESULTADOS

La pediatría está totalmente integrada en todos los ámbitos del Hospital General.

Contamos con el material y los circuitos necesarios .

Se han realizado un total de 50 procedimientos de enfermería en pediatría . Registros de enfermería adaptados a las patologías pediátricas. Así como protocolo de aislamientos hospitalarios , guía de recogida de muestras para laboratorio, guías de dilución y administración de medicación endovenosa. Guías de RCP pediátrica , guía tratamiento de convulsiones .

Se han realizado menús específicos , con un circuito diferente al de adultos para adaptarnos a las necesidades.

Se han incluido en el plan de formación del centro cursos específicos de pediatría tanto a nivel interno como externo.

CONCLUSIONES

Hacer que las innovaciones sean posibles implica necesariamente compromiso a nivel individual y grupal con proyectos de cambio.

En nuestra organización ese compromiso ha quedado perfectamente manifiesto.

A día de hoy contamos con un servicio de pediatría reconocido y valorado por todos los usuarios de nuestra área de influencia.

Se ha mejorado la accesibilidad al servicio de pediatría hospitalario. Ofreciendo una atención integral al niño y a la familia .

Se ha seguido una línea de continuidad con el hospital de referencia de pediatría Hospital San Juan de Dios de Esplugas de Llobregat.

Con un grupo de profesionales en formación continua aplicando cuidados de enfermería de calidad .

Se han establecido los puntos imprescindibles para trabajar con seguridad y seguimos trabajando en la mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Red Book, *Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, 27ª Ed. Panamericana, 2007, Madrid.
2. *Tratado de Pediatría*. M Cruz. 9ª edición. Ed Ergon, Madrid, 2006.
3. *Tratado de Pediatría*. Nelson. 18ª edición. Ed Elsevier. Barcelona, 2009.
4. Moreno S. *Administració de gotes per via nasal i òtica*. En: *Manual de Procediments d'Infermeria Hospital Sant Joan de Déu*. Barcelona: Signo; 2001. 3.2187-88.
5. Esteve J. Mitjans J. *Administración de medicación por la vía ótica*. *Enfermería. Técnicas clínicas*. Madrid: Mc Graw-Hill interamericana; 2002. p.205-7
6. Ritting H. *Administración de medicación de enfermería*. *Nursing. Photobook*. Barcelona: Doyma; 1985 p.141-3
7. *Àrea de Metodologia Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat*.
8. Cobos N., Gonzalez E. *Tratado de Neumología Infantil*. 2 ed. Madrid: Ergon; 2009. p. 181-183.
9. Carballo E., Luaces C., Pou J., Giner M.Tª., Sierra J.I. *Guía de práctica clínica para el asma en pediatría*. Barcelona: Sección de Inmunoalergia. Hospital Sant Joan de Déu; 2006. p.18-19.
10. *Gastroenteritis Aguda*. J.M. Quintillà. *Urgències de pediatría. Protocols diagnòstic terapèutics*. 4ª edición Pou J .
11. M .Martí. M. Alquezar. *Rehidratació oral*. *Procediments de infermeria 2001*
12. *Recomacions de la ESPGHAN*. J. Pou Fernández., C. Luaces Cubells, J.Caritg Bosch. *Manual de rehidratació oral Sociedad Española de Urgències en Pediatría*.
13. Bulechek GM, Butcher H.K., McKloskey J. *Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)*. Quinta ed. Madrid: Elsevier Espana; 2009.

14. Eichenfield LF, Funk A, Fallon-Friedlander S et al: A clinical study to evaluate the efficacy of ELA-Max as compared with EMLA for pain reproduction of venopuncture in children. *Pediatrics* 2002,6
15. Cintora Cacho C, Ménen Martín A, amb col•laboració del Servei de Farmàcia Administració tòpica d'un anestèsic (EMLA®) Hospital Sant Joan de Déu [sede Web]*. Barcelona: Intranet: Model Assistencial: Metodologia. *Infermeria*; 2006 [accés maig 2009].
16. MONitorización en un servicio de urgencias de reacciones adversas causadas por medicamentos en niños y adultos. MJ Muñoz, I Ayani, JM Rodríguez-Sasiain – *Med Clin (Barc)*, 1998-elservier.es
17. Formación de recursos humanos en enfermería. S. Alonso Perez, R. Menendez GARCÍA.- *Cubana de enfermería* 2000. scielo sld.cu
18. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomàs Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de triatge (MAT): Bases conceptuals i manual de formació. Principat d'Andorra. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS); 2004.
19. Benítez M, Martínez L, Quintillá JM, Segura A, Gómez-Jiménez J, Luaces C. Estudio de concordancia del Sistema Español de Triage en pacientes pediátricos. XIII reunión anual de la SEUP. Murcia, 19 de abril de 2008.

UNIDAD DE VIGILANCIA DE URGENCIAS. LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN VIGILANCIA Y CUIDADOS DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE URGENCIAS (UVU) DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Chamarro, S.M.; Mediavilla, M.; Escribano de la Mata, B.; Llorente, A.; Rey, E.

Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN

El HU RyC comprende el Área IV de la CAM, siendo el hospital de referencia para el Aeropuerto Internacional de Madrid-Barajas. La Unidad de Vigilancia de Urgencias se creó en el año 2006 específicamente para ingresar a aquellos pacientes portadores de drogas ilegales en el interior de su organismo (body-packers) envasada en envoltorios de látex u otros materiales, procedentes del aeropuerto.

Se creó como unidad asistencial, no penitenciaria, siendo el personal de enfermería responsable de la planificación de cuidados, tratamiento prescrito, control de cuerpos extraños, así como de la vigilancia de la evolución de los pacientes y detección de signos de riesgo vital. Se creó un protocolo de actuación interdisciplinar de enfermería junto con facultativos y cuerpo policial.

OBJETIVOS

Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, mediante el módulo de explotación de datos del programa informatizado de historia clínica electrónica de pacientes, revisando el total de pacientes ingresados en la UVU en el periodo comprendido entre Septiembre 2008 hasta diciembre 2011.

RESULTADOS

Los pacientes ingresados en este periodo fueron 556 pacientes, 465 hombres (83.6%) y 91 mujeres.

La edad media fue de 31,4(17-57) años. En el 43% de los casos eran portadores de cocaína. Consumidores habituales de tóxicos (excluido alcohol y tabaco) fueron 73 pacientes (13,1%), mientras que 485 no lo eran.

La mayoría (499) no presentaban enfermedades intercurrentes y los países de los que más frecuentemente procedían los vuelos eran Brasil, República Dominicana y Argentina.

Se creó un protocolo conservador terapéutico específico, consistente en dieta absoluta, tratamiento laxante con solución evacuante Bohm y observación clínica.

El alta hospitalaria se considera tras la realización de 10 deposiciones limpias y radiografía simple de abdomen sin cuerpos extraños.

El número de paquetes expulsados varía desde 2 a 140 por un mismo individuo, situándose la media en 66(0-150), siendo 58 el número más frecuente. La estancia media fue de 4,13 días, 12 pacientes sobrepasaron los 20 días. Un total de 516 pacientes no presentaron complicaciones.

La más habitual fue la flebitis de la vía venosa (11). Sólo 4 pacientes sufrieron dolor abdominal transitorio, 2 obstrucción intestinal y 3 presentaron rotura intraabdominal de alguno de los paquetes. En 5 casos, se precisó cirugía y ningún paciente falleció durante los meses analizados.

CONCLUSIONES

1. La Unidad de Vigilancia de Urgencias es una unidad pionera en control, seguimiento y vigilancia del personal de enfermería.
2. El enfermero juega un papel clave en la gestión de la unidad, requiriendo el liderazgo, la coordinación del equipo asistencial junto con el equipo policial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez M, Cuenca C, Farfán A, Villalba MV, del Toro J, García J y Bordas JM (1991) Ocultación gastrointestinal de drogas ilegales. *Rev Esp Digest* 79:190-195.
2. Moya Mir M (2008) *Normas de actuación en Urgencias/Emergency Behaviour Protocol*, 5ª edición. Ed. Panamericana.
3. Khan FY. The cocaine body-packers syndrome: Diagnosis and treatment. *Indian J Med Sci.* 2005;59:457-8.
4. *Historia Clínica Electrónica Hospital Ramón y Cajal.*

UNIDAD DE ALTA AL DÍA: EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Martínez, M.; Pelay, N.; Artigas, M.; Hernández, J.; López, M^aD.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN. I.C.S, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de tener camas disponibles lo antes posible en las unidades de hospitalización del Área General del Hospital Universitario Vall d'Hebrón e identificada previamente un área de mejora en lo referente a la hora en que los pacientes se van de alta, se propone crear una Unidad de Alta al Día que ya es un modelo implantado en otros hospitales y con resultados satisfactorios.

OBJETIVO

Mejorar la gestión de las camas de unidades de hospitalización de forma eficiente y eficaz. Mejorar como consecuencia el drenaje de pacientes de urgencias y de las unidades de críticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de experiencia llevada a cabo durante tres meses en nuestro hospital de la puesta en marcha de una Unidad de Alta al Día. Se hizo una revisión bibliográfica. Se recogieron y explotaron los datos del aplicativo informático SAP.

RESULTADOS

El total de pacientes fue de 428, de los cuales 161 fueron de especialidades médicas y 267 de especialidades quirúrgicas diferenciando los distintos servicios. También se registraron las franjas horarias de ingreso en la unidad.

El tiempo de estancia media de los pacientes en la unidad fue de entre 2 -3 horas.

CONCLUSIONES

Las especialidades quirúrgicas utilizaron más la unidad que las especialidades médicas. Los ingresos en la unidad se realizaron mayoritariamente a partir de las 10,00 horas, lo que permitió adelantar la disponibilidad de las camas de hospitalización. La continuidad de cuidados de enfermería quedó garantizada durante toda la estancia del paciente en nuestro hospital.

Los resultados cualitativos en cuanto a la continuidad de cuidados y la asistencia prestada fueron reconocidos verbalmente por los pacientes que pasaron por la unidad. En cambio los resultados cuantitativos no cumplieron las expectativas previstas del objetivo por el que se puso en marcha esta unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murillo a; Graude Sellera R. *La Gestión de Enfermería y los Servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Díaz de Santos (1ª ed.)-
2. Salazar A. Cobalea N. Martín X. Del Solar C, Álvarez M. Casagra A. *Impacto de un modelo centralizado de priorización de las camas hospitalarias como instrumento válido de gestión asistencial*. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23 (6): 248-52.
3. Marcos PJ, Díaz-Lagares C, Ferrería L, Bello L, Linares D, Trigás M. *Unidad de preingreso (UPI): análisis de los ingresos hospitalarios evitados en una unidad de nueva creación*. *Galicla Clin* 2009; 70 (4): 21-26.

PROYECTO DE UNIFICACIÓN TERRITORIAL DE LA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA

Martínez, G.; Domínguez, M.; Carbonell, D.

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Dentro las diferentes gerencias territoriales del ICS al Área Metropolitana Sur incluye 2 hospitales (1 de tercer nivel y otro de segundo nivel).

Cada uno de ellos disponía de su unidad de formación la cual era la encargada de diseñar su Plan de formación y llevarlo a término. Debido a la nueva organización que se establece en el territorio y a los recortes presupuestarios se creyó pertinente crear una única unidad de formación.

OBJETIVO GENERAL

- Crear la Unidad de Formación Continuada Territorial.
- Compartir el conocimiento a nivel territorial.

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto se estructura en cuatro fases:

Fase 1

- Elaboración del proyecto de unificación.
- Consenso del proyecto con el equipo de formación de ambos centros.
- Creación del Comité de formación.

Fase 2

- Realización de una organización mediante la identificación de los diferentes procesos.
- Elaboración de los procedimientos necesarios.

Fase 3

- Detección de necesidades de formación de ambos centros.
- Elaboración de la propuesta del Plan de formación 2012.
- Aprobación de la Propuesta por parte del Comité de Dirección Territorial.
- Aprobación del Plan de formación para los agentes sociales.
- Aprobación del Plan de formación por el ICS.

Fase 4

- Implantación y seguimiento del Plan de formación conjunto.

RESULTADOS

Con la nueva organización se ha incrementado la rentabilidad presupuestaria e unificado los proveedores.

Se ha generado un incremento de la rentabilidad de las acciones de formación (compartir plazas de organización conjunta, o bien ofrecer plazas en cursos gestionados de manera individual).

Se ha dado mayor cobertura de las necesidades de formación de aquellos colectivos menos numerosos (trabajo social), a la vez que se han cubierto necesidades en formato territorial (fisioterapeutas).

Actualmente la respuesta a proyectos estratégicos territoriales tanto internos como externos se realiza con una representación institucional única de la formación continuada.

Todo ello permite una unificación de criterios (indicadores de calidad, acreditación,...), un mayor aprovechamiento de los espacios para realizar la formación y la creación de un espacio dentro de la intranet como herramienta de comunicación.

En el año 2011 se han realizado 25 cursos de ámbito territorial y 31 estancias de profesionales,

CONCLUSIONES

Esta nueva estrategia organizativa permite un incremento del conocimiento dentro del área hospitalaria de la Metropolitana Sur, con una mayor eficiencia de los recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial metropolitana Sud. Memòria Institut Català de la Salut. 2010.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial Metropolitana Sud. Memòria Unitat de Formació Contnuada Hospital Universitari de Bellvitge. 2011.
3. Innovación como elemento motivador, generador de recursos y de conocimiento
4. Asociación Española de Derecho de la Propiedad Intelectual. <http://www.aedpi.com>
5. Organització Mundial de la Propietat Intel·lectual (OMPI). <http://www.wipo.int>.
6. Oficina Española de Patentes y Marcas <http://www.oepm.es/>
7. Pla de Recerca i Innovació de Catalunya (PRI2010-2013).
8. Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica. (2008-2011).
9. Los alumnos comparten y crean conocimiento. Generalitat de Catalunya DSSS i IES. Les competències professionals en ciències de la salut. Barcelona 1997.
10. Institut Bonanova FP Sanitària. Dossier de la Formació en centres de treball. 2004.
11. La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)

LOS ALUMNOS COMPARTEN Y CREAN CONOCIMIENTO

Martínez, G.; Carbonell, D.; Domínguez, M.

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Formación y Docencia de nuestro Hospital posee una amplia trayectoria de formación de alumnas de diversas disciplinas. En concreto de forma anual acceden a nuestro centro más de 120 estudiantes de Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

Todos los rotatorios disponen de sus objetivos de aprendizaje los cuales son asegurados por las enfermeras y TCAE responsables de los alumnos, y por su tutora. De todas maneras, observamos que a veces no todos los rotatorios cubren toda la visión que se puede tener de un hospital universitario y terciario, por lo que, nos planteamos establecer sesiones de formación experienciales de las alumnas hacia sus iguales, pero de otras unidades o servicios.

OBJETIVO

- Potenciar la formación de los estudiantes de TCAE.
- Innovar en el proceso de estancia práctica de las alumnas.
- Facilitar herramientas a las alumnas que potencien sus capacidades docentes (preparar una sesión, hablar en público,...)

MATERIAL Y MÉTODO

Al inicio de las prácticas la enfermera clínica de Docencia realiza la sesión de acogida al centro, en esa sesión se emplaza a los alumnos a trabajar un tema según el lugar que han sido asignados.

Pósteriormente, bajo la tutela de la enfermera clínica y con el soporte de la supervisora, así como de la TCAE responsable del seguimiento de la alumna se procede a la elaboración del contenido didáctico de la sesión.

Se realiza el programa para difundir la sesión a todas las alumnas del centro y se invita a los profesores del Instituto.

El día de la sesión las alumnas van acompañadas por la TCAE del servicio, realizando la exposición, al finalizar la enfermera clínica hace una reflexión sobre los elementos de conocimiento que se han adquirido y la forma de exposición.

RESULTADOS

Se han realizado las siguientes sesiones:

- Enfermo séptico: objetivo entender y realizar correctamente las medidas de control de infección aplicadas al cuidado del enfermo. Realizada por las alumnas de la unidad de Traumatología séptica.
- Dietas en pacientes postoperados de cirugía digestiva: Objetivo conocer los diferentes tipos de dietas y la progresión de las mismas tras la cirugía.
- Preparación y lavado del material utilizado en las pruebas diagnósticas de gabinetes (colonoscopías, endoscopías, colangios etc.). Objetivo identificar diferentes tipos de sondas así como su sistema de limpieza, desinfección o esterilización.

CONCLUSIONES

Inicialmente las alumnas viven con mucho respeto el hecho de exponer a sus compañeras, pero al final la sesión manifiestan que se sienten más seguras, más respetadas y que han integrado mejor los conocimientos adquiridos. Actualmente nos estamos planteando introducir otros temas en las sesiones.

INNOVACIÓN COMO ELEMENTO MOTIVADOR, GENERADOR DE RECURSOS Y DE CONOCIMIENTO

Martínez, G.; Domínguez, M.; Carbonell, D.

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la gestión enfermera es la potenciación de la investigación. La realidad es que dentro del colectivo enfermero así como de otros que dependen de la misma Dirección (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales,...) se hace difícil poder realizar investigación, por múltiples causas como son el tiempo, la preparación, la falta de recursos...por otro lado se considera que el profesional enfermero tiene un gran nivel de creatividad en el manejo del paciente, así en como en la capacidad de crear elementos de soporte o mejorar productos ya existentes en el mercado. Es por ello que desde la Unidad de Formación, Docencia e Investigación se plantea la necesidad de potenciar la Innovación como elemento motivador, generador de recursos y de conocimiento.

OBJETIVO

- Potenciar la innovación.
- Formar a los profesionales en innovación.
- Desarrollo de las propuestas innovadoras comercializables basadas en la tecnología/producto sanitario, su grado de viabilidad y éxito en el mercado.

MATERIAL Y MÉTODO

- Se realiza un estudio de necesidades de formación de los profesionales, mediante procedimiento específico.
- Se confecciona programa formativo.
- Se realiza curso teórico-práctico sobre Innovación en el sector sanitario.
- Se establecen los circuitos y procedimientos con la Oficina de transferencia tecnológica dentro del Instituto de Investigación.

RESULTADOS

Se ha realizado un curso de 20 horas (5 sesiones) con 18 alumnos en el se han facilitado diferentes herramientas para potenciar la capacidad de generar ideas, seleccionarlás, protegerlas y preparar propuestas comercializables, las cuales se han trabajado en el curso. Durante el mismo se firma acuerdo de confidencialidad.

El resultado final ha sido la generación de 12 ideas de las cuales, dos son patentes y una esta en proceso de comercialización.

CONCLUSIÓN

Nuestros profesionales disponen de un gran potencial innovador con características comercializables.

Actualmente el mercado se encuentra en buena posición para generar o mejorar productos ya existentes.

Dentro de la gestión enfermera es importante disponer de responsables que sepan trabajar todo el proceso innovativo para poder canalizar correctamente las ideas, patentes y comercialización de las mismas.

ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE TURNO EN EL PERSONAL SANITARIO

Trujillo, S.; Valderrama, J.V.

Hospital Quirón, Valencia

INTRODUCCIÓN

A través de las distintas investigaciones llevadas a cabo a lo largo de los años, se ha constatado que el trabajo a turnos es un factor psicosocial desfavorable para el bienestar del trabajador.

Una de las características que deben tener las organizaciones para aminorar los efectos negativos es la participación de los trabajadores en la elección de los turnos, para poder adaptarlos a las necesidades individuales.

Desde el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Quirón de Valencia y tras la realización de una encuesta de riesgos psicosociales desde el departamento de RRHH y Prevención de Riesgos laborales, surge la hipótesis de que se realizan muchos cambios de turno debido a la doble presencia que afecta desfavorablemente de forma generalizada al personal mayoritariamente femenino.

OBJETIVO

Establecer el número de cambios de turno por servicio y categoría profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo.

Los trabajadores incluidos en el estudio fueron el personal de enfermería y auxiliares de enfermería de los servicios de Hospitalización, Urgencias y UCI del Hospital Quirón Valencia desde Enero/2011-Diciembre/2011.

Se analizaron las siguientes variables: demográficas, unidad asistencial de trabajo, categoría profesional, porcentaje de jornada laboral y número de cambios de turno mediante report de programa de gestión de presencia Interflex 6020©. Variables cualitativas expresadas en forma de porcentajes y cuantitativas en forma de media±SD. Análisis de programa SPSS 17.0 ©.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 92 trabajadores, con edad 34,6±9,4 años, 44,6% (41/92) auxiliares de enfermería y 55,4% (51/92) personal de enfermería. Los hombres representan el 2,2% y las mujeres el 97,8%.

Los cambios de turno por unidad asistencial son en Hospitalización 60,4±42,7, en UCI 93,5±44,6 y Urgencias 95,2±47,4.

Por categoría profesional 68±34,7 cambios de turno en auxiliares de enfermería y 75,8±54,1 en personal de enfermería.

Los trabajadores con el 100% de la jornada 82,5±51,7 cambios de turno y de inferior jornada 57,2±32,4. El 19,6% de los trabajadores realizó 100 o más cambios, el 46,7% realizó 50 o más y el 33,7% realizó menos de 50 cambios.

CONCLUSIONES

Se realizan más cambios de turno en los servicios especiales de UCI y Urgencias.

No existen grandes diferencias por categoría profesional pero sí por jornada laboral. Consideramos que hay que estudiar las razones que motivan a los trabajadores a realizar dichos cambios de turno, ¿es una necesidad realizar dichos cambios de turno para conciliar la vida familiar con la laboral?, ¿están mal elaboradas las planillas?, ¿qué otros motivos existen?.

Se decide continuar analizando los motivos mediante la elaboración de un cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artazcoz L. Factores de riesgo psicosocial y carga mental: ¿estamos midiendo lo mismo o son conceptos diferentes?. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2001;4(3):91-92.
2. Santibáñez Lara I, Sánchez Vega J. La mujer en el trabajo de turno. En: Santibáñez Lara I, Sánchez Vega J, editores. 3. *Jornada laboral, flexibilidad humana en el trabajo y análisis del trabajo pesado.* 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2007. p. 73-127.
4. Dirección Corporativa Recursos Humanos. *Manual de control de presencia IT20GHQPC03.* Grupo Hospitalario Quirón, 2009.

EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS COMO HERRAMIENTA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Garrido, A.; García, M.; Cotino, J.; García, F.; Reig, P.; Mandingorra, J.; Alfonso, F.
Consortio Hospital General Universitario, Valencia

INTRODUCCIÓN

La coordinación entre niveles, radica en el ofrecimiento de una asistencia integral y continuada como máximo beneficio al ciudadano. Ello implica continuidad en la atención sanitaria, continuidad en los cuidados de enfermería, lo que racionaliza el empleo de recursos, reduce tiempo de espera y consigue una mayor calidad asistencial

El informe de continuidad de cuidados de enfermería es un documento donde se recoge la información relevante de un paciente hospitalizado, que tras el alta seguirá necesitando cuidados que deberán ser cubiertos a nivel de Atención Primaria. La implantación de la Historia Clínica Electrónica, permite el acceso a esta información desde cualquier punto de atención al paciente mediante la utilización de la herramienta electrónica KARE

OBJETIVOS

- Coordinar eficazmente los distintos niveles de asistencia.
- Redactar un plan de continuidad a la marcha del paciente, en relación con los problemas identificados durante su estancia en el hospital.
- Evitar la sensación de abandono que puede sufrir el paciente al ser dado de alta.
- Aumentar la calidad percibida por el ciudadano y su satisfacción, revalorizando la imagen de equipo.
- Cambio de orientación en los cuidados de enfermería en atención especializada, organizando los planes de cuidados del paciente para conseguir la adaptación de éste a su domicilio en las mejores condiciones.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo.

Sujetos estudio:

Pacientes ingresados en el CHGUV con ICC al alta desde el 1 de Octubre de 2011 al 31 de marzo del 2012.

Variables sociodemográficas:

Edad, género, diagnóstico médico

Variable respuesta:

- Porcentaje de Informes de Continuidad de Cuidados.
- Evaluación de los Planes de Cuidados implantados, situación de los Indicadores de resultados NOC al alta del paciente.

Recogida de información:

Se recoge la información de los ICC enviados a los Centros de Salud del Departamento y se analizará el contenido de dichos informes tomando los datos de la historia electrónica de enfermería bien en la estación de enfermería KARE o a través del visor de la Historia Clínica electrónica PANGEA

Análisis de los datos con un paquete para análisis estadístico.

RESULTADOS

Se están recogiendo datos de los informes emitidos durante 6 meses, a los pacientes que la enfermera responsable considera que necesitan Continuidad de Cuidados se ha comenzado con el procesamiento de los datos y los resultados provisionales son 287 informes de Continuidad de Cuidados.

Informes realizados en las unidades de enfermería de traumatología, urología, cirugía cardíaca, medicina interna.

El resto de resultados se presentarán en Jornada

BIBLIOGRAFÍA

1. Dochterman J, Titler M, Wang J, Reed D, Pettit D, Mathew-Wilson M, et al. Describing use of nursing interventions for three groups of patients. *J Nurs Scholersh*, 2005; 37 (1):57-66
2. Orta MA, Rodríguez R, Prieto J. Sistematización de los cuidados de enfermería al paciente en Atención Domiciliaria. *Enfermería Integral*. Septiembre 2007.
3. Hita de la Torre G. Ventajas de la Historia Clínica Informática. *Todo Hospital*. 2005; 215:165-171.
4. García C, Orgando B. Aspectos éticos de la informatización de la historia clínica. *Enferm científica*. 2004; 270-271: 39-43.
5. Garrido A, Muñoz A, Ferrandis V, Ruiz A, Sánchez V. Estación de Enfermería, primeros pasos en la informatización de cuidados. *Revista Investigación y Cuidados*. Diciembre 2008.
6. Ley 41/2002 "Ley básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en material de información y documentación clínica"
7. Real decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, anexo VII, regula el conjunto mínimo de datos del informe de cuidados de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
8. Jhonson; et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. *Interrelaciones NANDA, NOC, NIC*. Ed. Harcourt/ Mosby 2005.
9. Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González peral R, Aída Otero S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. *Enfermería en Cardiología*. n° 45/ 3er cuatrimestre 2008.

DEL PACIENTE AL ORDENADOR... SIN PAPELES

González, M.I.; Tourne, B.; Arriaga, M.; Gordillo, T.; Martín, L.M.; Hidalgo, C.; González, G.T.
Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN

En el ámbito sanitario actual, existe una clara tendencia a la informatización de los datos del paciente y su integración en el sistema informático central. La informatización nos permite la creación de las historias electrónicas, las cuales son más seguras y perdurables en el tiempo.

La informatización también contribuye a la disminución de los errores, la duplicidad de las tareas y el ahorro de tiempo dedicado a la toma de los datos y a su posterior transcripción al sistema informático.

OBJETIVOS

- Evaluar la utilización del sistema StatStrip Connectivity desde el punto de vista técnico y de practicabilidad en el ámbito hospitalario.
- Técnico. Integración con el sistema informático central del Hospital.
- Implicación en la práctica: Permite la medición y transmisión de los resultados de forma sencilla y práctica para el personal sanitario.

MÉTODOS

Se instalaron 4 analizadores StatStrip Connectivity en los controles de enfermería 3B y 3C del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda con conexión a la red del hospital y al sistema informático central.

Especificaciones técnicas analizador StatStrip Connectivity:

- Lector de código de barras
- Memoria de 1200 mediciones
- Pantalla LCD táctil y en color
- Configuración por unidad médica

Para la transmisión de los datos a la historia clínica del centro se llevo a cabo la integración del sistema StatStrip Connectivity con SELENE 5.3.

Para la identificación de los profesionales se realizaron identificaciones con códigos de barras y para la identificación de los pacientes se realizaron pulseras con el numero de historia en código de barras.

RESULTADOS

Se integraron con la historia clínica las siguientes pruebas diagnósticas:

- Glucemia, almacenada y enviada de forma automática por el analizador.
- Otras pruebas manuales: temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial, presión de O2, escala de dolor y talla y peso del paciente.
- Todas estas pruebas son introducidas por personal sanitario previa identificación del mismo y del paciente mediante la lectura del código de barras en la misma habitación del paciente.

CONCLUSIONES

La utilización del sistema StatStrip Connectivity permite la integración de las mediciones de glucosa así como las constantes vitales, dolor más la talla y el peso de forma sencilla y en tiempo real. Tan pronto se realiza la medición y la descarga se encuentra disponible en el sistema informático central.

De esta forma se produce una mejora en la calidad en el proceso: se disminuye la probabilidad de error facilitando la labor del profesional sanitario reduciendo el tiempo de introducción de los datos en el programa informático.

Tras realizar encuesta de satisfacción al personal de enfermería, este se encuentra satisfecho con el sistema StatStrip Connectivity.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krinsley, J.S., Jones, R.L. Cost Analysis of Intensive Glycemic Control in Critically Ill Adult Patients. *Chest* 2006; 129; 644-650.
2. Krinsley, J.S. Association between hyperglycemia and Increased hospital mortality in a heterogeneous population of critically ill patients. *Mayo Clinic Proc.* 2003; 78: 1471- 1478.
3. AACE/ADA Consensus Statement. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Glycemic Control.
4. Frunary, AP, Ying Xing Wu, Bookin, SO. Effect of hyperglycemia and continuous intravenous insulin infusions on outcomes of cardiac surgical procedures: the Portland Diabetic Project.
5. Krinsley, J.S., Jones, R.L. Cost Analysis of Intensive Glycemic Control in Critically Ill Adult Patients. *Chest* 2006; 129; 644-650.
6. Estrada, CA, Young JA, Nifong LW, chitwood WR jr. Outcomes and perioperative hyperglycemia in patients with or without diabetes mellitus undergoing coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg.* 2003; 75: 1392-1399.
7. Friedman, B.A., Mitchell, W. Integrating Information from Decentralized Laboratory Testing Sites. The creation of a value-added network. *American Journal of Clinical Pathology.* Vol. 99, No.5, May 3.
8. Salka, L., Kiechle, F. Connectivity for Point-of-Care Glucose Testing reduces error and increases compliance. *Point of Care* 2003. Vol. 2, No. 2, 114-118.
9. Kiechle, FL., Main, RI. Blood glucose: measurement in the point-of-care setting. *Lab Med* 2000; 31: 276-282.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA 5

Fernández, M.; Agustín, C.; Puche, G.; Jabalera, M.; Pérez, J.; Sanfeliu, R.; Oliveras, I.; Cuerva, A.
Hospital Materno infantil Sant Joan de Déu, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras asistenciales tienen que afrontar el reto de ofrecer la excelencia en el proceso de cuidados en un contexto dinámico y cambiante que impacta en la práctica clínica. Esto implica un proceso de aprendizaje continuo y riguroso para dar respuesta a las demandas de salud de la sociedad. Necesitamos instrumentos que acerquen el conocimiento a pie de cama.

OBJETIVOS

- Crear entorno habitual de comunicación entre enfermeras.
- Mejorar la accesibilidad y equidad en la formación continuada.
- Difundir el conocimiento y garantizar la formación simultánea y precoz de nuevas prácticas del cuidado para favorecer su transferencia a pie de cama.
- Disminuir la variabilidad en los procesos asistenciales.
- Mejorar los resultados en salud de los pacientes.
- Incrementar eficiencia en los planes de formación continuada.

METODOLOGÍA

El Programa 5' es un conjunto de acciones formativas de corta duración, interactivas a través de Webcast y semanales (los viernes a las 07:40 y las 15:20).

Para poder llevar a cabo las sesiones, se organizaron dos equipos de trabajo, un asistencial, responsable de gestionar los contenidos y los servicios, y un equipo técnico responsable de garantizar la infraestructura tecnológica.

Proceso:

- 1)selección del tema;
- 2)identificar experto;
- 3)elaboración, revisión, validación y grabación de la cápsula;
- 4)sesión
- 5) en directo;
- 6)valorar satisfacción de los profesionales;
- 7)colgar la sesión en Intranet;
- 8)seguimiento off-line.

RESULTADOS

El Programa 5' se implementó el 5 de noviembre de 2010. Se han realizado 65 sesiones.

Los temas abordados se agrupan en estas categorías, Seguridad del Paciente, Práctica basada en la evidencia – Procedimientos, Modelo de atención centrado en la familia, Investigación, Congresos, Experiencias, Prevención, Sesiones Informativas. El 69 % de las sesiones han sido realizadas por enfermeras, el 11% por médicos, el 5% por auxiliares y el 15 % por otros profesionales.

El promedio de personas participando en las sesiones en directo es de 130 (9.600 contactos en directo).

Las sesiones grabadas se han visualizado 5.850 veces. La encuesta de satisfacción semanal realizada por los asistentes ha tenido una tasa de respuesta del 64% y la puntuación media ha sido de 4.34 sobre 5.

CONCLUSIONES

El Programa 5':

- Permite a las enfermeras tener un acceso más fácil y equitativo a un programa de formación.
- Proporciona a las enfermeras la oportunidad de dar valor y compartir lo que hacen.
- Mejora diferentes actividades del proceso de atención a los pacientes, al fomentar la unificación de criterios y consenso entre los equipos.
- Incrementa la eficiencia y eficacia en los resultados globales de la organización.
- Ha permitido hacer tangible la innovación y favorecer la cultura innovadora entre enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration, 38*(5), 223-229.
2. DeSilets, L. (2007). The value of evidence-based continuing education. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 38*(2), 52-53.
3. Hughes, R. G., & Clancy, C. M. (2007). So what? the challenge of doing "need to know" versus "would like to know" research. *Applied Nursing Research, 20*(4), 210-213.
4. Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 31*(3), 599-606.

SEGURIDAD CLÍNICA: ENFERMERAS REFERENTES

Andrés, I.; Martí, N.; Ruiz, A.; Cruz, R.; Quílez, F.J.; Barberà, M.A.; Sauqué, E.
Hospital Universitari Germans Trias Pujol, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La monitorización de indicadores de seguridad clínica nos permite obtener resultados fiables que ayudaran en la toma de decisiones. Inicialmente la estrategia a seguir por la Dirección de enfermería fue la autoevaluación por parte de las enfermeras asistenciales, con el objetivo de aplicación de protocolos e introducción de la evaluación en la práctica clínica. Posteriormente en una segunda fase se introdujo la evaluación por enfermeras referentes, potenciando la experiencia en áreas de conocimiento específico y consiguiendo una evaluación más objetiva.

La enfermera referente es una enfermera asistencial, experta en un área de conocimiento y que ha recibido una formación específica, que destina una parte mínima de su tiempo en la elaboración de protocolos y en evaluar la práctica clínica de las enfermeras de su unidad asistencial.

OBJETIVO

Monitorizar los indicadores de seguridad clínica y valorar el rol de las enfermeras referentes en la monitorización de indicadores de seguridad clínica.

El Hospital Universitari Germans Trias i Pujol inició en el año 1993 la primera experiencia de participación de enfermeras referentes en la monitorización de indicadores de seguridad clínica. Actualmente disponemos de 60 enfermeras referentes en cuatro áreas de conocimiento: lesiones por presión (15), caídas (16), control del dolor (11) y control de infección (18).

RESULTADOS

Lesiones por presión intrahospitalarias, hospitalización año 2010 (1.5%), año 2011 (1.7%). Unidades críticos, año 2010 (8.4%), año 2011 (6.7%). Caídas, disminución de la tasa de caídas por 1000 días de estancia, 2010 (1.408), 2011 (1.142). Control del dolor, pacientes con evaluación del dolor 24h post quirúrgica 2010 (77,2% EVA > 3 25%), 2011 (90.7% EVA > 3 20.5%).

Control de infección, las enfermeras referentes participan en la evaluación de 8 protocolos asistenciales, obteniendo unos resultados que variaban en 2010 entre 87.4% y 100% y entre el 77.8% y el 98.8% en el 2011.

CONCLUSION

En CONCLUSION, la evaluación por parte de las enfermeras referentes, potencia la experiencia en áreas de conocimiento específico en los equipos de enfermería, favorece la implicación en la buena practica clínica de los equipos asistenciales, consigue una evaluación más objetiva, permitiendo introducir métodos de evaluación que proporcionen resultados de indicadores más fiables, pudiendo disponer de instrumentos que ayuden a la mejora continua y en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zardoya Alegría AI, Guevara Graetón IR, García Bernal J, Marzo Navarro M. Gestión del calidad de los servicios sanitarios: Caso de autoevaluación según EFQM. Revista Iberoamericana de contabilidad de gestión. 2006 Julio-Diciembre; II (4)
2. Balanced Scorecard 06. II Encuentro Especializado. Cuadro de mando integral en sector sanitario. 2006. Madrid 14 de S. Septiembre. Citado en el Diario Médico.
3. Kaplan R, Norton DP. Cuadro demando integral (The balanced Sorecard). 1era edición Barcelona: Gestión 2000 ; 1997
4. Donabedian A. La calidad de la asistencia. Cómo podría ser evaluada? Rev Calidad Asistencial 2001; 16:S80-S87
5. Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Sainz A. Un plan de acción para evaluar los objetivos de calidad de enfermería en un hospital. Rev. Calidad Asistencial. 2003; 18:670-7.

GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN: DERIVACIONES EXTERNAS

Revuelta, M.T.; Castel, M.J.; García, A.; López, A.; Ruiz, P.L.

Hospital Universitario de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario de Guadalajara (HUG) se detectaron dos problemas en el periodo 2000-2002, intervalo del que se disponen registros en la Unidad:

1. El tiempo medio de espera en Fisioterapia estaba por encima de los 4 meses y en Logopedia por encima de los 6 meses.
2. Los tratamientos se duplicaban en varios centros: Mutuas, SESCAM, Centro Base de Bienestar Social y Educación.

Para mejorar esta situación, se diseñó un cambio en la gestión de las listas de espera en 2006. Se elaboró un "Acuerdo Marco" pactado entre los Centros Base de la provincia (para usuarios de 0 a 6 años), Delegación de Educación, concretamente con la Asesoría de Atención a la Diversidad (3-18 años) y SESCAM. Posteriormente se desarrolló con Inspección Médica para mayores de edad en situación de baja laboral.

En el presente trabajo se analiza cómo han mejorado los resultados al introducir un cambio en la gestión.

OBJETIVO

Determinar la medida en la que se ha acortado el tiempo medio de espera en Fisioterapia y Logopedia, desde que se evita la duplicidad de las citas y se mantiene el contacto entre el Servicio de Rehabilitación y los citados Organismos Externos.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión estadística del tiempo medio de espera en Fisioterapia y Logopedia antes de realizar el Acuerdo Marco, con datos registrados entre los años 2000 y 2002, y la evolución de estos mismos datos en los últimos 5 años (2007-2011).

Entre estos dos periodos el número de fisioterapeutas y de logopedas no varió. Durante el periodo 2007-2011 se aumentó la actividad quirúrgica de Traumatología, lo que ocasionó un aumento en el número de pacientes derivados a Rehabilitación en un 22%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El tiempo medio de espera en el intervalo de años 2000-2002 para fisioterapia era de 132 días. En el intervalo 2007- 2011 la espera para fisioterapia se disminuyó hasta quedar en 30 días, mejorando anualmente. En el año 2011 la espera media ha sido de 17 días.

En logopedia, durante el intervalo 2000-2002, el tiempo medio de espera fue 194 días; durante 2007-2011 se rebajó a 68 días, mejorando también anualmente hasta los 27 días en 2011.

Examinando los resultados obtenidos en ambos periodos, se llega a la CONCLUSION de que, contando con los mismos recursos en la Unidad de Rehabilitación del HUG y con un único cambio en la gestión, ha disminuido el tiempo medio de espera tanto en Fisioterapia como en Logopedia; además de evitar las duplicidades en los tratamientos, logrando así la contención del gasto económico en este área.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Métodos de investigación clínica y epidemiológica". Autores: Argimon Pallás, Josep María. Jiménez Villa, J. 3a ed. 2004. ISBN: 9788481747096
2. Acuerdo Marco.
3. Registros de la Unidad de Rehabilitación. Años 2000-2002. 2007-2011.
4. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Castilla y León
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/lequidad/informeAnual2008/CastillaLeonSNS2008.pdf>
5. La gestión de las listas de espera Quirúrgica en España
http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/libros/Investigaciones/Inves2002_03.pdf
6. Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-analisis-01.pdf>

OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO "CAMA DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL"

Mir, R.; Parés, D.; García, L.; Caballero, M.; Roldán, L.; Estivill, P.; García, C.; Grimal, I.
Parc Sanitari Sant Joan De Deu (Sant Boi Del Llobregat), Barcelona

INTRODUCCIÓN

La utilización de la UCSI (Unidad de Cirugía Sin Ingreso) como puerta de entrada al paciente quirúrgico el mismo día de la intervención es en el HG del PSSJD el circuito habitual que siguen los pacientes programados para IQ que no precisen ingreso hospitalario previo para la realización de algún tipo de preparación prequirúrgica específica.

En la cirugía colorectal el ingreso el día anterior es lo mas habitual, sobretodo porque en algunos casos se requiere una preparación anterograda del colon.

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el nº de pacientes que en la cirugía colorectal por neoplasia se han beneficiado de este circuito ingresando el mismo día de la intervención.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal durante 1 año (2011).

La muestra del estudio son los pacientes programados para cirugía colorectal por el servicio de Cirugía General del PSSJD.

RESULTADOS

Durante el año 2011 46 pacientes han sido sometidos ha este tipo de cirugía siendo un total de 24 los que han ingresado mediante la UCSI el mismo día de la intervención quirúrgica. Anteriormente al 2011 estos pacientes ingresaban prácticamente en su totalidad el día anterior a la intervención.

CONCLUSIONES

Las lecturas de los resultados antes descritos pueden ser diversas y creemos que siempre positivas: Eficiente gestión de ingresos (24 pacientes han pernoctado 1 noche menos en el hospital) y menor grado de ansiedad del usuario preintervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos.* Díez-Álvarez, Esther; Arrospide, Arantzazu; Mar, Javier; Álvarez, Uzuri; Belaustegi, Alazne; Lizaur, Belen; Larrañaga, Aintzane; Arana, Jose M. *Enferm Clin.* 2012;22:18-26.
2. *Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal.* Rodríguez-Cuéllar, Elías; Ruiz-López, Pedro; Alcalde-Escribano, Juan; Landa-García, Ignacio; Villeta-Plaza, Rafael; Jaurrieta-Mas, Eduardo. *Cir Esp.* 2004;76:237-44.
3. *Preparación intestinal selectiva en un programa de rehabilitación multimodal. Influencia en el confort preoperatorio y resultados tras cirugía colorrectal.* Roig, José Vicente; García-Fadrique, Alfonso; Salvador, Antonio; Villalba, Francisco L.; Tormos, Bárbara; Lorenzo-Liñán, Miguel Ángel; García-Armengol, Juan. *Cir Esp.* 2011; 89 :167-74
4. *Estudio prospectivo controlado y aleatorizado sobre la necesidad de la preparación mecánica de colon en la cirugía programada colorrectal.* Alcantara Moral, Manuel; Serra Aracil, Xavier; Bombardó Juncá, Jordi; Mora López, Laura; Hernando Tavira, Ruben; Ayguavives Garnica, Isidro; Aparicio Rodriguez, Oscar; Navarro Soto, Salvador. *Cir Esp.* 2009;85:20-5.

COMO AUMENTAR EL ÍNDICE DE SUBSTITUCIÓN EN CIRUGÍA PROGRAMADA (CMA)

Mir R., Parés D., Molina S., Gutiérrez J., Quilez J., Vargas I., García C., Grimal I.

Parc Sanitari Sant Joan De Déu (Sant Boi De Llobregat), Barcelona

INTRODUCCIÓN

Dada la situación económica actual y ante la dificultad, debido a los costes que genera, de disponer del recurso "cama de hospitalización convencional", los dispositivos ambulatorios, entre ellos la UCSI, dentro de un hospital de agudos han cobrado mayor importancia y trascendencia, en el HG del PSSJD se han realizado una serie de acciones organizativas para mejorar la eficiencia en la gestión de camas.

En el caso de la cirugía de Hemorroides, el % de pacientes intervenidos por CMA es menor que en otros procedimientos (ejemplo: Hernia inguinal) por diferentes motivos aunque hemos trabajado para mejorarlo.

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es citar las intervenciones/acciones de mejora realizadas en la cirugía de hemorroides para mejorar el índice de substitución y presentar los resultados obtenidos.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal durante 18 meses. (2º semestre del 2010, 1º semestre del 2011 y 2º semestre del 2011).

La muestra del estudio son los pacientes programados para IQ de hemorroides por el servicio de Cirugía General del PSSJD.

Las medidas instauradas son: Quirófano único de CMA, Cambios en la Terapia del Dolor, equipo asistencial experto y motivado...

RESULTADOS

Se observa que el % de los pacientes sometidos a IQ de hemorroides como CMA, ha ido en aumento en los últimos 18 meses.

2º semestre 2010 se realiza IQ sin ingreso hospitalario convencional en un 34,5%.

1º semestre 2011 pasamos a un 68, 2%.

2º semestre 2011 se consigue intervenir bajo el concepto de CMA a un 86%.

Acciones de mejora a nivel organizativo: Módulo quirúrgico de CMA de Cirugía en turno de mañana. (Consiguiendo de esta manera más horas antes del alta para la recuperación y control del dolor del paciente en la UCSI).

CONCLUSIONES

Una adecuada gestión en la planificación quirúrgica con la puesta en marcha de una serie de medidas organizativas disminuye la demanda del recurso "cama de hospitalización convencional" colaborando con el servicio de admisiones y siempre garantizando la calidad en los cuidados y la seguridad de nuestros usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Genové M, Santeularia T, Revuelta M. Dolor postoperatorio. En: Catalán, editor. *Manual del tratamiento del dolor*. 2ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2008.p.208–39.
2. Faiz OD, Brown Tj, Colucci G, Grover M, Clark SK. Trends in colorectal day case surgery in NHS Trusts between 1998 and 2005. *Colorectal Dis*. 2008;10:935–42.
3. Wexner SD. The quest for painless surgical treatment of hemorrhoids continues. *JAm Coll Surg*. 2001;193:174–8.

PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS, DESDE LA GESTIÓN COMPETENCIAL HASTA LA GESTIÓN DEL RIESGO

Pazos, M.C.; Groba, F.; Muñoz, M.A.
Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

En el entorno de una acreditación internacional diseñamos un mapa competencial que define las aptitudes y actitudes del profesional de enfermería en la Unidad de Críticos. Paralelamente procedemos a la implantación de un programa de gestión del riesgo clínico.

OBJETIVO

Combinar ambas estrategias encaminadas a minimizar el riesgo con un desempeño seguro del equipo de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos los criterios competenciales aplicados a la plantilla fija y eventual.

- 1) Se configura un mapa propio ajustado al plan estratégico del hospital siguiendo directrices de la Joint Commission.
- 2) Aplicamos el nuevo mapa sobre la plantilla estructural y eventual de la unidad.
- 3) Sobre este último grupo se establece un plan de acción personalizado dirigido a lograr la competencia plena.
- 4) Con los profesionales de nueva incorporación planificamos un plan de acción individualizado que abarca: tutorías e incorporación gradual del profesional en cuanto a autonomía, complejidad y turnicidad a la actividad de la unidad.
- 5) Paralelamente, diseñamos un cuadro de referentes con competencias medias que suplen la eventualidad no planificada.
- 6) Finalmente se determina la periodicidad para la reevaluación competencial y la evaluación del desempeño.

La gestión del riesgo clínico incorpora dos directrices: la identificación y análisis del riesgo y la reducción de eventos adversos.

El plan de acción se concretó en:

- A) Formación del 100% de médicos y enfermeras en herramientas de prevención y análisis de eventos adversos.
- B) Elaboración de un AMFE para 8 procesos críticos, sistema de registro informatizado de declaración de incidentes, diseñando y planificando con la dirección las acciones de mejora.
- C) Adaptación de los protocolos de prevención de infección nosocomial a la mejor evidencia disponible.
- D) Planificación de los objetivos diarios del paciente.
- E) Elaboración de un sistema de monitorización de indicadores de proceso y resultado con evaluación mensual, vinculados a incentivos de los profesionales.

RESULTADOS

- a) Realización de un mapa de riesgo clínico.
- b) Aumento del nivel competencial de la plantilla de enfermería.
- c) Descenso de la infección nosocomial (bacteriemia cero, neumonía asociada a ventilación mecánica)

CONCLUSIONES

Este plan de seguridad clínica se convierte en el gran catalizador de la filosofía de nuestro hospital.

El máximo impacto se evidencia en unidades en las que entre la competencia profesional del equipo de enfermería, la complejidad de los cuidados y los Eventos Adversos existe relación directa. Cabe destacar el alto grado de calidad y seguridad asistencial esperado y obtenido con este plan de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz Andrés JM, Requena Puche J, Gallardo Martínez D, Perez- Chacon Barragan F. Sistema de notificación y registro de sucesos adversos. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. editores. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Fundación Mapfre; 2008. p. 253–63.
2. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo, Enero 2009. World Health Organization.
3. Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva. Seguridad y Riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe Mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
4. www.seguridaddelpaciente.es
5. <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy>
6. www.patientsafetyfirst.nhs.uk
7. <http://www.msps.es>
8. <http://www.the.lancet.com>
9. <http://www.jacho.org>
10. <http://lhws.vHebrón.net>
11. Guedes V. Las competencias en las organizaciones del siglo XXI. Universidad Metropolitana de Venezuela: Epsilon libros; 2002
12. El capital humano y la gestión por competencias. Monografías. com
13. Irigoin M Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: Cinterfor; 2002.

OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA: ROLES ADOPTADOS EN EL EQUIPO DE TRABAJO DE UNA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA EN FUNCIÓN DE CADA UNO DE SUS MIEMBROS

Quilez, J.; Grimal, I.

Parc Sanitari Sant Joan De Déu, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas ha habido un aumento progresivo en la creación e implantación de equipos de trabajo en las organizaciones. Según cita Roca-Cortés en su artículo *"cambios en la actividad grupal de las fases de una innovación profesional"*, esta cuestión se ha abordado de múltiples formas y se han identificado varias dimensiones importantes, como por ejemplo que el rendimiento del equipo está relacionado con la comunicación, el clima del equipo, los modelos mentales compartidos, el tamaño del equipo, los factores individuales (incluidos los conocimientos, destrezas y habilidades de los miembros del equipo), la edad y la experiencia de los miembros del equipo, el equilibrio de las preferencias de los roles de equipo y como no, el liderazgo.

OBJETIVOS / HIPÓTESIS DE LA OBSERVACIÓN

- Identificar qué tipos de roles autopercebidos presentan cada uno de los miembros de los equipos directivos de enfermería de los hospitales "monográficos" de salud mental de la provincia de Barcelona.
- Analizar la existencia de equilibrio de roles en los equipos directivos de enfermería.
- Explorar la relación existente entre las características sociodemográficas / académico / laborales y las características de los roles de equipo autopercebidos en el contexto de equipo.

METODOLOGÍA DE LA OBSERVACIÓN

Me he planteado realizar una observación participante en 4 reuniones de supervisión realizadas entre los meses de enero, febrero y marzo de 2011. Sin informar al resto del equipo de dicha observación pues creo que esto aporta al trabajo el valor añadido que confiere cualquier estudio de campo en el que los sujetos observados no son conscientes de dicha observación.

El trabajo de observación participante ha consistido en observar y registrar los comportamientos de cada uno de los sujetos que configuran el equipo de dirección de enfermería y finalizada la reunión he utilizado una hoja de registro diseñada por Ercilia Olivera la cual evalúa los comportamientos de los integrantes de un grupo, está compuesta por 12 ítems y consta de una escala likert del 1 al 5 para cada ítem que va desde "casi nunca" a "casi siempre". Y también he ido anotando los rasgos de personalidad que adoptaban.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A raíz de los datos obtenidos observamos que la Directora es la que ostenta el rol de El Coordinador, el supervisor 3 el rol de El Impulsory el supervisor de la tarde como segundo rol también El Coordinador, el resto de supervisores se mueve entre los roles mentales y los sociales.

Entre las variables secundarias encontramos que:

- El sexo es una variable que influye en los resultados ya que el sexo femenino se ha decantado hacia los roles de El Cohesionador y El Implementador (a excepción de la Directora). Mientras que los hombres han puntuado más en los roles de El Evaluador, El Especialista y El Finalizador.
- La edad es una variable que también influye en los resultados obteniendo los sujetos de mayor edad (Directora y Supervisor de tarde) roles como El Coordinador, mientras que los sujetos con menor edad obtienen roles como El Implementador o El Cohesionador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reza JC. *Comprendiendo el estrés*. Revista *Administrate Hoy*. 2003; 114.
2. Belbin M. *Roles directivos: el porqué de su éxito o fracaso*. España: Ed. Associates; 1993.
3. Linton R. *Cultura y personalidad*. Madrid etc.: Fondo de Cultura Económica; 1976.
4. Yinger M. *Toward a field theory of behavior*. Mexico: MacGraw-Hill; 1965.
5. Katz D, Kahn RL. *Psicología social de las organizaciones*. 2a ed. México, D.F.: Trillas; 1989.
6. Peiró JM, Prieto F. *Tratado de psicología del trabajo*. Madrid: Síntesis; 1996.
7. Roca-Cortés N. *Cambios en la actividad grupal de las fases de una innovación profesional*. Revista *Psicología*. 2001;1(1):107-40.
8. Burns J. *Leadership*. New York: Harper Colophon Books; 1978.
9. Antonakis J, Cianciolo A, Sternberg R (eds.). *The nature of leadership*. Thousand Oaks: Sage; 2004.
10. Shamir B, House R, Arthur M. *The motivational effects of charismatic leadership: a self- concept based theory*. *Organ Sci* 1993; 4: 577-594.
11. Gardner W, Avolio B. *The charismatic relationship: A dramaturgical perspective*. *Acad Manag Rev* 1998; 23: 32-58.
12. Turner N, Barling J, Epitropaki, O, Butcher V, Milner C. *Transformational leadership and moral reasoning*. *J Appl Psychol* 2002; 87: 304-311.
13. Bass B. *From transactional to transformational leadership, learning to share the vision*. En: Steers R, Porter L, Bigley G, eds. *Motivation and leadership at work*. US: McGraw- Hill; 1996.
14. Bass B, Riggio R. *Transformational leadership*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2006.
15. Kamencik J. *Significance of a transformational leadership style in practice environments: Perceptions of nurse executives and mid level nurse managers [dissertation]*. Vanderbilt University; 2003.
16. Failla KR, Stichler JF. *Manager and staff perceptions of the managers leadership style*. *J Nurs Adm*. 2008 11;38(11):480-7.
17. DeGroot T, Kiker D, Cross T. *A Meta-Analysis to Review Organizational Outcomes Related to Charismatic Leadership*. *Revue Canadienne des Sciences de l'Administration/Canadian Journal of Administrative Sciences [serial on the Internet]*. (2000, Dec), [cited February 20, 2011]; 17(4): 356-371. Available from: EconLit.
18. Kane-Urrabazo C. *Managements role in shaping organizational culture*. *Journal of Nursing Management [serial on the Internet]*. (2006, Apr), [cited February 12, 2011]; 14(3): 188-194. Available from: CINAHL with Full Text.
19. Chang Y. *Nursing in Taiwan: Chinese philosophy impact on leadership styles and job satisfaction [dissertation]*. University of Wisconsin - Milwaukee; 2003.
20. Lucas V, Laschinger H, Wong C. *The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control*. *Journal of Nursing Management [serial on the Internet]*. (2008, Nov), [cited February 12, 2011]; 16(8): 964-973. Available from: CINAHL with Full Text.
21. López Martínez MP, *Roles desempeñados por las enfermeras en el ejercicio de la supervisión*. Revista *Metas de Enfermería*, 2000 28(3): 43-8.

NUEVOS TIEMPOS EN LA ATENCIÓN PERINATAL

Vázquez, L.; Jiménez, L.R.; Ouro, C.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

La puesta en funcionamiento de la atención perinatal en torno al bloque obstétrico culmina un proyecto multidisciplinar que ofrece asistencia a la mujer, al RN y a la familia en los períodos de embarazo, parto, puerperio y periodo neonatal.

La planificación de inversiones en infraestructuras y equipamiento tecnológico e informático de primera línea facilitan un desarrollo armónico de la Atención Perinatal.

Tomando como pilar básico de la gestión la máxima calidad asistencial por parte de todos nuestros profesionales, que se consigue con la motivación y el esfuerzo se obtienen unos buenos resultados de calidad. Debemos hacer partícipes de nuestros cuidados de forma dinámica y responsable al resto de los profesionales del centro, usuarios y sus familias

OBJETIVOS

Dar respuesta a la demanda de cambio en la asistencia. Humanizar el cuidado en la Atención Perinatal. Proporcionar intimidad durante la estancia hospitalaria. Fomentar la LM, favoreciendo el inicio desde el primer minuto de vida del RN.

METODOLOGÍA

Adecuación del Macroproceso de Atención Perinatal. Revisión bibliográfica. Observación directa de actividades. Encuesta de satisfacción a usuarias y profesionales.

RESULTADOS

El trabajo del equipo multidisciplinar: unidad de obstetricia, área de partos, área de neonatología garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia en todo el proceso de atención perinatal.

CONCLUSIONES

Se aproximan tiempos decisivos para el futuro de los servicios sanitarios, combinando nuestro esfuerzo personal y profesional con un clima de trabajo satisfactorio conseguiremos que la atención perinatal colme las necesidades asistenciales de la población y nos lleve a la consecución de nuestras expectativas humanas y profesionales.

El cambio impulsado en la atención perinatal, basado en la evidencia científica, debe girar en torno: A las necesidades de la mujer embarazada, recién nacido y familia. Ser respetuoso con la fisiología del parto potenciando el principio de autonomía de las mujeres. Promocionar la lactancia materna favorecida por el contacto piel con piel, informando sobre todas las ventajas que conlleva para el RN y para su madre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalla-t). 2010. Guía de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N°2009/01.*
2. *Pilar de la Cueva. Marta Parra, Angela Muller. Arquitectura Integral de maternidades. Material de apoyo a la estrategia de atención al parto. 2008.*

GESTIÓN ENFERMERA EN LA ASISTENCIA EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL A TRAVÉS DE LAS TICs

Fernández-Lasquetty, B.¹; Castillo, A.²; Lorente, G.²; Angulo, I.²

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Univ. de Alicante. ²Hospital General La Mancha - Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la adopción internacional en España ha progresado de una forma espectacular, convirtiéndose en menos de diez años en el segundo país receptor de niños.

La adopción internacional es una medida subsidiaria de protección a la infancia, para aquellos niños que no pueden encontrar una familia en sus países de origen y que también tienen derecho a ser queridos, cuidados y educados por unos padres, sin que su origen sea un obstáculo para ello.

Estos niños presentan con frecuencia problemas físicos, psíquicos y emocionales, consecuencia de no haber vivido nunca en un entorno familiar o de haber pasado largas temporadas institucionalizados sin haber recibido la atención necesaria.

La investigación llevada a cabo desde diferentes disciplinas, ha demostrado que la adopción internacional constituye en sí misma una realidad no exenta de problemas que requiere identificar las nuevas demandas de salud.

Actualmente el Servicio de Salud de Castilla La-Mancha (SESCAM) no cuenta con ningún recurso de teleasistencia dirigido a los padres y niños de adopción internacional.

OBJETIVO

Diseñar e implementar un programa de apoyo postadoptivo a los padres y niños de adopción internacional, desde la llegada del menor a la familia hasta los 18 años, por un equipo interdisciplinar con formación específica, coordinado por enfermería, ofreciendo una atención individualizada y continuada, con ayuda de las TICs, que permita la comunicación e interacción con las familias.

METODOLOGÍA

La primera fase será el diseño del programa de teleasistencia, creando para ello un grupo de trabajo interdisciplinar, formado por enfermeras, pediatras, psicólogos y trabajadores sociales, de cada una de las provincias de la comunidad autónoma de Castilla La-Mancha, liderado por una enfermera gestora.

El punto de partida será la formación teórico-práctica en el tema de la adopción internacional a estos profesionales, futuros formadores de sus compañeros, diseño de circuitos, elaboración de registros digitales, desarrollo de aplicativos informáticos, etc. El programa no requiere un aumento de la dotación de recursos humanos, materiales o espacios físicos de con los que se cuenta actualmente la red sanitaria del SESCAM.

Pósteriormente se formará al resto de profesionales y se llevará a cabo un pilotaje y evaluación del programa según la metodología de Avedis Donabedian.

El programa incluye consulta en el centro de salud, visitas a domicilio, comunicación virtual basada en la web 2.0, teleasistencia a través de webcam, blog de profesionales y familias, aplicativo informático online con estructura de wiki, comunicación telefónica, correo electrónico, teléfono de consulta permanente y videoconferencia con intervenciones específicas dirigidas a los padres y los niños.

RESULTADOS

Los resultados esperados son:

1. La capacitación de los padres para lograr con éxito el desarrollo e integración de los niños adoptados.
2. La satisfacción de los padres.
3. Una mejora del estado biopsicosocial de niño
4. Posicionar a la enfermera como profesional con capacidad para liderar, coordinar y dirigir este tipo de proyectos.

CONCLUSIONES

Se hace necesario la creación de recursos específicos y una revisión de los seguimientos postadoptivos actuales.

La enfermera, como profesional con un abordaje holista del cuidado de la persona es el profesional con capacidad para liderar, coordinar y dirigir este programa de teleasistencia.

En el siglo XXI, el planteamiento pasa necesariamente por la utilización de las TICs.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berástegui A. (2005). *La adaptación familiar en adopción internacional. Una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid*
2. Berástegui A. (2007). *La adaptación familiar en adopción internacional: un proceso de estrés y afrontamiento. Anuario de Psicología. Vol 38, nº2: 209-224*
3. Grau Quintana E. (2010). *La consulta en postadopción. AFIN Newsletter. Num 15: 22-23. Recuperado de <http://www.afin.org.es/134212/515.html>*
4. Marre D. (2010). *Las "necesidades especiales" en adopción internacional: una mirada desde la antropología. AFIN Newsletter. Num.15: 25. Recuperado de <http://www.afin.org.es/119712/515.html>*
5. McGuinness T. (1998). *Risk and protective factors in children adopted from the former Soviet Union. The Parent Network for Post-Institutionalized Children, 18: 1-5*
6. McGuinness T. & Pallansch L. (2000). *Competence of children adopted from the former Soviet Union. Family Relations, 49 (4), 457-465*
7. Mora Vals R. (2010). *Retos inmediatos y de futuro en la integración de la adopción. AFIN Newsletter. Num 15: 17-18. Recuperado de <http://www.afin.org.es/134212/515.html>*
8. Oliván G. (2001). *Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. An Esp Pediatr . Vol.55, num. 2: 135-140*

REORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL, ASISTENCIAL Y DE RECURSOS DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Pérez, M.J.; Moreno, A.; Ferreira, M.J.; Vilanova, F.J.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

El día 1 de Enero de 2011 se produce la transferencia por parte de la Diputación del Hospital Psiquiátrico de San Rafael al Servicio Gallego de Salud, esta transferencia afecta a profesionales y pacientes. La transferencia que se realiza incluye a 154 pacientes y 104 profesionales, de los cuales 61 son personal de enfermería. Se abre por tanto una nueva etapa para todos, en la que es preciso realizar una reorganización estructural, asistencial y de recursos en un nuevo entorno.

MATERIAL Y MÉTODO

Reorganización estructural:

- La transferencia implica un cambio de ubicación en cuanto a estructura se refiere.
- Es necesario trasladar a los pacientes a un centro con unas condiciones adecuadas. Entre las opciones barajadas, se opta por la más favorable consistente en trasladarlos al Hospital de Calde, recientemente cerrado por cesar en su actividad.
- Se inicia por tanto un período de adecuación de las instalaciones previo al traslado.

Reorganización asistencial y de recursos:

- En primer lugar se inicia una valoración de todos los pacientes, y a través de la trabajadora social se derivan a centros sociosanitarios a aquellos que por su situación clínica no son candidatos a permanecer en un centro psiquiátrico. De los 154 iniciales se trasladaron 73.
- En el antiguo centro los pacientes estaban ubicados en pabellones, hombres y mujeres, no había una distribución ligada a la clínica, y la atención prestada por parte del personal de enfermería no iba ligada a la distribución por pacientes.
- Se crean por tanto tres unidades: Cuidados Especiales, Rehabilitación y Cuidados Residenciales, de manera que los pacientes estarán ubicados en la unidad que le corresponda en relación a su estado clínico.
- La asignación de profesionales se realiza por unidades y se trabaja por pacientes. Todos los pacientes se tratan en las sesiones intraunidad (estadillo) por un equipo multidisciplinar.
- Se produce una reorganización funcional de los talleres y del gimnasio, con el fin de tener actividades variadas a lo largo de todo el día.
- Los pacientes han empezado a asumir responsabilidades: fuman fuera del centro, riegan las plantas de los dos invernaderos del centro...
- Se potencia la figura del "prepiso". Es un piso ubicado en el centro, en el que los pacientes considerados en fase de rehabilitación y externalizables aprenden a realizar independientemente actividades de la vida diaria.
- Se organizan salidas programadas a la ciudad, ya que el Hospital de Calde se encuentra a las afueras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Debido a que el traslado del centro se realizó en 15 de Febrero de 2012, estamos aún en una fase muy inicial para aportar resultados sólidos, pero sí estamos convencidos de que vamos por el buen camino.

La implicación, con un alto grado de motivación, de todo el personal del centro, la buena adaptación por parte de los pacientes a las nuevas instalaciones y a la nueva reorganización asistencial, la satisfacción de las Asociaciones de Pacientes de Salud Mental, nos hacen pensar que la continuidad de cuidados a estos pacientes permitirán la incorporación de muchos de ellos a la sociedad, el fin de todo hospital rehabilitador.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Bobes, M. Bousoño. *Enfermería Psiquiátrica*. 1999; Editorial: SÍNTESIS;
2. Gaiw Suart y Michele T. Larair. *Enfermería Psiquiátrica Principios Y Práctica*. 2006; Edit. Elsevier Mosby
3. Louise Rebrinca Shives. *Enfermería Psiquiátrica Y De Salud Mental Conceptos Básicos*. 2006; 6ª Ed.; Edit. Interamericana.

IDENTIFICACIÓN Y UNIFORMIDAD DEL PROFESIONAL: ASPECTOS CLAVE PARA LA SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Ortuño, I.; Bermejo, C.; Gómez de Enterría, C.; Hernández, M.T.; Muñoz, D.; Dueñas, C.; Fernández, E.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La satisfacción del paciente supone una ponderación del efecto derivado de la atención sanitaria recibida que se ha relacionado de manera directa con la adherencia terapéutica del paciente e incluso con la continuidad de cuidados^{1, 2}.

Muchos son los parámetros, variables y encuestas evidenciadas en metodología de aproximación a la satisfacción del usuario que se utilizan en nuestro medio, destacando en España SERVQHOS³ y su adaptación sanitaria SERVQUAL^{4,5}. En la Comunidad de Madrid ha sido utilizada esta última adaptación, habiendo obtenido resultados dispares en cuanto a identificación y conocimiento del profesional de enfermería por parte del usuario.

OBJETIVOS

- Describir el grado de identificación del profesional y el uso de uniformidad apropiada.
- Describir el impacto en el paciente de las mejoras introducidas en relación a la identificación y uniformidad del profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras recibir los resultados de la encuesta de satisfacción de la Comunidad de Madrid para el hospital, se procedió a reunir un grupo de profesionales que estableció la siguiente metodología:

- Se elaboró una revisión bibliográfica multibase (ENFISPO, CUIDEN, CINHAL y MEDLINE) con el fin de aglutinar experiencias similares que evaluaran los aspectos que se consideran en el trabajo.
- Junto con el protocolo de identificación y uniformidad del hospital, se seleccionaron los ítems que iban a ser evaluados.
- Mediante observación por parte de las Supervisoras de Unidad, se evaluaron los parámetros seleccionados en la totalidad de los profesionales dependientes de la Dirección de Enfermería.
- Evaluados los resultados, se implantaron estrategias de formación y difusión en relación a los protocolos de correcta identificación y uniformidad.

Los resultados fueron calculados y analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0, mostrando las tablas de frecuencia y porcentajes.

RESULTADOS

La correcta identificación ha ido aumentando desde un 76,3% en junio de 2010 hasta encontrarse en un 87,6% en noviembre de 2011, siendo mayor el cumplimiento entre las enfermeras que en auxiliares de enfermería o técnicos especialistas.

En cuanto a la uniformidad, esta partía de un 94.6% en el primer corte en 2010 y ha evolucionado hasta el 98,5% en la última evaluación, siendo los mejores resultados los obtenidos por las auxiliares de enfermería.

La satisfacción global del paciente ha crecido en el mismo período desde un 89.9% a un 93.2%. No obstante, el porcentaje de pacientes que no conocen el nombre del profesional de enfermería es de un 50,6%.

CONCLUSIONES

Dado que la utilidad de evaluar la satisfacción es identificar aspectos de mejora, se considera que las acciones implantadas en la información y difusión de la necesidad de una correcta identificación y uniformidad han tenido un impacto positivo en la evaluación de dichos ítems y, es posible, que con la satisfacción global del usuario, aspecto este que permitirá diseñar futuras líneas de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bell R, Krivich J, Boyd MS. Charting patient satisfaction. *Mark Health Serv.* 1997; 17: 22-29.
2. Tasso K, Behar-Horenstein LS, Aumiller A, Gamble K, Grimaudo N, Guin P et al. Assesing patient satisfaction and quality of care trough observation interview. *Hospital topics: researchs and perspectives on healthcare.* 2002; 80: 4-10.
3. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Med Preventiva.* 1998; IV: 12-8.
4. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing.* 1988; 64: 12-40.
5. Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Brugos-Llamazares V, Gómez-Acebo I, Llorca J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales Sis San Navarra.* 2009; 32(3):317-25.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON EL CUIDADO DEL PACIENTE EN LA UCI

Campos, M.D.; Lacasaña, P.; Ros, M.; Cánovas, P.; Ramírez, A.; Ballesteros, M.J.; García, I.; Sánchez, N.
IB-SALUD. Hospital Can Misses, Unidad de cuidados intensivos, Baleares

INTRODUCCIÓN

Evaluar el trato del personal sanitario hacia el paciente percibido por el familiar.

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Can Misses en sus diferentes aspectos.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Recogida de datos demográficos de pacientes y familiares.
2. Encuesta para la valoración del grado de satisfacción en la UCI de los familiares en los siguientes apartados:
 - Trato del personal sanitario hacia el paciente percibido por el familiar.
 - Trato del personal sanitario hacia el propio familiar.
 - Valoración de aptitudes y actitudes del personal médico y de enfermería hacia el paciente y familiares.
 - Valoración de las dependencias de la UCI.
 - Valoración de la información recibida e implicación en la toma de decisiones que afectan al paciente.
3. Se realiza encuesta a los familiares en el periodo de 24-48 horas previas al alta del paciente del servicio de UCI.
4. Análisis de los datos obtenidos mediante estudio descriptivo basado en la encuesta SF-UCI (24) año 2011 en el período de octubre a diciembre.

RESULTADOS

Se han obtenido resultados satisfactorios con respecto al trato con el personal sanitario y la integración en la toma de decisiones del paciente, así como una adecuada información.

CONCLUSIONES

La UCI del Hospital Can Misses trata mayoritariamente población adulta y en período de recogida de los datos predomina en los pacientes el sexo femenino y en los encuestados los familiares de primer grado, esposos e hijos.

El grado de satisfacción de los familiares en cuanto se refiere al trato recibido por el personal médico y de enfermería, habilidades, competencias y comunicación es altamente valorado.

El nivel de valoración sobre la información recibida en sus diferentes acepciones, la implicación en el proceso de toma de decisiones que afectan al paciente y la implicación del familiar en el tratamiento del mismo es percibido por el familiar como altamente satisfactorio.

En lo referente a las dependencias, el ambiente en la unidad es altamente satisfactorio, mientras que en la sala de espera tanto el ambiente como sus dependencias son catalogadas con un grado de satisfacción bastante menor.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Necesidades de los familiares en una unidad de cuidados críticos.* F. Llamas-Sánchez; J. Flores-Cordón; M. E. Acosta-Mosquera; J. González-Vázquez; M. J. Alba-Marín; C. Macías-Rodríguez. *Revista de enfermería intensiva* Vol. 20; ISSUE 2 Jun 2009; Pág. 50-57
2. *Cuidando a la familia en uci.* García Navarro S, Fernández Vázquez M, Cumbreira Díaz EM, Morano Torrecusa MJ, Alfonso Pérez D, Contreras Pereira I. *Biblioteca Lascasas*, 2007
3. *Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos.* Blanca Gutiérrez, J.J., Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M., Ramírez Pérez, M.A.
4. *What is important for the family of patients in the intensive care unit?.* Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. 2007; *Enferm Intensiva* 18:106-14.
5. *Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions.* Maxwell KE, Stuenkel D, Taylor C. *Heart Lung*. 2007;36:367-76.
6. *Relatives' experiences in intensive care.* Agard AS, Harder I. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23:170-7.

LA GESTIÓN DE LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Ramos, J.; Ortega, J.J.; Sebastián, T; Gómez, P.M.; González, J.M; García, M.R.; Lema, I; Velayos, E.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

INTRODUCCIÓN

Con el paradigma de la complejidad, Morín propone una reforma del pensamiento con la finalidad de integrar contextos, conocimientos y aprendizajes. Desde este prisma, adaptado al pensamiento enfermero, analizamos y comparamos la complejidad de los cuidados para mejorar la forma de gestionarlos.

OBJETIVOS

- Describir y analizar la complejidad de los cuidados que realizan las enfermeras que trabajan en las unidades de hospitalización médica en Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Proponer mejoras que repercutan en una valoración más integral de la complejidad de cuidados y en la asignación de recursos asistenciales.

METODOLOGÍA

- Estudio retrospectivo de 4 meses.
- Análisis de la complejidad de los pacientes atendidos en unidades médicas del Hospital Universitario de Fuenlabrada, desde enero a abril del año 2010, a través de distintos indicadores:
 - Pacientes con nivel 4 según el formulario Niveles de Dependencia (Proyecto Signo II).
 - Pacientes con riesgo muy alta en la escala Norton
 - Unidades de Complejidad Hospitalaria
 - Peso de la unidad
- Estudio observacional descriptivo. Corte transversal
- Valoración de los Niveles de Dependencia de 135 pacientes ingresados en las 4 unidades de hospitalización médica entre el 12 y 13 de mayo.
- Panel de enfermeras expertas. Propuestas de mejora
- Priorización de los cuidados que, a su juicio, son más complejos (habilidad práctica y consumo de tiempo) y propuesta de nuevos parámetros que valoren la complejidad de los cuidados

RESULTADOS

Estudio Retrospectivo

- El porcentaje de los pacientes con el nivel máximo de dependencia, hasta un máximo del 10%, no se correlaciona con las UCH, peso de la unidad ni con el riesgo de desarrollar UPP.
- No existe un mayor porcentaje de pacientes más complejos en la comparación de las distintas unidades de hospitalización. La distribución de la mayor complejidad es aleatoria
- Existe una media de 5-6 pacientes con ese Nivel IV de dependencia en cada unidad de hospitalización.

Estudio Descriptivo

- Se han estudiado el 96,29 % de los ingresados
- El porcentaje de pacientes con nivel 4 de dependencia ha fluctuado en las unidades entre un 2,94 % y un 14,71 %.
- En el estudio de campo se valoraron un total de 11 pacientes clasificados como de nivel máximo de dependencia.
- El porcentaje de pacientes con nivel 4 ya ingresados y los recién ingresados ha sido similar

Propuestas de mejora

Las enfermeras asistenciales recomiendan valorar de forma particular la monitorización continua, la administración de cistostáticos, el apoyo emocional/duelo, la comunicación terapéutica y los cuidados de los pacientes con distintos tipos de aislamiento.

CONCLUSIÓN

Es importante valorar la complejidad de cuidados para realizar una buena clasificación de pacientes y asignación de camas.

La dotación de plantillas tiene que tener en cuenta las valoraciones de los cuidados complejos definidos por los profesionales asistenciales. Una mejor distribución podría disminuir la estancia media y la probabilidad de aparición de efectos adversos.

Las soluciones argumentadas a problemas complejos podrían aumentar la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales

BIBLIOGRAFÍA

1. Bertrán C et al. *Análisis de la actividad enfermera con el PROJECT RESEARCH NURSING (PRN). Metas de Enfermería sep 2003; 6(7): 50-53*
2. Brea P, Pérez Y. *Implementación del modelo Signo II para la gestión analítica de enfermería. Metas de Enfermería. 1999. (21): 33-38.*

HACIA UNA NUEVA GESTIÓN DEL CUIDADO EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

LLinas M., Sevillano M., Badia R., Carballo M., Alegre J., López D., Martínez M.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas representan una importante limitación de la calidad de vida de las personas que las padecen. La fragmentada gestión de nuestro Sistema de Salud, orientada a pacientes agudos y especialidades, nos hace reflexionar hacia una transformación con modelos de atención a la cronicidad, más centrados en el paciente, que incluyan la dimensión no sólo física, sino también emocional, social y familiar.

Un claro ejemplo de la repercusión de una enfermedad crónica sobre la calidad de vida, es el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), que se define como una entidad clínica compleja caracterizada por: fatiga extenuante, fuerza muscular reducida, dolor, alternaciones de la concentración y memoria, ansiedad y depresión.

Los Programas de Educación para la Salud (EpS) deben facilitar a estos pacientes encontrar las mejores respuestas adaptativas a su enfermedad que repercutan en su calidad de vida. Enfermería tienen un papel fundamental en la atención del SFC.

OBJETIVO

Evaluar la eficiencia de un programa de intervención enfermera EpS en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica y su repercusión en la mejora de su calidad de vida.

MÉTODO

Ensayo clínico, prospectivo, aleatorizado, controlado y paralelo, en muestra de 55 pacientes (30 grupo control/25 grupo intervención).

Análisis de diversas variables sociodemográficas, características clínicas de la enfermedad e impacto de esta en la calidad de Vida a través de la implementación de escalas y cuestionarios pre-y post estudio: valoración del Impacto de Fatiga (escala EMIF,EVA), Calidad de Vida (SF-36), Dolor (escala EVA), Trastornos del sueño (escala Pittsburgh) y Ansiedad-Depresión (escala HAD). Aplicación de un programa de Educación para la Salud a lo largo de 12 meses, con citas periódicas por parte de Enfermería, sólo al grupo intervención (GI).

RESULTADOS

En el GI objetivamos una disminución significativa en puntuaciones de dolor, fatiga y depresión (p

BIBLIOGRAFÍA

1. Morales FJ. *Introducción a la psicología de la salud*. México, Editorial Unison. 1997.
2. Pastor Oliver JF, Belenguer Prieto R, Pino Montes J. *Fibromialgia*. En: Ramos Casal M, et al. *Enfermedades sistémicas y reumatológicas*. Barcelona: Ed. Masson, 2005. p. 531-560 Strauss SE. *Síndrome de fatiga crónica*. En: *Harrison Principios de 3. Medicina Interna, 16ª edic*. Barcelona: McGraw Hill edit, 2804-2805.
4. Engleberg NC. *Síndrome de Fatiga Crónica*. En Mandell, Douglas y Bennett. *Enfermedades Infecciosas*. Buenos Aires. Ed. Panamericana, 5ªed;2002:1871-1877.
5. Pastor Oliver JF, Belenguer Prieto R. *Fibromialgia y Fatiga Crónica*. En: Ramos Casal M et al. *Enfermedades Sistémicas y Reumatológicas*. Barcelona: Ed. Masson;2005:531-560
6. Fukuda Fukuda, K, Straus, SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. *The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study*. *International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann Intern Med* 1994; 121:953-959.

PROYECTO DE MEJORA DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS CUIDADORAS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA

Zurita A.J.; Villegas M.; Vilchez S.; Peña D.; Ortiz M.J.; Rivas A.; Gonzalez P.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

La alta estancia media de los pacientes de la Unidad de Gestión del servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, en datos de 2011 en 17 días, junto con el alto grado de dependencia de los mismos, hace que esta unidad sea especialmente exquisita en lo relacionado con el cuidado. Sin duda, la buena coordinación entre enfermera-paciente-cuidadora es clave para garantizar una correcta calidad asistencial.

En esta unidad las cuidadoras denotan un grado de satisfacción bajo en relación a los planes instaurados en nuestro centro y por otro los profesionales de enfermería no las reconocen como paciente al que hay que cuidar.

OBJETIVOS

Podemos definir diferentes objetivos pero siempre sin perder de vista uno principal que es para el que se desarrolla el proyecto:

- Mejorar el Nivel de Satisfacción con la atención sanitaria de las personas reconocidas como cuidadoras en la Unidad de Rehabilitación.

Para ello definiremos como objetivos a corto plazo para cuidadores:

- Hacer partícipes en los cuidados a las cuidadoras familiares.
- Garantizar el conocimiento del Plan Funcional para personas Cuidadoras por parte de las mismas.
- Minimizar el estado de agotamiento, stress, y depresión que puedan aparecer en las cuidadoras familiares.

Y objetivos a corto plazo para profesionales

- Implicar a los profesionales en el proceso de cambio de la unidad.
- Divulgación del Plan Funcional para personas cuidadoras del HUVN entre profesionales.
- Reforzar la Educación para la Salud en la Unidad.
- Adaptación física de la Unidad.

Además de objetivos a medio plazo:

- Instaurar mecanismos de apoyo motivacional a las Cuidadoras reconocidas.
- Evitar la variabilidad de criterios de actuación mediante procedimientos normalizados de trabajo.

METODOLOGÍA

Para conseguir estos objetivos realizamos dos técnicas de análisis de la situación a través de un Grupo Focal realizado con cuidadoras de la unidad, y un análisis DAFO con los profesionales. Con las CONCLUSIONES obtenidas hemos planificado un Plan de acción para conseguir llegar a los objetivos específicos y al general de Mejorar el nivel de satisfacción de las cuidadoras de la Unidad de Rehabilitación.

Con relación al Grupo Focal se mantiene una reunión de 1 hora de duración en el mismo hospital junto con 8 cuidadoras siendo la moderadora la responsable de Formación Continuada del Hospital, con el fin de que no se vean condicionadas en la reunión con profesionales del servicio.

Se graba el audio de la reunión, se preparan preguntas estímulo que favorezcan la participación sobre identificación, acogida, descanso e información sanitaria, siendo transcrita la reunión obteniendo las siguientes CONCLUSIONES:

1. Sensación generalizada de abandono del cuidador durante el ingreso.
2. No reconocimiento por parte de los profesionales.
3. El Plan Funcional de Cuidadoras lo conocen de forma extraoficial.
4. Cuidadora = se hace cargo a tiempo completo del familiar.
5. Folleto informativo no adaptado al lector.
6. Desconfianza en el cuidado.

Sobre el DAFO se realiza con 8 profesionales del servicio de Rehabilitación teniendo en cuenta que sean profesionales que lleven más de 1 año de antigüedad en el servicio. Es convocada por la supervisora del unidad y se realiza durante 2 horas. Se utiliza como pregunta clave "¿Cuáles consideras que son los cinco factores más importantes de Oportunidades, Amenazas, Fortalezas y Debilidades que pueden incidir en mejorar el nivel de satisfacción de las cuidadoras familiares de vuestra Unidad?" obteniendo la siguiente tabla DAFO:

ANÁLISIS DAFO			
DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desmotivación. ○ Conocimientos deficientes sobre Plan de Cuidadoras ○ Escasa información terapéutica a cuidadora. ○ Necesidad de comunicación interprofesionales. ○ Escasa transmisión de información de salud del paciente de forma bidireccional. ○ Antigua estructura arquitectónica de la planta ○ Falta de intimidad ○ Frustración alta del familiar por el proceso ○ Masificación de visitas en horario de tardes ○ Necesidad de formación en tecnologías de la información (TIC). ○ Ausencia de talleres motivacionales ○ No hay psicólogo en la Unidad 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Control presupuestario estricto y en aumento. ○ Normalmente, no aceptación de la enfermedad durante el ingreso. ○ Aumento de la demanda de Atención. ○ Limitado apoyo familiar. ○ Cada vez más ingresos de pacientes culturalmente diferentes a la nuestra. ○ La Crisis económica no permite adaptación del domicilio ○ No aceptación de la información dada. 	AMENAZAS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Existencia de Plan Funcional para personas Cuidadoras del HUVN ○ Entrevista informal tras fin de semana con cuidadora. ○ Disponibilidad de tarjetas de cuidadoras. ○ Folleto informativo. ○ Estancia Media alta ○ Experiencia profesional. Plantilla estable ○ Reconocimiento de necesidad de mejora. ○ Conciencia de Grupo con ausencia de conflictos. ○ UGC. ○ Acreditación de Profesionales. ○ WIFI gratuito 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisora de Cuidados ○ Plan de acogida del servicio ○ Mejora del circuito de asignación de tarjeta a la cuidadora. ○ Educación para la Salud previo al alta de la Unidad. ○ Realización de actividades lúdicas en la tarde ○ Utilización de redes sociales ○ Planteamiento de reforma estructural de la unidad. 	OPORTUNIDADES
FUERZAS INTERNAS		FUERZAS EXTERNAS	

RESULTADOS

Tras análisis de Grupo Focal y DAFO obtenemos 14 estrategias a ejecutar como plan de acción para conseguir la mejora del nivel de satisfacción de las cuidadoras.

Las 14 estrategias definidas son las siguientes:

- 1ª. "Revisión del Plan Funcional de Cuidadoras del Hospital."
- 2ª. "Definir plan de formación y comunicación del Plan Funcional de Cuidadoras del Hospital a profesionales del servicio"
- 3ª. "Definir una estrategia de comunicación del Plan Funcional de Cuidadoras del Hospital a las propias cuidadoras"
- 4ª. "Programa de Educación para la salud estandarizado"
- 5ª. "Definir y cumplir horario de pase de sala e información médica"
- 6ª. "Conseguir convenio con la Universidad de Granada para formación en prácticas de alumnos del Experto de Artemediación"
- 7ª. "Crear una Guía cultural de actividades subvencionadas"
- 8ª. "Crear documento por profesionales/cuidadoras del servicio con medidas específicas de mejora de la intimidad del paciente"
- 9ª. "Incorporación de apoyo psicológico a cuidadoras/pacientes/profesionales"
- 10ª. "Redefinir la utilización de espacios del Servicio para garantizar habitaciones individuales y dobles"
- 11ª. "Proyecto de mejora del interiorismo de la unidad"
- 12ª. "Creación de una red social a través de las TIC que sea un nexo de comunicación y apoyo entre profesionales/pacientes/cuidadoras"
- 13ª. "Garantizar asignación de Enfermera Referente y realización de Plan de Cuidados al 100% de los pacientes ingresados en la Unidad"
- 14ª. "Procedimiento de captación temprana por parte de Gestora de Casos y Trabajadora Social"

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuesta Benjumea, Carmen de la. "Familia y cuidados a pacientes crónicos: el papel de la enfermera en el cuidado familiar". *Índex de Enfermería*. Vol. 10, n. 34 (otoño 2001). ISSN 1132-1296, pp. 20-26
2. Isla Pera, Pilar. "El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia". *Cultura de los cuidados*. Año IV, n. 7-8 (1. y 2. semestre 2000). ISSN 1138-1728, pp. 187-194
3. García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada Y Maroto-Navarro, Gracia. *El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres*. *Gac Sanit [online]*. 2004, vol.18, suppl.2, pp. 83-92. ISSN 0213-9111.
4. Chang BI, Brecht M-L, Carter Pa. Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health*. 2001; 33(1-2):39-61.
5. Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. *Boja* nº 52. 2002, pp. 7127-7134.
6. Becerril Ruiz, Diego; Ruiz Benítez, Berta. *Redes familiares y atención a la Dependencia en Andalucía*. Sevilla. Instituto de Estadística de Andalucía. 2008
7. *Plan de Mejora de la Atención a Cuidadoras de Grandes Discapacitados en Atención Primaria y en Atención Especializada*. Dirección Regional de desarrollo e innovación en Cuidados, Dirección General de Asistencia Sanitaria. Mayo 2005.
8. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *BOE* nº 299. 15/12/2006, pp. 44142-44156. Referencia: BOE-A-2006-21990
9. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*. 2003 2003; 18:250-67.
10. Alcarria Rozalén, Antonio; Alfaro Espín, Antonia; Barnes Martínez, Ana, et al. *Sin respiro. Cuidadoras familiares: calidad de vida, repercusión de los cuidados y apoyos recibidos*. Talasa Ediciones, Madrid 2011. ISBN 978-84-96266-36-0
11. *Plan Funcional de personas Cuidadoras en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves*. Año 2010. ISBN-13: 978-84-693-4074-5. Nº registro: 10/64753
12. Quero Ruffián, A. *Los cuidadores familiares en el Hospital Ruiz de Alda de Granada*. Tesis Doctoral. Granada. Universidad de Granada; 2007.
13. Quero Ruffián, A.; Briones Gómez, R.; Prieto Rodríguez, Ma. Et al. *Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de Traumatología y Rehabilitación*". *Nure investigación* nº 9 Octubre 2004. www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original9.pdf
14. Martín Burriel, Mª Ángeles; Perera Solans, Paloma; Altarribas Bolsa, Elena; Serrano Trillo, Inmaculada. *Necesidades de los cuidadores familiares de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza*. *Biblioteca Lascasas*, 2009; 5(6). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0490.php>
15. Gil-Gardá E., Escudero-Carretero M, Prieto-Rodríguez Ma, Frías-Osuna A. *Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración*. *Enferm Clin*. 2005;15(4):220-6.
16. Blanca Gutiérrez, Joaquín Jesús; Muñoz Segura, Rafael; Caraballo Nuñez, Miguel Ángel, et al. *La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras*. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2008 Jun [citado 2012 Mar 26]; 17(2): 106-110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000200006>.

REINVENTAR LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN ENFERMERA

Álvarez, O.; Vicente, M.; Nicolas, T.; Jose María, P.; Santa María, M.A.; Martínez, J.A.; Tomé, E.; Bodas, M.

Hospital de Mollet, Barcelona

En el Hospital de Mollet en el año 2011 se plantea la necesidad de reinventar la prestación de cuidados enfermeros y a la vez humanizar la atención que se le presta a las personas. Se elabora un plan estratégico y operativo sustentado en tres pilares: repensar el contenido de la práctica enfermera, potenciar el desarrollo de la competencia e impactar sobre el contexto en que se desarrolla la práctica enfermera.

Para iniciar la implantación del proyecto se priorizó hacerlo en las unidades de hospitalización que constan de 160 camas (tres medico-quirurgicas y una sociosanitaria).

Las acciones más importantes realizadas y que recoge el plan han sido:

Repensar el modelo de atención enfermo que posibilitará la prestación de una atención centrada en la persona, humanizada y en coherencia con los valores de la organización. Se creó un grupo de enfermeras expertas para consensuar cómo complementar el modelo humanista con los valores de la ética del tener cuidado.

Rediseñar los registros enfermeros contextualizándolos al modelo adoptado y utilizando una metodología estandarizada común a todas las enfermeras. Se crearon las valoraciones enfermeras en función del modelo. Se ha elaborado el plan enfermero de cuidados, que determina la atención básica que consideramos que ha de recibir una persona independientemente del diagnóstico médico. Pone especial énfasis en la homogenización de la prestación de cuidados, basados en la evidencia científica y con la actualización asociada de los procedimientos enfermeros que se derivan del plan. El hecho de utilizar una taxonomía en la elaboración del plan de cuidados básico, nos permite introducir el concepto de reflexividad en la práctica enfermera y de poder evaluar las intervenciones enfermeras en resultados de salud de las personas que atendemos.

Desaprender para volver a aprender. Todo este proceso ha requerido de formación específica en metodología enfermera, asesoramiento individualizado para conceptualizar según el modelo, grupos de consenso, grupos de trabajo para monitorizar la implementación y poder evaluar los resultados enfermeros obtenidos.

Que nos ha posibilitado a día de hoy el cambio de modelo y la estandarización del proceso de atención enfermero: poder determinar las necesidades de las personas que atendemos de mejor manera, participar en procesos de benchmarking, poder evaluar las intervenciones enfermeras en resultados de salud, adoptar un lenguaje común y profesionalizador, orgullo de pertenencia al proyecto.

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UCI SEGÚN UNA CARTELERA DE COLORES

Gutiérrez Moeda, E.; Gómez Martínez, R.; Vázquez González, J.A.

Hospital Universitario Lucus Augusti/Sergas, Lugo

INTRODUCCIÓN

Uno de los requisitos y criterios de organización de la UCI imprescindibles para garantizar la atención del paciente es la asignación de una enfermera responsable de la atención al paciente por turno. La relación paciente/enfermera dependerá del mix de complejidad de los pacientes atendidos en la Unidad.

OBJETIVOS

- Proporcionar al paciente atención integral e individualizada de enfermería.
- Distribución equitativa del personal.
- Rotación del personal de modo coordinado por todos los boxes de la Unidad.

METODOLOGÍA

- Creación de una cartelera de turnos coloreada, de manera que cada color supone la asignación de 2 ó 3 pacientes por enfermera y de 4 pacientes por TCAE.

RESULTADOS

- La atención de enfermería es individualizada.
- Su principal ventaja es que se favorece la interrelación enfermera-paciente.
- El paciente conoce a la enfermera y técnico de cuidados auxiliares que le proporcionarán cuidados durante el turno.

CONCLUSIONES

Con la introducción de la cartelera de colores como método de asignación de pacientes, el relevo de enfermería no se demora ya que cada enfermera sabe exactamente qué pacientes le corresponden en ese turno.

La enfermera lleva los mismos pacientes durante un mismo ciclo, favoreciendo la continuidad de cuidados. Este método no evita que la supervisora evalúe junto con el personal, las cargas de trabajo y a veces, sea necesario redistribuir al personal en función de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. 2010. Ed.: Ministerio de Sanidad y Política Social.

INFLUENCIA DE ASPECTOS ÉTICOS Y MORALES EN LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE MUERTE

Prados, D.; Sola, D.; Anaya, R.; Nieto, E.; Romero, A.; Gómez, A.

Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Servicio Andaluz de Salud, Granada

INTRODUCCIÓN

La relación enfermera/paciente debe fundamentarse en el respeto a la dignidad humana.

Desde la ética el respeto por la vida, dignidad y derechos del ser humano, deben ser condiciones esenciales de los profesionales de enfermería. Capacidad de liderazgo, conocimiento actualizado, espíritu innovador, creativo y actuar bajo el prisma de una adecuada conciencia ética para la toma de decisiones. Esta debe ser la base que sustente las actuaciones de un profesional gestor de enfermería.

Bioética es ciencia que estudia problemas éticos que surgen en la aplicación de la ciencia y la técnica en los ámbitos de la salud. Los principios de la Bioética, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, son normas básicas que deben guiar la práctica profesional de las ciencias de la salud.

Para la prestación de cuidados el contexto organizativo está influido por decisiones de gestión y toma de decisiones, directamente relacionado con el nivel de competencia de cada profesional. En la práctica existen múltiples visiones sobre una misma situación, que precipitan dilemas éticos en los que la enfermera gestora deberá actuar.

Gestionar el equilibrio entre valores y prioridades en el marco del cumplimiento de principios empresariales de eficiencia, efectividad y productividad puede chocar con valores profesionales de respeto a dignidad, equidad, beneficencia, calidad y seguridad. Se requieren enfermeras gestoras con elevado grado de competencia ética capaces de abordar la emergencia de dilemas que surgen en la práctica.

OBJETIVOS

- Conocer la influencia de los valores éticos en el modelo gestión de los supervisores de enfermería del área de encamación.
- Identificar posibles diferencias en el manejo de los pacientes/familiares en proceso de muerte, en el equipo de trabajo.
- Valorar el grado de conocimiento de la ley y su aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal. Elaboración de cuestionario con 6 preguntas cerradas y 4 abiertas. Cuestionario cumplimentado supervisores de enfermería de Hospitalización, H.U.San Cecilio. Tamaño de muestra: 20 encuestas.

RESULTADOS

- Para el 95% los valores éticos de los gestores, influyen en el modelo de gestión. 90% consideran que sus propios valores éticos influyen en su modelo de gestión.
- 80% observan diferencias en manejo y atención a pacientes en proceso de muerte en equipo de trabajo.
- Los supervisores prefieren en un 45% que estos pacientes sean atendidos en una unidad específica de cuidados paliativos.
- 85% refieren conocer la ley andaluza "de muerte digna". 60% contestan que no se cumple en referencia a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

CONCLUSIONES

Consideramos incoherente que valores éticos personales deban influir en modelo de gestión de los supervisores ya que desde la institución se reconoce que el papel principal de un gestor en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. ¿Siempre actuamos bajo nuestra propia escala de valores ético/morales.

Quedan de manifiesto las necesidades formativas, tanto técnicas como de comunicación, en cuanto a la atención a pacientes en proceso de muerte, para revertir las respuestas en cuanto al manejo de éstos pacientes. Destacar como ha mejorado el conocimiento de esta ley 2/2010, con respecto a estudios anteriores. Aunque queda mucho camino pendiente para su pleno desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vacas Guerrero, Mercedes. *La dimensión ética del liderazgo en la dirección de los cuidados. Tesela [Rev Tesela] 2009; 5.*
2. *Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. Un análisis descriptivo. Aguilar Luzón, M.C.; García Martínez, J.M:A; Calvo Salguero, A. ISSN 1132-1296. Index Enferm v.13 n.44-45 Granada primavera/verano 2004*
3. *LEY 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*
4. *Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.*

ÉTICA EN LA GESTIÓN. FORMACIÓN EN ASPECTOS BIOÉTICOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Ibáñez Gallardo, D.J.; Ferrer Hernandez, M.E.; Gonzalez Jimenez, I.; Gil Estevan, M. D.

Departamento de Salud De Elda, Alicante

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los gestores y profesionales de la salud no podemos plantearnos los retos a los que nos enfrentamos en nuestra actividad cotidiana, como sencillamente técnicos en el más puro concepto positivista.

El concepto de buen profesional, ya no coincide con el que desarrolla sus habilidades de forma precisa, si no con el que, sin desdeñar esa corrección técnica, anexiona a su quehacer las nuevas dimensiones que se reconocen hoy en la atención a la salud. Por tanto, se hace imprescindible la contribución de las disciplinas humanísticas para equilibrar, lo más acertadamente posible, las decisiones que se toman y especialmente la evaluación de sus consecuencias.

OBJETIVO

Conocer y evaluar el nivel de formación, conocimientos y percepción entre los profesionales de la salud sobre diversos aspectos bioéticos entre los profesionales de salud del Departamento de Salud de Elda (Alicante).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo mediante cuestionario validado que constaba de 12 preguntas cerradas y 4 abiertas, realizado de Octubre a Diciembre del 2011.

Participantes La elección de los participantes fue aleatoria incluyendo necesariamente profesionales sanitarios (médicos Enfermeras y Auxiliares de Enfermería) que desarrollan actividades en consultas externas, unidades de hospitalización, de urgencias, cuidados intensivos y área quirúrgica.

Instrumento y procedimiento Para la recogida de datos se distribuido, y fue realizada por los miembros del Comité de Bioética del Departamento de Salud de Elda. Se les informó de los objetivos de estudio y el anonimato se preservó mediante su introducción en sobres cerrado que se recogían semanalmente.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 159 encuestas, lo que significa que hubo una tasa de respuesta del 70.64 %. De los participantes el 73.5,% fueron mujeres y el 26.5 %hombres. De las 159 encuestas tabuladas 83 pertenecían a Enfermeras/os, 27 a Médicos y 49 Auxiliares de Enfermería.

El 72,21% carecía de formación en Bioética. Los trabajadores entre 15 y 20 años trabajados son los que más formación habían tenido en temas de Bioética Destaca que en la necesidad de formación en temas de bioética las enfermeras lo demandan en un 90,6%, los médicos en un 55,5% y las auxiliares de enfermería en un 89,36%

De los encuestados el 59.7,6% conocen del contenido de la Carta de Derechos y deberes del Paciente, el 56.6% conocen la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente, el 75,47% conocen la Ley 1/2003, el 15.7% conocen el Decreto de Consejo Asesor de Bioética en la Comunidad Valenciana , el 16.84% conocían de la existencia de un Comité de Bioética dentro de su departamento de trabajo diario. y por último el 90.5% desconocían la existencia del documento de ultimas voluntades

CONCLUSIONES

Los profesionales de salud del Departamento de Salud de Elda presentan un déficit de conocimientos paralelo a unos niveles de escasa formación en bioética y una percepción insuficiente respecto a los derechos básicos del paciente.

Por último, se constata la necesidad de seguir potenciando a través de foros de debates Bioéticos, así como en la implicación de los gestores y profesionales sanitarios en la difusión e información de la existencia del Comité de Bioética del Departamento de Salud de Elda y de mecanismos que garanticen una progresiva y real adaptación de la Gestión de los Cuidados a los requerimientos éticos y legales actuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zabala-Blanco J, Halconero-Camanero AR, Casaus-Pérez M, Gutiérrez-Torre E, Saiz-Fernández G. Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. *Enferm Clin.* 2007; 17(2): 56-62.
2. Gracia D. *Estudios de Bioética.* Bogota: Buho; 1998.
3. Cortina A. La Ética de las organizaciones sanitarias. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud* 2002; 1(3): 6-14.
4. Sánchez García Z, Marrero Rodríguez JN, Becerra Peña O. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. *Apuntes para una reflexión. Rev. Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(5).
5. Herranz Rodríguez G. Educar éticamente a los médicos para educar a la sociedad. En: Pérez Herranz FM. *Ética, Universidad y Sociedad Civil. Argumentos para la inclusión de la Ética en las carreras universitarias.* Alicante. Ed. Universidad de Alicante; 2003: 109-125.
6. Cortina A. Ética aplicada. En Cortina A, Martínez E, eds. *Ética.* Madrid: Akal; 1996. p. 151-84.
7. Quintana Villar, C. Algunos aspectos de la enseñanza de la Bioética. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile* 1998; 27: 24-26.
8. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE* 103, del 29/4/1985, p. 15297-15224.
9. Ley 41/2002, de 14 Noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 274, del 14/11/2002, p. 40126.
10. Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. *DOGV* núm. 4.430, de 31 de enero de 2003.
11. Decreto 98/2004, de 11 de junio, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la creación del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Valenciana. *DOGV* núm. 4.782, de 24 de junio de 2004.
12. Reyes López, M, Ríos Pacheco M, Hidalgo de Paz A. Exploraron de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería del Hospital Clínico quirúrgico de Cienfuegos. *Rev Cubana de enfermer* 1997; (13)19: 20-24.
13. Suárez Alba Omar, Artilles Chaviano Arcedy. Dominio de conocimientos generales de bioética en el hospital rural San Blas. *Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet].* 2004 Abr [citado 2010 Diciembre 14]; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100011&lng=es.
14. Barbero Gutiérrez J, Garrido Elustondo S. Efectividad de un curso de formación en bioética y la implantación de un checklist en la detección. *Atención Primaria* 2004; 34: 20-25.
15. Moreno Villares JM, Gómez Castillo E. La bioética en el programa de formación de residentes de pediatría. *Anales de Pediatría* 2003; (58): 333-338.
16. Lora Cerezo N, Fernández Fernández MJ. Situación de la docencia en las Unidades Docentes de España. *XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria.* Sevilla 2004.
17. Gordo Casañ M^a E, Ferrer Hernández, M^a E, Luzán González M^a J, Castelló López M^a I, Vela Briz, A, Ávila Olivares, JA. et al. Conocimientos e influencia de la Bioética en la tarea asistencial de los profesionales de Enfermería. *Investigación & Cuidados* 2008; 6(12): 5-12.
18. Gracia D. Ética y responsabilidad profesional. En: *La Responsabilidad de los Médicos y Centros Hospitalarios frente a los Usuarios de la Sanidad Pública y Privada.* Madrid: Fundación de Ciencias de la salud. Editorial Doce Calles; 1994.
19. Feito Frande L.- "Los cuidados de la ética del siglo XXI. *Rev Enfermería Clínica.* 2005; 15(3):176-74
20. Gracia Guillen, diego.- *Como Arqueros al blanco .Triscastela.* Madrid, 2004
21. Torralba, F-, " Lo ineludiblemente humano. *Hacia una fundamentación de la Ética del cuidar", Labor Hospitalaria , n1 253/1999, 163-64*

HAY QUE TENER VALOR

Bayona, M.; Redondo, C.; Garrido, A.; Simarro, F.

Departamento Valencia-Hospital General, Valencia

INTRODUCCIÓN

La gestión por valores (GPV) busca que la organización funcione por principios rectores que favorezcan tanto a la empresa como a los profesionales. No sustituye a la dirección por objetivos o resultados sino que introduce la dimensión humana en el pensamiento directivo.

Estos valores son especialmente importantes para los profesionales que desempeñan cargos de responsabilidad, singularmente en la enfermería. La enfermera que accede a puestos de gestión debe mantenerlos en todo momento con una actitud cercana, abierta, positiva y receptiva.

Como representante de las enfermeras ante la institución, estimulará y apoyará la realización en el lugar de trabajo de actividades de investigación de enfermería; promoverá la formación del personal; desarrollará y vigilará el cumplimiento de las normas de salud laboral y ambiental en los centros de trabajo; y fomentará la participación de las enfermeras en las reuniones y asociaciones científicas.

Entre los valores que determinan nuestra actitud diaria son especialmente relevantes los de la responsabilidad (que es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral) y la constancia (firmeza y perseverancia del ánimo en las resoluciones y en los propósitos).

OBJETIVOS

1. Analizar los valores éticos constancia y responsabilidad, entenderlos y buscar su aplicación en el ámbito de la enfermera gestora.
2. Evaluar si se viven o no estos valores en el ámbito sanitario de gestión.
3. Como podemos integrar estos valores en la enfermera gestora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal multicéntrico, basado en encuestas de evaluación 360° de manera que la muestra incluirá: Directivos, enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales de 3 hospitales de la Comunidad Valenciana (Valencia, Alicante, Castellón) y del Departamento Valencia-Hospital General. Los datos se analizarán con un software específico.

RESULTADOS

A la vista de las encuestas de los valores desde la perspectiva de la constancia y responsabilidad (en fase de recogida) obtenemos sus principales características. Los resultados se presentaran en dichas jornadas. La constancia es y la responsabilidad son como una pareja de baile, sin la una no puede funcionar la otra y si no se coordinan se pisan los pies.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barraca Maizal, J. (2000). *La Clave de los Valores. Fundamentos y aplicaciones*. Unión Editorial.
2. Bellver Capella, V. (2005). *Por una Bioética Razonable*. Biblioteca de derecho y ciencias de la vida.
3. Castro, L, Castro, M. A. Y Morales, J. (2006). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Tecnos, Madrid.
4. Ciccone, L. (2005): *Bioética. principios, historia y cuestiones*. Ed. Palabra

LOS VALORES DEL CUIDADO EN EL MARCO DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Ruiz, M^a.G.; Cotino, J.; Ferrandis, V.; Gavilá, M.D.; Garrido, A.; Ruiz, A.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

INTRODUCCIÓN

La presente investigación describe las dimensiones relacionadas con los valores y actitudes como elementos básicos de la oferta de servicios enfermeros en la práctica clínica.

La Dirección por Valores va más allá de la Dirección por Objetivos de los años setenta, para dar respuesta al actual reto asistencial de forma eficiente, ética y emocional en un contexto de competitividad creciente, que exige altos niveles de rendimiento, confianza, compromiso y creatividad por parte de todas las personas que componen las organizaciones. La formación humanística y la ética del cuidado, constituyen aspectos esenciales para el desempeño de una profesión que se desarrolla a través de las relaciones humanas y deben estar presentes en la práctica profesional de enfermería.

En este contexto, en el marco profesional del Área de Enfermería del hospital que nos atañe, debemos facilitar y promocionar una gestión de los cuidados donde éstos se provean con una influencia de una escala de valores profesionales que deben estar presentes en la relación paciente -profesional, con una orientación efectiva al paciente y cuidador como eje fundamental.

HIPÓTESIS

La valoración del grado de humanización de los cuidados de enfermería es modificable bajo la percepción que los pacientes reciben de las dimensiones información y seguridad.

OBJETIVOS

General:

Conocer el nivel de humanización del cuidado de nuestra organización sanitaria de manera que nos permita rediseñar un modelo de cuidados orientado a la gestión por valores.

Específicos:

- Identificar expectativas y valores de los pacientes hospitalizados en el CHGUV
- Incorporar acciones de mejora en el ámbito de los cuidados de enfermería del CHGUV para prestar cuidados orientados a los valores y a la excelencia
- Priorizar los valores de los cuidados según las expectativas de pacientes hospitalizados en el CHGUV

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. Se llevó a cabo en 15 unidades de enfermería del hospital.

La población diana fueron los pacientes ingresados en las unidades incluidas en el ámbito de estudio, con la condición de tener una edad superior a 15 años y no encontrarse en situación de aislamiento y/o estado Terminal.

El tamaño muestral mínimo necesario, con un IC 95% ($\alpha=0,05$; $Z=1,96$) fue de 195 individuos, obteniéndose un total de 245 encuestas.

RESULTADOS

Del análisis descriptivo de los resultados se desprende que, del total del 254 pacientes encuestados, el 51,23% eran mujeres y el 48,77% hombres. La edad media de los mismos fue de 52,32 (D.E. 13,47).

Respecto a la valoración del grado de humanización de la atención de enfermería recibida, un 54 % de los encuestados la valoran con la máxima puntuación que permite la escala.

EL VALOR AÑADIDO DE LA DOCENCIA Y EL DESARROLLO PROFESIONAL EN LA GESTIÓN DE RECURSOS

Ramos, J; Ortega, J.J; Gómez, P.M.; del Vigo, M.S.; Gómez, M.C.; Pajares, O.; García, M.; González, D.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

JUSTIFICACIÓN

Las supervisoras/es y enfermeras/os gestores del ámbito hospitalario, dentro del actual contexto económico, tendrán que trabajar en el futuro próximo en generar valores añadidos y en gestionar el desperdicio, que supone una pérdida de eficiencia, en todo lo relacionado con la gestión de recursos.

El Hospital Universitario de Fuenlabrada, en este último año, ha cambiado su estructura organizativa de la Dirección de Enfermería para hacerla más funcional, con responsables encargados de líneas estratégicas que son claves y transversales y para adaptarse a los nuevos cambios.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Describir al valor añadido de la docencia y el desarrollo profesional en la gestión de recursos.

Objetivos secundarios

- Establecer puntos de unión y apoyo entre el proceso docente/ formación y el de gestión de profesionales.
- Unificar la gestión de personas, profesionales y estudiantes/EIR, bajo la coordinación de un mismo responsable.

RESULTADOS

Supervisión de Docencia y Gestión de Recursos

Desarrollo profesional:

- Desarrollo de un nuevo marco competencial en el ámbito de Consultas Externas y Urgencias
- Diseño e implementación de la gestión de personas según perfiles profesionales.
- Creación de una Cartera de Expertos dentro de los ámbitos en los que trabajan las enfermeras.

Docencia:

- Diseño del proceso Impartir Docencia enmarcado en el mapa de procesos de nuestro hospital.

Formación de grado:

- Prácticas clínicas teniendo como eje de rotación por procesos asistenciales.
- Coordinación de la capacidad docente de todas las unidades y adaptación a los nuevos requerimientos establecidos por el Plan Bolonia.

Formación especializada:

- Alianza docente de los 5 hospitales de la zona sur de Madrid para formar a los 10 residentes de enfermería pediátrica.
- Primera Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental (EIR, MIR ,PIR) dirigida y coordinada por 1 supervisor de enfermería.

Formación Continuada

- Implementación de un Plan de Formación Continuada que responde a las necesidades reales de las unidades y a la innovación en los cuidados.

CONCLUSION

A lo largo del último año, en la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Fuenlabrada, hemos conseguido crear un valor añadido en la gestión de profesionales teniendo como eje una única coordinación con la docencia/formación y como base, la gestión de los procesos asistenciales y el desarrollo profesional.

Esta experiencia ha tenido resultado en este año en la gestión eficiente de los recursos. Estimamos que tendrá nuevos resultados a medio-largo plazo, como se ha demostrado en experiencias de otros centros que trabajan en el ámbito competencial enfermero de forma transversal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pargues i García I, Subirana i Casacuberta M. Percepción de las enfermeras expertas sobre el reconocimiento de sus competencias. *Metas de Enferm* oct 2005; 8(8): 62-68
2. Garcías Fullana J, Gómez Picard P, Alonso Carreño M. Estrés laborales y necesidades de formación de los profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Tesela [Rev Tesela]* 2007; 2. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6556.php>> Consultado el 1 de junio de 2009.
3. Harz, A et al. Hospital characteristics and mortality rates. *The New England Journal of Medicine*, 1989; 321(25): 1720-1725
4. Juvé ME, Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí M, Cuevas B, et al. Marco teórico y conceptual para la definición de competencias de la enfermera en el ámbito hospitalario. *Nursing*. 2007; 25(4):45-61
5. Juvé ME, Farrero S, Matud C, Monterde D, Fierro G, Marsal R, Reyes C, et al. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería sus competencias profesionales?. *Nursing*. 2007; 25 (7): 50-61
6. Juvé ME. Desarrollo de un sistema para la valoración clínica basado en la teoría de la complejidad y la ciencia enfermera.. *Nursing*. 2005; 23 (5): 50-56.

ÉTICA + RESPONSABILIDAD = HUMANIZACIÓN DE LA GESTIÓN ENFERMERA

Fontán, G.; Cabanillas, C.; Tourné, B.; Tovar, E.
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

INTRODUCCIÓN

La palabra ética proviene del griego êthos, que significa carácter frente al pathos, que significa temperamento. El êthos hace referencia a valores, actitudes y normas, mientras el pathos está constituido por aquellos sentimientos, pasiones, deseos, tendencias, con los que se nace y no se pueden cambiar, solo controlar o moderar.

La responsabilidad desde la ética es un término amplio y complejo que dota de sentido a las profesiones.

El verbo responder y todos sus derivados proceden de un verbo latino: spondeo.

El sentido de este verbo es el de asumir un compromiso.

De este original spondeo se deriva respondeo que significa responder en el sentido del cumplimiento del compromiso.

Toda acción éticamente orientada puede ajustarse a dos máximas fundamentales distintas entre sí y totalmente opuestas: puede orientarse conforme a la "ética de la convicción" o conforme a la "ética de la responsabilidad".

OBJETIVOS

1. Conocer la evidencia disponible sobre la gestión enfermera relacionada con la ética y valores.
2. Identificar los valores de las gestoras de enfermería en el hospital.
3. Identificar los valores que los profesionales del hospital consideran debe tener un líder ético.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Estudio descriptivo realizado en un hospital de Madrid con 613 camas y 41 supervisoras.

1. Búsqueda sistemática y estructurada en bases de datos sobre artículos publicados entre 1 de Enero de 2010 y el 31 de Diciembre de 2011 en:
2. Cuestionario a 37 supervisoras con preguntas directas e indirectas para extraer valores.
3. Cuestionario a 200 enfermeras para descubrir que esperan de las supervisoras como enfermeras gestoras.

RESULTADOS

- Análisis de los artículos en fase de realización.
- Análisis de los cuestionarios a 41 supervisoras con preguntas directas e indirectas para extraer valores en proceso.
- Análisis de 40 cuestionarios a enfermeras para descubrir que esperan de las supervisoras como enfermeras gestoras en proceso.

CONCLUSIÓN

Nuestra función como gestoras será cuidar a los que cuidan, creando un clima en el que se pueda establecer una buena comunicación y manifestando respeto a su actividad.

El valor fundamental es el reconocimiento facilitando el desarrollo profesional, buscando la motivación personal.

La función principal del líder ético es dinamizar y movilizar las capacidades humanas con el fin de armonizar el espacio ético en el que se integra, converge y mantiene la voluntad del grupo, centrándose en el crecimiento de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Castellano C. *Ética en la toma de decisiones*. Universidad Las Palmas
2. Marqués Sánchez P. *Valores en la Gestión Enfermera*. Escuela Ciencias de la Salud Univ. León
3. Feito Grande L. *Ética profesional de la enfermería*. PPC. Madrid. 2000.
4. Vielva Asejo J. *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao. 2002
5. Costa Alcaraz AM^a, Almendro Padilla C. *Ética de las empresas sanitarias*. 2009. Fisterra.com
6. Diaz Benavente M, Martin Leal C, Maya Rincón B, Jiménez Aguado JM. *Sistema de valores y concepción cultural de los Supervisores de los hospitales. Sobre investigación de enfermería*. *Index de enfermería* 2002.
7. Vacas Guerrero, M. *La dimensión ética del liderazgo en la dirección de los cuidados*. Tesela 2009. <http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts7008.php>
8. Román López P. *La comunicación en los gestores de enfermería: un papel fundamental*. 2001 <http://www.aecs.es>. *Revista española de comunicación en salud*.

E-LEARNING Y HABILIDADES DE LECTURA CRÍTICA PARA LAS ENFERMERAS

Cidoncha, M.A.; Reviriego, E.; Gárate, L.; de Lorenzo, E.; González, R.; Asua, J.; Gagnon, M.P.
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Álava

INTRODUCCIÓN

Se están realizando con éxito diversos proyectos de formación online en el ámbito de la enfermería. Dada la escasa tradición investigadora y la carencia de formación adecuada de las enfermeras, la turnicidad y la dispersión geográfica, se considera prioritario desarrollar un programa de formación a distancia con el fin de fortalecer la relación entre investigación y práctica clínica.

OBJETIVOS

Evaluar el curso de la Universidad Laval de Habilidades de Lectura Crítica (InfoCritique) aplicado a profesionales de la enfermería de Osakidetza, analizando los resultados en relación a los conocimientos adquiridos y el nivel de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo pre-post test. Se realizó traducción y adaptación del programa de capacitación, así como de estrategias de enseñanza. Se diseñó el desarrollo de instrumentos de medida de cuestionario de conocimientos, Self Readiness Scale, y satisfacción para evaluar los resultados del programa.

Se seleccionó una muestra de profesionales de enfermería de Osakidetza (50) con conocimientos básicos en investigación. Las escalas de medición fueron pasadas a cada participante antes y después del programa de educación.

RESULTADOS

De los/as 50 profesionales seleccionados/as hubo 3 pérdidas. De los/as 47 enfermeros/as aprobó el curso el 100% (había que obtener un 80% de acierto en cada módulo para superar el curso).

La satisfacción total con el curso tiene una media de 7 sobre 10.

La nota media del cuestionario de conocimientos previos es de 70.5 con una DS de 11.96. La nota media del mismo cuestionario al finalizar el curso es de 86.6 con DS de 10.

Pendiente terminar evaluación de los diversos cuestionarios.

CONCLUSIONES

Existe un aumento de conocimientos y una satisfacción adecuada con el curso.

El impacto que este proyecto puede tener para el sistema de salud/profesionales es: proporcionar herramientas para la metodología de la investigación, promoviendo la cultura de investigación y el pensamiento crítico.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Moore Z, Cowman S. Nurses need critical appraisal skills when reading research; 2009 Apr 28-May 4; 105(16):33.
- (2) Cook DA, Levinson AJ, Garside S, et al. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300:1181–1196.
- (3) Chou P, Chen W. Exploratory study of the relationship between self-directed learning and academic performance in a web-based learning environment. *Online Journal of Distance Learning Administration*, 9(1). Retrieved November 29, 2008.
- (4) Murad M.H, Coto-Yglesias F, Varkey P, Prokop L.J and Murad A.L. The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review. *Medical Education*; 2010. 44: 1057–1068.
- (5) Halstead J.A, Coudret N.A. Implementing Web-based instruction in a school of nursing: Implications for faculty and students. *Journal of Professional Nursing*; 2000. 16(5), 273-281.
- (6) Fisher M, King J, Tague G. The Development of a Self-Directed Learning Readiness Scale for Nurse Education, *Nurse Education Today*; 2001. October 21(7):516-525.

PERFIL DEL SUPERVISOR DE UNIDAD: NUEVO VALOR EN LA GESTIÓN CLÍNICA

Castillo, A.; Martínez, C.; Pascual, C.; Pozo, S.; Camacho, C.H.

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN

La gestión por competencias junto con la formación especializada del equipo gestor es un factor clave en las organizaciones para hacer frente a los cambios que están transformando el sector enfermero.

OBJETIVOS

Conocer la motivación y formación de los supervisores antes de solicitar el puesto, describir el perfil formativo y competencial actual del supervisor e identificar los requisitos que estos profesionales consideran que deben reunir los futuros supervisores.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid durante 2011. Población: supervisores en activo en el momento del estudio. Herramienta: encuesta autodiseñada con 72 ítems: 10 en formato multirrespuesta, 8 dicotómicas, 48 en escala Likert de 5 puntos y 6 preguntas abiertas.

Variables estudiadas: datos socio-demográficos, motivación para solicitar el puesto, nivel de formación antes y después de ser supervisor, nivel de competencia alcanzado, conocimiento sobre el desempeño de sus funciones, características necesarias previas a la solicitud del puesto, idiomas hablados y becas en gestión.

Las variables cualitativas se presentan en frecuencias absolutas y relativas, las cuantitativas en medias y desviación típica o mediana y recorrido intercuartílico si no cumplen criterios de normalidad. Para la comparación de variables se usó χ^2 .

RESULTADOS

La respuesta alcanzó el 78,8%(51). La edad presentó una mediana de 48,8 años. El 84,6% tenía >20 años de experiencia profesional y el 40,4% ≥ 15 años de antigüedad en el puesto.

El motivo principal para solicitar el puesto fue la promoción profesional (62,7%). Un 23,1% había realizado cursos de formación continuada en gestión y un 7,7% de profesionales poseía títulos superiores en gestión antes de optar al puesto. Un 75% incrementó su formación continuada siendo supervisor. El 80,8% reseñó la formación previa como un requisito necesario para poder solicitar una supervisión. Un 54,2% indicó que se debería marcar un nuevo perfil para el supervisor ante la actual oferta formativa.

El idioma más hablado fue el inglés (51,9%). Ningún profesional fue becado o colaboró con alguna institución extranjera. Los profesionales presentaron un mayor nivel de formación especializada una vez que ya estaban desarrollando su tarea como supervisor frente a los niveles previos a la petición del puesto.

CONCLUSIÓN

La formación especializada aumenta el nivel de competencia y conduce hacia la excelencia. La dirección de equipos mejor formados exige gestores más preparados. Se hace necesaria la transformación del perfil del supervisor para adaptarlo a la nueva situación de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barquero González A, González Losada S, León López R. El perfil profesional del directivo de enfermería como gestor organizativo y los nuevos retos del espacio europeo de educación superior. *XXI Revista de Educación. Huelva* 2006; 8:107-18.
2. Cummings G, Macgregor T, Davey M, Lee H, et al. Leadership styles and outcome for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal Nursing Studies* 2010;47(3):1-23.
3. Fargues García I, Subirana Casacuberta M. Percepción de las enfermeras expertas sobre el reconocimiento de sus competencias. *Metas Enfermería* 2005;8(8):62-8.
4. Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F, López Quero M. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. *Revista de dirección, organización y administración de empresas* 2002;28(5):43-54.
5. Plaza Del Pino Fj, Soriano Ayala E. Formación de los profesionales de enfermería: cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Índex Enfermería* 2009;18(3):1-9.
6. Teixidor Freixa M. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras. *Metas Enfermería* 2006;9(6):61-6.

ANÀLISIS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA

Márquez, M.C.; Antón, J.; Planas, N.; Vega, J.C.; Hernández, J.; Artigas, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebrón (Institut Català de la Salut), Barcelona

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitari Vall d'Hebrón, dentro del grupo de hospitales del Institut Català de la Salut (ICS), puso en marcha, en octubre de 2009, un sistema de evaluación del desempeño profesional para el personal interino y eventual que, entre otras utilidades, se vincula al proceso de selección de personal gracias a un sistema de bolsa de trabajo centralizado en el que el resultado de esa evaluación se traduce en un 20% de la puntuación total de cada aspirante.

Este modelo de evaluación del desempeño, para las enfermeras, se basa en la evaluación de sus competencias profesionales, las cuales fueron previamente definidas y consensuadas desde el centro corporativo ICS. Entre octubre de 2009 y febrero de 2012 se han realizado 5.417 valoraciones del desempeño de 1.199 enfermeras, por parte de 113 evaluadores.

OBJETIVO

Describir cualitativa y cuantitativamente el conjunto de las evaluaciones del desempeño profesional que se han realizado a las enfermeras durante el año 2011 a partir de un modelo de gestión por competencias.

METODOLOGÍA

- Diseño del estudio: Observacional, descriptivo
- Ámbito: Hospital Universitari Vall d'Hebrón (Barcelona)
- Periodo: Enero 2011 – Enero 2012
- Población: Enfermeras con vinculación contractual interina o eventual.
- Variables del estudio: Evaluador, duración del período evaluado, nº de evaluaciones realizadas, valoración total, valoración de cada competencia
- Instrumento: Cuestionario COM-VA (valoración entre 0 y 50).
- Recogida de datos: Base de datos del Sistema de Gestión de RRHH del ICS.
- Análisis de los datos: Análisis descriptivo de las variables.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 2318 evaluaciones a un total de 707 enfermeras, con un promedio de 3.27 evaluaciones por profesional. El resultado promedio de estas evaluaciones es de 45.29 (en un rango entre 9.4 y 50). El 69.80% de las evaluaciones realizadas tiene una puntuación de entre 45.01 y 50.00. El 59.68% de las enfermeras evaluadas tienen un promedio de puntuación de entre 45.01 y 50.00.

Las evaluaciones han sido realizadas por 81 evaluadores, con un promedio de 28.61 evaluaciones por evaluador.

CONCLUSIONES

La evaluación del desempeño por gestión de competencias permite un buen análisis de las causas del desempeño, y a la vez es una muy buena herramienta para el desarrollo profesional y para la retroalimentación al profesional; reduce la subjetividad, pues utiliza herramientas e información integrada en la gestión de los recursos humanos. Es un sistema proyectivo y anticipa las mejoras necesarias para un desempeño futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonache J, Cabrera A. *Dirección estratégica de personas*. Madrid: Prentice Hall; 2002
2. Ordóñez M. *La nueva gestión de los recursos humanos*. Barcelona: Gestión 2000; 1995.
3. Borge DF, Kleine BH. *Designing effective performance appraisal systems*. Londres: McB, UP Ltd; 1997.
4. Gonzalez MD, Barquero A, Carrasco MC, García F, Sánchez JL, Mariscal MI. *Desempeño profesional en Andalucía. Expectativas y dificultades en enfermería*. *Rol de enfermería*. 2000; 23 (12):888-894.

LA SEGURIDAD PASIVA: UNA INYECCIÓN DE TRANQUILIDAD

Rey, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Servicio de Urgencias Hospital Meixoeiro), Pontevedra

INTRODUCCIÓN

Muchos profesionales en el ejercicio de su profesión han sido víctimas del riesgo biológico tras pinchazos, cortes y salpicaduras, que de manera accidental son provocados por el material

OBJETIVOS

General:

Comparar la eficacia de sistemas con seguridad pasiva versus activa

Específicos:

- Identificar la eficacia de sistemas de seguridad activos
- Identificar la eficacia de sistemas de seguridad pasivos

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal realizado en el CHUVI (S.Urgencias H.Meixoeiro) referente a mecanismos de seguridad pasiva versus activa, los incidentes provocados por los mismos y su repercusión en los accidentes de tipo biológico.

Los datos fueron recogidos en el periodo 2001-2011 de los registros de declaración de accidentes del servicio de medicina preventiva y del registro de recogida de incidencias diarias del servicio durante el periodo octubre 2009-junio 2010. Este servicio atiende una media de 180 pacientes día por un equipo de 29 enfermeras con un consumo anual de unos 54.000 catéteres y 12.000 lancetas.

RESULTADOS

En el periodo 2001-2004 sin mecanismos de seguridad se produce una media anual de 4 pinchazos con catéter y dos salpicaduras. En cuanto a lancetas sin seguridad en el periodo 2001-2006 se ocasionan 10 pinchazos.

Nuestra experiencia en la prevención de accidentes con riesgo biológico se inicia en 2004 con la implantación progresiva y parcial de catéteres con mecanismos de seguridad pasiva, con una buena aceptación por parte del personal, si bien por ser parcial ocasiono un cierto desconcierto que se traducía en inseguridad, lo que obligo a acelerar la implantación. Desde 2005 hasta-octubre 2009 implantación en todo el servicio de un catéter con seguridad pasiva siendo el número de accidentes por pinchazos y salpicadura de cero.

A partir de octubre 2009 hasta mayo 2010, por motivos de concurso, se cambió a un dispositivo de seguridad activa. Detectándose entre fallos de catéter y no activación por parte del personal de una potencialidad de riesgo de 15 casos en los que el objeto punzante no quedo protegido y 11 accidentes biológicos por salpicadura.

Desde mayo 2010 revocación del concurso e implantación de seguridad pasiva con el resultado de ningún accidente.

En nuestro caso observamos que la tasa de riesgo de la seguridad activa es 40 veces superior a la pasiva.

CONCLUSIONES

En la elección del dispositivo aparte del factor económico habrá que tenerse en cuenta la efectividad.

Siempre que sea posible los dispositivos han de tener seguridad pasiva.

A medida que se elimina el riesgo disminuyen los costes por incapacidad laboral, los psicológicos y los de implantación del dispositivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *How to Prevent Needlestick Injuries: Answers to Some Important Questions. US Dept. of Labor, Occupational Safety and Health Administration (OSHA) publication 3161*
2. *Enid K. Eck, RN, MPH and Cindy Lacy, RN. Active and passive technologies in sharps safety. Infection Control Resource, Vol. 3, nº4*
3. *Estudio Piloto: Informe de resultados. Actuaciones de Bioseguridad para Prevenir las Inoculaciones Accidentales en el Personal Sanitario de la Comunidad de Madrid*
4. *Estudio Comparativo entre dos tipos de catéteres de seguridad. Metas de enfermería Feb. 2008, 11(1)49-53*
5. *Schrager J, Raffa R, Currie BP. Documented lack of efficacy of safety butterfly needle device. Presented at: The Society for Healthcare Epidemiology of America. 2001. Toronto.*
6. *Epinet 2007 Needlestick and Sharp-Object Injury Report. International Healthcare Worker Safety Center. August 2009.*
7. *Infection Control and Epidemiology; Prevent Needle Sticks. Washington, DC: Association for Professionals in Infections Control and Epidemiology (APIC)*
8. *Dreyfuss CM. Needlestick injury: What can do you about this risk? Anaesthesiology News. October 2002*
9. *Mendelson MH, Lin-Chen BY, Finkelstein-Blond LE, Kogan G, Hollinger I, Study of Introcan Safety IV Catheter (IVC) (B. Braun Medical Inc.= for the prevention of percutaneous injuries (PIs) in healthcare workers (HCWs). Abstract presented at: The Society for Healthcare Epidemiology of America, 2003, Arlington, VA.*
10. *SEEU. Actualización de las Recomendaciones científicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. Enfermería de Urgencias y Riesgo Biológico 20053. Managing safety needle conversion aversion. Nursing Management. August 2002. Vol 33; 42-43*
11. *Efectividad y coste-efectividad de un dispositivo de seguridad. ROL DE ENFERMERÍA, 2010;33 (1) 48-53*
12. *Lucas LJ, Georges BC. Assessment of training needs for new safety IV catheter. Abstract presented at: the 1999 NAVAN, National Association of Vascular Access Network. 1999. Orlando FL.*
13. *NIOSH ALERT: Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health; 1999. US Dept. of Health and Human Services (NIOSH) publication 2000-108*
14. *Victoria Valls, MD, Salud Lozano, MD et al. Use of safety devices and the prevention of percutaneous injuries among healthcare workers*
15. *Assessment of Training Needs for New Safety IV Catheter. Orlando, Florida September 25-29, 1999*
16. *The cost of Needlestick Law Compliance: Healthcare Facilities Prepare to Manage Price and Other Training Issues. www.riskworld/PressRele/2000/00q4*
17. *Pyrek KM. Study shows Needlestick injuries on the gradual decline. Infection Control Today, June 2003*
18. *Y. Iinuma, M. Takeshita, Y. Hashimoto, N. Fujuharaa, T. Saitoa, S. Takakuraa, S. Ochiyama. Passive safety devices are more effective at reducing Needlestick injuries. Journal of Hospital Infection, December 2005; 61:360-1*
19. *William Tosini, MD; Celine Ciotti, RN; Floriane Goyer, RN; Isabelle Lolom, MSc; Francois L'Heriteau, MD; Dominique Abiteboul, MD; Gerard Pellissier, PhD; Elisabeth Bouvet, MD Needlestick Injury Rates According to Different Types of Safety-Engineered Devices: Results of a French Multicenter Study. Infection Control and Hospital Epidemiology. April 2010, Vol 31, nº4, 403-407*

DEPARTAMENTO SIN DOLOR

Bayona, M.J.; López, M.D.; Minguez, A.; Simarro, F.; Garrido, A.

Departamento Valencia- Hospital General, Valencia

INTRODUCCIÓN

El control adecuado del dolor debe ser una prioridad en el manejo global del paciente como expresión de calidad asistencial. Desde el Departamento de Salud Valencia- Hospital General se están desarrollando programas que intentan detectar, cuantificar y actuar de forma multidisciplinar en la mejora del dolor del paciente.

OBJETIVOS

Principal:

Utilizar el control del dolor como parámetro de mejora asistencial en los usuarios del DS-HG

Secundarios:

- Introducir el dolor como quinta constante vital
- Identificar y cuantificar su prevalencia como medida de control
- Diseñar sistemas de alerta o "flags" integrados en la historia electrónica del paciente
- Establecer protocolos terapéuticos multidisciplinarios que contemplen el óptimo nivel de seguridad clínica.

MÉTODOS

Mediante un plan de trabajo multidisciplinar con intervenciones y fases diferenciadas.

- Primera fase: conocer la prevalencia del dolor
- Segunda fase: análisis de los resultados obtenidos que nos servirán para diseñar las estrategias y medidas oportunas encaminadas a mejorar el control adecuado del dolor. Se utiliza como herramienta de medida informatizada la estación de trabajo de Enfermería hospitalaria KARE (CHGUV) para introducir el dolor como 5ª constante vital. Se realizan estudios de prevalencia del dolor en el usuario del Departamento como medida de control de calidad. Se diseñan sistemas de alerta o "flags", capaces de registrar la intensidad y gravedad del dolor que se integran en KARE.

Según las alertas, se desarrollarán, con niveles de seguridad clínica, protocolos terapéuticos y multidisciplinarios de tratamiento del dolor.

RESULTADOS

Se dispone de un registro automático de la intensidad del dolor y se han establecido sistemas de alerta o "flags" integrados en la historia clínica electrónica de los pacientes, capaces de registrar de forma automática la intensidad y gravedad del dolor.

Del 18,96% de la muestra analizada, el 45,8% de los usuarios encuestados presentó dolor y menos de un 30% recibió tratamiento. El 86% de los usuarios encuestados en dos centros de salud manifestaron dolor.

Se constituye una subcomisión de calidad para el seguimiento y control del dolor dependiente de la comisión de calidad.

Estos resultados son provisionales y corresponden al año 2011, los que vamos a presentar son del 2012.

CONCLUSIONES

El dolor como problema de salud prevalente requiere programas innovadores de intervención multidisciplinar que mejoren la calidad de su atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S. y la Comisión para la evaluación y tratamiento del dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària. *El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento.* Rev Soc Esp dolor 2009;16(6):314-322
- 2. M. Casals¹ y D. Samper² *Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA** Rev. Soc. Esp. Dolor, 2004 11: 260-269
- 3. Bolívar I, Catalá E, Cadena R. *El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad.* Rev Anestesiol. Reanim. 2005;52:131-140
- 4. Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E, Chiari P, Di Giacinto I, Carosi F, Di Nino G. *Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital.* Eur J Pain. 2005 Oct;9(5):485-95
- 5. Muñoz-Ramón JM, Mañas rueda A, Aparicio grande P. *la comisión "Hospital sin dolor" en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario* Rev Soc Esp Dolor 2010;17(7):343-384
- 6. Padrol A, Pérez-esquiva M, Olona m, Francesh A, Tomas I, Rull M. *estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados.* Rev Soc Esp Dolor 2001;8:555-561
- 7. Sawyer J, Haslam L, Daines P, Stilos K. *Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. Round 2: lessons learned?* Pain manag Nurs. 2010 Mar;11(1):44-55
- 8. Wadensten B, Fröjd C, Swenne CI, Gordh T, Gunningberg L. *Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden.* J Cli Nurs.2011 Mar;20(5-6):624-634. Doi 10,1111/j1365-2702.2010.03482.x.

Rondas Multidisciplinares de Seguridad para el Control del Registro de Alarmas de Ventilación Mecánica

Campos, M.D.; Lacasaña, P.; Ros, M.; Cánovas, P.; Ramírez, A.; Ballesteros, M.J.; García, I.; Sánchez, N.
Ib-Salud. Hospital Can Misses, Ibiza, Baleares

INTRODUCCIÓN

Los parámetros a analizar son las alarmas del respirador prescritas diariamente (por el médico) y revisadas una vez por turno (enfermería). Se considera correcto que las alarmas sea programadas para detectar: presiones pico >50 cms de H₂O (30 en modalidades ventilatorias por presión) y variaciones del volumen corriente, de la frecuencia respiratoria y/o del volumen minuto prescrito superiores al 20-50%.

OBJETIVOS

Control del registro de alarmas de ventilación mecánica según las medidas descritas en un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) previo, para establecer las mejoras necesarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Registro de parámetros de ventilación prescritos por médicos y validados por enfermeros del servicio de medicina intensiva.
2. Los registros se realizan en los pacientes ventilados.
3. El periodo de registro y obtención de datos es el del mes de febrero del 2012.
4. Las alarmas a prescribir (personal médico) y revisar (personal de enfermería) son: apnea, presión pico, volumen corriente espirado mínimo (mínimo y máximo en modalidades ventilatorias por presión) y, frecuencia respiratoria máxima.

RESULTADOS

- Las prescripciones médicas de las alarmas del respirador sólo se ha realizado en el 50% de las mediciones.
- Las validaciones de las alarmas del respirador por parte de enfermería estaban presentes en el 65% de las observaciones.
- Las alarmas estaban correctamente pautadas en el respirador en el 83% de las comprobaciones.
- Las alarmas que con menor frecuencia se programan en el respirador son las alarmas de volumen corriente y volumen minuto.

CONCLUSIONES

A pesar de las acciones que se han realizado para aumentar la seguridad en el manejo de alarmas del respirador, descritas en un AMFE previo, existen oportunidades de mejora en esta área y que podrían consistir en las siguientes acciones:

- Difusión de los resultados a los profesionales del servicio a través de share-point, informe en soporte de papel que se ubicara en el control de la unidad y mediante breves sesiones informativas en los diferentes turnos de trabajo. A los médicos y miembros del grupo de calidad de la unidad se les enviará por correo electrónico.
- Acciones concretas de mejora:
 - Concienciar a los profesionales de la importancia que tiene un uso seguro de las alarmas del respirador para el paciente en ventilación mecánica.
 - Presentar los casos en los que las alarmas del respirador no estaban correctamente programadas.
 - Volver a implantar las medidas de mejora descritas en el AMFE previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esteban A, Anzueto A, Frutos F, et al. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. *JAMA* 2002; 287: 345-55.
2. Chambrin MC. Alarms in the intensive care unit: how can the number of false alarms be reduced. *Crit Care* 2001; 5:184-188.
3. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. 2006 Nov;34(11 Suppl):S332-40.
4. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, Kane-Gill SL, Kirchhoff KT, Levy M, Mitchell PH, Moreno R, Pronovost P, Puntillo K. Intensive care unit quality improvement: a how-to guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006 Jan;34(1):211-8
5. Miller A, Scheinkestel C, Limpus A, Joseph M, Karnik A, Venkatesh B. Uni- and interdisciplinary effects on round and handover content in intensive care units. *Hum Factors*. 2009 Jun;5

LA ENFERMERA REFERENTE PARA FORMACIÓN EN NUEVAS TECNOLOGÍAS: UNA EXPERIENCIA EN HOSPITALIZACIÓN

Moscardó, A.; Blasco, P.; Albert, E.; Monferrer, M.; Martí, C.; García, C.; Delgado, J.; Fernández, M.M.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La incorporación de la figura de la enfermera referente como recurso de formación "in situ", en las Unidades del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, se decide desde la Subdirección de Enfermería del Área del Conocimiento, Cuidados y Docencia, como parte de su Misión, y tras el estudio de distintas alternativas, con el objetivo, de optimizar los recursos disponibles para la formación favoreciendo la mejora de las competencias de los profesionales. Este hecho responde a la necesidad de formar a todo el equipo de enfermería, tras el traslado por la apertura del Nuevo Hospital de Bulevar Sur, para facilitar al máximo, la accesibilidad de dichos profesionales a la formación en nuevas tecnologías incorporadas al mismo, integrándola en su actividad diaria.

OBJETIVOS

- Adquirir por parte de los profesionales de enfermería las habilidades necesarias que garanticen la excelencia en los cuidados, mediante la utilización de nuevas tecnologías en la gestión de los mismos.
- Garantizar la actualización competencial, manteniendo el nivel óptimo de calidad, seguridad y eficiencia en los cuidados.
- Alinear la estratégica del Departamento de Salud Valencia La Fe y de la AVS, impulsando el uso de las mejores prácticas, promoviendo la seguridad en la asistencia y garantizando la calidad de la información, favoreciendo la implantación de la historia de salud electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras la reestructuración de plantillas debido al traslado, se integran en el Equipo de Docencia, 5 enfermeras, que pasan a ser responsables del apoyo formativo "in situ" de 6 Unidades de Hospitalización Convencional cada una, lo que supone una media de 80 profesionales por enfermera referente.

La Formación del personal se realiza con carácter semanal (previo consenso de horario) y/o a demanda directa de las supervisiones de las unidades (en el caso de formación de personal de nueva incorporación).

La enfermera referente, "tutoriza" al profesional en su actividad habitual, en turno de mañana o tarde, durante al menos una hora. Este proceso se repetirá siempre que sea requerida por la supervisión, o así lo considere necesario el formador.

RESULTADOS

Entre Noviembre y Diciembre de 2011, se realizaron 510 acciones formativas, en 30 unidades de hospitalización, distribuidas en tres bloques: Monitorización automática de signos vitales (159), Sistema Gestión de Cuidados informatizados Orión Clinic (202) y Nuevo sistema e ECG (159). Aunque actualmente no disponemos de evaluación normalizada de los discentes, ya que se trata de una formación individualizada, la demanda continua por parte de profesionales y supervisores y las opiniones expresadas por estos a las enfermeras referentes, en nuestra opinión, arroja un balance positivo.

CONCLUSIONES

Tras dos meses de experiencia, se ha evolucionado desde una formación básica a una formación específica acorde a las necesidades de cada unidad y orientada a la sistematización de las prácticas. Se ha previsto una evaluación de la formación "in situ", a los seis meses de su inicio, para valorar resultados y replantear objetivos y métodos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Martín M, Cibanal Juan L. Los sistemas de Información Guiados por el Conocimiento. El futuro de los Registros Enfermeros. *Tesela [Rev Tesela]* 2009; 5. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts7049.php>
2. Moreno Pina P. La formación continuada como estrategia de implantación de diagnósticos enfermeros. *Enferm Clínica.* 2003 jul-ago.13(4):217-218

FORMACIÓN ESPECÍFICA EN NUEVAS TECNOLOGÍAS AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Blasco, P.; Moscardó, A.; Albert, E.; Martí, C.; García, C.; Monferrer, M.; Delgado, J.; Perelló, M
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

El traslado del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, con la incorporación de nuevas tecnologías, en la informatización de la gestión de Cuidados y nuevas herramientas de trabajo, hace necesaria la adquisición y actualización de los conocimientos y habilidades por parte de los profesionales de nueva incorporación, para asegurar y proporcionar de forma integral, cuidados de calidad, adecuándolos a las necesidades y demandas de nuestros pacientes, y responder a la sociedad de manera eficiente.

OBJETIVOS

- Adquirir por parte de los profesionales de enfermería las habilidades necesarias para garantizar la excelencia en los cuidados, mediante la utilización de nuevas tecnologías .
- Asegurar la línea estratégica del Departamento de Salud Valencia La Fe y de la AVS, impulsando el uso de las mejores prácticas, promoviendo la seguridad en la asistencia y garantizando la calidad de la información, con la implantación de la historia de salud electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Formación se realiza previa incorporación del personal. Consta de dos módulos, impartidos en dos sesiones de 4 horas cada uno:

Módulo 1. Sesión teórica en aula de audiovisuales con programa informático de gestión de cuidados "ORION CLINIC"

- Revisión y actualización de los procedimientos de Enfermería del Hospital.
- Normalización y Sistematización de los cuidados. Proceso Enfermero en Orión Clinic.

Módulo 2. Taller práctico en área de simulación clínica.

- Identificación de pacientes por radiofrecuencia (RFID).
- Monitorización de signos vitales con estación de trabajo móvil.
- Manejo del nuevo electrocardiógrafo y sistemas de monitorización.

Se constituyen 4 grupos, con 40 alumnos por grupo, que rotan por los dos módulos del curso. Los grupos se constituyen mediante cita telefónica previa, ofertando diferentes horarios para facilitar y favorecer la asistencia.

RESULTADOS

Se formaron 175 profesionales, 142 corresponden a personal de nueva incorporación en periodo estival del año 2011 y 33 al personal de la resolución de la Oferta de Empleo Público de Noviembre 2011.

Se realizó la evaluación, mediante una encuesta de satisfacción, con 14 ítems tipo Likert. Los ítems mejor valorados resultaron los relacionados con el interés del curso para su actividad profesional (95,65%) y con su recomendación a los compañeros (96,49%). Los profesores fueron valorados con un 95% y la valoración general del curso resultó de un 93% de satisfacción. Como resultado a mejorar está el de la utilidad de la documentación entregada que obtuvo un 81,25%.

CONCLUSIONES

La formación está acreditada por la Comisión de Formación Continuada y lo que aporta un valor añadido que los profesionales reconocen.

La valoración de la formación del personal de nueva incorporación y de las jornadas de acogida de años anteriores, nos lleva a buscar una continua evolución en cuanto a nuevos contenidos y formato de acciones formativas que permita la mejora en las competencias de los profesionales y la eficacia de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

1. *García Sánchez F, Roncero Roncero J, Pulido de la Torre A, García Pliego MD, González Mohino A. Experiencia de implantación del proceso enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real. Enferm Comunitaria. 2005 jul-dic. 1(2):32-36.*
2. *Fernández Martín M, Cibanal Juan L. Los sistemas de Información Guiados por el Conocimiento. El futuro de los Registros Enfermeros. Tesela [Rev Tesela] 2009; 5. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts7049.php>*

LA DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA LA FE, COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA

Albert, E.; Moscardó, A.; Blasco, P.; Martí, C.; Monferrer, M.; García, C.; Delgado, J.; Rueda, E.M.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La detección de las necesidades formativas permite ajustar, en la mayor medida posible, la oferta de formación a las carencias puestas de manifiesto por los profesionales y por la institución, conjugando los objetivos de los diferentes agentes de interés (profesionales, institución y directivos) para conseguir, como objetivo final, la máxima participación e implicación en la formación de dichos profesionales, garantizando la mejora de sus competencias y con ello unos cuidados de excelencia.

OBJETIVOS

- Determinar las preferencias de formación de los distintos agentes de interés (profesionales, institución, equipo directivo).
- Elaborar una propuesta de acciones formativas lo más cercana posible a la realidad de los requerimientos de la organización en su conjunto,
- Fomentar la implicación y compromiso de los profesionales con la formación, como pilar fundamental para su desarrollo profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 7393 personas en plantilla en el Departamento Valencia La Fe, incluyendo Atención Especializada y Primaria, se toma una muestra representativa, asumiendo un margen de error de +/- 5% y una fiabilidad del 95%, de 1895 profesionales.

Se procede a distribuir tres modelos de cuestionarios, normalizados "ad hoc" (para personal, mandos y unidades) entre los responsables de las distintas unidades y servicios del Hospital, para que sean ellos quienes los hagan llegar aleatoriamente a su personal. Se adjunta un documento con instrucciones básicas para su correcta cumplimentación, que se revisa con ellos para garantizar su comprensión y donde se les indica que se recogerá a las 72 h. de su entrega

Tras la recogida de todos los cuestionarios se hace un tratamiento estadístico de los datos mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Del total de encuestas distribuidas (1895) se recogen 1626 (1265 de personal, 188 mandos, correspondientes a 148 de unidades). Con lo que se ha logrado una participación del 85% de la muestra.

Del total de 10 Áreas de conocimiento propuestas, las seleccionadas mayoritariamente tanto por el personal como por los mandos, fueron las áreas de Humanización, con un 20,12%, Prácticas diagnósticas, Terapéutica y de Cuidados, con 16,31% y Tecnología de la información, con 14,85%.

CONCLUSIONES

Tanto los profesionales como los responsables de las distintas unidades de Hospitalización coinciden en sus necesidades de formación con las líneas estratégicas del Hospital, por lo que la respuesta formativa ofertada debería satisfacer en la mayor medida, a todos los agentes implicados (profesionales, líderes/supervisores, y la estrategia de la dirección) y permitir la mejora continua en las competencias y eficacia de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marqués Andrés S. Formación Continuada: Herramienta para la capacitación. *Enferm Global Esp* 2011:10-21.
<http://revistas.um.es/leglobal/article/view/115911/109911> (Consultado 19 Diciembre 2011)
2. Izargugaza Iturrizar E. Formación continua en la empresa de la salud. *Norte de Salud mental*. 2010; 8(37): 84-88.
<http://www.ome-aen.org/NORTE/37/84-88.pdf> (Consultado 14 de Noviembre de 2011)
3. Flores Peña Y, Alonso Castillo M. Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 May-Jun; 14(3):309-15.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300002&lng=en&nrm=iso&tIng=en
(Consultado 19 de Diciembre 2011)

DESARROLLO DE UN NUEVO SISTEMA DE TURNICIDAD CONSENSUADO CON LOS PROFESIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL ABSENTISMO

Del Rosal, A.; Aceituno, A.; Blanca, J.J.; Ábalos, M.A.; Martín, J.C.

Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba

INTRODUCCIÓN

El colectivo de enfermería está sometido a una serie de alteraciones bio-psico-sociológicas como consecuencia del desempeño de un horario laboral basado en la turnicidad. La turnicidad está asociada con el desarrollo del síndrome de "burn-out" y es determinante en un indicador de la eficiencia de la gestión de los recursos humanos como es el absentismo laboral. La mayoría de investigaciones que versan sobre el absentismo se basan en análisis netamente descriptivos de su incidencia y de los factores asociados.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es estudiar la influencia en el absentismo enfermero de la implantación de un nuevo sistema de turnos rotatorios, con la novedad de que tanto la distribución horaria, como la planificación y adjudicación de turnos se ha hecho según las demandas de las propias enfermeras.

METODOLOGÍA

El lugar de realización del estudio ha sido el Hospital "Infanta Margarita" de Cabra (Córdoba, España).

El abordaje de la investigación es de tipo prospectivo y preexperimental con un diseño de tipo pretest-postest en un solo grupo, comparando los meses de mayo a octubre de 2010 (donde se trabajaba con la turnicidad estándar), con respecto a los meses de mayo a octubre de 2011 (donde ya estaba establecido el turno a demanda).

RESULTADOS

Se ha constatado un notable descenso en cuanto al número de horas absolutas de ausencia de las profesionales de enfermería. De un total de 5551 horas absolutas de ausencia por semestre, se ha evolucionado a un total de 3289 horas de ausencia por semestre, una diferencia de 2262 horas.

DISCUSIÓN

La auto-programación de turnos por parte de las propias enfermeras ya ha sido testada en el entorno Hospitalario. Bailyng, Collins y Song¹, evidenciaron como la auto-gestión de turnos por parte del propio personal proporcionó una serie de efectos positivos. También hay bibliografía disponible sobre estrategias basadas en la ejecución de turnos horarios más largos. Dwyer et al², testaron la eficacia del establecimiento de turnos de 12 horas para las enfermeras, consiguiendo unas cotas más altas de bienestar físico y psicológico de las mismas.

CONCLUSIONES

La implantación de un nuevo sistema de turnicidad donde las propias enfermeras han participado en el diseño de la distribución horaria, la planificación y la adjudicación de sus turnos, parece haber conseguido una reducción notable en el número de horas de ausencia de las trabajadoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bailyng L, Collins R, Song Y. Self-scheduling for hospital nurses: an attempt and its difficulties. *J Nurs Manag.* 2007; 15: 72-7.
2. Dwyer T et al. Evaluation of the 12-hour Shift Trial in a Regional Intensive Care Unit. *J Nurs Manag.* 2007; 15: 711-20.

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE OLVIDOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL POVISA DE VIGO

Berride, L.; Castaño, R.; Fontenla, M.; Balsera, R
Hospital Povisa. Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

El error humano es evitable siempre y cuando existan métodos que nos permitan detectarlo, reconocerlo y poder adoptar conductas que lo puedan prevenir y medidas correctoras que subsanen sus efectos para que estos resulten lo menos lesivos posible a los pacientes.

En nuestro hospital desde hace unos años el protocolo de declaración de eventos adversos pone de manifiesto que, pese a existir en bloque quirúrgico herramientas tales como el circuito de trazabilidad de instrumental y la hoja de registro de recuento de gasas y compresas, todavía se producen incidentes en determinadas intervenciones quirúrgicas que conllevan un peligro potencial o directo para los pacientes. Esto nos lleva a la conclusión de que probablemente existan “deficiencias” a la hora de establecer cuáles son las causas exactas de que se produzcan dichos errores.

La dirección de enfermería del hospital, tras varias reuniones con el supervisor del bloque quirúrgico toma conciencia del problema y plantea cuales deben ser las medidas correctoras a tener en cuenta para resolver dicho problema

OBJETIVOS

Principal:

- Garantizar la seguridad del paciente quirúrgico.

Secundarios:

- Formar a las enfermeras quirúrgicas en materia de seguridad.
- Crear un registro único de recuento de instrumental quirúrgico y de gasas, compresas y material punzante.
- Monitorizar los incidentes e incidencias relacionados con los olvidos quirúrgicos.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica.

El hospital se acoge al sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (Sinasp) del plan de seguridad del S.N.S para el registro de los eventos adversos.

Se realizan reuniones formativas con el personal del bloque quirúrgico en las que se explica cómo realizar dichas declaraciones de eventos adversos

Se empiezan a emitir y a analizar las primeras declaraciones de eventos adversos

RESULTADOS

Creación e implantación del protocolo de olvidos quirúrgicos avalado por la dirección asistencial del hospital.

Actualización del protocolo del circuito de trazabilidad de instrumental quirúrgico ya existente.

Implantación y utilización de una única hoja de registro de trazabilidad de instrumental y de recuento de compresas, gasas y material punzante.

Análisis y monitorización de todas las declaraciones de eventos adversos realizadas en el Sinasp (Ocho declaraciones en el Sinasp desde abril del 2011 a febrero de 2012 en relación a olvidos intracorpóreos de los cuales 7 incidentes llegaron al paciente ,de éstos, 5 no causaron daños y sólo precisaron monitorización y 2 ocasionaron un daño temporal que precisó intervención posterior pudiéndose solucionar el problema).

Modificación de la descripción de criterios de Check List de Verificación en el Perioperatorio (al finalizar) donde se especifican los distintos tipos de recuentos que será necesario consignar.

CONCLUSIONES

La comunicación de errores es necesaria en el ámbito hospitalario. Realizarla de manera eficiente tendrá como consecuencia que podamos obtener herramientas que resulten efectivas para poder evitar estos errores en el futuro y que podamos ofrecer a los pacientes una mayor seguridad en el proceso quirúrgico. Como muestra de estas herramientas debemos destacar la implantación de protocolos, a los que poder acudir en caso de existir dudas, y registros donde se refleje cual ha sido nuestra actuación durante todo el proceso quirúrgico y si ha sido o no necesario tomar medidas para evitar olvidos intracorpóreos. Todas estas conductas surgen como consecuencia de una buena formación de los profesionales en materia de seguridad y por supuesto de una base firme en la que poder apoyarse en caso de que exista un problema que haya podido identificarse, reconocer y comunicar qué y cómo ha ocurrido, saber cuáles han sido las consecuencias para el paciente y cuáles las medidas a tomar para que no vuelva a ocurrir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atkinson LJ, Fortunato NM. *Técnicas de quirófano de Berry Kohn*. 20 Ed. España: Hartcourt Brace. Mosby. 1998.
2. Association of Operating Room Nurses (AORN). *Recommended Practices for Sponge, Sharps and Instrument Counts*. AORN J. 2006; 83(2) 418-33
3. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. *Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (Sinasp)*. [Internet] Disponible en: <http://www.sinasp.es>
4. Dirección asistencial. Supervisor Área quirúrgica. *Protocolo de olvidos quirúrgicos*. Hospital Povisa de Vigo. Julio 2011.
5. Dirección de enfermería. Unidad de calidad. *Circuito de Gestión de incidentes relacionados con la asistencia y atención de enfermería*. Hospital Povisa de Vigo. Octubre 2009.
6. Dirección de enfermería. Supervisor de Área quirúrgica. Unidad de calidad. *Circuito de trazabilidad de instrumental*. Hospital Povisa de Vigo. Octubre 2009.
7. Motta Ramirez, G.A; González Burgos, O. Castillo Lima J.A. *Material quirúrgico olvidado*. Ann Rad Mex. 2007; (4):285-96. Cuadernillo d@ enfermeir@: *Noticias y comentarios sobre sanidad y enfermería*. [Internet] Disponible en: <http://cuadernillosanitario.blogspot.com/2008/05/recuento-de-materiales-cortantes-e.html>
8. Gonzalo Campaña V. *Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Cómo prevenirlos. Parte III: Cuerpos extraños retenidos*. Rev. Chil. Cir. 2006; 58 (5):390-2.
9. Gómez Ávila, E. Ruíz López, R. *Protocolos quirúrgicos*. Rev. Enf. Global. 2005 (7) 1-15.

LOS LOGROS PRODUCTIVOS SON UNA CONSECUENCIA Y EXPRESIÓN DE SALUD

Martínez, R.M.; García, A.M.; Alonso, B.; Moral, A.; Sevilla, A.; Troncoso, D.

Hospital Universitario Príncipe De Asturias, Alcalá De Henares, Madrid

INTRODUCCIÓN

La función de Enfermería es prestar cuidados centrados y orientados en el paciente. Se hace referencia, por una parte a las necesidades y expectativas de la persona ante un proceso de salud-enfermedad, y por otra parte a la aportación profesional como respuesta a esas necesidades.

El registro de enfermería es el soporte documental donde queda recogida toda la información ,reflejando allí su valoración , tratamiento y evolución.

OBJETIVOS

- Asegurar la continuidad de cuidados de enfermería, estableciendo un circuito de transmisión de información relevante entre la unidad de Urpa y las plantas de hospitalización .
- Registrar los datos significativos del estado de salud de los pacientes, que requieren intervenciones enfermeras en el Servicio de URPA .
- Motivar a los profesionales.
- Tomar decisiones y asumir responsabilidades (RAZONADA Y ESTRUCTURADA).
- Fomentar la relación con el paciente.
- Orientar a la enfermera de planta de hospitalización del estado de salud del paciente para reorganizar el plan de cuidados en dicha planta y continuar con la evolución .(Fase inicial del PAE ☒Valoración).
- Mejorar la calidad percibida con los profesionales de las unidades de hospitalización que reciben el nuevo informe de Continuidad de cuidados.
- Asegurar la continuidad de Cuidados de los pacientes de alta en la Unidad, facilitando la unificación de criterios.
- Proporcionar datos con fines científicos y educativos , incorporando el lenguaje enfermero .
- Cumplir las normas legales autorizadas y profesionales exigidas.

MATERIAL Y MÉTODO

El proceso de enfermería nos permite constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente,al mismo tiempo que define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de la prestación de cuidados al normalizar y sistematizar la práctica asistencial.

El trabajo lo comenzamos por una necesidad percibida por la unidad de Urpa con respecto a las unidades de hospitalización ,no existía una continuidad en la información y en los cuidados.

La responsable de la unidad lo planteó en la unidad de cuidados y se mantuvieron reuniones periódicas hasta ser aceptada su propuesta.

En la unidad de Urpa sirve para la realización del PAE y en las unidades de hospitalización como un inicio de éste, fase de valoración.

Puesta en marcha de la nueva hoja de registro.

Empezó a utilizarse durante un año y posteriormente realizamos una encuesta a los profesionales de las unidades de hospitalización para su valoración y aportaciones.

Encuesta: ¿Por qué la enfermera debe planificar un informe de continuidad de cuidados?

CONCLUSIONES

El registro de los cuidados de enfermería deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente; será objetivo y completo, debiendo registrar el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observamos nosotros y también el propio paciente y nunca haciendo conjeturas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi- Castells, R. M. *Nosotros cuidamos: la práctica en el ámbito comunitario*. Palma 2000. URL disponible en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/III Congreso/alberdi.html>
2. Morales Asensio, J. M. Ponencia. URL disponible en: http://www.asanec.org/Congreso/Evaluacion_Morales.htm
3. Alfaro-Lefevre, R. *Aplicación del Proceso enfermero*. 4ª Edición. Springer. 1999.
4. Morilla Herrera, J. C. Ponencia. *II Congreso de Enfermería Comunitaria*. Málaga 2000. URL disponible en: <http://www.asanec.org/Congreso/Instrumentos.htm>
5. Gordon, M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. Mosby. 2003.
6. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002*. Harcourt. 2001.
7. Jhonson, M. et al. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. 2ª Edición. Edición en español. Ediciones Harcourt. Madrid. 2001

AFRONTAMIENTO DE UNA GUARDIA PARA SUPERVISORAS DE NUEVA INCORPORACIÓN DEL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN Y TRAUMATOLOGÍA (HRT).

Ortiz, M.J.; Navarro, M.A.; Romerosa, P.; Martínez, M.J.; López, A.

SAS, Granada

INTRODUCCIÓN

Afrontar una guardia en la cual eres responsable de todas las unidades de enfermería del hospital, requiere el conocimiento de una serie de protocolos, de recursos,... para dar solución a las muy diversas incidencias que pueden surgir en el transcurso de la misma.

Nos planteamos la posibilidad de recoger esta información presentándola en formato de curso en la plataforma MOODLE. Su arquitectura y herramientas son apropiadas para clases en línea (e-learning). Permite contar con: foros, diarios, cuestionarios, materiales, consultas, encuestas y tareas, y admite la presentación de un importante número de contenido digital, Word, PowerPoint, Flash, vídeo, sonidos, etc.

OBJETIVO

Que todas las supervisoras del hospital, especialmente las de nueva incorporación, dispongan de la información básica necesaria para afrontar una guardia, y facilitar estrategias para resolver incidencias que pueden presentarse.

MATERIAL Y MÉTODO

La plataforma MOODLE, y su autorización por parte de Subdirección de enfermería para utilizarla, así como el apoyo y asesoramiento del servicio de informática de nuestro centro. Además hemos contado con el material que ya poseíamos en formato electrónico y papel, y con material que hemos elaborado exclusivamente para el curso, así como enlaces a revistas de enfermería, y otros (youtube,...). La metodología que usamos es la que nos permite el e-learning,.

RESULTADOS

No disponemos en la actualidad de resultados que ofrecer, ya que el curso está abierto desde primeros de Marzo, se expondrá próximamente a las supervisoras de planta, y de momento no ha habido ningún supervisor de nueva incorporación.

CONCLUSIONES

Por el motivo anteriormente expuesto, de momento no podemos establecer CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA

1. TORRES, S. (2008). "Metodología práctica del e.learning en Moodle". Concepto de comunicación creativa.
2. TIRADO, R.(2002). "Los entornos virtuales de aprendizaje. Bases para una didáctica del conocimiento". Grupo editorial universitario.
3. BARBIER, J.M. (1993). "La evaluación en los procesos de formación". Madrid: Paldós MEC
4. MARCELO, C. y otros (2002). "e-learning. Teleformación". Gestión 2000.
5. DUART, J.M. Y SANDRÁ, A. (2000). "Aprender en la virtualidad". Barcelona, Editorial Gedisa.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES: UNA APUESTA POR LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Martínez, M.L.; Escanciano, I.; Mateos, M.; Matey, J.M.; Mondelo, B.

Hospital Universitario De Mostoles, Madrid

INTRODUCCIÓN

El marco actual de la enfermería supone la integración de la investigación como herramienta indispensable en la consecución del título de grado, Master y Doctorado dentro del marco Académico Europeo, y el establecimiento de la carrera profesional en la que se requiere el desarrollo de actividad investigadora.

Los profesionales de enfermería necesitan formarse en investigación para responder a esta nueva realidad y ofrecer unos cuidados basados en la mejor evidencia disponible.

El interés, actitud y motivación de los profesionales de enfermería por la investigación están influenciados por barreras percibidas como son las cargas de trabajo, la falta de conocimiento y el apoyo metodológico.

El proceso de integración de la investigación depende de las características del individuo, de la organización y de los canales de comunicación. Esto implica un cambio en la actitud hacia la investigación desde las distintas instituciones y desde la propia enfermería.

OBJETIVOS

- Describir las iniciativas desarrolladas desde la Dirección de Enfermería para potenciar e integrar la investigación dentro del ámbito asistencial.
- Describir el proceso de creación e implantación del Área de Investigación enfermera
- Describir indicadores logrados tras la implantación de las diferentes iniciativas durante los años 2010-2011.

INICIATIVAS

Area de investigación enfermera

- Descripción del proceso de creación e Implantación del área de Investigación Enfermera
 - Cartera de Servicios
 - Definición de Objetivos, actividades e Indicadores de evaluación. (Objetivos de Gestión, Formación, Investigación y Colaboración)
- Memoria de actividades 2010-2011

Eventos científicos

Organización de jornadas científico-técnicas: Jornada Nacional de Enfermería. Jornada Nacional de TCAE. Día Internacional de la enfermería. Miércoles Enfermeros

CONCLUSIONES

Desde la Dirección de enfermería del Hospital Universitario de Móstoles se apuesta por la Investigación; para ello se ha creado un Área de Investigación enfermera como una herramienta de apoyo que genere líneas de Investigación, estímulo y recursos para los profesionales que quieren investigar.

Este apoyo debe ser estructurado, continuado y adecuado a las necesidades del contexto en el que se desarrolla.

Es necesario acercar la investigación a la enfermería y hacerla fácil, esto implica crear un área de apoyo que sea cercana, accesible y que se adapte a sus necesidades, horarios y carga asistencial. Igualmente es necesario potenciar eventos que permitan el intercambio de experiencias e investigaciones entre los profesionales sanitarios de los distintos ámbitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera García J. *Enfermería basada en la evidencia y utilización de la Investigación. Index Enferm. 1999; 27:12-18.*
2. Díaz Benavente M, Martín Leal C, Jiménez Aguado JM, Maya Rincón B. *Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. Enfermería Clínica 2004; 14(5):263-8.*
3. Sebastian Viana T. *La investigación científica en los años 1992-1996. Un estudio a través de las publicaciones científicas. Enferm. Científica 2001; 232-3:85-94.*
4. Lluch Canut MT. *¿Qué significa investigar? Reflexiones y sugerencias para la promoción de la investigación en enfermería. Presencia 2005 ene-jun:1(1).*
5. Benavent Garcés MA. *Estado actual de la investigación y la formación en enfermería. Enfuro 2001; 80:14-19.*
6. Martínez Riera JR. *Barreras y facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. Enfermería Clínica 2003; 13(5): 303-08.*
7. Bostrom A., Malnight M., MacDougall J. & Hargis D. (1989). *Staff nurses attitudes toward nursing research: a descriptive survey. Journal of Advanced Nursing 14, 915-922.*
8. Hicks C. (1996) *A study of nurses attitudes towards research: a factor analytic approach. Journal of Advanced Nursing 23,373-379. 6*
9. Berggren A. (1996) *Swedish midwives awareness of, attitudes to and use of selected research findings. Journal of Advanced Nursing 23, 462-470.*
10. Ehrenfeld M. & Eckerling S. (1991). *Perceptions and attitudes of registered nurses to research: a comparison with a previous study. Journal of Advanced Nursing 16, 224-232.*
11. Eckerling S., Bergman R. & Bar-Tal Y. (1988). *Perceptions and attitudes of academic nursing students to research. Journal of Advanced Nursing 13, 759-767.*
12. Tanner J. & Hale C. (2002) *Research-active nurses' perceptions of the barriers to undertaking research in practice. NTRResearch 7 (5), 363-375*
13. Fuentelsaz-Gallego C; Navalpotro- Pascual S; Ruzafa-Martínez M. *Competencias en Investigación: propuesta de la Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (investén-Isciii). Enferm Clin. 2007;17(3):117-27.*
14. Abad Corpa E, Monistrol Ruano O, Altarribas Bolsa E, Paredes Sidrach de Cardona A. *Lectura crítica de la literatura científica. Enfermería Clínica 2003; 13(1):32-40.*
15. Barderas Manchado A, Egea Zerolo B, Escobar Aguilar G. *Fuentes de información en enfermería: buscando la evidencia . Anest Reanim Ter Dolor. 2004;12:43-47*
16. Zabalegui Yarnoz A. *Visión general sobre la Investigación en enfermería. Metas 2002 Marzo.43:12-15.*
17. Serrano R, Narvaiza MJ. *Investigar desde la teoría y la práctica. Rev Rol Enf 2000;231:185-91.*
18. Orts Cortes I, Richart Martínez M, Cabrero García J. *Factor de impacto en las revista de enfermería. Enfermería Clínica 2002;12(6):266-72.*
19. Moreno-Casbas T; Fuentelsaz-Gallego C; González-María E; Gile de Miguel A. *Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la practica clínica y en investigadores activos. Enferm Clin. 2010;20(3):153-164.*

EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS REALIZADAS POR ENFERMERAS DE UN H.G.U.

Iniesta, J.; Terón, M.J.; Sáez, A.R.; Corbalán, C.; Ros, V.M.; Muñoz, G.; Caballero, B.; Ruiz, A.J.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

La génesis de conocimiento a través de la investigación, es uno de los soportes fundamentales para el avance profesional, por lo que debe de fomentarse desde las Direcciones, dentro del área de gestión del conocimiento. Es necesaria la difusión de los resultados tanto a nivel intrahospitalario como hacia el exterior, a través de la presencia en diversos foros de carácter científico y congresos. Nuestra área de Salud apuesta por el desarrollo de la investigación, quedando recogido como objetivo del Contrato de Gestión del Servicio Murciano de Salud la actividad investigadora de los centros.

OBJETIVOS

- Cuantificar el número de comunicaciones presentadas por los profesionales de enfermería, y la distribución por unidades de la producción.
- Conocer los formatos de presentación más utilizados por las enfermeras en sus comunicaciones, y las áreas temáticas abordadas.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de comunicaciones presentadas a congresos durante 2008-2011 de un H.G.U.

Obtención de datos de las memorias de investigación realizadas anualmente desde la supervisión de área de calidad e investigación en las que se recogen todas las comunicaciones presentadas desde la división de enfermería. Variables estudiadas: comunicaciones presentadas a congresos; ámbito del congreso; unidad desde la que se presentaba la comunicación; área temática que se abordaba; formato de presentación.

Los datos se analizaron con el programa SPSS, expresándose los resultados mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se han realizado 163 comunicaciones, correspondiendo 31, 35, 39 y 58 a cada uno de los años de estudio. El 61% (99) se difundieron en congreso de ámbito nacional, un 17% (28) internacional, y el 22% (36) en regionales. La dirección de enfermería realizó un 33% (47), UCI un 21% (34), consultas el 7%(12), laboratorio el 5%(8), urgencias 3%(5), y un 35%(57) el resto de unidades del hospital.

Las áreas temáticas abordadas fueron: calidad un 33% (53); metodología enfermera el 10%(16); gestión un 8% (13); y un 50%(81) relacionadas con las especialidades de cada unidad. Un 53%(87) se presentaron como comunicaciones orales, el 44%(71) a póster y un 2%(4) póster con defensa oral.

CONCLUSIONES

Se observa un incremento paulatino de las comunicaciones presentadas por las enfermeras de nuestro centro, estando la temática de las mismas relacionadas con la unidad en la que desarrollan su labor asistencial.

La Dirección de Enfermería ejerce un liderazgo en la investigación enfermera y la difusión de resultados.

La mayor parte de las comunicaciones tiene lugar en congresos de ámbito nacional, incluso las presentadas en congresos internacionales se han celebrado en el país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comet-Cortés, Pilar; Escobar-Aguilar, Gema; González-Gil, Teresa; Ormijana-Sáenz Hernández, Amaia de; Rich-Ruiz, Manuel; Vidal-Thomas, Clara; Córcoles-Jiménez, Pilar; Izquierdo-Mora, Dolores; Silvestre-Busto, Carmen. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi / To establish nurse research priorities in Spain: Delphi study *Enferm. clín.* (Ed. impr.);20(2):88-96, mar. -abril. 2010.
2. Díaz Benavente, Magdalena; Martín Leal, Cándido; Maya Rincón, Baldomero; Jiménez Aguado, José. Sistema de valores y concepción cultural de los Supervisores de Hospitales. Sobre la investigación en enfermería / System of values and cultural conception that the supervisors of hospitals have on the investigation in infirmary. *Index enferm*;11(39):20-23, dic. 2002.
3. Gastaldo, Denise; Pedro Gómez, Juan de; Bover Bover, Andreu. El reto de investigar en enfermería: una reflexión sobre las universidades españolas y el contexto internacional / The challenge of investigation in nursing: reflection on Spanish universities and the international context *Enferm. clín.* (Ed. impr.);11(5):220-229, sept. 2001.
4. Jiménez Hernández, José Antonio; Ayuso García, M^a Dolores; Murillo Murillo, Rosa; Guillén Ríos, Juan Francisco Evolución de las publicaciones periódicas españolas de enfermería *Index Enferm (Gran)* 2007 primavera. Año XVI(56):73-78
5. Morales Asencio, José Miguel. Investigación de resultados en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados / Outcomes research and nursing. The path to effectiveness in nursing care *Index enferm*;13(44/45):37-41, 2004.
6. Muñoz Lobo, M^a Jesús; García González, José L; Rodríguez Gonzalo, Ana; Marzo Martínez, Azucena; Navares Muñoz, Hugo. Gestionar para incrementar la investigación. *Tesela [Rev Tesela]* 2008; 4. Disponible en Consultado el 20 de febrero 2012.

RESULTADOS DE WWW.ATURNOS.COM EN LOS HOSPITALES DEL SESCAM (HELLIN-CIUDAD REAL)

Gil, J.; Rebato, E.; Migallón, E.; García, P.; García-Fogeda, A.

Hospital General Universitario De Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

aTurnos.com es una herramienta web colaborativa que ha conseguido facilitar la gestión y supervisión de hospitales privados y públicos de SNS.

Este año queremos mostraros resultados positivos en el hospital de Hellín y en el HGUCR. Estos la utilizan desde hace 1 año. Creada por enfermeros e ingenieros informáticos y centrada en la simplificación y socialización de turnos. Dando soluciones a la actual demanda de gestión distribuida en los procesos de trabajo con turnos.

OBETIVOS

Hospitales:

Aumentar la productividad, disminuir costes, colaborar en la sostenibilidad del medio ambiente (Hospital sin papeles) e integrar un mecanismo de socialización.

Supervisores:

Conseguir un cuadrante de turnos a medida, mejora en la toma de decisiones y canales de información, visualizar el estado de la unidad y la disponibilidad de los trabajadores. Controlar los cambios de turnos entre compañeros. Acceder a un práctico cuadro de mando.

Enfermeras:

Acceder al cuadrante de turnos actualizado desde internet, gestionar los cambios de turnos, aumentar la productividad, sentirse integrado e informado en su unidad, conciliar la vida profesional y laboral, mejorar la socialización del grupo, acceder a estadísticas de su vida laboral.

METODOLOGÍA

La muestra analizada para la obtención de los resultados de la utilización de aturnos.com es el hospital de Hellín y de Ciudad Real. Estos hospitales integraron esta herramienta hace 1 año, tiempo suficiente para analizar nuestros resultados a 3 niveles: personal a turnos, supervisión y hospital. Los casos donde los resultados son positivos:

- Sostenibilidad del gasto sanitario
- Cuadrantes de turnos a medida
- Gestión de supervisión de cambios de turnos
- Realización de cambios seguros
- Información integra y privada para el grupo
- Consulta de estadísticas de la vida laboral personalizada
- Supervisión simplificada con el cuadro de mandos
- Colaboración medio ambiental
- Simplificación y socialización de los turnos. Compartirlo con quién quieras.

RESULTADOS

Tras la supervisión de los autores de este trabajo en estos 2 hospitales del SESCAM, se confirman que los resultados son altamente favorables. Se ha conseguido la mayoría de los objetivos y expectativas iniciales.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio son muy positivas en los tres niveles afectados que utilizan aturnos.com.

Los resultados obtenidos desvelan que esta web ofrece soluciones a la actual demanda del sector sanitario público y privado. Destacando la productividad como uno de los objetivos más interesantes, seguidos de la gestión de supervisión de los cambios de turnos y la simplificación y socialización de los turnos en nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trabajo nocturno y salud en enfermería / Night shifts and health in nursing, Mongui Sánchez, Hilda Margoth. Rev. cuba. enferm;10(2):121-33, jul.-dic. 1994. tab.
2. Estrés en el trabajo de enfermería en hospital de emergencia: análisis usando la Job Stress Scale1 Janete de Souza Urbanetto. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 19(5) sep.-oct. 2011.
3. La gestión de turnos influye tanto en la motivación como en la satisfacción del personal de enfermería. Mir Abellán, Ramón, Toral Carreras, Cristina, Coello Marín, Julia. sep-2006.

PERFIL DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA Y PERCEPCIÓN DE LA PROFESIÓN EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE MURCIA

Muñoz, G. ; Terón, M.J.; Sáez, A.R.; Corbalán, C.; Ros, V.M.; Iniesta, J.; Martínez, J.; Corbalán, M.D.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Área de Salud VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud, Murcia

INTRODUCCIÓN

El cambio de los estudios de Enfermería a Grado para el cumplimiento del tratado de Bolonia ha supuesto un gran cambio para la profesión de enfermería, pero desconocemos el impacto que ha tenido sobre la percepción de los futuros profesionales y si el perfil de estos ha cambiado. Por ello, pretendemos realizar un análisis del perfil de los estudiantes del grado de Enfermería y la percepción que estos tienen de la profesión que han decidido

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo sobre el perfil de los alumnos de Enfermería de 2º y 3º de la Universidad de Murcia, y la percepción de la profesión. Se elaboró un documento ad hoc para la recogida de datos mediante un cuestionario autoadministrado de carácter anónimo y voluntario en el que se recogían las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil,...), y preguntas tipo likert (1 totalmente desacuerdo a 4 totalmente de acuerdo) sobre la percepción de la profesión. Sistema de muestreo intencionado sobre los alumnos que acudían a los seminarios teórico-prácticos. Los datos se analizaron con el programa SPSS, expresándose los resultados mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

La edad media los alumnos de enfermería fue de 26 años con una DE de 9 años. El 72% son mujeres, el 88% no tiene pareja ni hijos, mientras que un 20% combina estudios con actividad laboral. El 44% inició los estudios de enfermería con 18 años, el 60% vía selectividad, el 36% con estudios previos de ciclo formativo. El 60% eligió la carrera como primera opción. El 100% la percibe como una profesión vocacional, el 96% considera el cuidado como el campo propio de la Enfermería, aunque un 52% piensa que la enfermera está a las órdenes médicas. Un 100% opina que es necesario trabajar en equipo. El 96% manifiesta que las enfermeras deben tener un amplio grado de conocimiento, y el 92% piensa que trabajan aplicando el método científico.

CONCLUSIONES

- El perfil del estudiante de enfermería sigue siendo mujer joven sin cargas familiares.
- La Vocación sigue siendo una de las principales razones para la elección de Enfermería como Profesión.
- Existe un interés de los alumnos por cursar estos estudios ya que la mayoría los han elegido como primera opción.
- La mayoría de los alumnos perciben la profesión como supeditada a órdenes médicas, lo que contrasta al referir que deben tener un elevado nivel de conocimientos para el desempeño de sus funciones, mediante el trabajo en equipo.
- Es necesario profundizar en el concepto de la Enfermería tanto en la Facultad como en los centros sanitarios, en la transmisión de imagen profesional que damos a los alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cea Ugarte, J.I.; Marcal López, J.A. Impulsor psicológico "complace" influencia en la elección de enfermería. *Revista Rol de Enfermería* 1995 sep.:52-55
2. Parrilla Saldaña, J.; Guerra Martín, MD.; Percepción de los alumnos sobre la función tutorial en las prácticas. *Enfermería global*. 2009 Feb. Vol.8, Núm. 15.
3. Vázquez Calatayud, M. Filosofía y ciencia de la disciplina enfermera. *Rev. Metas de Enfermería*. Vol. 14, núm. 8 Octubre 2011 Ed. DAE. Madrid.
4. Reyes Bello, I. El significado de la motivación profesional de enfermería. *Un aporte fenomenológico*. 2007

¿ES NECESARIO SUFRIR? BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

González, E.; Iniesta, D.; Rodríguez, A.; Molina, P.; Del Baño, J.; Marín, F.J.; Ondoño, M.C.; Quijada, M.J.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao – Cieza, Murcia

INTRODUCCIÓN

En todos los servicios sanitarios el periodo vacacional supone un cambio de plantilla importante con la llegada de nuevo personal. Este personal no siempre tiene la formación específica del servicio al que ha sido asignado. Por ello consideramos una parte importantísima disponer de un plan de formación para este personal.

Decidimos crear un plan de acogida en el que se incluye formación mediante sesiones-talleres teórico-prácticas en los procedimientos y técnicas del Servicio de Urgencias.

OBJETIVOS

- Formar al personal de nueva incorporación en los procedimientos y técnicas habituales del Servicio de Urgencias.
- Aumentar la seguridad de los pacientes, la calidad de los servicios prestados y se optimizan los tiempos de trabajo.

METODOLOGÍA

1. Formación de grupos de trabajo para repartir temas propuestos y aportación de nuevos temas de interés.
2. Formación de grupos de trabajo de distintas categorías para la preparación de la parte correspondiente en cada tema.
3. Cada grupo formado por 2-3 personas se preparan un taller sobre el tema asignado.
4. Se decide tiempo máximo de exposición de 45'. Se cita al personal unos días antes de su incorporación al puesto de trabajo.
5. Los talleres impartidos por DUE fueron:
 - Funciones de DUE en triaje, sala de observación y boxes (aparataje)
 - ECG, paracentesis, punción torácica y cardioversión.
 - Actuación en la sala de traumatología y sala de curas.
 - Vía venosa central de acceso periférico.
 - Ventilación mecánica no invasiva.
 - Actuación en la sala de reanimación.
6. Los talleres impartidos por Auxiliares de Enfermería fueron:
 - Funciones del Auxiliar de enfermería en sala de observación y boxes.
 - Auxiliar de información.
 - Autoclave, sistemas de aspiración y desinfección de objetos y superficies.
 - Correcta montaje y limpieza de los respiradores de VMNI.
 - Actuación en la sala de reanimación.

RESULTADOS

Se imparten un total de 11 talleres con la participación como docentes del 83% de la plantilla del servicio y una asistencia del 100% del personal de nueva incorporación.

CONCLUSIONES

- Satisfacción del personal fijo del servicio, al elaborar un plan de formación para el personal de nueva incorporación.
- Incremento de la seguridad del profesional para afrontar las distintas situaciones que se pueden presentar durante su periodo de contratación.
- Se favorece la seguridad de los pacientes al poder prevenir incidentes de seguridad relacionados con la formación.
- Optimizar los tiempos de atención al usuario mediante el conocimiento previo de técnicas y procedimientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Procedimientos específicos del Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao:*
2. *IT URG 05 01 (Inspecciones y revisiones)*
3. *IT URG 05 02 (Funcionamiento del autoclave)*
4. *PE URG 05 (Procedimiento Específico de Urgencias) 2-11-2010*
5. *La propia utilizada por cada grupo de trabajo para la elaboración de su charla taller.*
6. *Estatuto de los trabajadores.*

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MEJORA DE LA ADHESIÓN EN LA HIGIENE DE MANOS

Guillemat, M.; Bárcena, C.; Martínez, M.; Meury, E.; Ortiz, S.; Serrano, S.; Vidal, E.; Yepes, J.M.
Hospital del Vendrell. Xarxa Sanitària I Social De Santa Tecla, Tarragona

INTRODUCCIÓN

La Higiene de Manos (HM) se considera la principal medida necesaria para poder reducir las Infecciones Nosocomiales. "Los 5 momentos para la HM" y la incorporación de los preparados de base alcohólica en el punto de atención son las estrategias principales propuestas por la OMS.

En una primera observación de oportunidades de HM realizada en el hospital durante el año 2010 nos muestran que los niveles de adhesión de los profesionales de enfermería después de una breve campaña que consistió en la difusión de pósters informativos y sesiones formativas, fue de un 54.4%. Esta es la referencia de la cual partimos para poder conseguir una mejora en la sensibilización de la HM a través de un programa de educación sanitaria de los profesionales de enfermería del centro.

OBJETIVOS

- Evaluar si existe un aumento en el nivel de adhesión a la HM y en el uso de la solución alcohólica tras la implantación de un Programa Educativo de HM.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal descriptivo de los niveles de adhesión en la HM del personal de enfermería de un hospital comarcal.

La población de estudio fueron los 228 profesionales del equipo de enfermería en el 2010 y 2011.

El método para evaluar las prácticas de HM fue la observación directa (oportunidades) de los profesionales sanitarios mientras prestaban la asistencia ordinaria.

El estudio estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.18.1 para Windows utilizando porcentajes de las muestras antes y después del programa educativo.

RESULTADOS

En la muestra pre programa se observan 196 oportunidades, un 58.2% realizan la HM de los cuales un 28.9% utiliza la solución alcohólica. En la muestra post programa se observan 293 oportunidades, un 64.8% realizan la HM de los cuales un 42.6% utiliza la solución alcohólica.

CONCLUSIONES

Se observa un aumento del porcentaje de adhesión a la HM por parte del personal aunque éstos no alcanzan los niveles óptimos. Destaca el aumento en el uso de solución alcohólica.

Con la implantación del Programa Educativo existe un aumento de los niveles de adhesión pero es necesaria una formación continuada para fomentar el interés y motivación así como un compromiso de los responsables para adquirir el hábito en la práctica diaria del personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. CHALLENGE S. *Clean care is safer care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. Infection control and hospital epidemiology* 2005.
2. García-Vázquez E, Murcia-Payá J, Allegue J, Canteras M, Gómez J. *Influencia de un programa de intervención múltiple en el cumplimiento de la higiene de manos en una unidad de cuidados intensivos. Medicina Intensiva* 2011.
3. Organización Mundial de la Salud. *Directrices de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención Sanitaria (Borrador avanzado): Resumen. 2005.*
4. Organización Mundial de la Salud. *Manual técnico de referencia para la higiene de manos. 2009. Romero-Mora KA, Soto-Ramírez LE. Primer paso en el control de las infecciones relacionadas a la atención médica: Lavado de manos. Med Sur* 2008;15(3):214-218.

CONOCER LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE UNA ESTACIÓN DE TRABAJO INFORMATIZADA Y SU REPERCUSIÓN EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS

Sevillano, M.; Molina, M.T.; Verdeguer, M.I.; Puigdomenech, A.; Domínguez, M.A.; Font, M.L.; López, M.D.; Martínez, M.

Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

En noviembre del 2009 en el Hospital Universitario Vall d'Hebrón (HUVH), se implanta el SAP (Sistemas, Aplicaciones y Productos) y a principios de 2011 en las unidades de hospitalización de adultos la estación de trabajo para enfermería Gacela-care y SILICON .

La Dirección de Enfermería enfatiza que las enfermeras supervisoras lideren y profundicen, en mayor medida, los cuidados enfermeros. Es indispensable conocer la opinión de los profesionales, sobre la repercusión en la organización, en la gestión del conocimiento enfermero y en la adecuación de los cuidados, para identificar áreas de mejora dónde podamos incidir y garantizar la continuidad y la calidad asistencial.

OBJETIVO

- Conocer la opinión de enfermería sobre la implantación de la estación de trabajo Gacela care y su repercusión en la organización, la transmisión de conocimientos y prestación de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo.

Se ha utilizado un cuestionario elaborado por consenso para este estudio por un grupo de 13 enfermeras, que contiene 35 preguntas.

Se han estudiado todas las profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) de seis unidades de hospitalización de adultos del Área General del HUVH. El cuestionario, autocumplimentado, recogía información sobre: datos sociodemográficos, organización del trabajo, utilidad del programa Gacela-care, seguridad del paciente, individualización de los cuidados y valores.

Se ha realizado un análisis descriptivo para todas las variables, utilizando el paquete de programas estadísticos SPSS.

RESULTADOS

De los 180 cuestionarios entregados, se recogieron 102 correctamente cumplimentados (57%).

El 72% (74) de los profesionales tenía > 10 años de experiencia en el hospital. El 85% (87) manifestaron que se ha producido un cambio organizativo y un 37% (32) de ellas lo valoró positivamente.

El Gacela-care ha favorecido la trasmisión del conocimiento enfermero tanto dentro de la organización como de la misma profesión para un 40% (40).

Un 31,5% (30) de las profesionales refirieron que el programa facilita la individualización de los cuidados.

El 82 % (73)de las profesionales valoraron por encima de 5 (en una escala de 1 a 10) la importancia de la correcta complementación de los registros y el 100% manifestó que no volverían a utilizar los registros escritos.

CONCLUSIONES

La implantación del programa Gacela-care ha supuesto un cambio en el desarrollo del rol propio, adquiriendo un lenguaje común y unificando estándares de cuidados, dirigiendo nuestra práctica clínica a la evidencia.

Consideramos que es, a nosotras enfermeras supervisoras, a quienes compete garantizar la calidad de los cuidados, identificando las áreas de mejora, que todo instrumento nuevo suponga para el mejor desarrollo competencial de nuestros profesionales.

De la misma manera, el hecho de no valorar positivamente el cambio en la organización del trabajo, es porque en realidad los profesionales no lo han cambiado, sino que han adaptado un instrumento a la dinámica ya existente. Esto nos orienta a pensar en un nuevo planteamiento organizativo que anteponga la reflexión a la acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Fernández A, Rubio Sevilla JC, Arribas Espada JL, Rubio Gómez I, Sánchez González P. Proyecto de planificación informatizada de cuidados Enfermeros (PICE), su desarrollo en el Complejo Hospitalario de Toledo. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* Vol. 3 - Número 2 - Abril-junio 2002.
2. Ruiz López, F.J.; Alegriá Capel, A. Sistema de Información Clínica en la unidad de Cuidados Intensivos. ¿Qué supone para la Enfermería? *Enfermería Global* N° 1 Noviembre 2002 Página 1
3. González Sánchez, J. A., Gosgalla García, O. Simón García, M^ªJ. Blesa Malpica, A. Registros de Enfermería: Convencional frente a informatizado. *Unidad de cuidados críticos. Enfermería Intensiva* 2004;15 (2):53-62

GESTORA DE CASOS DE TRAUMATOLOGÍA: DE UN PROYECTO A UNA REALIDAD. GESTIONAMOS MEJOR SI NOS IMPLICAMOS TODOS

Puntonet, A.; Nolla, T.; Cucala, M.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Dirección Enfermera del Hospital Sant Pau crea la figura de la Gestora de casos de traumatología para formar parte de un proyecto para optimizar los recursos del hospital y mejorar la atención a los pacientes.

Las enfermeras gestoras de casos (GC) proporcionan atención individualizada e integral desde un entorno sociosanitario. Valoran las capacidades del individuo, familia y comunidad, emiten un juicio y coordinan la asistencia multidisciplinaria para cubrir las necesidades, mejorando la calidad del servicio y obteniendo una mayor relación coste-efectividad.

La coordinación permitirá disminuir la estancia hospitalaria de este grupo de pacientes garantizando la continuidad de los cuidados y la rehabilitación domiciliaria.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Optimizar los recursos del hospital.
- Definir el marco de la gestión de casos en traumatología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se implanta el proyecto en febrero de 2011, la población que se incluye en el proyecto son personas del área "Dreta Eixample" con la indicación de intervención quirúrgica de prótesis de rodilla o cadera total.

Una de las funciones de la enfermera GC es optimizar los recursos del hospital y establecer una red de comunicación entre todos los profesionales implicados.

Para ello tiene como objetivos:

- Conocer el contexto social y familiar, identificar la ayuda que tendrá el paciente para su recuperación asegurar la transversalidad de los cuidados y la rehabilitación post-intervención quirúrgica.
- Realizar la coordinación entre servicios del hospital y los diferentes niveles asistenciales implicados.

Su función la realiza antes del ingreso del paciente con 1ª visitas y sesiones de grupo, durante el ingreso con visitas en sala, y en el alta domiciliaria mantiene contacto con el paciente y los equipos de atención domiciliaria.

RESULTADOS

Al año de su implantación se han realizado 189 visitas y se han operado 102 pacientes, todos han recibido información y educación respecto a su proceso quirúrgico.

Un 53% han sido alta a los 5 días de ingreso, un 29,4% alta a los 6 ó 7 días y un 17,6% 8 o más días por problemas varios. La estancia hospitalaria en el año 2010 era de 7 a 9 días.

Se ha realizado un cuestionario de satisfacción a los pacientes dentro del proyecto y fuera., consiguiendo un grado de satisfacción total de los pacientes dentro del proyecto de un 89,1% y fuera del proyecto de un 73,6%.

CONCLUSIONES

- Ha aumentado la educación a los pacientes.
- Todos los pacientes se han ido con pre-alta domiciliaria.
- Se ha acortado la estancia de los pacientes en el hospital.
- Se ha agilizado el traslado a Centros sociosanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esther Nieto García y Manuela Monleón Justb(2009) La enfermera gestora de casos en un modelo de cuidado integrado *Jano* 8 de mayo de 2009. n.º 1.737 • www.jano.es
2. Alicia Sarabia Sánchez(2007) La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional *1 abendua* diciembre 2007
3. *Case Managers Survival Guide - Winning Strategies for Clinical Practice*, 2nd Edition. Toni G. Cesta, Hussein A. Tahan
4. XX Jornades. d'actualització. processos quirúrgics. de pròtesi primària de genoll i maluc. Dres. Núria Jou. J.Sánchez Raya, E.Pagès, www.academia.cat/files/425-826-DOCUMENT/pages-45-14mayo10.pdf -
5. Guillem Bori, Jesus Aibar, Sarah Lafuente, Xavier Gallart, Silvia Valls, Santiago Suso, Carme Hernandez, Josep Riba(2010) 1 Department of Orthopaedics and Traumatology, Hospital Clínic, University of Barcelona, Barcelona - Spain *Hospital at home in elective total hip arthroplasty. Hip Int* 2010; 20 (Suppl 7): S58-S62
6. *Case Managers Training Manual*.(2001) David Plocher, MD Patricia Metzger, MHA, RN
7. G. Thomas, M. Faisal, S. Yyoung, R. Aasson, M. Ritson, R. Bawale(2008) Early discharge after hip arthroplasty with home support: experience at a UK District General Hospital. *Hip International* / Vol. 18 no. 4, 2008 / pp. 294-300 © Wichtig Editore, 2008
8. Richard S. Yoon, BS, Kate W. Nellans, MD, MPH, Jeffrey A. Geller, MD, Abraham D. Kim, BA, Maiken R. Jacobs, MA, OTR/L, and William Macaulay, MD(2010) Patient Education Before Hip or Knee Arthroplasty Lowers Length of Stay. *The Journal of Arthroplasty* Vol. 25 No. 4 2010
9. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Manual de la gestión de casos en Andalucía. Enfermeras gestoras de casos en atención primaria. Servicio Andaluz de Salud: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2007.*
10. Mª Pilar García-Abad Martínez Enfermera gestora de casos: Clave para la continuidad de cuidados. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 871-889, 2010 ISSN: 1989-5305*
11. E. García Perez 2009) La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *Ventajas de su inclusión en los Sistemas de Información Enfermera : Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 12, N.º. 4, 2009, págs. 50-59*
12. LA GESTIÓ DE CASOS: A LA COMPLEXITAT I LA DEPENDÈNCIA. www.aificc.cat
13. Wagner EH. More than case manager. *Anal Int Med.* 1998;129:654-56.

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

Rando, A.; Vega, J.; Moreno, P.; Muñoz, E.; Ruiz, T.; Martí, M.L.; González, M.
Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

INTRODUCCIÓN

La Subcomisión de desarrollo e innovación del HU Infanta Cristina ha asumido el reto de introducir la Enfermería Basada en la Evidencia en la práctica diaria sus profesionales. En este sentido ha realizado un plan estratégico con el objetivo de acercar esta cultura a todos los profesionales de enfermería. Dentro de este plan, y bajo la premisa de ser un centro con la práctica enfermera ampliamente estandarizada, destaca como línea central mejorar la calidad de los procedimientos clínicos de enfermería. En este contexto se realiza una evaluación de todos los procedimientos, usando para ello una plantilla de evaluación de diseño propio y bajo el marco metodológico de la guía AGRRE II.

OBJETIVO

- Evaluar la calidad de los procedimientos clínicos de enfermería del Hospital Universitario Infanta Cristina.
- Evaluar si en la elaboración de los procedimientos se han empleado estrategias de búsqueda bibliográfica para incluir la mejor evidencia científica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la evaluación de los procedimientos clínicos de enfermería se ha emplea una plantilla de elaboración propia constituida por nueve bloques. El contenido de estos nueve bloques responde al ideal de procedimiento concebido por la Subcomisión. En todo el proceso se ha tenido como referencia metodológica la guía AGRRE II.

De forma previa a la evaluación, se realiza un programa piloto para estudiar la homogeneidad de criterio de los evaluadores. Tras este se realizan algunas modificaciones en la plantilla. En este sentido, y siguiendo la línea de la guía AGREE II, cada procedimiento es evaluado por dos miembros de la subcomisión.

La evaluación es realizada exclusivamente a procedimientos clínicos y en los que enfermería actúa de forma independiente, excluyéndose del programa el resto de procedimientos del centro.

RESULTADO

Bajo el programa de evaluación, que se va a realizar en el mes de marzo de 2012, se estudian 55 procedimientos clínicos de enfermería. Cada procedimiento es evaluado por dos miembros de la subcomisión, asignado a cada evaluador un máximo de 10 procedimientos. Aquellos procedimientos en los que exista una diferencia ponderal superior a 5 puntos entre los dos evaluadores, el análisis se realizara nuevamente y de forma conjunta hasta alcanzar un consenso en la puntuación final asignada al procedimiento. La puntuación máxima de cada uno de los nueve bloques es 7 puntos, siendo la puntuación que responde al procedimiento ideal 63 puntos.

El resultado de la evaluación va a desembocar en dos líneas de trabajo:

- Remitiendo un informe de recomendaciones de mejora al propietario de cada procediendo.
- Elaborando un plan de formación sobre las áreas generales de mejora identificadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capdevila, J.A.; Gavagnacha, M.; Martínez, S.; Torres, A. *Evaluación crítica de las guías de práctica clínica. Consell Català d'Especialistes en Ciències de la Salut. Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*
2. Castiñeira, C.; Rico, R. *Como evaluar una guía de práctica clínica. Guías Clínicas 2007; 7 Supl 1: 4*
3. *Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Consorcio AGREE. Mayo de 2009. Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud.*
4. Navarro, M. A.; Ruiz, F.; Reyes, A.; Gutiérrez, I.; Hermosilla, T.; Ortiz, A.; Rico, R.; Asúa, J. *¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. Rev Clin Esp. 2005; 205(11):533-40*

COMPARTIR CONOCIMIENTO ENFERMERO EN RED: CLÍNICA ONLINE

Colominas, G.; Blanco, F.D.; López, C.
Mutua Universal, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Mutua Universal-Mugenat, es una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 10. Dispone de 110 centros de atención primaria y 2 Áreas de Control Hospitalario distribuidos por todo el territorio nacional. Para ello contamos con una plantilla de 277 DUEs.

Prestar unos cuidados de enfermería en una época en que los recursos humanos y materiales son más limitados, hace necesario disponer de herramientas que nos permitan compartir el conocimiento enfermero manteniendo una equidad territorial en los cuidados.

Mutua Universal ha desarrollado el proyecto de la Clínica online

La Clínica online es un sistema de telemedicina que permite a todos nuestros profesionales sanitarios, independientemente del centro asistencial donde estén situados, consultar, recibir apoyo y asesoramiento del mejor especialista a través de consultas con conexión simultanea o diferidas.

OBJETIVOS

Dar a conocer como se comparte el conocimiento enfermero a través de las TIC: Clínica online en 75 centros asistenciales de distintos puntos geográficos.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional desde Marzo 2011 hasta la actualidad, para ver como se comparte el conocimiento enfermero en red entre nuestros centros asistenciales.

RESULTADO

¿Como compartimos el conocimiento enfermero a través de las TIC?

Se implanta la aplicación de la Clínica online en 45 centros asistenciales con acceso del colectivo de enfermería entre otros profesionales sanitarios.

Esto permite tener a 167 Enfermeros conectados en el mismo momento para cualquier consulta y difundir su conocimiento. Integra la conexión de profesionales de Atención Primaria con profesionales Atención Hospitalaria, garantizando así una continuidad en cuidados. Además la aplicación permite la inserción de fotos y/o vídeos en la HC del paciente.

El sistema es tan sencillo como solicitar una interconsulta diferida o programada, esta última a través de una videoconferencia en la que enfermero y paciente se conectan con un enfermero referente. El sistema también permite una vídeo-llamada de profesional a profesional.

Los referentes de enfermería son para:

1. Técnicas y curas.
2. Diagnósticos Enfermeros.
3. Gestión de Contingencias Comunes.
4. Coordinación de Enfermería.

Gracias al aplicativo se ofrece la posibilidad de compartir y desarrollar el conocimiento enfermero, basado en cuidados dentro del ámbito laboral.

¿Qué aporta a los responsables de los servicios de enfermería?

Para la Coordinación de Enfermería es la base que ayuda a detectar posibles necesidades formativas e iniciar nuevas líneas de trabajo a corto y medio plazo como son la creación de nuevos cursos formativos para enfermería, nuevos planes de cuidados estandarizados, descripción de procedimientos y técnicas de enfermería, etc..., además impulsa el trabajo en equipo orientado hacia la excelencia de los servicios de enfermería.

CONCLUSIONES

Tener la posibilidad de aplicar las TIC en nuestra red asistencial entre 167 enfermeros de todo el territorio nacional, supone un avance que permite a los profesionales de enfermería prestar cuidados de máxima calidad, con una gestión eficiente basada en las personas y difundir el conocimiento compartido como elemento diferenciador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tormos Muñoz JM, Gómez EJ, García-Molina, Opisso E, Maspons R. *Análisis del estado actual de los servicios de telemedicina enfocado a evaluar la viabilidad de un programa de telerrehabilitación en pacientes con una gran discapacidad de origen neurológico. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de sanidad y consumo. Agencia 2007.*
2. Serrano Aguilar P, Yanes López V, coordinadores. *Guía de diseño, evaluación e implantación de los servicios de salud basados en telemedicina. Madrid. Plan nacional para el SNS. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2008*
3. Jim Adams, Richard Bakalar, MD, Michel Boroch, Karen Knecht, Edgar L. Mounib, Neil Stuart. *La Asistencia Sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias de servicios sanitarios. IBM Global Business Services.*
4. "El Futuro de la Tecnología de los cuidados" INFORENF 2011. VII Congreso Nacional de Informática en Enfermería. Hospital Universitario de Ciudad Real, 3 y 4 de Mayo de 2011.

PROJECT RESEARCH NURSING Y GRUPOS RELACIONADOS DIAGNÓSTICOS COMO INSTRUMENTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL LESIONADO MEDULAR

Tabernero, R.; Álvarez, C.; Borja, I.; García, S.; Marín, I.; Pajín, A.

Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los lesionados medulares dado su nivel de discapacidad, especialmente durante el periodo agudo, requieren un nivel de cuidados de enfermería muy importantes, todo ello desde la cercanía y el apoyo en las relaciones entre los pacientes y el personal.

Hemos utilizado el Project Research Nursing (PRN) para determinar la actividad de cuidados de enfermería y la complejidad asistencial a través de los Grupos Relacionados Diagnósticos (GRDs) en tres periodos temporales diferentes.

La aportación del estudio es identificar y cuantificar los cuidados que se dan en una ULM agudos, útiles para la planificación de la cantidad de personal de enfermería necesario para administrar los cuidados así como mostrar la calidad de los cuidados de enfermería en las ULM.

OBJETIVO

El PRN sirve para determinar la actividad de cuidados de enfermería y la complejidad asistencial a través de los GRD. La aportación del estudio es identificar y cuantificar los cuidados que se dan en ULM agudos, útiles para la planificación del personal de enfermería, necesario para administrar los cuidados y para implementar la formación del personal de enfermería adscrito a las mismas, así como mostrar la calidad de los cuidados

MATERIAL Y MÉTODOS

Se midieron los cuidados de enfermería, requeridos y administrados en una unidad de lesionados medulares agudos de un hospital de nivel 3.

RESULTADOS

El PRN identificó que los pacientes atendidos presentan gran intensidad de cuidados con un alto nivel de dependencia para las actividades básicas, además de los cuidados técnicos añadidos por su patología, demostró que la unidad estaba mal dimensionada con respecto al personal de enfermería, y que esto era más manifiesto en los últimos años, por el incremento de la complejidad asistencial de los pacientes atendidos.

CONCLUSIONES

El PRN aplicado en las ULM es una buena herramienta, objetiva, que permite conocer de forma analítica el nivel de cuidados y recursos necesarios de enfermería, estableciendo, a partir de estas necesidades, los recursos apropiados. Permite medir el "case-mix" basado en los cuidados de enfermería, relacionando PRN con GRD, para garantizar que los pacientes son tratados con una buena calidad asistencial y que los procedimientos médicos estándares han sido aplicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. NF, Zublin L. *Guide pour le calcul de la dotation en personal soignant des services des malades des hopitaux generaux.* Berna: *Etude des soins infirmiers en Suisse*; 1975.
2. Tilquin C, Saulnier D, Vanderstaeten G. *El método PRN.* *Rev Rol Enferm* 1988; 119:41-46.

EL SUPERVISOR NO ES LO QUE IMPORTA

Martínez Martínez, J.J.; Heras Gombao, T.; Goñi Zabaleta, I.; Jiménez Arques, M.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid

INTRODUCCIÓN

Los deficientes resultados obtenidos en la consecución de objetivos del año 2010, nos llevan a plantear una nueva estrategia, que facilite la implicación para mejorar el logro de los objetivos del 2011. Para ello, se decide establecer un Plan de Actuación que implique directamente a los distintos profesionales de las Unidades Asistenciales

OBJETIVOS

- Plantear unos objetivos para el 2011, medibles y alcanzables
- Implicar a la totalidad del personal de base en el proyecto
- Analizar el impacto para, en su caso proponer acciones de mejora asistencial

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se realiza una primera reunión informativa: Supervisores de Unidad - Dirección de Enfermería.
- Se eligen los líderes (1 enfermera/o y 1 AE) a implicar en cada Unidad, entre los interesados.
- Se realizan 7 reuniones con los líderes de las Unidades implicadas.
- Se revisa el dossier de registros de enfermería.
- Se elaboran carpetas de trabajo de enfermería y portafolios.
- Se distribuye la actividad a realizar entre los líderes, de forma que ellos consigan la implicación del resto de su equipo
- Se realizan 4 informes de resultados de seguimiento, informado a los implicados de forma comparativa entre las distintas Unidades de Cuidados
- Se demanda Feed-Back para modificar aquellos aspectos que se desvíen de los objetivos: acciones de mejora
- Se comprueba que los líderes implicados hayan informado sistemáticamente, al resto de sus compañeros

RESULTADOS

De los objetivos planteados y, comparativamente con el año anterior:

- 1.- Valoración de UPP, año 2010 consecución del 6060%. Año 2011: 75%
- 2.- Identificación correcta de pacientes. Año 2010 consecución del 6777. Año 2011: 81%
- 3.- Plan de Acogida al Paciente. Año 2010 consecución del 5291. Año 2011: 9542%
- 4.- Valoración del riesgo de caídas. Año 2010 consecución del 5547. Año 2011: 7829%

CONCLUSIONES

- Modificar el canal del mensaje y el receptor, nos ha facilitado enormemente la implicación del personal de base en el logro de los objetivos.
- Las reuniones con la Dirección en las que se han visto como protagonistas los propios profesionales de base, ha motivado a todos en un nivel no conocido hasta la fecha.
- La consecución de objetivos en 2011, ha resultado de un excelente nivel de eficiencia. 4.- La implicación directa del personal de base, ha facilitado la implementación de acciones de mejora realistas y de posible consecución.
- Debido al éxito de los resultados, se ha utilizado esta metodología en el año 2012, en otros proyectos de la División Enfermera.

AUTOCUIDADOS, MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD

Veras, R.; Lara, R.; Carmona, J.M.; Borrero, M.P.; Alemany, F.J.; Pérez, M.J.; Torres, M.; López, F.B
Hospital San Juan de Dios Aljarafe, Sevilla

OBJETIVOS

Generales:

Fomentar la educación sanitaria de los pacientes/cuidadores principales mejorando la accesibilidad a recomendaciones en autocuidados mediante la utilización de las nuevas tecnologías.

Específicos:

- Sensibilizar a los ciudadanos en el cuidado de su salud a través de la capacitación/educación de los mismos y sus familiares, en un nuevo modelo de relación con los profesionales sanitarios, potenciando la responsabilidad del paciente e incrementando la autonomía y el autocuidado, desarrollando nuevos roles profesionales y realizando toma de decisión compartida.
- Desarrollar la aplicación de autocuidados, basando estos en las mejores prácticas clínicas evidenciadas, trasladando habilidades para resolver problemas que puedan presentarse.

MATERIAL Y MÉTODO

Desarrollo a través de página web corporativa de recomendaciones en autocuidados, estableciendo el acceso a estas por diferentes circuitos de información a pacientes y familiares:

- Mediante una versión de estas recomendaciones explicadas durante el ingreso y proyectadas en formato vídeo a través de un canal interno de televisión. A su vez una versión resumida de estas son adjuntadas al informe de continuidad de cuidados con el consiguiente enlace a pie de página (www.hsjda.es/recomendaciones) donde podrá encontrar información más detallada.
- Otro acceso a estas recomendaciones, utilizando un soporte audiovisual, es a través del canal youtube <http://www.youtube.com/user/HERIDASHSJDA>, en el cual los usuarios disponen de diferentes vídeos sobre educación sanitaria.

RESULTADOS

El canal <http://www.youtube.com/user/HERIDASHSJDA> fue creado el 22/09/2010 y hasta la fecha existen un total de 31 vídeos, organizados en diferentes listas de reproducción según la temática de estos, entre las que destacan paciente/cuidador, medicina interna, inhaladores, cardiología, movilizaciones.

Se contabilizan un total de 95.512 reproducciones, siendo los vídeos más destacados: movilización de un paciente encamado (26.332 visitas), paciente con fractura de cadera (16.289 visitas), administración de heparinas (9.970 visitas).

En cuanto al perfil usuario del canal destacar que el 56,6% del total son hombres frente al 43,4% que son mujeres. El rango de edad de mayor utilización del canal se establece entre los 45-55 años en ambos sexos, lo que corresponde perfectamente con el perfil de paciente crónico y cuidadores.

En la web corporativa se han desarrollado un total de 55 recomendaciones en autocuidados y sobre el uso de los distintos dispositivos que un paciente puede portar al alta. Están clasificadas según el área asistencial lo cual permite al usuario una búsqueda sencilla. Muchas de estas recomendaciones tienen como soporte algunos de los vídeos descritos anteriormente en el canal youtube.

INVISIBILIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO PERCIBIDO EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Salgado, C.; Antolín, R.; Moure, L.; Puialto, M.J.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

Durante la realización de un estudio sobre representaciones simbólicas de los trasplantados hepáticos por cirrosis alcohólica del Área Sanitaria de Vigo (ASV) emerge una categoría analítica no esperada: "experiencias con enfermeras/os". Esta categoría cobra importancia, al margen del citado estudio, debido a que refleja la percepción que tienen estos pacientes de la enfermería

OBJETIVO

- Describir la percepción que tienen los pacientes trasplantados por cirrosis alcohólica del ASV de los profesionales de enfermería que les han cuidado

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, de corte cualitativo, realizado en trasplantados hepáticos por cirrosis alcohólica del ASV desde Dic. 2009 a Dic. 2011. Se realizaron 8 entrevistas en profundidad y una encuesta telefónica al total de trasplantados (n=46). Datos procesados con ATLAS.ti 6.2 y SPSS 14.0

RESULTADOS

La percepción acerca de la enfermería pivota sobre:

- **BUEN TRATO**
Me trataron muy bien, gente muy cariñosa, las enfermeras muy, con mucho cuidado, (...). no tengo queja ninguna. E1
- **CERCANÍA/PROXIMIDAD**
(...) y el trato que me dieron (...) me ayudaron muchísimo las enfermeras, como si fuera un hermano (...) E4
- **CONFIANZA**
(...) y más con las enfermeras, muy bien (...) a mi me gusta mucho la música y tal, y tenía música muy bonita allí, y a veces las enfermeras venían allí a escuchar música, incluso E9
- **PROFESIONALES ANÓNIMOS**
(...) bueno me olvidé así de algunos de los nombres de de las enfermeras que estaban allí, también las cambiaron para otro sitio, ya no están (...) E5
- **NINGUNA CUALIDAD PROFESIONAL CIENTÍFICO-TÉCNICA**

CONCLUSIONES

Enfermería no es un colectivo profesional al que los trasplantados hayan identificado de forma particular (nombre), a pesar de la intensa y continua interacción mantenida entre ambos. Esto podría estar más relacionado con la "invisibilidad" que con la variabilidad de las plantillas de las unidades.

Una manifestación directa de la "invisibilidad del cuidado enfermero" se evidencia en que no se haya recogido ninguna cualidad de carácter profesional o científico-técnica del colectivo, y que, para los pacientes, sólo trascienda la dimensión humana del cuidado (relación interpersonal/afectividad).

Estas percepciones parecen alinearse con la invisibilidad social del cuidado y por antonomasia con la visión social de la profesión enfermera. Probablemente se deba a que el valor del cuidado se asigna desde una perspectiva de género (8 de cada 10 profesionales enfermería son mujeres) y que bien podría ser un fiel reflejo de los reductos a extinguir de la ideología patriarcal que aún nos rige.

BIBLIOGRAFÍA

Fajardo Trasobares M^a Esther, Germán Bes Concha. *Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles*. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2004 Nov [citado 2012 Mar 10]; 13(46): 09-12.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200002>

Hueranos Esparza, Isabel. *El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera*. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(1) [citado 2012 Mar 10]

Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>

Porto, Benxamín. *El "iceberg" del cuidado*. Conferencia de Clausura. Libro ponencias del XV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva. 2008 Jun.

PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES DEL ÁREA SUROESTE DE MADRID

Muñoz, A.; Caballero, A.; Mateos, M.; Lázaro, C.; Matey, J.M.

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN

En Febrero 2012, las Direcciones de Enfermería del Hospital de Móstoles y Atención Primaria, se reúnen para crear un grupo de trabajo con enfermeras de ambos sectores para mejorar la continuidad de los cuidados de enfermería entre ambos ámbitos asistenciales, creando una línea de trabajo con reuniones periódicas.

OBJETIVOS

Nos planteamos dos grupos de objetivos

1º OBJETIVOS A CORTO PLAZO PARA EL ENFERMO

El objetivo fundamental será siempre identificar la situación del paciente al alta.

• Que los enfermer@s de atención primaria, conozcan:

- El motivo del ingreso.
- Los principales problemas durante el mismo.
- Si precisa continuidad de cuidados en su domicilio.

• Aunque no precisaran cuidados de enfermería, la EAP deberían conocer siempre la causa por la que su paciente ha estado hospitalizado.

• Mejorar la calidad percibida con los servicios sanitarios en los usuarios/as que reciben el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (I.C.C.E.)

2º OBJETIVOS PARA PROFESIONALES

- Mejorar la comunicación entre profesionales.
- Aumentar la seguridad y la confianza mutua.
- Difundir las buenas prácticas.
- Evitar errores.
- Aumentar nuestro prestigio.
- Hacer visible nuestro trabajo

MATERIAL Y MÉTODO

El material serán los informes de Alta de Enfermería.

METODO

- Recopilación de todos los informes de alta durante un mes, por la supervisión de cada unidad
- Análisis de dichos informes, junto con las enfermeras responsables del programa.
- Actualización y recopilación de todas de todas las recomendaciones que se dan al alta por parte de la Comisión de Cuidados.
- Ver la necesidad real de gestión de casos.

RESULTADOS

Esperamos tener los primeros resultados en el mes de mayo, estar establecido el circuito con Atención Primaria y dar resultados de los informes específicos que precisen gestión de casos.

CONCLUSIONES

Haremos seguimiento pósterior en los casos que valoremos como necesario contactar telefónicamente con los equipo de A.P, con registro y evaluación, para estableces líneas de divulgación, reconocimiento y mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23(8): 1228-33.
2. Sasha Shepperd, Jacqueline McClaran, Christopher O Phillips, Natasha A Lannin, Lindy M Clemson, Annie McCluskey, Ian D Cameron, Sarah L Barras. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD000313*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clímets G. Continuidad de Cuidados de Enfermería: requisitos, instrumentos y barreras. En: *Enfermería en Atención Primaria II de la colección Cuidados Avanzados*. Editorial DAE 2006 ISBN: 84-95626-63-2. Páginas 748 a 764
4. Corrales-Nevado, Dolores; Alonso-Babarro, Alberto; Rodríguez-Lozano, María Angeles. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Publicado en *Gac Sanit.* 2012; 26(Supl.1) :63-8 - vol.26 núm Supl.1
5. José Manuel Ubé Pérez, María Urzanqui Rodríguez, Concepción Rodríguez Herce, Mónica Blasco Ros, Sonia Ascarza Rubio, Victoria Musitu Pérez. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Investigación*, nº 24, Septiembre-Octubre 06

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE HOSPITAL SOBRE PACIENTES Y CUIDADORAS

Fernández, F.; Viñas, C.

SAS-Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN

Las profundas modificaciones organizativas que se vienen realizando en los centros pertenecientes al Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA), con un mayor enfoque hacia la gestión clínica, dentro de un modelo descentralizado, obligan a una escrupulosa atención de aquellos pacientes más demandantes de asistencia y sus cuidadoras, para evitar un proceso de disgregación de la atención necesaria. En este contexto, la gestión de casos aparece como un proceso vertebrador, secuencial y lógico, que evita bolsas de ineficiencia en la atención global, mejora la accesibilidad, optimiza los recursos disponibles y aumenta la satisfacción de la población diana.

OBJETIVOS

El objetivo principal ha sido analizar las intervenciones de gestión de casos hospitalaria durante el año 2011, centrándose en actividades de coordinación entre los distintos dispositivos sanitarios.

METODOLOGÍA

Desde el año 2006, las actividades de las enfermeras gestoras de casos vienen registrándose en un cuadro de mandos común a todos los centros del SSPA, donde se recogen de forma detallada los pacientes y cuidadoras captados para el programa y la planificación de los cuidados necesarios detectados, con una escrupulosa definición de las distintas unidades de gestión implicadas en dicho proceso. Dicho registro fue informatizado en su momento en un programa específico denominado "PlanFra", diseñado por el Servicio de Informática del centro, y cuya explotación permite el análisis de la información registrada por las propias enfermeras gestoras. Se trata de un estudio descriptivo transversal, cuyas variables se centrarían en las intervenciones de coordinación realizadas por estos profesionales.

RESULTADOS

Durante el año 2011 se incluyeron en el programa de gestión de casos un total de 2556 pacientes (92,7% del total de valorados), y 888 cuidadoras (94,0% del total).

Dentro del mapa de procesos existente, los pacientes se repartieron en un 27,2% en el de atención a pacientes pluripatológicos, 15,1% del proceso de cuidados paliativos, 6,3% de fracturas de caderas en ancianos, 5,9% en el proceso ACV, y como nota destacada, un 30,5% que no pertenecen a procesos, pero que fueron priorizados por profesionales del centro en busca de una adecuada gestión del alta, debido, sobre todo, a la existencia de una problemática social importante.

En la valoración de cada paciente y cuidadora, se detectaron unas necesidades de cuidados, agrupadas en los diagnósticos de cuidados (taxonomía NANDA) entre los que destacan por su prevalencia: riesgo de caídas, deterioro de la movilidad física, conocimientos deficientes, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, temor, riesgo de cansancio y cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Como consecuencia directa del desarrollo metodológico de dicha planificación de cuidados, las intervenciones de coordinación más aplicadas sobre pacientes y cuidadoras serían: planificación del alta (2406 intervenciones), gestión de citas de atención especializada (2098), traslado a domicilio o a centros hospitalarios (771), gestión de material ortoprotésico (524), derivación a trabajadores sociales (440), gestión de recetas, visados y medicación especial (277), entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Revisado Noviembre 2006.*
 2. *Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 1999.*
 3. *II Plan Marco de Calidad 2005-8. Caminando hacia la excelencia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2005.*
 4. *III Plan Andaluz de Salud. 2003- 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2003.*
 5. *Contrato Programa Hospitales periodo 2010 - 2013. Acuerdo de gestión entre Distritos y Hospitales. Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. 2011.*
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de mayo de 2002.*

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN REGISTRO INFORMÁTICO PARA LA DECLARACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA CARLOS HAYA

Fernández, F.; Viñas, C.

SAS - Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva profesional y legal, cada día es más necesario disponer de registros de enfermería potentes y ágiles que permitan la transmisión de la información, la unificación y seguimiento de los cuidados aplicados, la valoración de la efectividad de los mismos y la consecuente capacidad de toma de decisiones basada en las necesidades de cuidados.

Paralelamente, nos encontramos inmersos en un proceso de informatización generalizado, a través de las conocidas como tecnologías de la información y comunicación (TIC), entendiéndose como tal, todos aquellos sistemas que facilitan la captura, procesamiento, almacenamiento e intercambio de información, mediante la comunicación electrónica.

Desde el año 2008, la Dirección de Enfermería de Hospital Regional de Málaga Carlos Haya, inició un proceso de informatización de la historia de cuidados de enfermería, entre cuyos documentos se incluía el Registro de Declaración Y Seguimiento de las Úlceras por Presión (UPP), que debía de ser una herramienta útil, que ofreciera información sobre la efectividad de las medidas preventivas y de tratamiento, en su caso, que facilitara la continuidad de cuidados entre profesionales y/o niveles asistenciales, y que se adaptara a las necesidades de registrar los cuidados que realiza el profesional de enfermería en el contexto del proceso asistencial. En este estudio, presentamos los resultados obtenidos en la implementación de ese registro concreto, tras la aplicación de una estrategia organizativa de trabajo, basada en el círculo de la mejora continuada.

OBJETIVOS

Valorar la efectividad de las intervenciones establecidas para promover la implantación del registro electrónico de Declaración y Seguimiento de UPP.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, del uso del registro de Declaración y Seguimiento de UPP en el Hospital Regional de Málaga.

RESULTADOS

Durante el año 2011 se contabilizaron un total de 640 registros válidos en el programa x-HIS dentro de la historia digital de enfermería, lo que supone un total del 85,54% de los registros cumplimentados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marie-Pierre Gagnon, France Légaré, Michel Labrecque, Pierre Frémont, Pierre Pluye, Johanne Gagnon, Josip Car, Claudia Pagliari, Marie Desmartis, Lucile Turcot, Karine Gravel. *Intervenciones para la promoción del uso de tecnologías de la información y la comunicación entre profesionales sanitarios (Revision Cochrane traducida)*. En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD006093*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 2.- Lium JT, Tjora A, Faxvaag A. *No paper, but the same routines: a qualitative exploration of experiences in two Norwegian hospitals deprived of the paper based medical record*. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2008;8:2 (doi:10.1186/1472-6947-8-2).
- 3.- Keyhani S, Hebert P, Ross J, Federman A, Zhu C, Siu A. *Electronic health record components and the quality of care*. *Medical Care* 2008; 46:1267-1272.
- 4.- YOCUM, *FAY Registros de enfermería: cuidados de calidad* Publicado en *Nursing*. 2003;21:22-7. - vol.21 núm 03
- 5.- *Enfermería y nuevas tecnologías. Proyecto de investigación para evaluar la percepción del profesional de enfermería en relación a la utilidad de la historia clínica informatizada en la atención primaria de salud: objetivos y diseño* Galimany Masclans, Jordi; Lluç Canut, Teresa Publicado en *Nursing*. 2010; 28(02) :64-6 - vol.28 núm 02

OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS EN EL PROCESO QUIRÚRGICO: PROYECTO PRADDO

Sánchez, M.M.; Abelleira, M.J.; Veiga, M.; Rodríguez, M. I.; Cordeiro, M.L.

USP Hospital Santa Teresa, A Coruña

INTRODUCCIÓN

La actividad quirúrgica genera un importante consumo de recursos en los sistemas sanitarios. El proceso quirúrgico incluye un circuito asistencial complejo, implicando la coordinación entre diferentes profesionales y el ajuste del tiempo para una distribución equitativa de los recursos.

La complejidad de las organizaciones sanitarias, la naturaleza de los servicios que prestan y sus altos costes aconsejan optimizar la asignación de los recursos disponibles.

Debido al carácter eminentemente quirúrgico de USP Hospital Santa Teresa surge la necesidad de una mejora en la gestión de todo el proceso. Para ello se inicia la implantación en julio de 2011 de un programa informático de gestión llamado PRADDO (Programación, Reservas y Autorizaciones De Domenech) con dos líneas funcionales claramente definidas:

- Solicitud y gestión de autorizaciones
- Programación quirúrgica

OBJETIVO

Presentar la experiencia de la informatización de la totalidad del proceso quirúrgico como herramienta de mejora en la gestión y la calidad en USP Hospital Santa Teresa.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión de los circuitos interrelacionados con el proceso quirúrgico
- Formación del personal para homogenización/unificación nomenclatura OMC.
- Adaptación de herramienta informática a necesidad del hospital por el departamento de informática.
- Reunión de seguimiento en fases de lanzamiento, desarrollo e implantación.
- Evaluación de resultados a través de indicadores de calidad (quirófano y admisión) relativos a % de intervenciones suspendidas y % de reservas fallidas (pacientes que se intervienen sin reserva previa y no urgentes)

RESULTADOS

- Creación de comisión permanente de evaluación actividad quirúrgica.
- Cierre de programación quirúrgica en la semana previa.
- Actualización de los circuitos interrelacionados con el proceso quirúrgico.
- Mejora en 2% en el indicador relativo a intervenciones suspendidas y un 3% en reservas fallidas.

CONCLUSIONES

Con el proyecto PRADDO se logra:

- Realizar la petición de solicitud de pruebas y procedimientos quirúrgicos.
- Gestionar las peticiones de autorización (pruebas e intervenciones quirúrgicas) y controlar su estado.
- Mejora la comunicación al paciente de: trámites, estado de autorización y horarios de intervención.
- Gestión y optimización de espacios, tiempos quirúrgicos, recursos humanos y materiales.
- Mejora de la información al servicio de facturación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra Sutton V, Solans Domènech M, Espallargues Carreras M. Eficiencia en la utilización de los bloques quirúrgicos. Definición de indicadores. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: AIAQS núm. 2010/04.
2. Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Marzo, 2006. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Hospitalización de Día. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008.
4. Quintanas A., Gómez-Arnau J., González A. El bloque quirúrgico. En Ruiz P., Alcalde J., Landa J.I. Gestión Clínica en Cirugía. Sociedad Española de Cirujanos. Arán: Madrid. 2005, págs. 199-214.
5. Cruz F. (Ponente), Baquerizo J.M., Petrement C. Bloques quirúrgicos y servicio de urgencias. SESCAM. Castilla La Mancha. 2008.

APLICANDO METODOLOGÍA LEAN EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS

Garçon, I.¹; Piñol, Y.²; Rosell, I.³

¹Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, ²Hospital General de l' Hospitalet, ³Consort, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2010, se aplicó la metodología LEAN HEALTHCARE para el análisis del funcionamiento del proceso clave Asistencia Quirúrgica (BQ y UCSI)

OBJETIVO

Conseguir procesos asistenciales ágiles y fiables que respondan a las necesidades del entorno mejorando la seguridad del paciente y la calidad del servicio reduciendo errores y costes basándose en la detección permanente de despilfarros (MUDA) entendido como todas aquellas actividades que consumen recursos y no aportan valor al paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Fases para su implantación:

- Documentación del proceso
- Diagnóstico del proceso
- Mejora del proceso
- Soporte a la mejora.

PLAN DE TRABAJO

14 Sesiones de trabajo para cada proceso, más 5 días de observación en el "GEMBA" (lugar de trabajo), en el que se sigue siempre el flujo del paciente. Esta observación permitió medir los tiempos de cada actividad y observar los posibles MUDAS (despilfarros o actividades de no valor añadido). Paralelamente se observaron todas las situaciones que podían generar riesgos para la Seguridad de los pacientes. Una vez efectuada la observación, se dibuja el mapa de flujo de valor. Herramientas: 5S, GESTIÓN VISUAL, SISTEMA KANBAN, MANTENIMIENTO AUTONOMO, SMED, y AMFE

RESULTADOS

Se identificaron entre 41 y 53 acciones, de las que se priorizaron 10 a corto plazo y 8 a medio plazo, en función de: a) Impacto en la eficiencia del proceso (prioridad: crear flujo de valor) b) Facilidad de implantación

CONCLUSIONES

- Mejora de la eficiencia: eficiencia, mejorando Orden, Estandarización y Seguridad en el proceso
- Mejora en la gestión global del proceso (BQ y UCSI): Planificación, Interrelación entre procesos, Gestión con eficiencia de personas y recursos, Implantación de una metodología de trabajo orientada al futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Galgano. Curso Lean Healthcare para champions. Consorci Sanitari Integral. 2010
2. Womack J. P., Jones D. T. (2007) Soluciones Lean, Ed. Gestión 200, Barcelona.

ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA: DIFERENCIAS ENTRE ENFERMERAS DE ENTORNO HOSPITALARIO Y DE ATENCIÓN PRIMARIA

Bennasar, M.; Gómez, P.; Miguélez, A.; Adrover, R.M.; Alonso, M.; Rodríguez, M.Á.

Universidad de les Illes Balears

INTRODUCCIÓN

La influencia de las diferentes organizaciones y de su cultura en las prácticas de sus profesionales y en los resultados finales viene siendo objeto de estudio en la medida en que el conjunto de normas, valores y planteamientos básicos de una organización, influye de forma determinante en la percepción que tienen los profesionales de ésta y les termina condicionando la orientación del modelo de desarrollo de su práctica. Son muchos los estudios que se preocupan del papel de las enfermeras y de cómo influyen las organizaciones en los modelos de práctica y en los posteriores resultados sobre pacientes y usuarios.

En este contexto de preocupación por la influencia de los diferentes elementos que influyen en la práctica basada en la evidencia se acuña el término de “entornos de práctica”, que incluye dimensiones relativas a la cultura y al clima organizacional.

En España el NWI ha sido utilizado ya en varios estudios con distintas versiones no validadas y adaptadas al contexto español. También se ha publicado una validación en un estudio piloto, llevado a cabo en un hospital y una validación al entorno español de la escala del entorno de práctica clínica de 31 ítems.

OBJETIVO

Identificar las diferencias de valoración por parte de las enfermeras entre los entornos de práctica hospitalario y el atención primaria

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal multicéntrico. La población de profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada de las Islas Baleares. El instrumento usado fue el PES-NWI, que consta de 31 ítems, estructurados en cinco factores.

La estrategia de análisis comprendió análisis exploratorio de los datos descriptivos de la muestra y análisis bivalente con pruebas paramétricas y no paramétricas, en función de la naturaleza de las distribuciones.

Todos los análisis se realizaron con niveles de confianza del 95% ($p=0,05$) y el paquete estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la depuración y el análisis de casos extremos del total de encuestas recogidas, se obtuvieron 1.673 cuestionarios, lo que supone un porcentaje de participación del 53,46%. Del conjunto de participantes, destaca la presencia mayoritaria de mujeres (83%), con una media de 14 años de experiencia profesional. El 77,5% de los cuestionarios proceden del entorno hospitalario y el 22,5%, de atención primaria.

En el análisis desglosado por ítems, se hallaron los siguientes resultados:

- En el factor “Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados”, 6 ítems de los 10 que lo componen mostraron diferencias significativas ($p=0,000$): los profesionales de AP perciben mejor el uso de diagnósticos enfermeros, el fundamento de los cuidados en un modelo enfermero, la promoción de la continuidad de los cuidados del usuario, la presencia de una filosofía enfermera común, la preocupación de los gestores por la calidad del cuidado así como también la propia competencia clínica en su centro.

- En el factor "Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros", los 5 ítems mostraron significación ($p=0,000$) a favor de los profesionales de AP: perciben mejor que la supervisora/coordinadora como buena gestora y líder.
- La identificación y análisis de todos estos factores que influyen en la implementación de una PCBE es crucial para dar las herramientas necesarias a nuestros profesionales para cuidar con garantía de calidad y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson PJJ, Blatt R, Christianson MK, Grant AM, Marquis C, Neuman EJ, et al. *Understanding Mechanisms in Organizational Research: Reflections From a Collective Journey*. *J Manag Inquiry* 2006;15(2):102-113.
2. Pajunen K. *The Nature of Organizational Mechanisms*. *Organization Studies* 2008;29(11):1449-1468.
3. Sleutel MR. *Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice*. *J Nurs Adm.* 2000;30(2):53-58.
4. De Pedro Gomez JE, Asencio JMM. *Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?* *Index Enferm* 2004;13:44.
5. López E. *Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña*. *Atención Primaria* 2010;42(04):218.
6. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. *Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review*. *J. Health Serv Res Policy* 2005;10(2):111-117.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. *JAMA* 2002;288(16):1987-1993.
8. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. *Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review*. *Ind Health* 2007;45(5):622-636.
9. Gershon RR, Stone PW, Bakken S, Larson E. *Measurement of organizational culture and climate in healthcare*. *J Nurs Adm.* 2004;34(1):33-40.
10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DN, Lake ET, Cheney T. *Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes*. *J Nurs Adm.* 2008;38(5):223-229.

PROFESIÓN ENFERMERA VS FAMILIA: UN RETO PARA LA GESTIÓN

Aleu, J.; Cruz, R.; Roldán, M.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El importante cambio que ha representado la incorporación de la mujer en el ámbito laboral desde inicios del siglo XX, ha dado lugar a diferentes respuestas tanto en el marco jurídico, como en el político y social.

Las leyes y directivas al respecto gestadas en las dos últimas décadas se han visto concretadas en diversas medidas, con el objetivo de facilitar y promover la conciliación de la vida familiar y laboral en el marco de la igualdad y responsabilidad compartida.

Destacamos entre las leyes y directivas:

Comunidad Europea

- Tratado de Amsterdam
- Directivas 92/85/CEE, 96/34/CEE y 2002/73/CE

Gobierno Español

- Ley 39/1999
- Ley 3/2007
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011

Generalitat Catalunya

- Llei 6/2002
- "Acords de Govern del 31 de maig de 2005"
- Lei 8/2006

Medidas afectadas:

- Baja Maternal
- Incapacidad por Riesgo
- Permiso Paternal
- Hora de Lactancia
- Reducción de Jornada

Lo que supone un incremento del 360% de libranzas en la última década.

La utilización por parte del personal también ha sufrido un importante incremento, llegando a finales del 2011 al 18,68% de la plantilla acogida a reducción de jornada.

OBJETIVO

Cubrir cada puesto de trabajo con el profesional mas adecuado manteniendo el continuum asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Partiendo del estudio de la incidencia de los puestos afectados y su distribución horaria se realizan las siguientes medidas:

- Aplicación de rotaciones combinadas entre las reducciones:
 - Se favorece la incorporación lo más tardía posible, mediante la compactación y acumulación de permisos-libranzas.
 - Se fomentan propuestas de flexibilización horaria y/o modificación horaria.
- Todo ello consensuado con los diferentes agentes sociales.

RESULTADOS

- Acuerdo de compactación de libranzas con el 100% de la plantilla solicitante a partir del 2008
- Implementación de los sistemas rotatorios al 100% del personal acogido a reducción de jornada en el 2010
- Disminución en un 60% del efecto "pico" en las libranzas semanales

CONCLUSIONES

La distribución de los tiempos de reducción de jornada en función de patrones rotatorios mejora la cobertura de los puestos de trabajo y evita situaciones de monopolización de jornadas.

La estabilización en el disfrute de los permisos, permite implementar cambios organizativos a medio y largo plazo, adecuando diferentes puestos de trabajo a las necesidades de flexibilización/modificación para la conciliación laboral-familiar.

El conocimiento de los profesionales de la gestión enfermera en las negociaciones sectoriales que afectan el ámbito asistencial, permitiría mejorar las diferentes normativas que afectan directamente el continuum asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohlander, G. W., Snell, S., Sherman, A. W. (2007). *Administración de recursos humanos*. Editorial Thompson.
2. Chinchilla, N. y León, C. (2011). *Diez años de conciliación en España*. Grupo 5 editorial.
3. Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999)
4. Directiva 92/85/CEE, de 19 de octubre, en relación con la maternidad desde el punto de vista de la salud y seguridad en el trabajo de la trabajadora embarazada o en período de lactancia. (BOE nº 57 de 7/3/2009, págs. 23288 a 23292 (5 págs.) Ref: BOE-A-2009-3905)
5. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE nº 71 de 23/3/2007, págs. 12611 a 12645 (35 págs.)
6. Llei 6/2002, de 25 d'abril, de mesures relatives a la conciliació del treball amb la vida familiar del personal de les administracions públiques catalanes i de modificació dels articles 96 i 97 del Decret legislatiu 1/1997 (DOGC núm.3626, de 30.04.2002)
7. Llei 8/2006, de 5 de juliol, de mesures de conciliació de la vida personal, familiar i laboral del personal al servei de les administracions públiques de Catalunya (DOGC 4675, de 13.07.06)

TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON EPOC GRAVE. ESTUDIO PROMETE

Segrelles, G.1; Gómez-Suárez, C.2; Zamora, E.1; González-Gamarra, A.3; González-Béjar, M.4; Jordán, A.2; Tadeo, E.2; Torres, C.1; Hernández, T.1; Lavandeira, R.2; Fernández, G.1; Sebastián, A.1; Ancochea, J.1

1Hospital Universitario La Princesa; 2Carburos Médica; 3Centro de Salud Goya; 4Centro de Salud Montesa, Madrid

OBJETIVOS

Determinar la utilidad de un sistema de telemonitorización domiciliaria en pacientes EPOC grave, medido como número de ingresos, visitas a Urgencias y exitus durante el periodo del estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado en dos grupos, asistencia convencional y telemedicina, con 30 pacientes en cada rama. Realizado por el servicio de Neumología del H. Universitario La Princesa (Madrid) y coordinado con 4 centros de Atención Primaria (Goya, Montesa, Lagasca y Castelló).

El equipamiento, servicio a domicilio, apoyo técnico y centralita de triaje la realiza Carburos Médica. Se incluyeron de forma sucesiva a los pacientes EPOC grado IV de la GOLD con OCD actual, que tuviesen, al menos, un ingreso por agudización en el año previo del estudio. Monitorizamos tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación oxígeno y pico-flujo.

RESULTADOS

En el cuestionario CAT la puntuación media fue de 17,11. El cuestionario GOLDBERG dio una puntuación para ansiedad de 3,52 (límite 4) y para depresión de 3,62 (límite 2) y un índice de Barthel de 88 (dependencia moderada). Todos nuestros pacientes estaban polimedcados y presentaban varias comorbilidades. Del total del grupo de pacientes de telemedicina 21 tenían cuidador, con un sobrecarga medida con el test de Zarit de 48,08 puntos (moderada).

En los primeros 3 meses de seguimiento, se detectaron 74 alertas rojas (50 llamadas telefónicas, 12 visitas a domicilio y 12 consultas hospitalaria). El grupo intervención tuvo 10 visitas a Urgencias por agudización de EPOC, 6 ingresos (44 días de ingreso) y un exitus, mientras que en el grupo control presentó 30 visitas a Urgencias, 21 ingresos (239 días de ingreso), 1 ingreso en UCI y 2 pacientes requirieron VMNI, 3 pacientes de este grupo fallecieron. El grado de aceptación del sistema fue elevado en nuestros pacientes, que le otorgan una puntuación de 8.95.

CONCLUSIONES

La telemonitorización (TLM) es útil en el seguimiento de pacientes EPOC grave, reduciendo de forma considerable el número de ingresos y visitas a Urgencias en comparación con el grupo control.

Nuestros pacientes presentan una buena aceptación con el sistema de TLM y no se han registrado abandonos por la dificultad de uso de los aparatos de TLM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaana M, Paré G, Sicotte C. Home telemonitoring for respiratory conditions: a systematic review. *Am J Manag Care.* 2009;15:313-320.
2. Maiolo C, Mohammed El, Fiorani CM, De Lorenzo A. Home telemonitoring for patients with severe respiratory illness: the italian experience. *J Telemed Telecare.* 2003;9:67-71.

GRADO DE SATISFACCIÓN Y UTILIDAD DE LOS PÓSTERS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Lagunas, G.; Riola, A.; Lozano, M.S.; Ferrer, E.

Hospital General Departamento de Salud de Elda, Alicante

INTRODUCCIÓN

Un póster es un medio de comunicar al personal sanitario de forma visual los protocolos de actuación.

En las unidades de Obstetricia y Pediatría, en base a la dificultad en acceder a los protocolos escritos, se ha detectado la necesidad de realizar pósters. Tras su uso se vió que aportaban muchas ventajas comparándolo con los protocolos escritos.

Los pósters evaluados son: Recogida de orina, Actuación ante la Bronquiolitis, Lactancia materna y Detección precoz de Hipoacusia.

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción y utilidad de los pósters

METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo, se realiza una encuesta dirigida a los profesionales de enfermería de las unidades de Obstetricia y Pediatría.

El cuestionario utilizado comprende: unidad, sexo, categoría y tiempo en el servicio, seis ítems que evalúa: la periodicidad del uso, las ventajas e interés de los pósters y repercusión en la educación sanitaria a los padres, así como la disposición por realizar nuevos pósters. Total de cuestionarios recogidos 50.

RESULTADOS

- Por sexo todas son mujeres.
- 36 cuestionarios en Pediatría: 16 enfermeras y 20 auxiliares de Enfermería.
- 14 cuestionarios en Obstetricia: 8 enfermeras y 6 auxiliares de Enfermería.

Unidad de Pediatría

- El tiempo en el servicio: de 1 a 10 años de antigüedad (28 personas), más de 10 años (8 personas).
- La consulta que se realiza del póster frente al escrito es más del doble.
- La frecuencia diaria del póster es del 47% frente al 22% que consulta al protocolo escrito.
- Las ventajas que aporta el póster son: la visualización, seguido de la concreción, comprensión y ubicación.
- El póster agiliza la resolución de dudas el 75% opina que mucho y el 16 % regular.
- Facilita el conocimiento a los padres el 78% opina que si y el 22 % que no.
- El 80% estaría dispuesto a colaborar en la realización de más pósters.

Unidad de obstetricia

- El tiempo en el servicio: de 1 a 10 años de antigüedad (11 personas), más de 10 años (3 personas).
- La consulta en los últimos tres meses que se realiza del póster frente al escrito es similar.
- La frecuencia diaria de consulta del póster es del 57% que lo consulta una vez frente al 35 % que consulta al escrito.
- Las ventajas que aporta el póster es sobre todo la visualización, seguido de la concreción, comprensión y ubicación.
- El póster agiliza la resolución de dudas el 64% opina que mucho y el 35 % regular.
- Facilita el conocimiento a los padres el 100% opina que si.
- El 93% estaría dispuesto a colaborar en la realización de mas pósters.

CONCLUSIONES

Analizando los resultados obtenidos se desprende que los profesionales de enfermería valoran positivamente la utilización de los pósters frente al protocolo escrito. Comparando ambas unidades, en Pediatría consultan más el póster que en Obstetricia. En los demás ítems las respuestas son similares. Más del 80% de los profesionales estarían dispuestos a colaborar en la realización de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de Detección Precoz de Hipoacusia de Consellería de Sanitat Valenciana, VI Reunión Nacional de la CODEPEH, Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Hospital de Elda y Guía de APANAH (Asociación de Padres y Deficientes Auditivos).
2. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Lagunas G, Álvarez JC, Pujalte M del M, De León González RG. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. Rev Lat Am Enfermagem. 2010 May-Jun;18(3):373-80.
3. Voirrey Broe, Manual de enfermería pediátrica: protocolos de asistencia. Departamento de Enfermería del Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá. 1ª ed. en español, reimp. Barcelona, Ediciones científicas y técnicas, 1993.

INTEGRACIÓN DE CUIDADOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA – HOSPITAL GENERAL

García, M; Mandingorra, J; Garrido, Á; Ferrandis, V; Alfonso, F.

Consortio Hospital General Universitario De Valencia

INTRODUCCIÓN

El informe de continuidad de cuidados (ICC) surge como una herramienta para garantizar la trazabilidad de los cuidados en la atención a los pacientes, estableciendo un circuito de información continua entre los niveles asistenciales de atención primaria (AP) y atención especializada. La digitalización de los registros de Enfermería y el desarrollo de herramientas informáticas han facilitado la puesta en marcha y envío del ICC desde el Hospital General de Valencia a los diferentes Centros de salud del Departamento.

Con motivo de la implantación del uso de Planes de Cuidados y la necesidad de comunicación entre todos los profesionales que intervienen durante el episodio asistencial del paciente se aprecia la necesidad de diseñar un Informe de Continuidad de Cuidados (I.C.C) y que cumpla las recomendaciones mínimas de contenido recogidos en la Historia Clínica Electrónica del Sistema Nacional de Salud y de la Conselleria de Sanidad.

OBJETIVOS

- Establecer un documento por el que se asegure la continuidad de cuidados de Enfermería.
- Conocer la necesidad de información de los diferentes profesionales en los diversos niveles asistenciales.
- Establecimiento de un circuito de aviso para AP sobre el alta del paciente.
- Integrar el ICC con los aplicativos informáticos del Departamento.

METODOLOGÍA

Se diseñó un borrador de ICC, que se consensó entre el grupo de expertos y se integró en la Estación de Enfermería KARE. Con la colaboración del Centro de Sistemas de Información (CSI) del hospital se incorporó dicho informe al visor de la Historia Clínica Electrónica PANGEA que cumple con la norma europea EN13606 para intercambio de datos y utiliza el formato estándar XML para la publicación de la información.

RESULTADOS

En Octubre de 2011 se puso en marcha el circuito de envío de alertas a Atención Primaria sin incidencias y utilizando los recursos disponibles a coste cero.

Los indicadores de seguimiento nos indicarán en cada momento la eficacia de la implantación del ICC y los puntos débiles del proceso, para poder actuar sobre ellos y asegurar la calidad asistencial.

Para llevar a cabo el seguimiento de estos indicadores en la fase de implantación, tanto de Hospitalización como de Primaria, se realiza una valoración mensual de los informes emitidos por las unidades asistenciales del Hospital y los recibidos por Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Gracias al Informe de Continuidad de Cuidados se cierra el círculo asistencial de un paciente y toda la información relativa al mismo y estará disponible para los profesionales de salud de los diferentes ámbitos asistenciales, a través del visor de la Historia Clínica Electrónica del Departamento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dochterman J, Titler M, Wang J, Reed D, Pettit D, Mathew-Wilson M, et al. Describing use of nursing interventions for three groups of patients. *J Nurs Scholersh*, 2005; 37 (1):57-66
2. Orta MA, Rodríguez R, Prieto J. Sistematización de los cuidados de enfermería al paciente en Atención Domiciliaria. *Enfermería Integral*. Septiembre 2007.
3. Hita de la Torre G. Ventajas de la Historia Clínica Informática. *Todo Hospital*. 2005; 215:165-171.
4. García C, Orgando B. Aspectos éticos de la informatización de la historia clínica. *Enferm científica*. 2004; 270-271: 39-43. Garrido A, Muñoz A, Ferrandis V, Ruiz A, Sánchez V. Estación de Enfermería, primeros pasos en la informatización de cuidados. *Revista Investigación y Cuidados*. Diciembre 2008.
5. Ley 41/2002 "Ley básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en material de información y documentación clínica"
6. Real decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, anexo VII, regula el conjunto mínimo de datos del informe de cuidados de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
7. Jhonson; et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. *Interrelaciones NANDA, NOC, NIC*. Ed. Harcourt/ Mosby 2005.
8. Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González peral R, Aída Otero S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. *Enfermería en Cardiología*. nº 45/ 3er cuatrimestre 2008.

¿CÓMO AHORRAR EN RECURSOS MATERIALES?

Bartolomé, N.; Caro, B.; Labarta, M.; Mompo, C.; Pumar, D.

Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi (Consorci Sanitari Integral), BARCELONA

INTRODUCCIÓN

El proyecto que presentamos se enmarca en el sistema de gestión LEAN HEALTHCARE. Para la realización y consecución de éste, desde la dirección del centro conjuntamente con los gestores del proceso de hospitalización se definieron los objetivos y las líneas de actuación a tener en cuenta.

El Kaizen es un sistema de mejora continua e integral que comprende todos los elementos, componentes, procesos, actividades, productos y profesionales de una organización y se basa en la realización de pequeñas modificaciones para poder mejorar la calidad y reducir costes.

El término Kaizen proviene del japonés, en el que "Kai" se traduce al español como "cambio", y "Zen" que se entiende como "mejoramiento".

OBJETIVOS

- Reducir en un 40% el importe de stock de la unidad
- Reducir el consumo de material en un 5% de la unidad
- Reducción del tiempo y la estandarización de la reposición del material

METODOLOGÍA

Partiendo de éstos objetivos se realizó el análisis de la gestión de material sanitario en una unidad de hospitalización médica.

La metodología de trabajo es el Kaizen y se enmarca en una unidad piloto durante tres días consecutivos.

Se constituyó un grupo de trabajo compuesto por una auxiliar de clínica de cada turno, una enfermera, dos coordinadoras del ámbito de hospitalización y 2 profesionales del departamento de Planificación y seguridad del paciente, estos últimos coordinadores de todo el proceso.

Se informó a todo el personal de la unidad y se elaboró un plan de trabajo que incluía: una formación previa para el equipo y cronograma que constaba de una planificación de las actividades a realizar, la ejecución del plan de acción, pruebas de funcionamiento para validar las acciones de mejora y establecer mecanismos de seguimiento y control para poder validar las mejoras realizadas y estandarizarlas para el resto de las unidades de hospitalización.

Se realizó la recogida de datos mediante observación y la identificación de problemas dentro de la unidad para disminuir los niveles de stock y facilitar la disposición y reposición del material de los almacenes para un mejor control de caducidades.

A continuación se planificaron y ejecutaron las acciones de mejora.

RESULTADOS

- Reducción de un 47% del importe de stock de la unidad
- Reducción de un 6,5% en el consumo de material
- Reducción del tiempo y estandarización de la reposición (anulando almacenes periféricos y reubicando el material)

CONCLUSIÓN

Como conclusión creemos que siempre hemos de buscar nuevos métodos de trabajo que nos puedan facilitar nuestra actividad diaria, ya que repercutirá en una mejora de la calidad asistencial.

También cabe destacar que para la realización de Kaizen es imprescindible contar con la colaboración de todo el personal, ofreciéndole una participación activa en la toma de decisiones para llevar a cabo los cambios que hay que realizar, ya que la implicación del personal hace que haya una continuidad y mantenimiento de las mejoras realizadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.leanhealthcare.es/>
2. W.Lareau. (Madrid 2003). *KAIZEN : Como controlar y reducir los costes de gestión en la empresa*. Editorial: FUNDACION CONFEMETAL
3. P. Womack, J. , T. Jones, D. (2003, 2005 edición española). *Lean Thinking: Como utilizar el pensamiento LEAN para eliminar los despilfarros y crear valor en la empresa*. Ediciones Gestión 2000.

UNA ALTERNATIVA A LA BIBERONERÍA

Anaya, C.; Anaya, R.M.; Sánchez, M.L.; Laraño, M.I.

Servicio Andaluz De Salud, Granada

OBJETIVO

Proporcionar a los lactantes ingresados, los biberones de fórmulas infantiles en polvo, con la máxima garantía de calidad microbiológica facilitando la trazabilidad en el proceso de preparación de biberones.

JUSTIFICACIÓN

Las inadecuadas condiciones de producción, almacenamiento y manipulación de las fórmulas en polvo son un riesgo para la salud de los lactantes.

La complejidad del sistema para mantener los biberones en óptimas condiciones microbiológicas, el proceso de detección y evaluación de peligro de contaminación bacteriana y la dificultad de garantizar la ausencia de esta, nos plantea la necesidad de un cambio en la estructura y forma de preparación de los biberones.

METODOLOGÍA

Puestos en contacto con el Servicio de Farmacia del Hospital, establecimos la preparación de monodosis de las fórmulas en polvo de igual forma que se hace con la preparación de medicación.

Las distintas fórmulas son envasadas en cantidades de: 6 y 7gr. para cantidades igual ó menor de 50ml. y 12 y 14 gr para biberones de entre 50 y 100 ml; según sea la concentración prescrita, al 12% ó 14%, para los biberones mayores de 100ml. se combinan el uso de los envases para 50 ó 100 ml. según necesidades. Las fórmulas se solicitan a Farmacia mediante el mismo circuito utilizado para la medicación, siendo reconstituidos los biberones con agua estéril, justo antes de administrarlos, por el profesional de enfermería que tiene al niño a su cargo. De la limpieza de biberones y del envío de estos al Servicio de Esterilización se encarga cada Unidad de Hospitalización.

RESULTADOS

Administramos a los Lactantes ingresados los biberones en óptimas condiciones de asepsia y libres de contaminación bacteriana. Se han disminuido los costes de garantía de la calidad microbiológica. Optimización de recursos humanos mediante la liberación de personal de Enfermería, antes dedicado a la preparación de biberones y ahora dedicado a la administración de Cuidados.

CONCLUSIONES

El cambio en el método de preparación de biberones conlleva:

- Mejora de la eficiencia de los costes asociados al proceso de preparación: recursos humanos y materiales.
- Elevar el grado de efectividad en la preparación de biberones y alimentación de los Lactantes ingresados en nuestras Unidades.
- Aumento en la seguridad de los cuidados disminuyendo el riesgo de infección nosocomial en el lactante.

BIBLIOGRAFÍA

1. H. Vargas-Leguas, V. Rodríguez Garrido, R. Lorite Cuenca, C. Pérez-Portabella, S. Redecillas Ferreiro y M. Campins Martí. Guía para la elaboración de fórmulas infantiles en polvo en el medio hospitalario. Sistemas de análisis de peligros y puntos de control crítico.
2. Moreno Villares JM.; Galiano Segovia MJ., Dalmau Serra J. Preparación y manejo de las fórmulas infantiles en polvo. Reflexiones en torno a las recomendaciones del Comité de Nutrición de la ESPGHAN. Acta Pediatr.Esp. 2005; 63:279-82
3. Directrices de la OMS para preparación almacenamiento y manipulación de preparaciones en polvo para lactantes
4. FAO-WHO. Comisión del Codex Alimentarius. Anteproyecto de código de prácticas de higiene para la formulación en polvo para lactantes y niños pequeños.
5. Reglamento nº 2073/2005 de la CE del 15 de Noviembre de 2005, relativo a los criterios microbiológico aplicables a los productos alimenticios.

GUÍAS DE PRÁCTICA ENFERMERA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA: IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PARADIGMA EN LA PRÁCTICA DIARIA

Bermejo, C.; Muñoz, D.; González, J. A.; Ortuño, I.; Rosa, M^a R.; García, F.; Lancharro, M.; García, A.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

Las Guías de Práctica Clínica son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática que ayudan a profesionales y pacientes a tomar las decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica".

Partiendo de esta concepción, en nuestro país se puso en marcha desde el año 2006 un Programa de implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Los programas propuestos ya consideraban de fundamental importancia el análisis previo de los contextos, la identificación de barreras y elementos facilitadores, las estrategias y la evaluación como fases de la implementación ,

Las guías de prácticas enfermeras basadas en la evidencia capacitan al personal de enfermería en su rol profesional dándole apoyo en la provisión de una atención segura y de alta calidad, mejorando sus resultados clínicos y, por ende, capacitando a la población que recibe dichos cuidados. A través del quehacer de la enfermería y de entornos laborales que apoyen a los profesionales y alienten sus expectativas se conseguirá avanzar y conseguir unos cuidados de enfermería de calidad, con resultados óptimos de salud para el individuo y la comunidad.

OBJETIVOS

Describir el programa de implantación de prácticas enfermeras basadas en la evidencia.

DESARROLLO

EL objetivo del programa es mejorar el cuidado de pacientes y reducir la variabilidad de la práctica enfermera, a través de una implantación sistematizada, que permitirá su mejora y extrapolación, no sólo a otros procesos, sino a otras instituciones.

En virtud del convenio de colaboración firmado entre INVESTEN- Centro Colaborador Español y la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), este Hospital y siete organizaciones de salud de diferentes comunidades, trabajarán durante los 3 próximos años para llevar a cabo una implantación para llevar a cabo el programa , formando parte de la red internacional de "Best Practice Spotlight Organization (BPSO).

En junio de 2011 tras un proceso de valoración, se seleccionaron las guías de Lactancia Materna y la de Cuidado y manejo de la ostomía.

Se obtuvo el apoyo del Gerente y Directora de Enfermería del hospital. Además se contó con la aceptación por parte de las enfermeras estomaterapeutas y matrona presidenta del Comité de Lactancia Materna, para participar en el programa de implantación.

Debido a que el programa afecta a toda la organización se consiguió el respaldo de Supervisoras de área, de unidad y Jefes de servicios del área susceptible de aplicar esos cuidados. Así mismo, se buscó y consiguió el apoyo de otros servicios externos a la dirección de enfermería, pero necesarios para el desarrollo del programa. Estos servicios fueron sistemas y tecnologías de la información, unidad de metodología de investigación y epidemiología clínica, unidad de comunicación interna y relaciones institucionales, unidad de calidad.

El proyecto se ha estructurado en varias fases: Análisis de situación, difusión, captación de colaboradores e impulsores para cada una de las guías y unidades.

Se realizaron sesiones de información a todos los implicados y formación al equipo de implantación. Se diseñó el plan de acción, buscando también la sostenibilidad de la práctica basada en la evidencia. EL diseño y concreción de indicadores de estructura, proceso y resultado nos permitirá compararnos con otras instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Institute of Medicine. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington DC: National Academy Press; 1990.
2. Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. *Changing the clinical behavior of doctors: a psychological framework*. *Qual Health Care*. 1996; 5(1):51-4.
3. Van Bokhoven MA, Kok G, van der Weijden T. *Designing a quality improvement intervention: a systematic approach*. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(3): 215-20.
4. Grinspun D. *Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*. *Enferm Clin*. 2011;21(1):1—2
5. Ruzafa M, González E, Moreno T, del Río C, Albornos L, Escandell C. *Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016*. *Enferm Clin*. 2011;21(5):275---283

VÍAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS EN LA PLATAFORMA SAP

Padilla, C.; Samper, E.; Esteve, J.

Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las Vías Clínicas (VC) (Clinical Pathway o trayectoria clínica) son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería, administrativos y de otros profesionales necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial. Su carácter de instrumento organizativo y multidisciplinario permite la estandarización de los cuidados para un grupo de pacientes con una misma patología y un curso clínico previsible. La historia clínica informatizada requiere la revisión e integración de las vías clínicas a SAP Sanidad.

OBJETIVO

Integrar las vías clínicas en la historia clínica informatizada en entorno SAP y evaluar la implantación de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO

En el último trimestre del 2010 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con el objetivo de revisar y adecuar las vías clínicas, elaboradas en soporte papel, a la historia clínica informatizada en SAP e implantarlas durante el 2011. El equipo estaba formado por médicos, enfermeras y profesionales de otras disciplinas se contó con el soporte de un técnico informático para la implementación en el monitor del paciente (historia clínica informatizada).

Asimismo se definieron los indicadores de seguimiento y su evaluación a través del sistema informático Business Explorer Analyzer (BIW).

RESULTADOS

Se revisaron e implementaron en entorno SAP 26 VC, 14 corresponden a procedimientos que se realizan a través de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y el resto se inician a pacientes que ingresan en unidades de hospitalización. Se asignaron 3641 VC en procedimientos que se realizaron por CMA, 1336 en unidades de hospitalización, los procedimientos asignados en CMA son: 666 de Cirugía general, 604 de Cirugía ortopédica, 48 de Cirugía plástica, 1766 de OFL, 217 de ORL, 68 de Urología y 273 de Cirugía Vasculat.

En el ámbito de hospitalización, 174 procedimientos de Cardiología, 186 Cirugía general, 7 Cirugía plástica, 505 de Cirugía ortopédica, 8 Digestivo, 213 Neurología, 14 OFL, 67 ORL, 8 Neumología, 118 Urología y 36 Cirugía Vasculat.

CONCLUSIONES

La revisión de las VC ha favorecido el trabajo en equipo de profesional de diferentes disciplinas ha sido fundamental incorporar un profesional de sistemas de información a los grupos de trabajo ya que se requiere seguimiento continuo y actualización de las vías en SAP.

La asignación de vías clínicas se realiza principalmente procedimientos quirúrgicos, ya que presentan cursos clínicos más predecibles. Los indicadores han de aportar información sobre criterios de eficiencia a la organización (disminución de estancias, % de cumplimiento, variaciones y tipos de variaciones...)

BIBLIOGRAFÍA

1. Olmedo Lucerón, M.C.; Sanchidrián de Blas, C.; Plá Mestre, R.; Puente González, M.D.; Rodríguez Pérez, P. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:268-74.
2. Viana A, Fernández J, Sainz A. Descripción y evaluación de las vías clínicas en una red de hospitales públicos. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:267
3. Marín I; Navarro A. Las vías clínicas. Su papel en la implantación de mejoras en la calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:103-5.

PLANES DE TRABAJO: PLANIFICAR PARA ACTUAR

Samper, E.; Padilla, C.; Esteve, J.
Consorti Sanitari Integral, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Un plan de trabajo (PT) se define como una herramienta que permite ordenar y sistematizar información relevante para realizar un trabajo. Es una guía que propone una planificación sistemática e interrelaciona los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos necesarios para su consecución. Una de las dificultades que, a menudo, encontramos es la falta de visibilidad de las actividades que planificamos, pero que no plasmamos de manera formal y por escrito.

Una de las competencias de las Enfermeras Clínicas (EC) es orientar y motivar a los profesionales de enfermería para garantizar el desarrollo profesional, mediante la detección de las necesidades de formación.

OBJETIVO

Elaborar un plan de trabajo relacionado con la especialidad de la enfermera clínica y las necesidades formativas detectadas siguiendo una metodología común.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el mes de octubre de 2010 se diseñó una plantilla con la estructura que debería seguir cada PT.

1. Introducción y antecedentes con la descripción del problema
2. Objetivo
3. Nivel de cumplimiento pactado
4. Estrategias y actuaciones previstas con desglose de actividades
5. Método de difusión
6. Identificación de recursos necesarios y posibles obstáculos
7. Herramientas de evaluación
8. Cronograma
9. Designación de responsables
10. Evaluación del PT.

Cada EC presentó una propuesta, que fue consensuada con un responsable de enfermería del centro y de noviembre a diciembre de 2010 elaboró su PT. Se diseñó un cuadro de seguimiento para evaluar las fases del PT, con el objetivo que en el primer semestre del 2011 estuvieran los 15 planes finalizados

RESULTADOS

Se elaboraron los 15 PT, según la estructura que se había definido. Doce de los PT iban dirigidos a reforzar el conocimiento e implantación de diversos protocolos y procedimientos de enfermería entre el equipo de enfermería del centro. Uno iba dirigido a ofrecer educación sanitaria a pacientes y familias, uno a dar soporte y mejorar la calidad de vida de pacientes/ cuidadores y uno a mejorar la continuidad asistencial.

El trabajo con la plantilla estructurada resultó una herramienta muy útil, ya que sirvió de guía para no perder información en ninguna fase del proyecto y permitió la monitorización continua de la evolución de cada plan.

CONCLUSIONES

Un plan de trabajo es una herramienta muy útil y necesaria para la planificación, implementación y supervisión de cualquier proyecto, ha permitido que las Enfermeras clínicas abordaran las actividades con una metodología común para disminuir la variabilidad.

Según el diseño de las herramientas de evaluación, permite un seguimiento de los resultados tanto por parte de los responsables del PT como de los gestores.

La sistemática de trabajo evita olvidar acciones, profesionales o recursos, así como prever posibles obstáculos que puedan dificultar la consecución del objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartle Phil; *Orientaciones para preparar un plan de trabajo. Una herramienta clave de la gestión participativa*

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA !SEGURIDAD!

Martín, P., Diestro, P.; González, R.; Yague, C.

Hospital Universitario Sescam Guadalajara

INTRODUCCIÓN

En 2004 la OMS crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en respuesta a la resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud.

LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA ES UNA PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA

Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias. 0,5 – 5% Tasa bruta mortalidad registrada tras cirugía mayor.

Aproximadamente el 50% de los Eventos Adversos registrados en un Hospital están relacionados con atención quirúrgica.

Es evitable al menos en el 50% de los casos el daño ocasionado por la cirugía. La lista de verificación quirúrgica, al igual que otros indicadores relacionados con la intervención están recomendados tanto por la WHO, AHRQ, OCDE o Ministerio de sanidad y Consumo en su publicación “Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en las hospitales.”

Dentro del desarrollo del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SESCAM, el día 1 febrero 2011 comenzó la implantación del proyecto de seguridad de pacientes titulado “Identificación electrónica de pacientes en Área Quirúrgica.”

OBJETIVOS

El SESCAM, sobre seguridad quirúrgica que se concreta en la puesta en marcha de la “Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ)”, propuesto por la OMS, para todas las cirugías del HUG; tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Protocolo de preparación quirúrgica:

Este proceso comienza en planta con la implantación de la pulsera electrónica. El Rac quirúrgico se abrirá automáticamente en Quirófano cuando el paciente entre en el mismo, con el check- list totalmente cumplimentado, ya que es condición imprescindible para que se pueda comenzar el proceso quirúrgico.

Quirófano

Al entrar el paciente se abrirá la Historia Clínica en el ordenador apareciendo un botón que permitirá consultar el check-list de preparación quirúrgica. Posteriormente y dentro del proceso quirúrgico se empezará por el Check-list del proceso quirúrgico y a lo largo de la intervención de la cumplimentación del RAC electrónico.

RESULTADOS

Se adjuntará tabla.

CONCLUSIONES

Aumenta la seguridad del paciente, al no permitir abrir otra historia clínica cuando se activa la pulsera. Mejora el control y la estandarización de los tiempos quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Runciman WB. Iatrogenic and anesthesia in Australia. *Anesth Intensive care* 2005;33:297- 300.
2. Lingard L, Regehr G, Orser B et al , Evaluation of preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses and anesthesiologists to reduce failures in communication, *Arch Surg* 2008; 143:12-18,
3. Haunes AB, Eiser Tg, Berry WR, et al. A surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in Global Population. *The New England Journal of medicine* 2009; 360:491-49.
4. The National Quality Forum. Safe Practices for better healthcare. 2009. A consensus report.
5. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en los hospitales. Ministerio Sanidad y Consumo; 2008;143:12
6. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente, Ministerio Sanidad y consumo 2008.
7. World Alliance For Patient Safety. WHO guidelines for safe surgery. Geneva: World Health Organization, 2008
8. AHRQ Quality Indicators, Patient Safety Indicators. Technical specifications. I Versión 3.2 marzo 2008

MAPA DE CONTRIBUCIÓN, HERRAMIENTA PARA LA COMUNICACIÓN

Mayorga, J.M.; Romero, M.A.; Pérez, R.; Fernández, I.
Servicio Andaluz De Salud, Sevilla

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2011 en el Hospital General, perteneciente al área hospitalaria de Virgen del Rocío en Sevilla, se ha producido la renovación de un importante porcentaje de Cargos Intermedios, como son supervisores y jefes de bloque. Esta circunstancia ha provocado una mayor demanda de información en nuestra Subdirección lo que a veces provoca "atascos" y pérdidas de tiempo innecesarias en el escaso tiempo de que disponen los cargos intermedios para la realización de sus múltiples actividades.

Con objeto de establecer canales de comunicación permanentes entre la Subdirección y dichos profesionales, nos hemos fijado como objetivo prioritario el desarrollo de un plan de comunicación interna, que deberá verse compuesto por los elementos que mejor reflejen la dinámica y cultura de las diferentes unidades.

OBJETIVOS

- Realizar un plan de comunicación efectivo entre la Subdirección de Enfermería y los responsables de cuidados (Supervisores y Jefes de Bloque).
- Obtener un mejor rendimiento de nuestro tiempo durante la jornada laboral.
- Definir un cronograma para la comunicación de eventos o problemas que derivan de la gestión de personas.

METODOLOGÍA

Para conseguir una mayor implicación de los Responsables de Cuidados, así como un mayor éxito en la continuidad del Plan de Comunicación, se introduce una herramienta de trabajo denominada Mapa de Contribución. Entendemos por Contribución el resultado de lo que hacemos, teniendo en cuenta que cada uno es responsable de su actuación dentro del Plan de Comunicación.
insertar hoja de contribución

RESULTADOS

Una vez evaluado el mapa de contribución de todos los Responsables de Cuidados, se establece el Plan de Comunicación que incluye:

- Página web con comunicación de la Subdirección con información hacia los mandos intermedios.
- Elaboración de un cronograma para la realización de reuniones y comunicación de necesidades de personal y gestión de problemas.

CONCLUSIONES

Hemos utilizado un método estructurado, eficaz y sistemático para planificar el trabajo del equipo de Enfermería para la consecución de los Objetivos de nuestra Organización. Método cuya validez está demostrada desde hace años en la gestión de las empresas privadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montaner SA. Curso de "DESARROLLO DE HABILIDADES GESTORAS". Área Hospitalaria Virgen del Rocío. Sevilla 2011.

REESTRUCTURACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y OPTIMIZACIÓN DE TIEMPOS DE CUIDADOS / ORGANIZACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

Mayorga, J.M.; Romero, M.A.; Pérez, R.; Del Agua, C.
Servicio Andaluz De Salud, Sevilla

INTRODUCCIÓN

La estructura física, instalaciones y equipamiento tienen una notable influencia en la productividad de enfermería. Unidades con escaso número de camas, distancias superiores a 30 metros del control a la habitación, inadecuados sistemas de comunicación entre habitación y control, etc. Disminuyen los rendimientos del personal de enfermería. No es infrecuente encontrar referencias de la dotación de personal de enfermería según el número de camas, sin embargo el sujeto de los cuidados de enfermería no son las camas sino los pacientes, y su número y complejidad pueden variar entre las distintas unidades.

OBJETIVOS

- Distribuir a los pacientes en las unidades prevaleciendo los criterios de patrón de cuidados y perfil de pacientes según la especialidad médica.
- Mejorar la funcionalidad en aquellas UGC de mayor tamaño que dispongan de camas en varias alas.
- Agrupar las UGC que compartan actividades.
- Optimizar tiempos de cuidados/organización. (Dedicar al menos el 70% del tiempo enfermero a los cuidados directos al paciente)

METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos propuestos, fue necesario realizar algunos estudios previos entre ellos un estudio de los índices de ocupación de los 12 meses anteriores; valoración de las posibilidades de disminuir las estancias de los pacientes; estudio de agrupación de UGC que tenían camas dispersas por el edificio, elaboración de una tabla que nos sirva de guía, según el patrón de cuidados y el perfil de los pacientes, para una planificación con criterios de calidad y el debate con los profesionales.

RESULTADOS

En Julio de 2011 comenzamos las obras que afectaron a las siguientes unidades: UCAMI, ENDOCRINOLOGIA, UMQUER, DIGESTIVO y CIA VASCULAR, aprovechando el periodo vacacional y el cierre de algunas unidades en verano, para minimizar el impacto de los cambios, tanto en los pacientes como en los profesionales. En septiembre se llevaron a cabo reuniones entre la Dirección de Enfermería y los representantes de los trabajadores (sindicatos) para unificar criterios para la movilización del personal de Enfermería. Durante esta negociación utilizamos por primera vez como criterios el patrón de cuidados del paciente y el tiempo de cuidados y organización enfermeros.

CONCLUSIÓN

Cuando la gestión de profesionales se realiza teniendo en cuenta la normativa vigente, la evidencia científica y el diálogo con los profesionales, se consiguen realizar todos aquellos cambios necesarios para asegurarnos un entorno agradable y seguro para los profesionales. Y como consecuencia de ello una mayor calidad en la prestación de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Page, Editor, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nursing*. Institute of Medicine. Washington, D.C.: The National Academies Press. 2004.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca: Informe técnico diciembre 2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DE UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN LAS GUARDIAS DE ENFERMERÍA

Gracia, A; Iniesta, J; Terón, M.J.; Sáez, A.R.; Corbalán, C; Muñoz, G.; Rodríguez, J.J.; Vázquez, I.
H.G.U. Reina Sofía. Área de Salud VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud, Murcia

INTRODUCCIÓN

El periodo en el que la supervisora de una unidad no está presente no debe suponer una ruptura sobre el funcionamiento de la misma, por ello contamos con herramientas como los manuales de organización y funcionamiento, pero es fundamental conocer que es lo que ocurre durante este periodo de ausencia, por lo que es necesario tener acceso a la información que reporta el supervisor de guardia para la toma de decisiones y gestión de la unidad.

OBJETIVO

Conocer el número de incidencias que ocurren durante el periodo de guardia en la unidad de reanimación.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de las incidencias registradas por el supervisor de guardia relativas a la unidad de Reanimación de un hospital general universitario de nivel II, durante el año 2011.

La obtención de datos se realizó a través de la aplicación informática Maktub, que es el instrumento en soporte electrónico para el intercambio de información entre los supervisores de unidad, la Dirección de Enfermería y el supervisor de guardia.

Las variables estudiadas fueron: incidencias registradas; recursos humanos; recursos materiales; traslados; mantenimiento; farmacia; otras incidencias. Los datos se analizaron con el programa SPSS, expresándose los resultados mediante frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar.

RESULTADOS

El total de incidencias registradas durante las guardias ha sido de 63 en todo el año, con una media mensual de 5.25 y DE de 5.3 con un mínimo de 0 en abril y 20 en julio, y supusieron el 2.2% del total de incidencias registradas en el Área.

Se realizaron 3 traslados de pacientes a otro hospital desde reanimación, se produjeron 38 incidencias relacionadas con recursos humanos, 4 con recursos materiales, 1 parte a mantenimiento y 12 pertenecientes a la categoría de otras incidencias.

CONCLUSIONES

La unidad de reanimación presenta un bajo nivel de incidencias fuera del periodo de presencia física de la supervisora, siendo la categoría con mayor número de incidencias recursos humanos.

Conocer la información de los problemas que se presentan en la unidad durante las guardias facilita la toma de decisiones y resolución de problemas para una gestión eficiente de la unidad y sus recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aportela Rodríguez, Ivett M. *Intranets: las tecnologías de información y comunicación en función de la organización/ Intranets: information and communication technologies in function of an organization*. ACIMED 16(4): 0-0, ND. 2007 Oct.
2. Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, MdC&Carballal Balsa, MdC. (2010). *Generalidades sobre la comunicación*, en Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, MdC&Carballal Balsa, MdC, *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (6) Barcelona (España). Elsevier.
3. Cidoncha Moreno, M. Ángeles; Campo Martínez, Camino. *Evolución del rol del supervisor de enfermería hacia el gestor de cuidados*. *Metas enferm*;9(3):8-12, mar. 2006
4. Fernández Martín, Myriam; Cibanal Juan, Luis. *Los sistemas de Información Guiados por el Conocimiento. El futuro de los Registros Enfermeros*. Rev Tesela. 2009 ene-jun.
5. Gagnon MP, Légaré F, Labrecque M, Frémont P, Pluye P, Gagnon J, Car J, Pagliari C, Desmartis M, Turcot L, Gravel K. *Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD006093.
6. González Sánchez, Inés; Alemán Santos, M^a Virginia; Milán Navarro, Francisca; Pardo López, Catalina. *Utilización de mensajería interna, sistema FLOR, en la resolución de incidencias/coberturas erróneas del personal de enfermería* *Invest&Cuid* 2009 jul-dic 7(15):22-29
7. Phillips J. *Knowledge is power: using nursing information management and leadership interventions to improve services to patients, clients and users*. *J Nurs Manag*. 2005 Nov;13(6):524-36.
8. Prieto, M. S. (2005). *De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional*. *Enfermería Clínica*, 15 (6), 315-322.
9. Rodríguez Mondéjar, JJ; Ortells Rodríguez, MJ; López Martínez, P; García Oltra, E; Martínez Corbalán, A; Martínez Cantero, J. *Visión de un hospital de la necesidad y de las actividades de la supervisión de guardia*. *Enfermería Científica*. 2004, 0 (264-265): 28-34, 12.
9. Torres Esperón, Maricela. *El trabajo en redes en la práctica de enfermería:: Acortando la distancia* *Rev. cuba. enferm*; 26(2), abr.-jun. 2010.

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE UCI

Murado,, A.M.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

Los cambios que han tenido lugar en nuestro sistema de salud y una nueva realidad en el entorno sanitario, como son la reducción de la estancia media, el incremento en gravedad de los pacientes ingresados, o el crecimiento constante del gasto sanitario, obligan a buscar sistemas de dispensación de fármacos más accesibles y más próximos a los lugares donde se desarrolla la asistencia. En este marco, los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) se presentan como una herramienta necesaria para racionalizar los recursos, optimizar la gestión de la información, y mejorar la calidad y la seguridad en el proceso de dispensación de los fármacos.

OBJETIVOS

- Valorar los beneficios que ha supuesto la implantación de un Sistema Automatizado de Dispensación de Medicación (SADME) en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Lucus Augusti.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo observacional donde se analiza el consumo de especialidades farmacéuticas y la optimización de los tiempos de enfermería previos y posteriores a la implantación del SADME en la unidad de UCI.

Se extrajeron los datos pertenecientes a los consumos del primer trimestre del año 2010 mediante el programa de gestión del servicio de farmacia SINFHOS® y se compararon con los del año 2011 obtenidos del nuevo sistema (WEB REPORTING GRIFOLS), teniendo en cuenta la variable del total de estadias de pacientes en esos períodos.

En cuanto a los tiempos de enfermería, se llevó a cabo su cuantificación y comparación tras entrevista al personal de la UCI y Farmacia.

RESULTADOS

En el análisis comparativo de los resultados tras la implantación del SADME se evidencia tanto una disminución en el consumo de especialidades farmacéuticas, como en los tiempos empleados por el personal en la gestión de la medicación.

CONCLUSIONES

El gasto generado en la compra del sistema, formación del personal y mayor sobrecarga para el servicio de farmacia se ve compensado por la reducción en el consumo de medicaciones y la ganancia de tiempos de enfermería. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que su implantación en otras unidades del hospital con características similares a la UCI aportaría beneficios semejantes a los analizados en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durán S, Carreras MJ, et al. *Experiencia con un Sistema Automatizado de Dispensación: Impacto sobre la Calidad y los Costes. El Farmacéutico Hospitales 2001; 121:36-40.*
2. Negro E.M., Morell A. *Cálculo de costes de un servicio de farmacia hospitalaria. Farm Hosp, vol. 26, nº1, pp5-12, 2002.*

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS DE UN HOSPITAL DEL ÁREA HOSPITALARIA DE VIGO

Rionda, M.; Alonso, A.; Iglesias, P.; Antúnez, A.; Feteira, E.; Pardo, I.; Rodríguez, D.; González, D.
Chivi. Hospital Meixoeiro, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

El afán por querer mejorar la calidad real de nuestro servicio nos llevó a comenzar interesándonos por cómo los pacientes lo perciben.

OBJETIVO

Conocer la percepción que los pacientes tienen acerca del servicio ofrecido en la Unidad de Endoscopias del Hospital Meixoeiro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, realizado durante dos meses utilizando el cuestionario GHAA-9mc modificado¹, cumplimentado por los pacientes con capacidad para hacerlo por sí mismos, con el fin de preservar el anonimato. La información obtenida se analizó mediante base de datos Excel.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se realizaron 1193 endoscopias, se repartieron 517 encuestas (43% de las pruebas), y contabilizaron 480 (93%) del total. El paciente que cumplimentó la encuesta fueron hombres el 58,96%, de los cuales el 63,60% menores de 65 años.

El tiempo de espera hasta la fecha de realización de la prueba y el mismo día hasta que lo llamaron, se consideró bueno en un 38% de los casos. Las molestias durante la prueba una media del 27% de los pacientes las considero dentro de los valores positivos, siendo la gastroscopia la que acumula valores más negativos.

Los parámetros mejor valorados son los relacionados con la atención de los profesionales, especialmente la atención de enfermería considerada excelente en el 56% de los casos. Para las explicaciones sobre la prueba y la puntuación global de la exploración, los porcentajes más elevados oscilan en torno al 35 % en cada una de las respuestas positivas. El 99,79% de los pacientes volverían a realizarse la prueba en el mismo servicio y con los mismos profesionales.

CONCLUSIONES

Los pacientes encuestados han mostrado un elevado grado de satisfacción con el servicio proporcionado en nuestra unidad, como refleja el que los porcentajes más elevados estén repartidos entre los valores positivos.

La información, tiempo de espera y atención de todo el personal influyen favorablemente en el nivel de satisfacción. Las molestias de la exploración es el aspecto peor valorado. El hecho de que prácticamente la totalidad de los pacientes consideren ponerse en manos del mismo Servicio y equipo profesional en caso necesario, así como el que la pregunta mejor valorada corresponda a la atención de enfermería, nos motiva para seguir trabajando e investigando, incorporando nuestra labor a un ciclo de mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez del Río A, Alarcón Fernández O, Baudet JS, Sainz Menéndez Z, Socas Méndez M, Piera Jaén G. Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97(8):554-61.
2. (1) Pablo Leis AI, Sánchez Prudencio S, Carneros Martín J A, Gonzalo Domínguez E, Chorro Madrid V, Valer López-Fando P, Granados Martín M, Díaz Rodríguez D R. Valoración del grado de satisfacción del Paciente en endoscopia digestiva. *Revista de la ACAD, Vol XXV n°1 (11-16), 2009*

ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO: DESARROLLANDO NUEVOS ROLES

Cidoncha, M.A.; Chueca, A.; Sánchez, I.; González, R.M.; Peña, M.L.; Bikandi, J.; Abos, G.
Osakidetza, Alava

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi promovido por Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, se ha puesto en marcha el Proyecto Estratégico número 8: "Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería" el cual, pretende desarrollar y desplegar en la práctica, nuevos roles de enfermería enfocados hacia la atención a la cronicidad.

OBJETIVOS

- Identificar nuevas competencias en las enfermeras de Osakidetza para la atención integrada y continua al paciente definido como crónico-complejo
- Evaluar la eficacia de las figuras para establecer recomendaciones organizativas y estructurales, así como posibles oportunidades y amenazas para su posterior implantación y despliegue

MATERIAL Y MÉTODO

1. Diseño e implantación de ocho experiencias piloto para abarcar los posibles escenarios (geográficos y organizativos). Se han experimentado tres figuras de enfermería: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH), Enfermera Gestora de la Continuidad (EGC) y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA).
2. Para realizar la evaluación de la eficacia de las figuras se han utilizado el cuestionario de Calidad de Vida SF12, cuestionario de satisfacción de pacientes y cuidadores SATISFAD, encuesta de satisfacción de profesionales, registro de tasa de reingresos en los escenarios evaluados.

RESULTADOS

Se ha realizado la captación de 813 pacientes, realizándose 1.421 intervenciones.

El 11,66% éxitos (durante la intervención). El 39,28% de los pacientes reingresan durante su estancia en el proyecto. Datos de calidad de vida y satisfacción (pendientes de análisis final)

CONCLUSIONES

De los resultados preliminares obtenidos se observa que:

- EGEH favorece la coordinación entre niveles asistenciales, movilizandolos recursos, gestionando los casos para asegurar la continuidad de los cuidados.
- EGC facilita el paso del paciente entre niveles estableciendo la comunicación directa con el equipo referente del paciente
- EGCA. Realiza la actividad asistencial necesaria para cada paciente valorando, planificando, aplicando, coordinando y evaluando las opciones y necesidades para satisfacer sus necesidades de salud

La implantación de las nuevas figuras supondrá un cambio en la organización de los equipos para la asunción de las nuevas competencias. A través de este pilotaje se ve la necesidad de establecer estructuras organizativas y herramientas de comunicación, para eliminar barreras entre niveles asistenciales con el objeto de prestar una atención sanitaria y social continuada y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Eusko Jaularitza-Gobierno Vasco. Dpto. de sanidad y Consumo. 2010. Disponible en: <http://cronicidad.euskadi.net/>*
2. *Minkman M, Ahaus K, Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. International Journal for Quality in Health Care. 2007; 19 (2): 90-104*

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ANÁLISIS DEL SEDIMENTO URINARIO

Martínez, I.; García, M.A.; López, R.L.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Se define como sedimento urinario al producto de la sedimentación de los elementos presentes en la orina en forma de suspensión, una vez que han sido sometidos al proceso de centrifugación.

OBJETIVOS

Determinación de ANORMALES y SEDIMENTO en orina puntual. Los ANORMALES se determinan a todas las muestras, mientras que el SEDIMENTO se realiza tras la aplicación de un cribado analítico de los anormales.

Los parámetros de medición son: glucosa, proteínas, bilirrubina, Ph, urobilinógeno, cuerpos cetónicos, nitritos, leucocitos, sangre, densidad, turbidez, color-tono.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Autoanalizadores AUTION MAX para la realización de los anormales
- Tiras reactivas
- Agua destilada
- Solución de limpieza
- Autoanalizadores SEDIMAX para la realización del sedimento
- Agua destilada
- Columnas de cristales.

La medición de los anormales se hace mediante tiras reactivas y se utiliza el método de reflectancia dual de longitud de onda. La densidad es medida mediante el método de índice de refracción. Tiempo de reacción de la tira-60 seg. Volumen requerido de muestra-2 ml. volumen de la muestra aspirado 0.95 ml. Condición óptima de medición: Tª 10-30 °C y humedad 20-80 %.

RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados de ANORMALES en las muestras, se procede al cribaje de las mismas para la determinación del SEDIMENTO, según parámetros establecidos:

- leucocitos >25
- BLD >0.03
- proteínas >20
- nitritos posit. y leucocitos ≥25

La determinación del sedimento se realiza en el analizador SEDIMAX que mediante la comunicación informática entre ambos analizadores (AUTION MAX y SEDIMAX) se identifican las muestras patológicas y se les realizará el sedimento únicamente a éstas muestras. Partículas detectadas en el sedimento: hematíes, leucocitos, cel. epiteliales, cilindros, esperma, levaduras, bacterias, filamentos de mucina, cristales (oxalato cálcico, úrico, fosfatos...).

Los resultados junto con las imágenes aparecen automáticamente en el sistema informático, donde son revisados por el facultativo.

CONCLUSIONES

Aspectos a mejorar

- Contajes distintos
- Problemas mecánicos
- Ajuste de recuento de partículas
- Dificultad en la detección de determinadas partículas (tricomonas, cilindros..)

Beneficios

- Se acorta el tiempo del resultado
- Empareja el resultado de ANORMALES y SEDIMENTO de la muestra en un informe común
- Se disminuye la manipulación de la muestra y por tanto hay menor error en la identificación de la muestra, disminución de la posible contaminación de la muestra y menor riesgo de accidentes (caída de tubos)
- Resultados de alta calidad al convivir los dos métodos: automático (AUTIÓN y SEDIMAX) y manual (microscopía manual).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fogazzi, G.B. *The Urinary Sediment*. 2009 (Third edition); 7:221-32
2. Lamchiagdhas P, Preechaborisutkul K, Lomsomboon P. et al. *Urine sediment examination: a comparación between the manual method and the iQ200 automated microscopy analyzer*. *Clin Clin Acta* 2005; 358:167-74
3. Bernard Henry, J. *Diagnostico y tratamiento clinicos por el laboratorio*. 1998 (8ª edición). Tomo I; 18:471-568
4. Balcells, A. *La clinica y el laboratorio*. 1981 (12ª edición); 1:3-51
5. Garigali, G., Bayer, G., Croci, M.D. et al. *Valutazione di Sedimax, un nuovo analizzatore automatico dei sedimenti urinari*. *Biochimica clin* 2008; 32:496
6. Dendoerfer F.H., Gangwer J.R., Laird C.W. et al. *The Yellow IRIS Urinalysis Workstation-the first commercial aplicación of "automated intelligent microscopy"*. *Clin Chem* 1985; 31:1491-9

IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LAS MUESTRAS HEMATOLÓGICO-HEMOSTÁSICAS DENTRO DE SU PROCESAMIENTO EN UNA CADENA DE AUTOMATIZACIÓN

López, R.L.; Martínez, I.; García, M.A.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

El desarrollo tecnológico y científico que sufre el mundo sanitario en la actualidad, se ve reflejado de manera significativa en los sistemas de automatización que han tomado parte en el análisis y procesamiento de las muestras de laboratorio, afectando en gran medida a la labor de enfermería dispuesta a formar parte activa de este nuevo reto.

El laboratorio de Análisis Clínicos del Centro Diagnóstico Biomédico (CDB) del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) ha contado con el privilegio de la instalación de la primera cadena de automatización para la Unidad de Hematología-Hemostasia de estas características en Europa; hecho que le ha llevado a convertirse en uno de los primeros laboratorios en integrar uno de los sistemas más avanzados en informática de gestión para laboratorios, aportando una solución de automatización total para las muestras de hemograma y coagulación.

OBJETIVOS

- Mejorar los conocimientos referidos a la correcta extracción de muestras para su posterior análisis hematológico-hemostático.
- Mostrar el circuito que siguen las muestras hematológico-hemostáticas dentro de la Cadena de Automatización. Identificar la labor de enfermería como garantía de calidad y profesionalidad dentro del laboratorio

MATERIAL Y MÉTODOS

Para poder realizar un tratamiento adecuado de las muestras a través de la Cadena de Automatización de Hematología-Hemostasia (LH1500 de IZASA), hemos de tener en cuenta una serie de aspectos en cuanto a la toma de muestras para los estudios hematológicos y hemostáticos si pretendemos obtener los más y mejores resultados analíticos.

La cadena de automatización de hematología-hemostasia consta de: un módulo de recepción y carga de muestras ,tres conexiones en paralelo a tres analizadores hematológicos(LH780 Beckman- Coulter), un almacenador de muestras hematológicas (tubo EDTA), un destaponador para las muestras hemostáticas (tubo CITRATO),dos conexiones a dos analizadores hemostáticos (ACL TOP 700 de Instrumentation Laboratory), un almacenador de tubos CITRATO y dos módulos de salida, uno para tubos EDTA y otro para tubos CITRATO (muestras que requieren tratamiento o análisis fuera de la cadena).

RESULTADOS

La Cadena de Automatización de Hematología-Hemostasia nos aporta toda una serie de beneficios en el procesamiento de las muestras hematológico-hemostáticas de entre las que destacan:

- Es capaz de optimizar las fases pre-analítica, analítica y post-analítica
- Estandariza el proceso y tiempo de respuesta de las analíticas solicitadas
- Mejora la gestión de datos, tubos e informes de laboratorio
- Automatiza todos los procesos manuales (registro, carga y descarga de tubos en los sistemas analíticos, almacenamiento, clasificación, etc..)
- Aporta trazabilidad y control total de cada una de las muestras
- Aumenta la eficacia y productividad del laboratorio

CONCLUSIONES

Todos estos beneficios se hacen realidad siempre y cuando vayan acompañados de una labor profesional adecuada capaz de gestionar de una forma optimizada el funcionamiento de la cadena automatizada y por tanto obtener así resultados de alta calidad tanto cuantitativa como cualitativamente.

La importante labor de la enfermería radica en la previsión y anticipación a posibles problemas, en tener capacidad para controlar y resolver incidencias que de no ser solventadas con rapidez y profesionalidad podrían provocar alteraciones importantes en el flujo de trabajo.

En general la función que enfermería realiza en todo este proceso comienza con una correcta toma de muestra y acaba con la validación técnica de los resultados analíticos obtenidos (a expensas de la validación definitiva por el facultativo) pasando por todo un proceso de aceptación, adecuación, comprobación, control y seguimiento de las muestras desde su entrada en la cadena automatizada hasta su archivo.

Si algo cabe destacar en la labor de enfermería es la implicación que muestra en el tratamiento de las muestras concedora en primera persona de las repercusiones y el significado que tiene un correcto análisis de las mismas en la salud del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis, S.M., Brain, B.J., Bates, I. *Hematología Práctica*. Ed. ELSEVIER. 2008 (10ª edición). 1:1-69; 16:325-412
2. Wayne, P.A., NCCLS. *Procedures for the Collection of diagnostic blood specimens by venipuncture. Approved standard. 2003 (5th edition)*. H3-A5.
3. Merino, A. *Manual de citología de sangre periférica*. Ed. Grupo Acción Médica. 2005. Centro de Diagnóstico Biomédico del Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. 1:20-58
4. Wayne, P.A., NCCLS. *Tubes and additives for venous blood specimen Collection. Approved standard. 2003 (5th edition)* H1-A3
5. Miller, J., Starks, B. *La información que proporciona el hemograma completo*. Nursing. Diciembre 2010. Volumen 28:22-5
6. Martínez Sesma, A., Gil Arbiol, M.A., Pérez Pejenante, F. *Extracción de sangre: revisión bibliográfica y recomendaciones*. Nursing. 2008. Volumen 26:62-4

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SOLICITUD DE PERMISOS MEDIANTE LA OFICINA VIRTUAL DEL PROFESIONAL

Castro, I.; Martínez, M.A.; Pérez, M.T.; Rivas, S. M.; Porto, M.M.; Pérez, B.

Hospital de Monforte - Lugo

INTRODUCCIÓN

El aplicativo informático de gestión de personal del Servicio Gallego de Salud (Oficina Virtual del Profesional) permite a los trabajadores realizar la petición de días de permiso (vacaciones, libre disposición, permisos por ingreso familiar, etc.) desde cualquier ordenador del centro o desde su domicilio mediante certificado digital, manteniendo la información disponible sin necesidad de impresión en papel. También permite la mecanización de la petición electrónica, correctamente cumplimentada, por parte del Servicio de Personal de forma automática una vez que el mando intermedio autoriza el permiso. Para una correcta gestión del permiso se necesita que la petición se cumplimente correctamente.

OBJETIVOS

Disminuir el porcentaje de peticiones mal cumplimentadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El aplicativo está implantado en todo el hospital desde el año 2010, y tiene un manual de utilización. Durante los meses de diciembre y enero se ha detectado un 40% de peticiones realizadas por los trabajadores en las que faltaban datos o estos eran erróneos que sobrecargaron el Servicio de Personal puesto que las peticiones incorrectas no se podían mecanizar y requería que se llamara a los mandos intermedios para subsanar los errores y para que el trabajador volviese a realizar una nueva petición de forma correcta. Todo ello generó quejas y descontento de los trabajadores, mandos intermedios y del servicio de Personal.

Se decidió realizar una guía rápida de cumplimentación de la solicitud de permisos en la Oficina Virtual del Profesional consistente en una hoja a doble cara con imágenes e instrucciones claras que una vez validado por el servicio de Personal, mandos intermedios y el visto bueno de la Dirección se procedió a su entrega a todos los trabajadores mediante carta, también se colocaron copias en los tableros de información del personal de las unidades.

RESULTADOS

La guía rápida se ha repartido en marzo por lo que los resultados son escasos pero esperamos tener mas datos para la presentación en el congreso.

CONCLUSIONES

La guía ha tenido una buena acogida por parte de los trabajadores, mandos intermedios y el servicio de Personal.

La implantación de la guía rápida ha permitido que los trabajadores tengan unas instrucciones sencillas y claras de cómo realizar correctamente una petición de permisos. Esta guía podría utilizarse en cualquier centro del Servicio Gallego de Salud que tenga implantada la Oficina Virtual del Profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Las intranets en la gestión informacional: un escalón imprescindible en la búsqueda del conocimiento organizacional*, M Morales Morejon, ME Carrodegua Rodríguez..., Acimed, 2004-scielo.sld.cu
2. *Estrategia educativa para la formación de recursos humanos en la gestión de información en salud*. Vidal Ledo, M. *Revista Cubana de Salud Pública* n° 3, vol 35, 2009.
3. *Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud*. Mendez, CA. *Revista de Saude Publica* n°2, vol 44, pp 366-371, 2010.
4. *Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral*. Quintana, P.E.B. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* n° 1/2, vol 8, pp 43-54, 2000.
5. *Reflexión sobre la planificación de los recursos humanos y la autonomía de gestión en los hospitales de Chile*. Mendez Udenzuela, C.A. *Revista Española de Salud Pública* n° 3, vol 88, pp 371-378, 2009.

REPERCUSIONES ÉTICAS EN LOS CUIDADOS EN PACIENTES EN PROCESO DE MUERTE

Nieto, E.; Prados, D.; Anaya, R.; Gómez, A.; Romero, A.; Sola, D.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Servicio Andaluz de Salud, Granada

INTRODUCCIÓN

La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud. (Consejo Internacional de Enfermeras, São Paulo, Brasil, 1953).

Según el Código Internacional de Enfermería, la enfermera tiene obligación de negarse a participar en procedimientos no éticos. Está obligada a conocer derechos y obligaciones en el ámbito profesional, de acuerdo con las leyes establecidas, los códigos deontológicos de la profesión y la protección de derechos de los pacientes.

Bioética es ciencia que estudia problemas éticos que surgen en la aplicación de ciencia y la técnica en los ámbitos de la salud. El principio de doble efecto, distingue entre las consecuencias o efectos de un acto y su intencionalidad. Todo acto puede tener dos efectos, uno bueno y otro malo o dañino. Existen situaciones conflictivas en la práctica clínica en las que sólo es posible conseguir un bien (o evitar un mal), causando un mal que no se desea. El efecto negativo está moralmente permitido si no ha sido nuestra intención el provocarlo.

Los marcos legislativos aparecidos al amparo de la ley 41/2002 de autonomía del paciente, entre los que encontramos diferentes leyes de "muerte digna" promulgadas en distintas Comunidades Autónomas, propician la aparición de continuos dilemas éticos en la prestación de cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

- Conocer la influencia de valores éticos en los cuidados que prestan enfermeros de encamación del H.U.San Cecilio.
- Identificar diferencias en manejo de los pacientes/familiares en proceso de muerte.
- Valorar grado de conocimiento de la ley y aplicación en referencia a limitación del esfuerzo terapéutico(LET).

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio transversal. Elaboración cuestionario con 5 preguntas cerradas y 2 abiertas .
- El cuestionario cumplimentado por enfermer@s de Hospitalización. H.U.San Cecilio.
- Tamaño de muestra: 80 encuestas.

RESULTADOS

88.75% responden afirmativamente a encontrar diferencias en la prestación de cuidados a estos pacientes. 57.5% manifiestan que sus propios valores éticos influyen en modelo de prestación de cuidados, sin definirse en qué sentido. Prefieren sean atendidos en unidad específica cuidados paliativos, 47.5%, frente al 23.75% que prefieren mantenerlos en la unidad donde están siendo atendidos. Indiferencia el 28.75%.

Un 63.75% refieren conocer la ley andaluza "de muerte digna", y 40% contestan que no se cumple en referencia a limitación del esfuerzo terapéutico(LET). Un 41.25% manifiestan que si se cumple y el 18.75% NS/NC.

Cuando se cumple la ley para LET, el 25% responden que para evitar el sufrimiento y el 75% restante por respeto a la decisión del paciente y su familia.

CONCLUSIONES

Las diferencias de atención que expresan los profesionales se refieren a mayores cargas asistenciales, y menores dilemas éticos en la prestación de cuidados. Prefieren que sean atendidos por unidades especializadas de cuidados paliativos.

Los profesionales de enfermería manifiestan mayoritariamente conocer la ley 2/2010, de Andalucía, pero por las respuestas sobre cumplimiento de LET podemos deducir que no se cumple en más de la mitad de los casos. Estamos privando a nuestros pacientes de una muerte digna o incluso "fuera de ley".

Estas actuaciones podrían tener cabida dentro del principio bioético del doble efecto, en cuanto a la naturaleza del acto, que la acción de la que resulta el mal sea en sí misma buena o indiferente, es decir, no moralmente mala.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. Un análisis descriptivo.* Aguilar Luzón, M.C.; García Martínez, J.M:A; Calvo Salguero, A. ISSN 1132-1296 *Index Enferm* v.13 n.44-45 Granada primavera/verano 2004
2. *LEY 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*
3. *Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.*
4. *Cuidados Paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Aspectos bioéticos.* Edita: Consejería de Salud. Depósito Legal: SE-3374-2003

LA FUTILIDAD TERAPÉUTICA: REFLEXIÓN DESDE LA ÓPTICA DEL CUIDADO

Veiga, M.; López, A.; Rodríguez, M.I.; Ornos, C.; Rodríguez, O.; Abelleira, M.J.

USP Hospital Santa Teresa, A Coruña

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios están en permanente cambio y, dentro de las reformas que plantean, la mayoría reconocen la equidad y la eficiencia como principios fundamentales y prioritarios.

Para que las enfermeras comprendan y participen en estos cambios tienen que contextualizar los valores profesionales en los nuevos escenarios culturales, socioeconómicos y políticos en los que desarrollan su actividad profesional¹.

En nuestra sociedad, los cuidados enfermeros se prestan en la mayoría de las ocasiones desde equipos multidisciplinares que, de forma conjunta trabajan para conseguir el mejor resultado de salud¹. El vertiginoso avance científico alcanzado por la medicina lleva a afrontar situaciones en las cuales no se aconseja el empleo de compleja tecnología, y el hacerlo lo coloca en situaciones de futilidad. El 87% de los médicos y el 95% de los enfermeros piensan que han prestado cuidado fútil al menos una vez en el último año².

En este escenario y partiendo de la consideración de futilidad como: *"aquél acto médico cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico, síntomas o enfermedades intercurrentes, o porque produciría previsiblemente efectos perjudiciales razonablemente desproporcionados al beneficio esperado para el paciente o sus condiciones familiares, económicas y sociales"*³, el presente trabajo pretende conocer y contrastar la opinión que sobre este tema tiene el personal de enfermería del USP Hospital Santa Teresa.

OBJETIVO

Obtener y contrastar datos objetivos sobre aspectos relacionados con la futilidad terapéutica, desde la perspectiva enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo, descriptivo de carácter transversal. Llevado a cabo en USP Hospital Santa Teresa de A Coruña del 6 de febrero al 14 de marzo de 2012. La recogida de datos se ha realizado mediante cuestionario¹ estructurado de 19 ítems, dirigido a Diplomados de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de las áreas: Urgencias, U.C.I, Hospitalización, Quirófano, Endoscopias y Diálisis.

RESULTADOS

Se ha encuestado un total de 43 profesionales vinculados a USP Hospital Santa Teresa con una media de 35,8+10,97 años de edad y con una experiencia laboral media de 13,17+10,44 años.

El 71,1% de los profesionales creen que la valoración individual del paciente es un instrumento clave. Pensamiento más arraigado en profesionales cuya experiencia profesional es menor de 7 años.

El médico con la participación del paciente, son considerados por un 86,4% de los encuestados como los responsables sobre las decisiones fútiles.

El 53,8% de los profesionales sanitarios creen que se deben retirar los procedimientos fútiles por razones económicas.

El papel del Comité de Ética del hospital como órgano consultivo es aceptado por el 97,2% de los encuestados.

CONCLUSIONES

1. A pesar de la obligación moral y profesional, no existe un consenso ampliamente conocido para la toma de decisiones.
2. La valoración individual del paciente es considerado por la mayoría de los encuestados como un instrumento clave.
3. Se encuentra bastante equilibrada la opinión ante la cuestión de la retirada de un procedimiento fútil solo por razones económicas, mayor relevancia en las Unidades Especiales.
4. La formación en bioética es de vital importancia para el desarrollo de profesionales competentes.
5. Existe una necesidad reconocida, de que intervenga un Comité de Ética como órgano consultivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Fundació Víctor Grífols i Lucas. La gestión del cuidado en enfermería. Barcelona; 2005.*
2. *Sibbald R et al. CMAJ 2007; 177 (10):1201-08.*
3. *Fajardo ME. La futilidad vista por sus autores: Un análisis de opinión [tesis]. ICEB Córdoba; 2003.*
4. *Couceiro Vidal A. ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? An Esp Pediatr. 2002; 57(6):616-22.*
5. *Hernando P. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. Rev Calidad Asistencial 2005; 20:353-356.*

DEPARTAMENTO 23: UN PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL EN LOS DOS HOSPITALES

Valera, R.; Gómez, E.; Barberá, M.; Franco, R.M.

Departamento de Manises: Hospital de Manises y Hospital de Crónicos de Mislata, Valencia

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Manises es un centro sanitario público de gestión privada que inicia su actividad en mayo del 2009, con el objetivo de ofrecer una atención sanitaria óptima a los más de 147.000 habitantes del área L'Horta Manises. Este nuevo centro se enmarca dentro del programa 'Construyendo Salud' de la Generalitat Valenciana y, por tanto, se encuentra integrado dentro de la Red Sanitaria Asistencial Pública de la Comunitat.

El Hospital de Crónicos de Mislata, entra a formar parte de la gestión del departamento de Manises en mayo del 2010. El objetivo de este centro es compartir procesos, protocolos y circuitos ya existentes en Manises, con el fin de lograr la excelencia en la atención a los ciudadanos.

Desde la dirección se ha insistido, siempre siguiendo las premisas vistas en párrafos anteriores, en una correcta uniformidad por las razones que enumeramos a continuación:

1. identificación correcta : El uniforme es característico de cada institución, y se pueden utilizarse distintos en función de las actividades y las unidades e trabajo. En los dos hospitales (Manises y Mislata) se utilizan distintos uniformes en función de la categoría profesional y según las diferentes unidades especiales, como pueden ser críticos, UCI, quirófano y paritorios
2. Higiene y seguridad en el trabajo
3. Expectativa del usuario

OBJETIVOS

El objetivo principal es una mejora de la identificación de los profesionales por parte del ciudadano.

Objetivos secundarios

- Conseguir mejorar la percepción de calidad de los usuarios de los usuarios
- Mejorar la información ofrecida a los ciudadanos
- Mejorar la atención de los usuarios por los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se establecen las siguientes actividades siguiendo el cronograma de a continuación:

1. Reunión para diseñar el modelo de cartel
2. Selección de las unidades y servicios donde colocar los carteles
3. Impresión del número necesario de carteles
4. Colocación de los carteles en los servicios
5. Comunicación interna y externa de la iniciativa

Cronograma

ACTIVIDADES ABRIL MAYO JUNIO

- Reunión para el diseño X
- Selección de las unidades X
- Impresión de los carteles X X
- Colocación de los carteles X X
- Plan de comunicación X

RESULTADOS

Para evaluar el impacto, se realizará encuesta informativa a:

- Clientes externos: usuarios
- Clientes internos: diferentes profesionales

CONCLUSIONES

Creemos que con la puesta en marcha de este proyecto, la satisfacción de los usuarios aumentará y contribuiremos a una mejora en el valor de los profesionales del departamento.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.hospitalmanises.es
2. www.sanitas.es
3. Castrillón MC. *La dimensión social de la práctica de la enfermería*. 1ra ed. Medellín: Universidad Antioquia Press; 1997.
4. *Manual de conducta*. Departamento de Manises

REFLEXIONES

León, P.; Martín, C.G.; García, S.J.; Acosta, G.; Castro, M.S.; Romero, R.
Servicio Canario De Salud, Las Palmas De Gran Canarias

INTRODUCCIÓN

El grado de integración del profesional en el grupo depende de su motivación.. Es muy difícil que un supervisor disponga de las herramientas necesarias para gestionar la aplicación de los recortes que desde la Consejería se están llevando a cabo.

Las funciones de la administración y los gestores sanitarios van dirigidas a la Planificación, Organización y Dirección, para conseguir el máximo aprovechamiento de las capacidades y habilidades de los profesionales, con el fin de influir en la calidad del servicio ofertado.

El trabajo surge de la inquietud de un grupo de supervisores que se plantean el manejo de estrategias que permitan conducir un conflicto generado por la crisis actual.
Representación de la muestra: Supervisores del Hospital.

PALABRAS CLAVE: Crisis- Gestor- -Optimización- Recursos Humanos

OBJETIVOS

- Conocer la preparación del supervisor en el manejo de situaciones críticas
- Valorar la transmisión de información
- Identificar aspectos positivos y negativos de la actual situación

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal Febrero 2012.

Muestra representada 31 supervisores. El cuestionario entregado constaba de 10 ítems, sobre las cuestiones relacionadas con: capacidad para gestionar los nuevos recortes RRHH y RRMM, control del gasto, ampliación de la jornada laboral , el consenso de las medidas adoptadas, transmisión de la información del superior jerárquico al supervisor y de éste al personal y valoración de aspectos positivos y negativos.

RESULTADOS

ITEM	Sí	No	No Se	
1	91.67	4.17	4.16 %	
2	12.5	79.16	8.34 %	
3	41.66	58.34	0 %	
4	41.66	41.66	16.68 %	
5	12.50	83.33	4.17 %	
	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
6	0	20.83	20.83	58.34 %
7	4.17	25	33.33	37.50 %
	Mal	Regular	Bien	Muy Bien
8	0	12.50	50	37.5 %
9	4.18	54.16	41.66	0 %
10	58.34	29.16	12.50	0 %

A.	Positivos	Negativos	No Contesta
	79.17	20.83	0 %
	75.00	21.00	4 %
	4.17	95.83	0 %
	87.50	4.17	8.33 %
	21.00	75.00	4.00 %
	41.67	50	8.33 %
	62.50	33.40	4.10 %
	33.33	54.17	12.50 %

CONCLUSIONES

Supera un 90% la preparación del supervisor para gestionar ante los nuevos recortes.

Más de un 80% de los supervisores consideran que las medidas adoptadas no han sido consensuadas.

Más del 50% valora como aspectos positivos: disminución absentismo laboral, optimización RR.HH, implicación del personal en recortes RR.MM. y RR.HH y más del 40% valora como aspectos negativos: afectación remuneración económica, diferencia de criterios en implantación de la jornada laboral y coordinación entre los diferentes equipos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Introducción a la Gestión de Recursos Humanos. Dr. Raúl Suárez Álvarez*
2. *Desafíos y problemas de la gestión de Recursos Humanos de salud en las reformas sectoriales". Pedro E. Brito Quintana.*
3. *Gestión de los servicios enfermeros (MAD)*

CONSULTA DE ENFERMERÍA PREOPERATORIA COMO PROCESO DE MEJORA EN MUTUA UNIVERSAL DE SEVILLA

Sanchez, A.I.; Colominas, G.(*); López, A.M.(); Arciniega, R.; Uceró, F.J.; García, G.; Rodríguez, S.; Pérez, M.C.**

Mutua Universal. Mutua De Accidentes De Trabajo Y Enfermedades Profesionales De La Seguridad Social N° 10, Sevilla

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

En 2009 se implantó la Consulta de Enfermería en Mutua Universal de Sevilla. Tras valorar el % de pacientes que hacían uso de la misma y que precisaron ser sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica, surge la necesidad como Proceso de Mejora de la creación de la Consulta de Enfermería Preoperatoria, aumentando así la calidad prestada en el servicio a nuestros pacientes.

OBJETIVOS

Principal:

- Aumentar la Calidad Asistencial al paciente.

Secundarios:

- Potenciar el Rol de Enfermería y su valor añadido en Cuidados:
 - Aplicando un modelo metodológico común en todas las actividades de enfermería aunando criterios.
- Optimizar la práctica clínica dentro del equipo asistencial:
 - Asistencia directa en la Consulta de Enfermería Preoperatoria.
 - Disminuir el nº de visitas en la Consulta Médica.
 - Agilizar y Coordinar circuitos internos asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se establece la creación de la Consulta de Enfermería Preoperatoria como una oportunidad de mejora en la atención a nuestros pacientes, llevando a cabo las siguientes etapas:

- 1.- Identificación y selección de los problemas (oportunidades de mejora)
- 2.- Cuantificación y subdivisión del problema.
- 3.- Análisis de las causas raíces específicas.
- 4.- Establecer metas u objetivos de mejora.
- 5.- Definición y planificación de soluciones.
- 6.- Puesta en funcionamiento de soluciones.
- 7.- Seguimiento de la eficacia de soluciones.

Por lo tanto, hemos detectado las oportunidades de mejora, priorizado los problemas seleccionando el que vamos a resolver, analizado el problema agrupando o relacionando sus causas, buscamos e implantamos la solución, utilizando para ello las herramientas propias de la mejora, como han sido el uso de grupo nominal, diagrama causa efecto, diagrama de árbol,

Hemos realizado para todo ello sesiones formativas a todo el equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, administrativos, trabajadora social) y sesiones específicas al personal de enfermería fomentando el Rol Autónomo de enfermería en el ámbito laboral.

Nuestro trabajo, se ha basado en el Proceso de Atención Enfermero (NANDA, NOC, NIC), así como en los Planes de Cuidados Estandarizados en Mutua Universal.

RESULTADOS

La Consulta de Enfermería Preoperatoria se implantó en Mutua Universal en Sevilla en Diciembre de 2011, por lo que en la actualidad no disponemos aún de datos suficientes para realizar un seguimiento eficaz de dicha consulta.

Sí reseñar que a través de las Encuestas de Calidad y en el trabajo diario en dicha consulta, recibimos información satisfactoria por parte del paciente/familia y/o empresa valorando puntos como :

- Disminución de los tiempos de espera de los pacientes.
- Aumento de la calidad en los Cuidados prestados en dicha consulta (Cuidados personalizados)
- Aumento de la satisfacción.
- Mejor organización de citas, de desplazamientos, etc,....
- Disponibilidad efectiva de prescripción médica, uso de estabilizadores, muletas, etc,...
- Contacto rápido y efectivo con Trabajadora Social.

También la implantación de dicha consulta ha supuesto ventajas para el equipo de trabajo multidisciplinar, como son:

- Disminución de las listas de espera y/o demora en sala de espera y en agenda médica.
- Disminución del nº de casos asignados.
- Aumento del tiempo disponible para revisión de otros casos médicos.
- Detección de necesidades de ayuda social.

CONCLUSIONES

En tan sólo tres meses de implantación de dicha consulta, el paciente/familia, empresa y equipo multidisciplinar es testigo directo de las mejoras llevadas a cabo en la consulta de enfermería, las cuales se reflejan en el mayor grado de satisfacción expresado por los pacientes.

Dentro de las actividades pendientes como Proceso de Mejora, está programada para Junio el hacer una revisión del Check-List de dicha consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galgano, A. (1995) *Los siete instrumentos de la Calidad Total*. Ed. Díaz de Santos.
2. Hayes, Bob E. (1995) *Cómo medir la satisfacción del cliente: Desarrollo y utilización de cuestionarios*. Ed. Gestión 2000.
3. Horovitz, Jacques y Jurgens Panak, Michele. (1994). *La satisfacción total del cliente*. Ed. Barcelona.
4. Noyé, Didier (1993) *Cómo satisfacer a los clientes: Servicios de calidad y relaciones personalizadas*.

FORMARSE MÁS CON MENOS

Gaudo, C.; Lozano, I.; Pérez, A.M.; Jiménez, M.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

INTRODUCCIÓN

El hospital, hasta el año 2010, ha contado con un presupuesto para formación continuada de los profesionales, que se ha reducido en un 75% en el 2011 y en un 100% en el 2012. Se plantea la necesidad de programar un Plan de Acción para mantener el mismo nivel formativo sin los recursos económicos de los que disponíamos

OBJETIVOS:

- Mantener la oferta formativa del hospital
- Implicar y motivar a los profesionales en este proyecto
- Incentivar a los profesionales que colaboren en el proyecto

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Reuniones de la Dirección Enfermera con los Supervisores de las Unidades.
2. Elaboración del Plan de Necesidades Formativas.
3. Diseño metodológico para una Formación en Cadena con Evaluación del Impacto.
4. Selección de los profesionales a implicar en el proyecto.
5. Reuniones con los profesionales implicados.
6. Desarrollo del Plan:
 - 6.1.- Formación a los profesionales implicados: Información del Plan, Cronograma y Recursos.
 - 6.2.- Formación en cadena. Sesiones y Talleres en las diferentes Unidades. Los temas fundamentales que se han desarrollado han sido: Endocrinología y Nutrición, RCP Básica Intrahospitalaria, Cuidado de Ostomías, Cuidados Paliativos y Sesiones Individuales de cada Unidad de Cuidados, según su detección de necesidades.
 - 6.3.- Formación a grandes grupos a través de cursos de duración más extensa (20 h.):
 - Atención a pacientes con Ca de mama, Lactancia Materna (8 ed.),
 - Formación de Personal de Nueva Incorporación en UCI, Anestesia,
 - Reanimación y Tratamiento del dolor, Cuidados al paciente y Organización en las Unidades de Enfermería.
- 7.- Evaluación del Impacto: Se realizaron cortes para evaluar los cambios y la mejora de Los cuidados, reflejados en los registros enfermeros. Los resultados que dan archivados en las Unidades de Calidad y Formación Continuada

RESULTADOS

1. Aumento de las acciones formativas. Año 2010: 35 acciones, Año 2011: 53 acciones
2. Aumento del número de discentes. Año: 2010: 771 discentes, Año 2011: 1001 discentes

CONCLUSIONES

Se ha experimentado un mayor compromiso de los profesionales con la Institución. Ello ha generado una mayor eficiencia en la gestión de los recursos para la formación

PROYECTO PILOTO DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR EN SUPERVISIÓN DE FC

Sánchez, N.; Flores, R.; Leal, A.B.; Rebollo, M.; Guzmán, A.; Noguera, J.
Hospital del Tajo, Madrid

INTRODUCCIÓN

La incorporación de la mujer al mundo laboral, repercute en la educación de los hijos y en la manutención del hogar, esto debería repartirse en la pareja, si bien es cierto que hoy en día, todavía mantiene mayor vínculo que el hombre.

La conciliación de la vida familiar con la laboral es cada vez más importante para la sociedad y permite alcanzar objetivos de productividad gracias a la optimización de medios reduciendo el tiempo de desplazamiento al puesto de trabajo.

Formación Continuada del Hospital del Tajo abrió sus puertas en marzo del 2008 con un profesional ubicado en el centro, el objetivo principal es garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales, la constante mejora de su cualificación y la adquisición de las competencias necesarias para el mejor desempeño de sus funciones

Mediante un acceso remoto, este profesional, podría desempeñar una parte importante del trabajo. Gracias al avance de las nuevas tecnologías que permite estar conectado a la red de gestión interna del centro, así como la conexión telefónica con profesionales y organismos, estaría desempeñando su trabajo desde su domicilio.

Para alcanzar el éxito con este sistema será necesario recoger detalladamente el protocolo de gestión, fijar los objetivos de forma concreta y realista, y por último facilitar las herramientas adecuadas para desempeñar de forma eficaz el trabajo remoto.

Desarrollar una serie de funciones fuera del hospital, es una experiencia piloto, que pretende demostrar que la Supervisión de FC puede trabajar desde casa al menos 1 vez a la semana, utilizando los recursos disponibles tales como: un equipo informático con conexión VPN que permite acceso total a la intranet del centro con las aplicaciones informáticas del medio hospitalario, con acceso la historia electrónica Selene, y mediante comunicaciones electrónicas instantáneas; y un teléfono móvil corporativo.

OBJETIVOS

- Demostrar que es posible desarrollar ciertas funciones de la figura del supervisor de FC y Procesos, que se pueden realizar fuera del centro laboral.
- Conciliar la vida laboral con la profesional, al menos una vez a la semana, mientras dure el pilotaje.
- Aumentar la productividad, contribuyendo a disminuir los gastos del hospital en este duro momento de crisis.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mediante un portátil con conexión VPN y un teléfono móvil, se puede trabajar desde el domicilio sin necesidad de estar en el hospital.

Establecimiento de horarios y respetarlos

La única forma de lograr el éxito en la conciliación de la vida laboral y personal, es que tenga unas horas predeterminadas exclusivamente para realizar el trabajo, y diferenciarlas de las que definitivamente está dedicado/a a los suyos.

Organización de tiempos, incluido el descanso

Estableciendo un método destinado a la consecución de objetivos y prioridades. Este método aplicado estrictamente, fomenta la productividad y resulta de gran utilidad para planificar los tiempos a dedicar a cada actividad, eliminando el tiempo de desplazamientos.

En términos generales el método establece una planificación de actividades por cumplir y horarios en los que hacerlo, como base de la máxima productividad tanto en la vida personal como en la laboral.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El pilotaje de este proyecto se realizó en el último trimestre del año 2011, obteniéndose los siguientes resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suñer R. *Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales*. Gac Sanitaria. 2005; 19:463-9.
2. Girbau García MR. *Conciliación de la vida laboral y familiar y satisfacción en el trabajo en enfermería*. Nursing. 2008; 26: 58-61.
3. Orellana AM. *Medidas para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras: análisis de las Directivas Comunitarias 92/85 y 96/34 y lagunas en su transposición al ordenamiento interno español*. Rev Minist Trab Asunt Social. 2002; 37:61-102.
4. Goñi Olangua MA, Beneit Montesinos J. *Conciliación de la vida familiar y profesional en enfermeras de los hospitales del servicio madrileño de salud*. Madrid; Univ. Complutense de Madrid; 2010
5. Barbosa Merighi, MA, Pinto de Jesús MC, Da Fonseca Domingos SR, Moura de Oliveira D, Paravan Baptista PC. *Ser docente de enfermería, mujer y madre: revelando la vivencia bajo la perspectiva de la fenomenología social*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(1):[08 pantallas] jan.-feb.2011. www.eerp.usp.br/rlae.
6. Esteras Casanova ES. *Las profesionales de enfermería familiar, laboral y familiar*. Nursing. 2006; 24(10):56-61.

CUIDADOS ENFERMEROS EN UNIDADES DE RADIODIAGNÓSTICO, GARANTÍA DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Amenedo, B.; Viñas, A.; Chousa, C.; Souto, T.; Fernández, L.; López, M.

Complejo Xeral-Calde Hospital Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

La enfermera desempeña sus funciones en los Servicios de Radiodiagnóstico, prestando los cuidados específicos de enfermería que surgen y acompañan a los procesos radiológicos:

- Informar al paciente y/o acompañante.
- Valorar las necesidades físicas y psíquicas de los pacientes.
- Proporcionar los cuidados precisos para atender las necesidades alteradas ó factibles de alteración.
- Realizar las técnicas propias de enfermería.
- Cumplimentar el Registro de Enfermería detallando cuidados y actividades de enfermería realizadas, tratamientos administrados y recomendaciones para las horas posteriores a la intervención.
- Revisar la medicación, carro de parada, bombas de inyección.
- Gestionar todo el material que va a estar en contacto con el paciente (catéteres, guías, pistolas de biopsia)

HIPÓTESIS

La aplicación de Cuidados Enfermeros en el Servicio de Radiodiagnóstico mejorará la Calidad y Seguridad en la Atención al paciente/cliente.

OBJETIVOS

I. Objetivo primario.

- Cuantificar los Ítems de Cuidados Enfermeros para valorar su relación con la Calidad y Seguridad en la Atención al paciente/cliente.

II. Objetivos secundarios.

- Mediante la elaboración e implementación de nuevos Protocolos de actuación se procederá a la Unificación de los Cuidados y el Lenguaje Enfermero en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Lucus Augusti.
- Se buscará la reducción de Eventos Adversos con la optimización de los resultados obtenidos.
- Se evaluará la percepción de seguridad del paciente/cliente y del profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

I. Datos recogidos desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2011, de la totalidad de Estudios realizados diagnósticos y/o terapéuticos en las distintas Unidades del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Lucus Augusti que necesitaron la intervención del profesional Enfermero.

II. Análisis estadístico de los datos obtenidos.

III. Se contará con la participación del conjunto del equipo de Enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico.

IV. Distintos modelos de encuestas, consentimientos y recomendaciones utilizados en las distintas unidades del Servicio de Radiodiagnóstico.

V. Se elaborará una base de datos registro informático, que incluirá datos de filiación del enfermo, datos clínicos, estudios previos, diagnósticos enfermeros, intervenciones de enfermería.....y de los Ítems de Cuidado Enfermero a cuantificar, para el propósito de este Estudio de Investigación y al que tendrán acceso todos los participantes antes mencionados, siempre acuerdo con la legislación vigente y en concreto la Ley 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

JUSTIFICACIÓN

Está justificada la necesidad de una Enfermería que desempeña sus Funciones en un Equipo Multidisciplinar, en el cual, los componentes son profesionales especializados.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-201. NANDA International*
2. Borrachina L. Editor. "Métodos complementarios de diagnóstico". En: *Master de Enfermería Médico quirúrgica, Barcelona: Masson, 1995*
3. *Exploraciones Radiológicas. En: Vincent Corbet J. editor. Pruebas Diagnósticas de Enfermería*
4. Hidalgo Fabrellas I, Velez Perez Y, Pueyo Ribas E. *What is important for the famil of patients in the intensive care unit? Enferm Intensiva. 2007 Jul-Sep;18(3):10614.*
5. "Cuidados en servicios de apoyo al diagnóstico y terapeutica biofísica I". Editorial: Enfo ediciones para Fuden. Edición año 2008. Aguilera Manrique,

ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN: EVALUACIÓN DEL PROCESO

Villarón, Y.; Baquera, Mj.; Blanco, Rm.; Ocaña, A.; Pagola, M.; Rey, E.;

Hospital Ramón Y Cajal: Sermas, Madrid

INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud resuelve en Octubre de 2011 el concurso de traslados voluntarios a plazas de personal estatutario y el nombramiento de personal estatutario fijo tanto en la categoría de enfermería como de auxiliares.

La Dirección de Enfermería del hospital decidió elaborar un procedimiento de acogida para facilitar la incorporación al nuevo personal adjudicatario de dichas resoluciones.

OBJETIVO

Evaluar el plan de acogida del personal de nueva incorporación

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo realizado entre Septiembre y Noviembre de 2011, en recursos humanos de enfermería del hospital. Dirigido a enfermeros y auxiliares de enfermería que se incorporan al centro, sin relación contractual previa.

Se elabora un procedimiento para facilitar la incorporación de los nuevos trabajadores, siguiendo este itinerario: presentación en recursos humanos generales para formalizar datos administrativos, recepción en recursos humanos de enfermería donde se entrega el manual de acogida digital, entrevista por parte del supervisor de área, asignación al puesto de trabajo según perfil profesional y acompañamiento a la unidad. Finaliza al mes, con una sesión conjunta de acogida.

Se diseña un cuestionario que evalúa en la sesión final: el recibimiento, manual, ficha de datos, entrevista con el supervisor de área, acogida, expectativas del profesional y propuestas de mejora. Está compuesto por 8 preguntas cerradas, tipo likert, y una abierta. Los datos cualitativos se expresan en frecuencias y porcentajes, los cuantitativos en medias.

RESULTADOS

Se incorporan al hospital 124 profesionales: 75 enfermeros y 49 auxiliares. El primer día toman posesión 93, el resto se van incorporando paulatinamente a lo largo del periodo establecido. 13 no se incorporaron por solicitar excedencia por incompatibilidad y 2 se incorporaron después de la acogida por baja maternal.

Se recogen 43 cuestionarios:

Los profesionales consideran que el recibimiento para facilitar el proceso de incorporación ha sido bueno (X=4,1), la presentación de los contenidos del manual de acogida ha sido didáctica (X=4), la información recibida ha facilitado la incorporación (X=4), les parece adecuada la ficha de registro de datos profesionales (X=3,7), así como la entrevista con el supervisor de área para adaptar el puesto laboral (X=3,9), consideran que la realización de una sesión de incorporación les ha aportado mucha información útil (X=4,1) y el procedimiento de acogida ha cubierto sus expectativas (X=3,9).

El 29% de los profesionales no mejoraría nada de este procedimiento, el 29% incorporaría información sobre horarios laborales y turnos, lencería y asuntos administrativos.

Un 5% señala también la dificultad de integrarse con los compañeros en la unidad asistencial.

Sugieren realizar la sesión de acogida presencial el mismo día de la incorporación.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con respecto al procedimiento de acogida es bueno.

Generar un plan de acogida es beneficioso para la adaptación del puesto, lo que facilitará la relación de cuidado.

Deberíamos desarrollar herramientas para facilitar la integración dentro de la unidad donde van a trabajar.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Resoluciones de 7 y 14 de octubre de 2011 de la Dirección General de Recursos Humanos del SERMAS, publicadas en BOCM de 17 y 24 de octubre de 2011.*

COMISIÓN DE SEGURIDAD ASISTENCIAL: UNA APUESTA PARA DISMINUIR LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL DEPARTAMENTO DE MANISES

Gómez, E.; Valera, R.; Barberá, M.

Comisión de seguridad asistencial departamento de Manises, Departamento de Manises/Hospital de Manises, Valencia

INTRODUCCIÓN

En mayo del 2010 se constituye, con el apoyo de la dirección, la Comisión de Seguridad Asistencial con el objetivo de mejorar la seguridad clínica, actuando sobre los procesos claves de la asistencia sanitaria:

- Proceso de Utilización de Medicamentos
- Proceso Quirúrgico
- Notificación de Eventos adversos

Es una comisión multidisciplinar formada por médicos, farmacéuticos, responsable de calidad, y en su gran mayoría, supervisores de enfermería.

La primera iniciativa propuesta fue definir el sistema de notificación de eventos adversos, cuyos elementos clave determinados fueron:

- Sencillez en la notificación: cualquier profesional tenga acceso o no al ordenador debe de poner notificar empleo de buzones, correo electrónico o cualquier vía.
- Anónimo si se desea: quien desee conocer evolución de su evento adversos notificado puede dejar constancia de su identidad.
- Todos los eventos adversos se analizaran en la Comisión bajo los parámetros definidos (Excel de registro) y se registrarán en un Excel junto con las acciones de mejora a emprender.

OBJETIVOS

- Detectar y disminuir los eventos adversos que se producen en el hospital.
- Aumentar la calidad asistencial.
- Evitar complicaciones producidas por estos eventos.
- Estandarizar procesos relacionados con la seguridad del paciente en el departamento de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se establece que el sistema de notificación lo podrá realizar cualquier trabajador del hospital, será anónimo y el sistema empleado por medio de buzones distribuidos por todas las áreas del hospital.

Se crea una plantilla consensuada por todos los miembros, para la notificación de los eventos adversos. Así mismo, el departamento de calidad será el responsable de recoger periódicamente las notificaciones que posteriormente se analizarán en las reuniones de la comisión.

En la comisión, se determina el tipo de evento, que puede ser error o incidente, así como si ha habido consecuencias para el paciente, así como la gravedad. También se analiza la causa y medidas correctoras.

Durante el último trimestre del 2010, con el fin de informar a todos los trabajadores de esta nueva iniciativa y dar a conocer el procedimiento de notificación se establece un calendario de formación con la responsable de calidad y los supervisores de enfermería.

Paralelamente se hace la presentación, por parte de la comisión, en el comité de dirección.

RESULTADOS

Durante el 2011 se recibieron 47 notificaciones de las cuales, 32 fueron errores y 15 incidentes.

Según el tipo de errores, el 28% fueron relacionados con la medicación, el 29% relacionados con cumplimiento de procedimiento, el 10% relacionados con cuidados de enfermería, el 10% por otras causas, el 9% por la no coordinación y el 9% relacionados con equipamiento.

En cuanto a incidentes, el 40% fueron por una no coordinación, el 40% por incumplimiento de procedimiento, 7% material/equipamiento, 7% medicación y 6% diagnósticos.

CONCLUSIONES

Aunque ha existido una buena respuesta en cuanto a las notificaciones recibidas, es indispensable la formación al personal para que todos los profesionales interioricemos que analizar las causas de los errores sanitarios, conocerlos y registrarlos, es vital para evitar que se produzcan.

En el 2012, se vuelve a incidir en la formación para recordar este procedimiento, pero se han puesto en marcha nuevas actividades encaminadas a dar a conocer la actividad realizada por la comisión y la implementación de nuevos procesos para prevenir los eventos adversos

FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

Bermejo C, Ortuño I, Muñoz D, Mendoza E, Sánchez E.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN

La implementación de los diagnósticos de enfermería aporta numerosos beneficios para el cuidado de los pacientes, así como para la mejora de la organización clínica y la gestión del riesgo, constituyendo un elemento unificador entre la teoría y la práctica enfermera.

Los estudios epidemiológicos de la incidencia y prevalencia de diagnósticos pueden mostrar su importancia y co-ocurrencia, permitiendo así una previsión y adecuación de los recursos a las necesidades de cuidado de la población.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue realizar el análisis de la frecuencia de aparición de los diagnósticos enfermeros registrados por las enfermeras, en las diferentes unidades de hospitalización de un centro de atención especializada.

Para ello se realizó una explotación de la información contenida en el Registro Informatizado de Enfermería GACELA, concerniente a los diagnósticos determinados durante el año 2008 en la hospitalización del centro, de forma global y por unidades. Se realizó un análisis comparativo de las frecuencias absolutas y relativas. Fueron registrados en 27 unidades de hospitalización un total de 196.957 diagnósticos de enfermería. Los tres diagnósticos que presentaron una frecuencia relativa superior al 5% fueron "Riesgo de infección", "Dolor" y "Riesgo de estreñimiento". El 85,4% de los diagnósticos tenían una frecuencia superior al 1% distribuidos en un total de 27 etiquetas diagnósticas diferentes, de las que el 55,5% eran diagnósticos de riesgo. El diagnóstico "Riesgo de infección" constaba como diagnóstico más prevalente en el 62,9% de las unidades y "Dolor" en el 14,8%. Destacan la prevalencia de otras etiquetas como "Afectación de la movilidad física" en la unidad de traumatología (12,98%).

RESULTADOS

Los resultados del estudio arrojan una imagen comprensible de las necesidades de cuidados interpretadas por las enfermeras dentro de las diferentes unidades de la institución, dejan constancia de la importante labor de la enfermería en la prevención de riesgos e incitan a la reflexión sobre la necesidad de organizar Grupos Relacionados de Diagnósticos no vinculados al pago de procedimientos o a situaciones médicas sino al grado de dependencia real del paciente. A esto contribuirá el Real Decreto 1093/2010 por el que se aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en el que se sugiere la armonización del lenguaje utilizado en los informes de enfermería, aspecto que contribuirá a poder comparar estudios como el que aquí se presenta con otros de similares características.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lavin MA, Avant K, Craft-Rosemberg M, Herdman TH, Gebbie K. Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2004; 15: 39-47
2. Titler M, Dochterman J, Xie X et al. Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research* 2006; 55: 231-42.
3. Wunderlich G, Sloan F, Davis C. *Nursing staff in hospital and nursing homes: Is it adequate?*. Washington, DC: National Academy Press, 1996.
4. Parker L, Lunney M. Moving beyond content validation of nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 1998; 9 (suppl 2): 144-50.
5. Halloran E, Kiley M. Nursing dependency, diagnosis-related groups, and length of stay. *Health Care Financing Review*. 1987; 8(3):27-36.

PROYECTO DE GESTIÓN POR COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Margarit, G.; Domínguez, R.; Farell, M.

Fundació Hospital Sant Joan De Deu De Martorell, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La gestión por competencias es un instrumento cuyo principal objetivo es identificar el talento de cada una de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar sus resultados.

Por competencia se entiende, tener la capacidad para el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para un puesto de trabajo.

Es un modelo de gestión y desarrollo profesional integral y dinámico coherente con la misión y valores de la institución.

La Dirección de Enfermería de la Fundación Hospital Sant Joan de Dèu de Martorell propone el proyecto de definición y elaboración de los mapas de competencias de las enfermeras como herramienta de innovación en la gestión de personas.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Adecuar el perfil profesional de las enfermeras al lugar de trabajo a través del instrumento de gestión por competencias.

Objetivos específicos

- Definir el marco de referencia de la gestión por competencias.
- Elaborar los mapas de competencias ligadas a los lugares de trabajo.
- Favorecer el desarrollo profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

De acuerdo con las Líneas Estratégicas de la Dirección de Enfermería, el equipo de estructura directiva y los gestores asistenciales, deciden impulsar el proyecto de Gestión por Competencias .

Cronología del proyecto (2012-2015)

- 1-Constituir un grupo de trabajo formado por las "Caps d'Àrea" y los gestores asistenciales.
- 2-Realizar una revisión bibliográfica y lectura crítica sobre el conocimiento actual.
- 3-Definir el marco de referencia de la Gestión por Competencias.
- 4-Elaborar el mapa de competencias transversales y específicas.
- 5-Diseñar los indicadores de evaluación.
- 6-Implementación y mejora.

CONCLUSIONES

El análisis de las competencias pretende ser un marco de reflexión y desarrollo que nos permitirá detectar las capacidades necesarias para el profesional y desarrollar así una estrategia de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elías A., Esteve C, Esteve N, Pagès J, Pera I, Peya M. *Projecte de competències de la professió d'infermeria. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Barcelona 2009.*
2. Teixidor M, Pont E, Ferrer C, Cruz R, Vila E, *Marc de referència professional per a la funció de supervisor d'infermeria. E.U.I. Santa Madrona-Fundació la Caixa. Barcelona 2003.*
3. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería. Ed Grijalbo. Barcelona 1988.*
4. Juvé ME, Huguet M, Monterde D, Sanmartín NJ, Martí N, Cuevas M. *Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I Nursing 2007 25(4): 56-61.*
5. Juvé ME, Farrero S, Monterde D, Sevillano MM. *Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. Metas de enfermería 2009 11 (10): 8-15.*

CANALES DE COMUNICACIÓN EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Blanco, R.M.; Fandiño, A.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

PLANTEAMIENTO

En el mes de diciembre del año 2010 se inicia un traslado a un nuevo hospital que finaliza en enero de 2011. El Hospital U. Lucus Augusti surge de la fusión de diferentes hospitales. Nos incorporamos así a un hospital nuevo en cuanto a su estructura física y dotación de recursos materiales y tecnológicos.

El traslado al Hospital U. Lucus Augusti implica la adaptación a una nueva estructura y forma de trabajo de todos los profesionales.

Como miembros responsables en gestión, somos los encargados de facilitar la comunicación e informar de los canales y herramientas disponibles, que faciliten la coordinación dentro de la organización.

Con la realización de esta guía contribuimos a mejorar las relaciones internas, manteniendo informados a los trabajadores, haciéndolos sentir como parte activa de la organización.

OBJETIVO

Definir los mensajes y las acciones a desarrollar para mejorar la coordinación entre los diferentes servicios y unidades de la organización.

MATERIAL Y MÉTODO

Realización de guías de fácil comprensión y visualización, en los que se explica mediante la utilización de símbolos el recorrido de los diferentes elementos cargados de mensajes, que son objeto de la interrelación entre las distintas unidades.

RESULTADOS

La gestión de las relaciones de comunicación aporta beneficios a la organización y a las personas:

- Aumenta la eficacia en el trabajo.
- Satisface y motiva al personal.
- Mejora la integración.
- Mejora la gestión del tiempo.
- Mejora la relación con el resto de la organización.
- Aporta seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puyal, E. (2001): *La comunicación interna y externa en la empresa*, [en línea] [fecha de consulta 14-02-2012] Disponible en www.5campus.com/leccion/comui
2. Reyes León Vergara: "La comunicación al interior de las organizaciones: un factor clave en su desarrollo estratégico" [en línea] [fecha de consulta 25-01-2012]. Disponible en www.rppnet.com.ar/comunicacion%20interna.htm
3. Francisca Morales Serrano "La comunicación interna: Herramienta estratégica de gestión para las empresas" [en línea] [fecha de consulta 05-02-2012] Disponible en www.reddircom.org/textos/f-serrano.pdf
4. Manuela Durán Rodríguez "La imprenta: renovadora de la comunicación" [en línea] [fecha de consulta 05-02-2012] Disponible en www.rppnet.com.ar/historiadela imprenta.htm
5. Jorge Aguilera "El síndrome de lo obvio" [en línea] [fecha de consulta 10-03-2012]. Disponible en www.rppnet.com.ar/problemasenlacomunicacion.htm

REPOSICIÓN JUSTO A TIEMPO

Méndez, M.E.; Ortega, L.; García, E.I.; Gómez, E.; Cendán, M.E.; Dos Santos, C.; Pérez, J.
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

Con la llegada al nuevo hospital, se ha implantado un novedoso sistema denominado de “doble cajón por radiofrecuencia” utilizado para material almacenable, intentando liberar a los mandos intermedios de trabajo burocrático y en el que tiene una importante misión todo el personal para que funcione correctamente.

El sistema consiste en trabajar con dos ubicaciones de stock idénticas en forma y contenido para la misma referencia. Con este sistema se pretende situar cada cosa en su sitio, de manera que cualquier persona que utilice un material determinado, podrá encontrarlo, usarlo y reponerlo de forma sencilla y rápida, además de tener todo lo servible en la cantidad correcta evitando guardar, almacenar y acumular aquello que en el momento no sirve con la idea de “por si acaso”. Con este sistema, tener lo necesario, en su justa cantidad, con la calidad requerida y en el momento y lugar adecuados, nos proporciona muchas ventajas como son:

- Facilita el acceso rápido a materiales.
- Mejora la información en el lugar de trabajo para evitar errores.
- El aseo y limpieza se realiza con mayor facilidad.
- Mejora la presentación estética de la unidad.
- Libera espacio y el ambiente de trabajo es más agradable.

OBJETIVOS

- Mejorar el proceso de aprovisionamiento (eficacia y eficiencia) facilitando el control del material.
- Ahorrar el trabajo innecesario al mismo tiempo que se mantiene el orden y la optimización del espacio.
- Aumentar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

- Se establece un grupo de trabajo de personal de enfermería y se realiza una revisión de documentación para determinar su forma de uso, utilidades y las ventajas que nos aporta.
- Se utilizan gráficos y fotografías que indiquen de manera sencilla el funcionamiento de este nuevo sistema de almacenaje implantado.
- La experiencia adquirida como profesionales con el uso y manejo cotidiano durante el primer año de implantación.

RESULTADOS

- Reducción del tiempo destinado a la realización de pedidos.
- Optimización del espacio, así como del orden y de la limpieza.
- Disminución del número de productos desechados por caducidad.

CONCLUSIÓN

Este sistema logra la máxima productividad con una inversión mínima de tiempo y produciendo resultados, no sólo de eficiencia en la gestión, sino de garantía en la seguridad del paciente al no producirse roturas de stock.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruíz Muñoz, David. *Guía para la autoimplantación de la metodología 5s de organizaciones sanitarias. Gestión de periféricos en SAP.* 2008.
2. Insua Esmoris-Recamán, Juan Francisco. *Xestión de compras e aprovisionamiento no ámbito hospitalario. Servicio Galego de Saúde, Complejo Hospitalario Xeral-Calde.* 2010.
3. Ruíz Muñoz, David. *Nuevas tendencias en la logística sanitaria. Revista de Administración Sanitaria SXXI* 2005; 3(3):505-16.

MEMORIA PARA UNIDAD DE ENFERMERÍA: GUÍA PRÁCTICA

Hermoso de Mendoza, J.; Flamarique, B.; Aliaga, M.; Ferro, M.

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Navarra

INTRODUCCIÓN

La profesionalización de los directivos de enfermería es una meta firme, clara y cada vez mas cercana no solo de ANDE (Asociación Nacional de Directivos de Enfermería) y de muchas universidades que ofrecen diferentes formaciones de postgrado, sino y sobretodo de la mayor parte de enfermeras que asumen en cantidad y diversidad responsabilidades gestoras en las organizaciones sanitarias.

Vinculada a la responsabilidad gestora se asocia entre otras, la necesidad de elaborar periódicamente memorias de las diferentes unidades, secciones, servicios, proyectos o centros.

OBJETIVOS

- Identificar los apartados clave a desarrollar, para elaborar la memoria de una Unidad de Enfermería.
- Elaborar una guía "tipo" de aplicación en cualquier ámbito de gestión enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras la recopilación del material obtenido a través de búsquedas bibliográficas, fondos documentales de instituciones, asistencia a curso especializado y reuniones con expertos, se procedió a la reflexión individual y posteriores discusiones en grupo con la finalidad de analizar los componentes fundamentales y el formato tipo de una memoria que recogiera los apartados importantes a considerar.

RESULTADO

Diseño del protocolo de una memoria. Estructura. Presentación. Resumen de la memoria. Descripción de la unidad de enfermería, antecedentes o marco de referencia, marco normativo, misión, visión, valores, líneas estratégicas. Estructura organizativa, arquitectónica. Recursos humanos, materiales, financieros. Cartera de servicios. Resultados de actividad asistencial, docente, científica y formación continuada. Objetivos cumplimiento y líneas de futuro.

CONCLUSIONES

Realizar la memoria supone un ejercicio de compromiso con las personas de la organización y la transparencia social.

La memoria se convierte en un instrumento de evaluación periódica, proporciona la oportunidad para redefinir los objetivos, construir y mejorar los sistemas de información y comunicar los esfuerzos y logros alcanzados.

Consideramos la memoria como elemento esencial y determinante para hacer visible las acciones enfermeras y los resultados en pacientes, profesionales y sociedad en general. Proyecta y debe comprometer positivamente la imagen profesional, corporativa, la comunicación interna y externa, consolidación de datos, evaluación y divulgación de objetivos, líneas de desarrollo y logros obtenidos.

En definitiva la memoria es en si misma, una oportunidad de mejora continua que toda enfermera gestora o supervisora debe llevar a cabo sistemática y periódicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Diego Ayuso Murillo y Rodolfo F. Grande Sellera. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias. Díaz de Santos, Madrid, 2006.*
2. *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 – Publicación Web MSPS. Madrid 2010*
3. *Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2010. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla, 2010*
4. *Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Memoria 2010. Gobierno de Navarra, Pamplona, 2010*
5. *Documentación entregada en el curso de elaboración de Memorias organizado por el Instituto Navarro para las Administraciones Públicas en Pamplona, Noviembre del 2011.*
6. *Fundación Hospital Calahorra. Memoria EFQM 2010. Calahorra, 2010*

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS BIOÉTICOS EN UN GRUPO DE ENFERMEROS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

Ortiz, M.J.; Navarro, M.A.; Romerosa, P.; Martínez, M.J.; Leyva, I.
SAS, Granada

INTRODUCCIÓN

La ética no es posible separarla del cuidado, en ningún nivel de atención, mucho menos en una Unidad de Cuidados Intensivos. Nuestro marco legislativo reconoce al paciente un status que la observación detecta que no todo el personal conoce.

OBJETIVO

Evaluar el nivel de formación, conocimientos y percepción entre los profesionales de la salud de una Unidad de Cuidados Intensivos de Granada, sobre diversos aspectos bioéticos: la carta de derechos y deberes de los usuarios, la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo, mediante cuestionario administrado o auto administrado.

RESULTADOS

En el entorno asistencial los problemas éticos surgen con frecuencia, así como el desconocimiento y la falta de formación del personal de enfermería para enfrentarse a ellos, insinuándose un perfil bioético en función de los parámetros estudiados: sexo, grupo de edad, profesión, años de experiencia y tipo de contrato.

CONCLUSIÓN

El personal de enfermería requiere formación para enfrentarse a los dilemas éticos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 7-17.
2. Boletín Oficial del Estado. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. BOE de 20-X-1999, corregido según BOE de 11/11/1999.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE de 15/11/2002.
4. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2004; 78: 469-479
5. Broggi M A. La información clínica y el consentimiento informado (Editorial). *Med Clin (Barc).* 1995; 104: 218-220
6. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 650-654.
7. Del Barrio Linares M, Jimeno San Martín L, López Alfaro P, Ezenarro Muruamendiaraz A, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2007; 18(1):3-14

LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Olivé, I.; Ordóñez, A.R.; Pi, M^a A.

Hospital Asepeyo Sant Cugat, Barcelona

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital uno de los pilares fundamentales es la buena praxis del personal sanitario; para conseguirlo utilizamos como herramienta la formación.

La seguridad en la realización de las intervenciones de enfermería es un factor importante de la calidad asistencial y sin ella aumenta la posibilidad de que otras dimensiones como son la efectividad o la satisfacción se vean afectadas negativamente.

OBJETIVO

- Mejorar las competencias clave del personal de enfermería de nuestro hospital.
- Mejorar la calidad de la practica asistencial.
- Ofrecer la formación especializada para proporcionar cuidados de calidad a los mutualistas.

MATERIAL Y MÉTODO

- Elaboración contenido previo (FOCUS GRUP)
- Elección y formación de autores, profesores y tutores.
- Realización de un programa formativo para enfermería y auxiliares de nueva incorporación.
- Realización de un programa formativo modular e individualizado para el personal sanitario.
- Formación del personal mediante cursos presenciales y virtuales impartidos por formadores de la Universidad Corporativa.
- Reconocimiento de la realización de los cursos del plan formativo mediante certificado.
- Encuesta de satisfacción y opinión del curso realizado por el alumno.

RESULTADO/ DISCUSIÓN

Se ha elaborado un programa formativo realista porque los formadores y autores son los propios profesionales más experimentados del hospital, bien conocedores de las necesidades de los mutualistas.

La correcta realización del programa formativo, mediante la Universidad Corporativa, nos ha ayudado a disminuir las posibles complicaciones en las intervenciones de enfermería, así como a mejorar la satisfacción del personal sanitario en su aprendizaje o actualización de conocimientos.

La creación y aplicación de los programas formativos nos ha permitido estandarizar nuestras actuaciones de enfermería. La formación ofrecida al personal sanitario mejora la calidad asistencial prestada así como su confianza y seguridad en su ámbito laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modelo de referencia de la Universidad Corporativa de Asepeyo: European Foundation for Quality Management (EFQM <http://www.efqm.org/en/>)

SESIONES DE ENFERMERÍA: ¿BUEN SISTEMA DE APRENDIZAJE?

Iniesta, D.; Sánchez, A.M.; Lagüens, P.; Fernández, H.; Soriano, P.; López, I.; Morote, D.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Gerencia Área IX-Vega Alta del Segura, MURCIA

INTRODUCCIÓN

La formación continuada constituye un pilar fundamental para conseguir una capacitación de los profesionales mediante actualización de competencias y mejora de su cualificación, por ello en 2011 se incorporó al plan de formación sesiones de enfermería como una herramienta para potenciar la actualización de conocimientos y capacidades contribuyendo a mejorar la calidad de cuidados que se prestan a la población.

OBJETIVOS

- Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de Enfermería con las sesiones de enfermería en el puesto de trabajo.
- Conocer la aplicabilidad de los temas impartidos al puesto de trabajo.

METODOLOGÍA

En el plan de formación del 2011 se incorporan sesiones de enfermería como parte de la formación. Estas se imparten en horario laboral en el propio puesto de trabajo. Se realizan 2 sesiones de enfermería por tema, una en cada planta de hospitalización.

La convocatoria se realizó al menos con 15 días antelación para informar a todo el personal y se convocó a personal de otros servicios interesados en asistir. Los temas tratados fueron: metodología y planes de cuidados para supervisores (ME), acogida al paciente en hospitalización (AP), prevención de caídas (PC), técnicas de extracción sanguínea (ES), caterización y cuidados de catéteres venosos (CV), y prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP).

Al final de la sesión se pasa una encuesta de satisfacción a los profesionales, que puntúa sobre 5, con 10 preguntas, que explora 4 dimensiones: pertinencia/aprendizaje (responder a expectativas de los asistentes y aplicabilidad al puesto de trabajo), temporalidad y materiales adecuados, metodología adecuada (asimilación de información y participación activa de los asistentes). p0o y condiciones ambientales/infraestructura óptimas.

RESULTADOS

Puntuación por dimensión global pertinencia/aprendizaje: 4.5; temporalidad y materiales: 4.3; metodología: 4.3; condiciones ambientales/infraestructura: 4.2. Por temas para ME 4,3; AP 4,4; PC 4,0; ES 4,2; CV 4,3; y UPP 4,8. La valoración por dimensiones fue en pertinencia /aprendizaje, para ME 4,2; AP 4,4; PC 4,8; ES 4,5; CV 4,5; UPP 4,8. Temporalidad, para ME 4,5; AP 4,5; PC 3,9; ES 3,9; CV 4,0; UPP un 4,8. Metodología, para ME 4,0; AP 4,1; PC 4,1; ES 4,2; CV 4,3; UPP 5,0. Condiciones ambientales/Infraestructura, para ME 4,4; AP 4,4; PC 3,5; ES 4,1; CV 4,0; UPP 4,7.

CONCLUSIONES

Todas las dimensiones se puntúan por encima de 4 siendo pertinencia/aprendizaje seguida por temporalidad y metodología las mejor valoradas, demostrando que los profesionales consideran positiva este tipo de formación. La satisfacción global es muy buena indicando que las sesiones de enfermería son una herramienta muy útil para la formación continuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resolución de 30 Julio 1999, Formación profesional continua. Acuerdo de Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, en relación con el Sistema Acreditador de Actividades de Formación Continuada (BOE 26 agosto 1999, núm. 204).
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de la Jefatura de Estado, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).
4. Decreto nº 223/2006, de 27 de octubre, publicado en el BORM el 7 de noviembre de 2006.
5. Real Decreto 1142/2007 sobre composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada y regulación del sistema acreditador de la Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.
6. Guirao-Goris, JA; del Pino Casado, R. La sesión clínica de cuidados. Finalidad y método. *Enferm Clin.* 2001;11(5):214-219.
7. Martínez MT; Ballesteros AM; Molina F; Sánchez F; Soto R. Formación continuada en atención primaria: necesidades sentidas por médicos, pediatras y personal de enfermería. *Aten Primaria.* 1996;17 (2):124-7.
8. Puntunet M, Domínguez A. La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2008;16(3): 115-117

LAS TICs: CUIDADOS Y GESTIÓN

García, M.P.; Bancalero, J.M.; Caballero, M.C.; Herrera, C.; Zamorano, M.P.

SAS, Espartinas, Sevilla

INTRODUCCIÓN

En la aplicación del Proceso Enfermero, las TICs se han revelado como un instrumento que garantiza la Continuidad de los cuidados logrando adecuar los recursos sanitarios disponibles a las demandas existentes.

Los profesionales de la enfermería han apostado por la utilización de herramientas informativas como instrumentos, no solo para la aplicación del Proceso Enfermero, sino también como herramienta para la Gestión del Conocimiento, la investigación y establecer un soporte tecnológico de la información interniveles.

OBJETIVO

- Potenciar y facilitar con las TICs:
- El desarrollo del Proceso Enfermero.
- Mejorar la Gestión de Cuidados.
- Favorecer la Comunicación Interniveles.

MATERIAL Y MÉTODO

Implantación y uso en la actividad asistencial del programa informático: Azahar, Gestión de Cuidados de Enfermería.

Esta herramienta informática está compuesta por tres módulos:

- Módulo de Cuidados. Es donde se desarrolla el Proceso Enfermero siguiendo una metodología estructurada.
- Módulo Sistema de Información. Este módulo está diseñado solo para la Gestión de Cuidados.
- Módulo Administración. Este módulo va dirigido al Administrador de la plataforma y al Supervisor

RESULTADOS

Con el uso de las TICs se:

1. Normaliza la práctica clínica, prestando cuidados mas personalizados apoyados por un soporte metodológico.
2. Permite el seguimiento de forma ágil, rápida del supervisor sobre la actividad asistencial y desarrollo del Proceso Enfermero.
3. Favorece la mejora de la estandarización de los Planes de Cuidados.
4. Permite determinar el tipo de pacientes en función de las etiquetas NANDA utilizadas.
5. Permite a la Enfermera Referente la planificación del alta desde el momento del ingreso.

CONCLUSIONES

Los TICs son una herramienta informática con la que el Gestor de Cuidados tiene:

1. Conocimiento en todo momento de la actividad enfermera en la unidad.
2. Conocimiento del uso de la metodología enfermera.
3. Determinar las necesidades de formación, potenciando el desarrollo de las sesiones clínicas.
4. Proporciona información de la evolución de los pacientes en todo momento.
5. Permite conocer los I.C.C. que se realizan en la unidad y la necesidad de cuidados de los pacientes al alta hospitalaria.
6. Es una base de conocimiento sobre los pacientes que sirve para el desarrollo de estudios de investigación gracias a la base de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mira, JJ. La gestión de la información en el entorno sanitario (Editorial) Rev Calidad asistencial 2000; 14; Núm 4; www.secalidad.org/opinion144a.htm.
2. Villalobos Hidalgo J. La integración de la información en sanidad. Eje de la equidad y la eficiencia. Gestión Hospitalaria 2003; 14:5-9.
3. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003- 2004. Editorial Elsevier España. Madrid 2003.
4. Clasificación de Resultados de Enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Editorial Elsevier España. Madrid 2002.
5. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classifications (NIC) Editorial Elsevier España. Madrid 2003.
6. Parra-Estrada AJ, Guerra-Arévalo J, Domínguez-Guerrero. Proceso de Implementación del Módulo de Cuidados de Diraya (Azahar) en el Hospital de Jerez. En: VII Congreso Nacional de Formación Continuada en Salud Innovación e Impacto. Málaga.2010 [Acceso 27 Ago 2010]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formaciónsalud/gestor/es>
7. Recursos_Formativos/material_congreso_malaga/Index2.html.
8. Barra DCC. Del Sasso GTM, Monticelli M. proceso de enfermagen informatizado en unidades de terapia intensiva: una práctica educativa con enfermeros. Rev Electr Enfermagem [Internet]. 2009;11:579-89 [Acceso Dic 2010]. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a15.htm>
9. Bazán Herrero A, Fernández Campoamor M. Implantando metodología enfermera con ayuda de un sistema informático (SELENE).Madrid: Libro de Ponencias: I. Congreso Internacional de AENTDE/NANDAI; May 2010, 673-674/234.
10. Ramírez Pérez C, García Fernández FP, Carrascosa García MI, Cruz Lendinez AJ, Laguna Parra JM, Nuevo Lara EA. Estrategia de Implantación del Módulo de cuidados Azahar en el complejo hospitalario de Jaén. Libro de Ponencias y comunicaciones del 15 Congreso SAECA (Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial); 2010 Nov, p 95/24

EVALUACIÓN DE INQUIETUDES PROFESIONALES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO ENFERMERO

Rando Caño, A.; Vega Barea, J.; Moreno García, C.; Moreno Martín, P.; Marti Domínguez, M.L.; González Casatejada, M.

Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

INTRODUCCIÓN

La implicación de la Dirección de Enfermería, del Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC), con la innovación y el desarrollo se materializa con la constitución de un Subcomisión específica. Esta nace de la evolución de un grupo de trabajo que finalizó su actividad con la plena implantación en el centro de los planes de cuidados basados en la taxonomía enfermera Nanda-Nic-Noc. En este contexto, y de forma previa a trazar nuevas líneas de trabajo, desde la subcomisión se creyó oportuno realizar una encuesta para conocer las inquietudes de nuestros profesionales en este campo, y poder conocer la percepción de los mismos tras la incorporación de los planes de cuidados y su aportación al desarrollo profesional.

OBJETIVOS

Conocer la inquietud por el desarrollo y la innovación de los profesionales de enfermería del HUIC.
Conocer la percepción de los profesionales tras la incorporación de planes de cuidados a la práctica enfermera y su repercusión sobre el desarrollo de la profesión.

MATERIAL Y MÉTODO

El método empleado para conocer las inquietudes de nuestros profesionales, así como su percepción tras la incorporación de los planes de cuidados es una encuesta de la elaboración propia.

La encuesta cuenta con nueve ítems desarrollados por los miembros de la subcomisión.

El HUIC cuenta con una población de 265 Dues, realizando la encuesta sobre una muestra para un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 3% y proporción del 5%.

RESULTADOS

La encuesta se realizó en el mes de noviembre de 2011, durante un periodo de dos semanas, siendo cumplimentada por 148 Dues, repartidos de forma homogénea entre todas las unidades del centro.

El resultado obtenido, por tamaño muestral, cuenta con validez interna. En cuanto a la validez interna del resultado por unidades, el criterio empleado por la subcomisión ha sido tamaño muestral mayor al 50%.

Para el estudio de la percepción tras la incorporación de planes de cuidados, las unidades se clasifican en tres grupos en base a si trabajan con planes de cuidados:

- Unidades con planes de cuidados: Mas de tres meses de la implantación
- En proceso de implantación: Menos de tres meses de la implantación.
- Unidades sin planes de cuidados.

El análisis de los resultados es realizado por la subcomisión de desarrollo e innovación trazando sobre ellos líneas de desarrollo.

CONCLUSIONES

Del resultado de la encuesta se extrae que la mayoría de los profesionales ven el introducir herramientas metodológicas en la práctica diaria, como es el caso de los planes de cuidados, como un desarrollo de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra, M.D. Priorización de valores enfermeros. Estudio de un distrito sanitario de Sevilla". *Cultura de los cuidados*. Año XI, n. 21 (1. semestre 2007). ISSN 1138-1728, pp. 55-62
2. García, A.; Gea, M.; Rodríguez, A.; Allende, P. Investigación en enfermería: necesidades, dificultades e inquietudes de los colegiados de enfermería de Lleida. *X Encuentro de Investigación en Enfermería*. Albacete, 22-25 de noviembre de 2006.
3. López, J. Propuesta para el desarrollo profesional. *Enfermería clínica*. ISSN 11308621, Vol. 10 n° 3, 2000, págs. 114-118.
4. Díaz, M. Martín C. Jiménez, J.A. Maya, B. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. *Rev. Enfermería Clínica*, 2004; 14 (5): 263-8.

GUÍA DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

Pérez, M.A.; Poza, A.; Campos, M.E.

Sergas, A Coruña

INTRODUCCIÓN

La incorporación de nuevos profesionales sin experiencia previa en una UCI, supone un importante reto a la hora de asegurar la calidad de los cuidados prestados. Esto es complicado sobre todo en el período vacacional, en el que se incorpora un número importante de personal sin experiencia y sin un nivel de competencias adecuado para desarrollar su labor.

Para facilitar la incorporación de estos profesionales, se elaboró un protocolo de acogida que facilite la adaptación al servicio.

OBJETIVOS

- Facilitar la incorporación del personal al servicio, favoreciendo su adaptación al mismo.
- Mejorar la formación del personal en relación al paciente crítico y a las técnicas que se realizan en la UCI
- Servir de guía en la labor asistencial, estructurando la cronología de tareas a realizar en cada uno de los turnos
- Calidad y Seguridad en los cuidados prestados.
- Minimizar posibles errores facilitando guías y manuales de todo el aparataje presente en la unidad.
- Mejorar y agilizar el período de formación del personal de enfermería.

METODOLOGÍA

La guía se entrega a todo el personal de nueva incorporación, tanto en papel como en soporte digital.

En la guía vienen recogidos:

- Situación y distribución del espacio, donde se explica brevemente la situación física dentro del hospital y las infraestructuras con las que contamos (nº de box, módulo de transplantes, despachos, lencería, sala familiares, controles de enfermería...)
- Relación de recursos materiales y humanos de los que dispones la unidad, tanto personal sanitario como no sanitario que ejerce su labor en la unidad
- Actividad asistencial y metodología de trabajo, donde viene reflejado de manera pormenorizada la cronología de tareas por turno tanto de las enfermeras como de las auxiliares de enfermería.
- Normas generales para los acompañantes
- Medicaciones de uso habitual, con una breve descripción del medicamento así como su indicación principal
- Lista de perfusiones más habituales y su preparación.
- Manuales e instrucciones del aparataje en soporte digital

La guía, también se guardó en el escritorio de todos los ordenadores de la unidad, quedando a disposición de todo el personal de la unidad.

RESULTADOS

Durante el período vacacional se entregó la guía a todo el personal de nueva incorporación, preguntándoles tras haber finalizado su contrato laboral si la guía les había sido de utilidad en su práctica clínica.

La guía fue muy bien valorada por los profesionales, les genera seguridad el tener un material de consulta donde se recoge la metodología de trabajo, cronología de tareas, manuales y guías de consulta digital del aparataje de la unidad.

CONCLUSIONES

La guías de acogida al personal de nueva incorporación mejoran los conocimientos y habilidades del personal nuevo, a si mismo se consigue una mejor organización del trabajo unificando criterios de actuación y aporta mayor seguridad tanto al paciente como al propio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Guía de Bienvenida para el personal de nueva incorporación .División de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante.2011*
2. *Plan de acogida del due de nueva incorporación .Hospital General de Málaga .2010*
3. *Satisfacción en el trabajo y factores laborales en la profesión enfermera.Girbau Garia ,M Rosa; Galimay Masclans,Jordi; Garrido Aguiler Eva .Nursing Vol. 30*

¿ES NECESARIO SUFRIR? BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

González, E.; Iniesta, D.; Rodríguez, A.; Molina, P.; Del Baño, J.; Marín, F.J.; Ondoño, M.C.; Quijada, M.J.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Gerencia de Área IX. Vega Alta del Segura. Servicio Murciano de Salud, Murcia

INTRODUCCIÓN

En todos los servicios sanitarios el periodo vacacional supone un cambio de plantilla importante con la llegada de nuevo personal. Este personal no siempre tiene la formación específica del servicio al que ha sido asignado. Por ello consideramos una parte importantísima disponer de un plan de formación para este personal.

Decidimos crear un plan de acogida en el que se incluye formación mediante sesiones-talleres teórico-prácticas en los procedimientos y técnicas del Servicio de Urgencias.

OBJETIVOS

- Formar al personal de nueva incorporación en los procedimientos y técnicas habituales del Servicio de Urgencias.
- Aumentar la seguridad de los pacientes, la calidad de los servicios prestados y se optimizan los tiempos de trabajo.

METODOLOGÍA

1. Formación de grupos de trabajo para repartir temas propuestos y aportación de nuevos temas de interés.
2. Formación de grupos de trabajo de distintas categorías para la preparación de la parte correspondiente en cada tema.
3. Cada grupo formado por 2-3 personas se preparan un taller sobre el tema asignado.
4. Se decide tiempo máximo de exposición de 45'. Se cita al personal unos días antes de su incorporación al puesto de trabajo.
5. Los talleres impartidos por DUE fueron:

- Funciones de DUE en triaje, sala de observación y boxes (aparataje)
- ECG, paracentesis, punción torácica y cardioversión.
- Actuación en la sala de traumatología y sala de curas.
- Vía venosa central de acceso periférico.
- Ventilación mecánica no invasiva.
- Actuación en la sala de reanimación.

6. Los talleres impartidos por Auxiliares de Enfermería fueron:

- Funciones del Auxiliar de enfermería en sala de observación y boxes.
- Auxiliar de información.
- Autoclave, sistemas de aspiración y desinfección de objetos y superficies.
- Correcta montaje y limpieza de los respiradores de VMNI.
- Actuación en la sala de reanimación.

RESULTADOS

Se imparten un total de 11 talleres con la participación como docentes del 83% de la plantilla del servicio y una asistencia del 100% del personal de nueva incorporación.

CONCLUSIONES

- Satisfacción del personal fijo del servicio, al elaborar un plan de formación para el personal de nueva incorporación.
- Incremento de la seguridad del profesional para afrontar las distintas situaciones que se pueden presentar durante su periodo de contratación.
- Se favorece la seguridad de los pacientes al poder prevenir incidentes de seguridad relacionados con la formación.
- Optimizar los tiempos de atención al usuario mediante el conocimiento previo de técnicas y procedimientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Procedimientos específicos del Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao:*
2. *IT URG 05 01 (Inspecciones y revisiones)*
3. *IT URG 05 02 (Funcionamiento del autoclave)*
4. *PE URG 05 (Procedimiento Específico de Urgencias) 2-11-2010*
5. *La propia utilizada por cada grupo de trabajo para la elaboración de su charla/taller.*
6. *Estatuto de los trabajadores.*

 www.jornadasande2012.com

 jornadasande2012@orzancongres.com

Reconocido de interés científico-sanitario por la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia:



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**

Secretaría Técnica:



ORZÁNCONGRES

Avda. Primo de Rivera, 11 - 2º izda.15006 A Coruña
Teléfono: 981 900 700 · Fax: 981 152 747