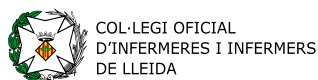
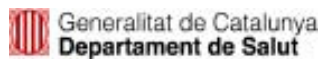


GRÀCIES
IMPULSORES !



Ja som 180 impulsores!

PONÈNCIES, TAULA RODONA
INTERNACIONAL, COMUNICACIONS
ORALS, PÒSTERS I CONCURS
D'IDEES PER A CELEBRAR
LA I JORNADA BPSO®Lleida



BENVINGUDES I BENVINGUTS a la I Jornada d'Impulsores BPSO®Lleida.

Fa uns anys, coincidint amb la celebració a la nostra ciutat del XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, vam realitzar a la seu del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida, el curs de formació del projecte de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®España): Transformar la enfermería a través del conocimiento.

Aquell curs el van impartir la Dra. Doris Grinspun, presidenta executiva de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), i creadora del programa BPSO®, i l'Esther González, responsable del projecte de Centros Comprometidos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO®) a Espanya, amb l'objectiu de difondre la filosofia i la metodologia del projecte. Hi van assistir infermeres de totes les comunitats espanyoles, representant les seves institucions perquè estaven interessades a formar part d'aquest projecte. I com no podia ser d'una altra manera, les infermeres de Lleida també hi vàrem ser presents.

Un cop finalitzat el curs, i després de veure la magnitud del projecte i el gran benefici que se'n podia obtenir per a les nostres infermeres i també per als pacients que atenem cada dia, vam posar-nos a treballar per presentar una candidatura lleidatana. Després de pensar-ho molt, la fórmula escollida per poder arribar al màxim nombre de professionals d'infermeria de les terres de Lleida, i que tots treballéssim plegats i de la mateixa manera, va ser presentar una candidatura conjunta entre els dos grans hospitals públics de la ciutat, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital Universitari de Santa Maria, juntament amb la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida, i amb la col·laboració i el suport del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida, i el Grup de Recerca Infermera en Cures (GRECS) que naixia al temps amb el seu primer Projecte Europeu.

D'això fa 3 anys. I després de competir amb gairebé 60 institucions més de tot l'estat espanyol, finalment, la candidatura lleidatana va ser una de les 10 escollides en la segona cohort del programa de Centros Comprometidos amb l'Excel·lència en Cures. Així que el gener del 2015, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, l'Hospital Universitari de Santa Maria i la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida van iniciar el camí cap a l'Excel·lència en Cures.

Un camí que comporta el compromís d'implantar, avaluar i mantenir Guies de Bones Pràctiques, així com avaluar el seu impacte en els resultats de salut del pacient, en els mateixos professionals i en el sistema sanitari.

Els professionals d'infermeria, com a col·lectiu més nombrós que està al costat del pacient els 365 dies de l'any, les 24 hores del dia, som els encarregats de liderar aquest projecte, i de buscar les fórmules per aconseguir el gran objectiu de transformar la infermeria a través del coneixement; un coneixement basat en l'evidència, en l'última evidència científica disponible en cada moment; i que ens farà canviar la manera d'actuar, fins a arribar a l'excel·lència.

I els nostres pacients en seran els màxims beneficiaris, ja que tindran assegurades unes cures de qualitat.

En aquesta jornada que avui celebrem, podrem veure com es va materialitzant tot això. Com els més de 180 impulsors del projecte, formats per infermeres, auxiliars, zeladors, fisioterapeutes, metges, treballadores socials, tècnics de diagnòstic per la imatge i personal de neteja, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital Universitari de Santa Maria, juntament amb els professors i alumnes de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia, treballen units per un objectiu comú: aconseguir l'excel·lència en la feina que estan fent cada dia.

JOSEP M. GUTIÉRREZ, MERCÈ FOLGUERA, ESTHER GONZÁLEZ, JOSEP M. CAMPS, MONTSERRAT GEA, JORDI CORTADA, JOAN BLANCO I DORIS GRINS-PUN.

Els impulsors de les 4 guies que s'estan implantant: Cures i maneig de l'ostomia, Prevenció de caigudes i lesions derivades en persones grans, Valoració del risc i prevenció de les Nafres per Pressió, i Cures centrades en la persona i família, ens explicaran en forma de comunicació oral i de pòster, com va evolucionant el projecte.

I tot això ho podrem compartir amb la creadora del projecte BPSO®, la Dra. Doris Grinspun, presidenta executiva de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), que ens aportarà la seva visió i la seva experiència sobre l'evolució del programa BPSO®.

Així mateix, podrem sentir de primera mà com s'està implantant el projecte en altres centres acreditats amb l'excel·lència en cures. El Dr. Robert Bonner ens explicarà com ho fan a Austràlia, la Dra. Hailing Guo, a la Xina i, finalment, la Montserrat Tiñena, com ho fan a l'altre centre BPSO® que hi ha a Catalunya, l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.

A més a més, durant tota la jornada comptarem també amb la presència de l'Esther González, la responsable del projecte de Centres Compromesos amb l'Excel·lència amb Cures a Espanya.

Finalment, per concloure el dia, premiarem la millor comunicació oral i el millor pòster, així com les millors idees presentades al I Concurs d'idees BPSO®Lleida.

Que tingueu una bona Jornada, i us animem a totes a continuar amb la gran tasca que esteu fent.

Lleida, 21 de novembre de 2016

Transcripció del discurs de Benvinguda
de **JOSEP MARIA CAMPS**,
President del COILL



DORIS GRINS-PUN

LA JORNADA ES VA CELEBRAR A L'AULA MAGNA
DE LA FACULTAT D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA
DE LA UNIVERSITAT DE LLEIDA.



“Excel·lir en infermeria”

APEL·LANT A L'EXCEL·LÈNCIA infermera es va celebrar, el passat 21 de novembre, la I Jornada d'Impulsors BPSO®Lleida, a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut de la Universitat de Lleida.

Josep Maria Camps, president del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida (COILL); **Joan Blanco**, degà de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida (FIF-UdL); **Esther González**, membre de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) Instituto de Salud Carlos III i responsable del projecte de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO)® en España; i **Jordi Cortada**, gerent de la Regió Sanitària de Lleida i de la Regió Alt Pirineu i Aran del Servei Català de la Salut (Generalitat de Catalunya), van inaugurar la jornada.

La conferència inaugural va anar a càrrec de la **Dra. Doris Grinspun**, presidenta executiva de la Registered Nurses' Association of Ontario - RNAO (Canadà). Grinspun, nascuda a Xile, és la fundadora i promotora del desenvolupament de les guies de pràctica clínica en cures d'infermeria —a través d'un programa que rep el suport del Govern d'Ontàrio— que té com a màxim exponent el Programa Internacional de Centres Compromesos amb l'Excel·lència (Best Practice Spotlight Organization, BPSO®) dels quals Espanya, sota el lideratge d'Investén-isciii, és un dels afiliats.

Un cop finalitzada la conferència de Grinspun, **Mercè Folguera**, líder del projecte d'implantació a Lleida i **Josep Maria Gutiérrez**, coordinador del projecte a l'HUAV; van moderar les comunicacions orals preparades per les diferents impulsors de les Guies de bones pràctiques del projecte de Centres d'Excel·lència.

La taula rodona "Centres acreditats en excel·lència en cures: de l'àmbit internacional a l'àmbit local", amb **Robert Bonner**, director d'Operacions i Estratègia de l'Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF) (SA Branch); **Hailing Guo**, directora i infermera cap del Dong Zhi Men Hospital Beijing (Xina); i **Montserrat Tiñena**, Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona; va obrir el programa de la tarda. La taula va ser moderada per **Montserrat Gea** –vicepresidenta del COILL i vicedegana cap d'estudis de la FIF-UdL– i va comptar amb Teresa López com a intèrpret.

Premis

L'exposició de Conclusions va donar pas al Lliurament dels premis:

- **Millor Comunicació Oral**
"Participación de la persona en la elección de técnica de tratamiento renal sustitutivo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada"
 M. Carmen Torres Torradeflot (HUAV)
 Antonieta Sol Agudo (HUAV)
- **Millor Pòster**
"Anàlisi previ del perfil de les impulsores d'una guia centrada en la persona i família"
 Maria Bonjorn Joval (HUSM)
 Eloïsa Setó Gort (HUAV)
 Carmen Mayayo Monreal (HUAV)
 Jordi Martínez Soldevila (FIF-UdL)

- **I Concurs d'Idees**
Detall pacients: "Poma"
 Ana González (HUAV)
Detall professional: "Polseres identificatives per guies"
 Elisa Porta (HUSM)
Postal de Nadal
 Ana M. López (HUSM)
Calendari 2017
 Iluminada Godia (HUAV)
 Mercè Paniagua (HUAV)
- **Concurs Guia de Caigudes "Llit baix"**
 Elisa Porta Bergés (HUSM)

PROGRAMA BPSO®Lleida. L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, l'Hospital Universitari Santa Maria, juntament amb la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida formen part, des del 2015, del projecte Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)®. En l'actualitat, 180 professionals de la salut –fonamentalment infermeres, auxiliars, zeladors, fisioterapeutes, metges, treballadors socials i altres tècnics– formen el grup d'impulsors del projecte a Lleida, que compta amb la col·laboració del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida que, entre altres tasques, assumeix l'edició de les guies i la comunicació. L'objectiu del programa BPSO® és fomentar, facilitar i recolzar la implantació, avaluació i manteniment –en qualsevol entorn de la pràctica infermera– de les bones pràctiques en cures, basades en les Guies de Bones Pràctiques (GBP) de la RNAO.[]

especial BPSO

text i entronistes Sara Bobet i Montse Gimena
 foto Rafa Gimena, Sara Bobet, Montse Gimena
 i Mariona Genís MISSATGES



LA MILLOR COMUNICACIÓ ORAL I EL MILLOR PÒSTER ES VAN ENDUR UN SOPAR GASTRONÒMIC AL RESTAURANT EL MIRADOR DELS CAMPS ELISIS. LES PREMIADES DEL CONCURS D'IDEES VAN SER OBSEQUIADES AMB UNA AMPOLLA DE VI ALGES I UNA VISITA AL CELLER CLOS PONS.

entrevista

Investén-isciii

“El primer éxito es el cambio de cultura hacia una práctica enfermera basada en el conocimiento”

ESTHER GONZÁLEZ

Hablamos con... ESTHER GONZÁLEZ

MIEMBRO DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE SALUD (INVESTÉN-ISCIII)
INSTITUTO DE SALUD CARLOS III Y RESPONSABLE DEL PROYECTO DE
CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (BPSO®) EN ESPAÑA

¿Cuántos centros participan en el programa "Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO)", en todo el estado? ¿Qué perfil tienen? Actualmente son dos cohortes de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®). En la primera, todos acreditados, son 7 hospitales o complejos hospitalarios, 1 centro de atención primaria y 1 universidad. En la segunda son 10 instituciones, de las cuales hay 1 centro de atención primaria, 3 áreas de salud, 5 hospitales o complejos hospitalarios, y el consorcio en Lleida que integra al Hospital Arnau de Vilanova, el Hospital de Santa María y la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Lleida, con quien colabora estrechamente el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida. Por tanto, el perfil es muy variado en cuanto a tipo de institución y, en el caso de los hospitales, en cuanto al número de camas, desde hospitales con 120 camas a hospitales con más de 1.000.

Abanderar la excelencia no parece tarea fácil. ¿Con qué dificultades se encuentra la enfermera para implantar las Guías BPSO? Las barreras en el camino hacia la excelencia en nuestro contexto no difieren de las que señala la literatura científica. Por una parte las propias de los resultados de investigación, que no siempre son tan concluyentes como quisiéramos, lo que supone un esfuerzo a la hora de adaptar las recomendaciones. En segundo lugar, el reto cultural que supone para los profesionales prestar cuidados en base a la evidencia científica en lugar de hacerlo en base a la tradición; no sólo porque obliga a cuestionarse la práctica diaria, sino porque inicialmente puede exigir un esfuerzo adicional de tiempo y dedicación, en un contexto donde suele haber sobrecarga asistencial, y no es fácil demostrar que en el medio plazo cuidar en base a la evidencia es más eficiente.

En ese sentido, uno de los aspectos que más resistencias plantea es el uso de los registros. Por otra parte, no hay que olvidar que una parte de los cambios que deben realizarse a pie de cama dependen de que las instituciones hagan también cambios, que casi nunca son tan rápidos como sería deseable para favorecer el cambio de los profesionales. Una de las tareas que está exigiendo más esfuerzo es convencer a los responsables en las instituciones de los beneficios para la salud de la población a la que atienden y para las dinámicas de trabajo de los distintos profesionales.

Las características de cada sistema de salud, según el marco autonómico, ¿condicionan el éxito del programa? No creo que condicionen el éxito del programa, que ya está demostrando que consigue excelentes resultados aunque desde el sistema de salud autonómico no se le dé impulso. Pero sí contribuye, de modo decisivo, a que los cambios se integren más rápidamente, a facilitar la supresión de barreras, como la adaptación de registros clínicos y la explotación de la información, o a la expansión dentro de la propia comunidad autónoma de aquellos cuidados que en los Centros Comprometidos con la Excelencia se están mostrando como más efectivos. Aquellas comunidades autónomas que han entendido el proyecto como una herramienta para potenciar sus estrategias de salud, facilitando la unificación en todo su territorio de los cuidados en base a las evidencias científicas, son las que más pronto están encontrando resultados positivos. Como ejemplo, algunas comunidades autónomas han puesto en marcha o potenciado grupos autonómicos de trabajo para diferentes temas, dando el liderazgo a quienes forman parte del programa BPSO® (Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados), o han unificado la formación a partir de la desarrollada por

alguno de los centros. Incluso, algunas comunidades reconocen la implicación en el programa como mérito para la carrera profesional.

¿Cuáles son las Guías con mayor nivel de implantación? El cuidado y manejo de la osteomía, la prevención de caídas en mayores de 65 años, la prevención y manejo de las lesiones por presión, la selección y manejo de los accesos vasculares y la promoción de la lactancia materna; temas todos en los que enfermería tiene un papel esencial.

En Lleida sumamos ya 180 impulsoras. ¿Cómo se puede motivar a la enfermera para que se incorpore al núcleo del programa? El primer paso es conocer bien el programa, sus objetivos y los potenciales beneficios para los profesionales y para la salud de los pacientes, por lo que el primer paso para motivar es una difusión constante. En segundo lugar, el visibilizar dos pilares esenciales del programa: la filosofía de “puertas abiertas”, es decir, todos tienen cabida, todos tienen algo que aportar, y la filosofía de participación activa, que está llevando a nuevas dinámicas de trabajo en grupo, donde los profesionales tienen voz y de ellos surge el análisis de las áreas de mejora y las propuestas de mejora, se ponen en marcha nuevas modalidades de formación, se vuelve a potenciar el trabajo en equipo, en muchos casos interprofesional. Estos aspectos hacen que la participación en el programa aporte una gran satisfacción profesional y que se esté aumentando el respeto a la enfermería desde otras profesiones.

Sin duda, uno de los retos es que desde las instituciones se reconozca ese esfuerzo realizado por los impulsores y se habiliten mecanismos de recompensa, que no siempre han de ser económicos.

Además de las mejoras en el cuidado de los pacientes, ¿disponemos ya de datos económicos que constaten la necesidad de adaptar la práctica clínica a la evidencia científica? De forma genérica en estudios realizados en diferentes contextos sí existe esa

información. En nuestro contexto, tras 5 años desde el inicio de la primera cohorte empezamos a tener información que nos va a permitir hacer análisis económicos para cada una de las guías implantadas. Lo que sí podemos cuantificar ahora es, por ejemplo, el número de caídas o el número de lesiones por presión que evitamos, con el consiguiente ahorro en días de estancia hospitalaria o de intervenciones adicionales evitadas. En otras guías, como la promoción de la lactancia materna o la prevención de la obesidad infantil, será más complejo cuantificar los beneficios, en términos económicos, ya que dichos beneficios se producen a muy largo plazo y no se muestran tan inmediatamente relacionados con la intervención como ocurre con la prevención de caídas.

Algunos de los grandes éxitos del programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO)® es que permite canalizar todo el conocimiento, efectuar comparativas a nivel internacional y estandarizar los protocolos de actuación. ¿Podemos hablar de empoderamiento enfermero para liderar la mejora de nuestro sistema de salud? Absolutamente. El primer éxito es el cambio de cultura hacia una práctica basada en el conocimiento, en el que uno de los primeros resultados es la disminución de la variabilidad clínica por medio de la estandarización de procedimientos y protocolos. No cabe duda que el formar parte de un programa internacional, además de servir de estímulo, favorece la comparación de resultados y puede ayudar a comprender que en muchos cuidados hay un amplio margen de mejora, que es alcanzable. Sin el papel protagonista de las enfermeras este cambio, probablemente, no se estaría produciendo o sería mucho más lento.

...Estamos demostrando que se puede transformar la enfermería a través del conocimiento, como dice el lema de RNAO. En la medida en que nos creamos que es así, y que está en nuestras manos el poderlo llevar a cabo, en un futuro próximo asistiremos a una gran transformación.[]

entrevista

Lideratge a Lleida

“Agraïm a les
impulsores l'esforç
que fan, de manera
desinteressada, per
millorar la nostra
professió”

MERCÈ FOLGUERA

Parlem amb... MERCÈ FOLGUERA

LÍDER DEL PROJECTE D'IMPLANTACIÓ BPSO® LLEIDA
VICESECRETÀRIA DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA

El 2015, els hospitals universitaris Arnau de Vilanova (HUAV) i Santa Maria (HUSM) i la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida (FIF-UdL) es van incorporar al programa Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)®.

Com es materialitza aquesta iniciativa? Tot va començar l'any 2013, amb la realització a Lleida del curs de formació del projecte de Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)®, on vam assistir infermeres de totes les comunitats espanyoles representant les nostres institucions perquè estaven interessades a participar-hi.

Després de veure no només la magnitud del projecte, sinó també el gran benefici que en podíem obtenir, tant les infermeres com els pacients que atenem cada dia, vam decidir formar-ne part i buscar la manera de poder arribar al màxim nombre de professionals d'infermeria. Per aquest motiu ens vam posar d'acord l'HUAV, l'HUSM i la FIF-UdL per presentar una candidatura conjunta, amb el suport i la col·laboració del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida i també del grup de Recerca Infermera en Cures (GRECS). Finalment, després de competir amb gairebé 60 institucions més de tot l'estat espanyol, la nostra candidatura va ser una de les 10 escollides en la segona cohort del programa de Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)®. I, des del gener del 2015, estem treballant per aconseguir aquesta excel·lència en cures, transformant la infermeria a través del coneixement.

Quines són les guies que s'estan implantant a Lleida? Estem implantant 4 guies de bones pràctiques (GBP):

- Cures i maneig de l'ostomia.
- Prevenció de caigudes i lesions derivades de les caigudes en persones grans.

- Valoració del risc i prevenció de les nafres per pressió.
- Cures centrades en la persona i família.

Una de les particularitats del projecte BPSO® a Lleida és que es desenvolupa de forma simultània i conjunta en els tres centres. Què implica liderar un projecte d'implantació "multicentre"? Liderar un projecte com aquest no és una tasca fàcil, tant per l'envergadura del projecte, com per la complexitat que comporta coordinar un programa com el BPSO® en tres centres completament diferents. Hem de tenir en compte que som un centre docent (FIF-UdL) i dos hospitals que pertanyen a empreses diferents (l'HUAV és de l'Institut Català de la Salut i l'HUSM és de Gestió de Serveis Sociosanitaris), amb tot el que això comporta. Estem consensuant i unificant maneres de treballar, protocols, registres, formació... sempre tenint en compte les particularitats de cada centre i de cada unitat on implantem les guies, cosa que no és gens fàcil. A més, tot el que s'està treballant i implantant en els dos hospitals, s'incorpora també al currículum de les diferents assignatures del Grau d'Infermeria on s'implanten les GBP. I tot això no seria possible sense el treball conjunt de coordinació que estem fent amb el Josep M. Gutiérrez, colíder del projecte i referent de l'HUAV, i el Joan Blanco i la Montserrat Gea, degà i vicedegana cap d'estudis, respectivament, de la FIF-UdL.

Vostè també és vicesecretària del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida. Quin paper juga el COILL en aquest compromís per l'excel·lència infermera?

El COILL té entre les seves funcions vetllar per la bona praxi de les infermeres i infermers de Lleida, fomentar la recerca infermera i transferir

l'evidència científica a la pràctica assistencial. I aquests són els requisits per poder arribar a l'excel·lència en cures. Per aquest motiu, el COILL ha estat donant suport al projecte de Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)[®] des del moment en què es va començar a gestar la candidatura lleidatana. Alguns exemples de com es materialitza aquest suport són el patrocini de l'edició impresa de les GBP que s'estan implantant, la col·laboració en la difusió d'aquest projecte, tant al col·lectiu infermer com també a la resta de la societat; i la participació en l'organització de la I Jornada d'Impulsors BPSO[®] Lleida.

Tal com s'ha volgut destacar en la I Jornada d'Impulsors BPSO[®] Lleida, la figura de la Impulsora és "imprescindible" per poder assolir els objectius del programa.

Quines són les seves funcions? Parlem només d'infermeres? Els impulsors del projecte o "champions", tal com li diuen al Canadà, són professionals d'infermeria i altres professionals que defensen la millora de la pràctica clínica i dels cuidatges en les seves institucions mitjançant la implantació de GBP. En el nostre cas, tenim impulsors de 8 categories laborals diferents: infermeres, TCAI (Tècnics en Cures Auxiliars d'Infermeria), zeladors, fisioterapeutes, metges, treballadores socials, tècnics de grau superior de diagnòstic per la imatge, responsables de qualitat del servei de neteja, i professors de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia. Les seves funcions com a impulsors consisteixen a dur a terme accions en el dia a dia que influeixin en els companys perquè utilitzin les GBP, difondre l'evidència, ajudar a la transferència del coneixement, promoure la integració de pràctiques basades en l'evidència, i en definitiva, transformar el coneixement en acció.

Quantes Impulsors participen activament en la implantació a Lleida? Actualment tenim 180 impulsors i impulsores que treballen per a la implantació d'aquestes GBP en els tres centres (HUAV, HUSM i FIF-UdL). Tots aquests impulsors estan distribuïts en diferents grups de treball multidisciplinaris i



multicèntrics, per a cadascuna de les quatre guies que implantem.

Quina durada es preveu per assolir la implementació de les Guies BPSO[®] als centres de Lleida?

El projecte d'implantació de guies de bones pràctiques té una durada de 3 anys, al final dels quals, els centres participants en el projecte serem acreditats com a Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures. Per tant, nosaltres, que vam començar al gener del 2015, si tot va bé, serem acreditats al desembre del 2017. I, a partir de llavors, començarà el període de sostenibilitat i d'expansió.

...No sempre podem recompensar com ens agradaria la feina que s'està fent de manera desinteressada per tirar endavant el projecte, per això aprofito aquestes pàgines per felicitar i donar les gràcies a tots els Impulsors per la gran tasca i el gran esforç que estan fent per millorar la nostra professió i, el que és tant o més important, la qualitat de les cures que oferim als nostres pacients.[]

entrevista

Austràlia

“La clau per
implementar
les guies és la
persistència”

ROBERT BONNER

Parlem amb... ROBERT BONNER

DIRECTOR D'OPERACIONS I ESTRATÈGIA
DE L'AUSTRALIAN NURSING AND MIDWIFERY FEDERATION (ANMF) (SA BRANCH)

Quan es va adherir la Federació Australiana d'Infermeres i Llevadores (Australian Nursing & Midwifery Federation –ANMF, SA Branch–) al programa BPSO® i amb quin propòsit? La Federació Australiana d'Infermeres i Llevadores (branca SA) van signar un acord el 2011 amb la RNAO per acollir el programa BPSO a Austràlia. Ho vam fer després de quedar profundament impressionats per l'enfocament sistemàtic adoptat per aplicar la pràctica basada en l'evidència en el programa i, també, per les guies de bones pràctiques que eren, justament, molt pràctiques i estaven disponibles.

La nostra experiència, fins aquell moment, era que la implementació de la nova pràctica a Austràlia estava en gran mesura tematitzada. Per exemple, se centraven en la higiene de mans que s'implementava com un projecte específic. Per tant, tenia una influència i durada limitada. Tot al contrari que el programa BPSO® que té la seva essència en l'acció d'incorporar els enfocaments basats en l'evidència a la pràctica d'infermeria en totes les organitzacions. Això vol dir que, independentment de la qüestió que s'examina, l'organització té la capacitat per liderar i canviar. A més, s'anima a les infermeres i llevadores a exercir sempre basant-se en la millor evidència i informació disponible. Es faculta la infermera o llevadora per prendre decisions basades en l'evidència i en les guies disponibles, en lloc de reproduir les pràctiques del passat.

L'altra atracció del programa de la RNAO són les guies de l'Entorn de Treball Saludable (Healthy Workplace Environment Guidelines). Aquestes directrius reconeixen que l'ambient de treball té un profund impacte en la pràctica de les infermeres i llevadores. En elles mateixes i, indirectament, en la seva capacitat per proporcionar cures eficaços en infermeria i en atenció obstrètica als seus pacients/clientes.

Això "parla" del nostre paper com a sindicat que representa els treballadors d'infermeria i obstetrícia, així com del nostre paper com l'associació professional més gran d'Austràlia.

En la seva presentació durant la taula rodona sobre experiències internacionals, vostè va posar èmfasi en la "batalla burocràtica" que va tenir al seu país perquè el programa fos una realitat. Com es lidera un programa com aquest, des d'un sindicat amb gairebé 20.000 membres?

L'ANMF (branca SA) és alhora una organització professional i sindical. Els buròcrates tendeixen a intentar encasellar-nos com "el sindicat", la qual cosa tendeix a reduir el focus del nostre paper i la nostra capacitat de parlar clar. Per tant, resistim aquesta definició simplista sense evitar, de cap manera, la centralitat del nostre treball industrial. Reduir la nostra influència és una cosa que els buròcrates han intentat fer al llarg dels anys. S'adapta al seu propi control del sistema de salut i debilita la influència i la veu de les infermeres i llevadores. Així que, quan ens vam proposar establir el programa BPSO®, a Austràlia hi va haver una oposició. Tant en el moment en què estàvem establint el programa i buscant finançament del Govern, com durant el procés d'aplicació.

La persistència va ser la clau. Seguir pressionant, com a lobby, al Ministeri de Salut va fer que proporcionés els fons per fer un programa pilot, malgrat el consell dels buròcrates. Al final, vam tenir els dos serveis de salut desitjant formar part del programa i vam treballar amb molt de compte amb ells per desenvolupar el programa per satisfer millor les seves necessitats. Sempre vam ser conscients de la necessitat de demostrar l'eficàcia del programa. La construcció de l'avaluació des del començament va ser crítica i hi van ajudar també els serveis de salut.

Vostè va parlar de l'esforç d'unificar, en una primera fase del programa, els estàndards australians de qualitat amb els de les BPSO®. Podríem traslladar aquest concepte a la infermeria internacional i considerar l'aplicació de les normes comunes a nivell mundial sobre la base d'aquestes guies? Crec que el desafiament de l'aplicació dels estàndards de qualitat de marc internacional radica en què els nostres estàndards varien arreu del món. No obstant això, els processos per traçar les guies i els sistemes d'implementació dels nostres estàndards nacionals podrien aplicar-se a qualsevol lloc i amb els estàndards aplicables a qualsevol país. El nostre enfocament era, efectivament, que si estàvem tractant de demostrar una millora en la pràctica d'infermeria, llavors els vincles amb la qualitat haurien de ser clars i demostrats. Això construeix el cas pel programa, però també crea l'evidència que el servei de salut necessita pels seus processos d'acreditació i gestió de qualitat. L'ús d'enfocaments comuns és útil: si creem enfocaments d'avaluació consistentment, llavors la nostra capacitat de comparar resultats i compartir les nostres experiències s'intensifica moltíssim.

L'adopció d'estàndards comuns milloraria la mobilitat professional de les nostres infermeres en el mercat mundial? Òbviament, si podem fer servir sistemes o enfocaments similars o comuns arreu del món, llavors la capacitat de les infermeres i llevadores per a la pràctica es fa més "internacional". L'evidència és l'evidència, independentment del seu país d'origen. Hem de tenir en compte les qüestions culturals o dels sistemes que poden influir en la seva aplicació, però ha de poder ser aplicat a tot el globus, amb adaptació o sense. No obstant això, els principals problemes que afecten la mobilitat són les diferències en la preparació educativa, l'abast de la pràctica i el llenguatge que no poden veure's afectats directament a través de programes com aquest.

Les dades econòmiques proporcionades per l'ANMF són sorprenents: 50.000 dò-

lars al programa de costos d'implementació i 351.000 dòlars en estalvis anuals. Irrefutable? L'evidència de l'estalvi de costos en aquella instància va ser acceptada pel Departament de Salut i per les xarxes de salut d'Austràlia. Aquestes institucions representen una estimació conservadora del cost-benefici de només dos aspectes del programa. Reduir les caigudes i reduir l'aplicació de les restriccions en l'entorn va tenir l'efecte de reduir la durada de l'estada als hospitals. Aquestes tenen repercussions en la despesa. Hem de ser més hàbils en demostrar l'efectivitat de costos de cuidatges d'infermeria i obstetrícia. No podem confiar simplement en bons resultats en els pacients i obtenir el seu suport dins del seu propi dret: cal demostrar també que l'atenció basada en l'evidència de bona qualitat també és, en última instància, més eficaç i més barata pels qui financen la salut.



... Ara hem implementat o estan implementant el programa BPSO® en 4 organitzacions molt diferents. Un servei de rehabilitació complex, tota una xarxa de salut amb serveis primaris, secundaris i terciaris i, més recentment, en un servei de salut mental especialitzat i en una xarxa per a la salut de les dones i la salut infantil. Tot i que les guies que s'estan aplicant varien, reflectint la naturalesa de les organitzacions, l'entusiasme pel programa i l'acceptació dels sistemes i estructures per a la implementació ha estat universal.[]

entrevista

Hospital Vall d'Hebron [BCN]

**Idees: “Motivació
i empenta no en
falten. El que pot
faltar a vegades
són recursos”**

MONTSERRAT TIÑENA

Parlem amb... MONTSERRAT TIÑENA

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON DE BARCELONA

Quan s'adhereix l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) al programa "Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)®" i amb quin objectiu? L'any 2011 surt la primera convocatòria i, en aquells moments, es va elaborar i presentar el nostre projecte, que va ser acceptat junt amb 7 centres més d'altres comunitats autònomes. Comencem com a candidats a Centre Compromès amb l'Excel·lència en Cures l'any 2012 i vam ser acreditats el gener del 2015.

L'objectiu és continuar impulsant dues línies estratègiques que la Direcció d'Infermeria està treballant de fa alguns anys: la qualitat i la recerca en cures. Tenir l'ocasió d'estar en aquest programa és una experiència que ens permet i permetrà fer un pas molt important en relació a oferir cures d'infermeria d'alta qualitat basades en les Guies de Bones Pràctiques RNAO, de reconegut prestigi, i comptar amb el suport d'experts per planificar el procés d'implantació, utilitzant les estratègies més adequades. A més, és una gran oportunitat per col·laborar amb altres institucions i també a nivell internacional.

L'HUVH és el complex hospitalari més gran de Catalunya i un dels més grans de l'Estat espanyol. Com es coordina un projecte d'aquestes dimensions? No sense dificultats, tot i que l'organització infermera de l'hospital té experiència, tant en les estratègies d'informació i implantació, com en les de participació i avaluació, per haver posat en marxa i desenvolupat altres projectes. Això no vol dir que sigui fàcil, per la gran quantitat d'especialitats, unitats i nombre de professionals, però tenir infermeres motivades, expertes i referents ens ha estat molt útil per a la implantació de les guies seleccionades.

Quines són les guies que s'estan implantant a Vall d'Hebron? Les guies implantades, amb èxit, a l'hospital des de l'any 2012, i així ens ho indiquen els resultats, són: Prevenció de les

caigudes i lesions derivades de les caigudes (11 unitats), Cura i maneig de l'ostomia (5 unitats). Des de l'any 2015, aquestes dues guies s'estan implantant a la resta dels tres hospitals que conformen el Campus Hospitalari Vall d'Hebron i també la guia de Valoració i maneig de les úlceres del peu diabètic. De fet ja comencem a planificar l'extensió a primària i a la Universitat Autònoma de Barcelona, així com la implantació de la guia de Lactància materna.

Més de 600 impulsors. Quin perfil tenen i com es coordinen? Semblen molts però la plantilla de professionals d'infermeria supera els 3.000 i si comptem tota la plantilla de l'HUVH som més de 7.000. De moment la gran majoria és personal d'infermeria però encara volem engrescar impulsors d'altres categories professionals: metges, zeladors, etc. Aspirem a ser més, perquè sense els impulsors no seria possible. Són imprescindibles. Volem comptar amb tots, s'ha de reconèixer la seva feina i tot-hom ho ha de saber

Destaca la creativitat de les impulsors i la necessitat de canalitzar aquestes idees per transformar-les en acció. Se'ns escolta poc a les infermeres? Des de la coordinació i lideratge de la BPSO®, treballem i volem assegurar que el que es fa en el programa té ressò, tant a l'hospital com fora d'ell. Sobre la creativitat de les impulsors es demostra cada any en el concurs d'idees i el que fem és posar-les en marxa i sobretot que se sàpiga de qui han sortit. Això és fonamental perquè té projecció en totes les unitats i sobre tots els professionals. De vegades hi ha dificultats i no les podem posar en marxa tan aviat com voldríem, però només ens cal una mica més de temps perquè, de motivació i empena no en falten. El que pot faltar a vegades són recursos.

Resultats. Disposem de dades? Sí, perquè s'avaluen mensualment, de forma sistemàtica,



una sèrie d'indicadors de procés i resultats, per cadascuna de les guies. Monitorar-los ens permet tenir resultats i veure l'evolució en el temps. També tenim el feedback d'Investències que és el centre coordinador de tots els centres BPSO®. En aquests cinc anys hem pogut comprovar la progressió que hem tingut des de la implantació de les guies.

Per exemple, la identificació dels factors de risc de caiguda i, sobretot, la revaloració cada cop que canvia la situació del pacient, ens dona informació molt valuosa per fer prevenció de caigudes, que es tradueix en millor atenció a les persones, evitant caigudes i lesions produïdes per les caigudes. Per tant, menys temps d'hospitalització i, finalment, un menor cost. De la mateixa manera, els pacients ostomitzats es bene-

ficien de la consistència i continuïtat de les cures basades en l'evidència, que fomenta la seva independència i augmenta la seva qualitat de vida

... M'agradaria animar tots els professionals a treballar amb recomanacions basades en l'evidència, i a defensar la millora en la pràctica clínica en les seves institucions mitjançant la implantació de Guies de Bones Pràctiques (GBP). Això ens permet modificar actituds i criteris que segons l'evidència són millorables. Felicitar a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital Universitari Santa Maria per participar en aquest programa internacional i a tots els implicats en la jornada BPSO® del passat dia 21 de novembre.[]

entrevista

Xina

**“La promoció i difusió
localitzada de les guies
BPSO[®], adaptades a la
medicina tradicional
xinesa, està en curs”**

HAILING GUO

Parlem amb... HAILING GUO

DIRECTORA I INFERMERA CAP DEL DONG ZHI MEN HOSPITAL BEIJING (XINA)
-ESCOLA CLÍNICA DE MEDICINA TRADICIONAL XINESA-

Quan es va incorporar el Dong Zhi Men Beijing Hospital al programa Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)[®] i amb quin propòsit? Al gener del 2015, quan la doctora Doris Grinspun –directora de la RNAO– i el Dr. Irmajean Bajnok –director del Centre de Bones Pràctiques– van visitar el nostre hospital per primera vegada. Ella ens va portar les guies BPSO[®] de pràctica clínica i vam signar, oficialment, un acord de cooperació. El 30 de juliol de 2015, Grinspun i Bajnok van ser testimonis de la cerimònia d'obertura de la Implantació de les guies de bones pràctiques que es va celebrar al Departament Internacional del nostre hospital. Una posada en comú per integrar la infermeria basada en l'evidència amb la medicina xinesa i la medicina occidental.

A través de l'aprenentatge i l'aplicació de les BPSO[®] volíem regular el comportament de la infermeria clínica i millorar la capacitat de la pràctica clínica per promoure, encara més, la internacionalització de la medicina tradicional xinesa.

L'Hospital de Dong Zhi Men –també primera Escola Clínica de Medicina Tradicional Xinesa– resulta un marc, si més no curiós, per a la implantació de les Guies BPSO[®]. Va suposar algun conflicte l'adequació de les innovadores directrius de les guies a la pràctica clínica basada en la medicina tradicional xinesa? Són moltes les diferències entre la medicina tradicional xinesa i l'occidental. Per exemple, la localització. Vàrem traduir les guies BPSO[®] al xinès i vàrem formar un grup executiu multidisciplinari. Tot seguit, mitjançant enquestes de referència, entrevistes i recomanacions d'experts, es van seleccionar 26 directrius.

El 12,8% de les infermeres del Dong Zhi Men Hospital són impulsors del programa BPSO[®].

Quin perfil tenen aquestes infermeres i quina és la seva tasca en la implantació del programa d'excel·lència? Per dur a terme el programa, primer vam crear 4 grups: el Grup Acadèmic, el Grup de Pràctica Clínica, el Grup de Connexió externa i el Grup d'Informació. Les impulsors dels quatre grups treballen per donar suport a la implantació de les guies.

Quines Guies BPSO[®] estan implantant a l'hospital? Són tres: Avaluació i gestió de l'úlcer dels pacients amb peu diabètic, Maneig de pacients amb dolor i Atenció orientada al pacient.

Vostè diu "la Xina està en camí de convertir-se en el país amb més pacients de peu diabètic del món". Com hi ha influït la implementació de les guies BPSO[®]? Hem publicat un fullet, seguint les directrius de bones pràctiques i les de la pràctica xinesa tradicional en infermeria, per al tractament dels pacients de peu diabètic amb úlceres. També hem adaptat la tècnica infermera tradicional xinesa a les noves directrius. Per exemple: compreses humides, punts de massatge, bany de peus d'herbes xineses o l'auriculoteràpia, entre altres.

... L'hospital Dong Zhi Men és un entorn adequat per a l'aplicació de les Guies BPSO[®], pràctiques que hem analitzat i s'adapten a les característiques úniques dels pacients xinesos, així com a la cura de la salut de la medicina tradicional xinesa i al nostre sistema de salut. L'inici de les directrius va ser un èxit i va tenir un impacte significativament positiu en la nostra pràctica d'infermeria. Ara, la promoció i difusió localitzada de les BPSO[®], adaptades a les característiques de la medicina tradicional xinesa, està en curs.[]

PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA EN LA ELECCIÓN DE TÉCNICA DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Mejor Comunicación Oral

M CARMEN TORRES TORRRADEFLOT
ANTONIETA SOL AGUDO

ENFERMERAS. CONSULTA ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA. SERVICIO NEFROLOGÍA. HOSPITAL
UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA



Introducción

La consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) proporciona cuidados a las personas con ERC estadios 4, 5 con un filtrado glomerular (FG) < 30 ml/minuto/1,73 m².

La guía de los cuidados centrados en la persona y familia RNAO, recomienda la participación activa de la persona en los cuidados de la salud¹.

En la consulta ERCA la enfermera proporciona la información sobre las modalidades de tratamiento renal sustitutivo (TRS)². Estas modalidades son, hemodiálisis en centro (HD), hemodiálisis domiciliaria (HDD), diálisis peritoneal (DP), Trasplante vivo (TXV), Trasplante cadáver (TXC). Enfermería ERCA proporciona a la persona con enfermedad renal un cuidado integral en el que se contemple: asistencia, información, formación y educación e investigación consensuada³. El objetivo es potenciar los autocuidados y autonomía de la persona; conservar el mayor tiempo posible la función renal (FR) mediante el abordaje dietético y apoyar al paciente en la toma de decisión sobre TRS⁴.

La diálisis peritoneal se caracteriza porque la persona con enfermedad renal, hace el tratamiento en su domicilio con lo que se implica más en su autocuidado.

Las intervenciones de enfermería⁵ realizadas en consulta ERCA son: 5614 Enseñanza: dieta prescrita, 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento (autoadministración agentes estimulantes eritropoyetina, tratamiento renal sustitutivo (TRS), auto medida de la presión arterial (AMPA), preservación vascular y preservación acceso venoso), 5616 Enseñanza: medicación prescrita, 5604 Enseñanza: grupo, 5246 Asesoramiento nutricional (encuesta dietética).

Objetivo

Valorar la participación de las personas en la decisión de tratamiento renal sustitutivo tras la intervención; 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

Material y método

Estudio observacional prospectivo. Año 2015.

Se incluyen 81 pacientes a los que se les ha realizado educación en modalidad de TRS durante el año 2015 en la consulta de ERCA del servicio de nefrología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV). Se informó a los participantes del estudio y dieron consentimiento verbal.

Las variables analizadas fueron:

- **Variables demográficas:** Edad, sexo y estructura familiar.
- **Variables clínicas:** Etiología de la enfermedad; selección de técnica de TRS; decisión de modalidad de técnica de TRS inicial; decisión de modalidad de técnica de TRS final; número de intervenciones educativas recibidas.

Se realiza la intervención, 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento (educación de TRS). La actividad realizada para esta intervención es:

1ª Visita: Citar al paciente y familiar y hacer una educación en TRS con medios audiovisuales. Entrega de información por escrito y hoja de ventajas e inconvenientes.

2ª Visita: Revisar hoja de ventajas e inconvenientes. Nos permite averiguar los valores del paciente y el estilo de vida y encuesta de conocimiento.

3ª Visita: Realizar actividades para ver conocimientos y afianzarlos.

4ª Visita: El objetivo es que en esta visita haya elección de modalidad de TRS. Esto no es siempre así, en cuyo caso podemos concertar una cita del paciente con otras personas que estén en TRS y mostrar las unidades de diálisis.

Se llevó a cabo una estadística descriptiva de las variables pre y post intervención. Se comparó frecuencias y error estándar. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS20 para Windows.

Resultados

Demográficos:

- Edad media de la muestra fue $67 \pm 1,7$ años (26-90), el 72% (n=58) hombres y 28% (n=23) mujeres.
- En cuanto a la estructura familiar, el 62% (n=50) viven en pareja.

Clínicos:

- Según la etiología de la ERC, el 27% (n=22) la causa mayoritaria fue vascular.
- Recibieron una media de 3 educaciones.
- En la primera educación, el 47% eligió diálisis peritoneal (DP) vs el 14% que eligió hemodiálisis (HD). El 36% indecisos.
- La elección final fue de DP en un 52% vs el 38% que prefirió HD.

Conclusiones

- En la primera educación un 36% de personas con enfermedad renal presentan indecisión en la elección de modalidad de TRS.
- Se ha requerido una media de 3 educaciones para la toma de decisión.
- Con la intervención 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento, se consigue que haya una decisión de modalidad en TRS en todos los casos. El 52% eligen DP.[]

Bibliografía

- 1-Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidados centrados en la persona y familia. RNAO.
- 2- Continuing-education: preparing patients to choose a replacement therapy. 2015. Journal of Renal Care, 40(1); 62-75.
- 3- Rebollo A, Morales JM, Pons ME. Influencia de la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo. Enfer Nefrol 2014; 17(4): 243-25.
- 4-Bardón Otero E., Martí i Monró A., Vila Paz M L. Enfermería en la consulta de ERCA. Nefrología (2008). Supl. 3, 53-56
- 5- Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Editorial Elsevier.

OSTOMIA I SEXUALITAT

TERESITA MARTÍ RIBES
MARIBEL FONDEVILLA FRAGÜET
MARTA SADURNÍ GRÀCIA

Introducció

La intervenció quirúrgica d'una ostomia produeix en els pacients una alteració de la imatge corporal, de les relacions sexuals i de la intimitat. En alguns casos produeix disfunció sexual, depenent del tipus d'intervenció, amb les consegüents reaccions psicològiques, físiques i socials.

La guia de bones pràctiques en Infermeria és un document que aporta els recursos necessaris per a la pràctica de la Infermeria basada en l'evidència.

Dins de la guia Ostomies hem agafat la recomanació Núm. 7: Examinar el possible impacte de la cirurgia d'ostomia en les relacions íntimes i funció sexual del pacient i la seva parella.

Objectiu

Millorar la qualitat de vida i la funció sexual dels pacients portadors d'una ostomia.



Materials i mètodes

Realitzem Educació sanitària prequirúrgica i postquirúrgica sobre disfunció sexual.

Fem servir qüestionari Stomal-qol de qualitat de vida. Utilitzem el model PLISSIT: Tractar el tema de la sexualitat amb els pacients i resollem els seus problemes. En les seves quatre categories:

1. Permís

- Concedir el permís per a parlar de sexualitat.
- Crear un clima confortable i segur.
- Donar normalitat a la sexualitat. No jutjar.

2. Informació limitada

- Donar informació bàsica sobre sexualitat.
- Desmitificar creences errònies.
- Impacte de la malaltia i de les teràpies.
- Tractaments farmacològics i dispositius per superar les dificultats erèctils (Pastilles, injeccions intracavernoses, bomba de buit, gels intrauretrals, pròtesi de penis...).

3. Surgències específiques

- El que el pacient pot fer per si mateix.
- Incloure intervencions sobre disfunció erèctil.
- Informació sobre teràpies i dificultats funcionals.
- Identificar pacients susceptibles de teràpia intensiva.

4. Teràpia intensiva

Consisteix en la derivació a un especialista quan els nivells anteriors no siguin suficients per resoldre els problemes existents.

Les relacions sexuals i la intimitat són aspectes importants i de plenitud en la seva vida que han de continuar després d'una cirurgia d'ostomia, encara que incorrerà en un període d'adaptació. La funció sexual de la dona, en general, té pocs canvis però la potència sexual en l'home, pot ser que es vegi afectada

Conclusió

L'atenció integral per part d'infermeria especialitzada en ostomies, ajuda a millorar la qualitat de vida dels pacients ostomitzats. Abordar el tema de la sexualitat, és un apartat important per a les persones portadores d'una ostomia i de les seves parelles des del punt de vista holístic.[]



Bibliografia

Registered Nurses Association of Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Investén-isciii. 2009;1-120. Moncada-Iribarren I, Bach A, Hansen G, Aveborn E, Berndtsson I. Pautas para las relaciones de p Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación Trabajo Final de Grado en Enfermería realizado por: Mar Sánchez Ruiz, Tutora: Judith Roca Llobetareja: manual práctico. Coloplast; 2011 Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación Trabajo Final de Grado en Enfermería realizado por: Mar Sánchez Ruiz Tutora: Judith Roca Llobet.

El present treball ha estat realitzat utilitzant parcialment dades i la metodologia del Programa d'Implantació de Guies de Bones Pràctiques en Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)[®].

L'autor expressa el seu agraïment al Grup de Treball del Programa d'Implantació de Bones Pràctiques en Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)[®].

El Programa d'Implantació de Guies de Bones Pràctiques en Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO)[®] està parcialment finançat pel Centre Col·laborador Espanyol de l'Institut Joanna Briggs.

AVALUACIÓ DELS REGISTRES SOBRE RISC I PREVENCIÓ D'ÚLCERES PER PRESSIÓ (UPP) A L'HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (HUAV)

ALEJANDRO BERGUA LORENTE
SILVIA DOMÍNGUEZ AGULLO
ADELA ZARZUELA DE BLAS

Introducció

L'escala EMINA és un instrument per la identificació del risc que tenen els nostres usuaris de patir úlceres per pressió. La seva utilitat està subjecta al seu registre, el qual permet treballar a tots els professionals d'infermeria de manera unificada, per tal de millorar la qualitat de vida dels nostres pacients, prevenint que pateixin úlceres per pressió a causa del seu estat de salut.

Objectius

Avaluar els registres realitzats de l'escala EMINA en el sistema informàtic Gacela Care. Avaluar els registres de presència i prevenció d'UPP, en el sistema informàtic Gacela Care.

Metodologia

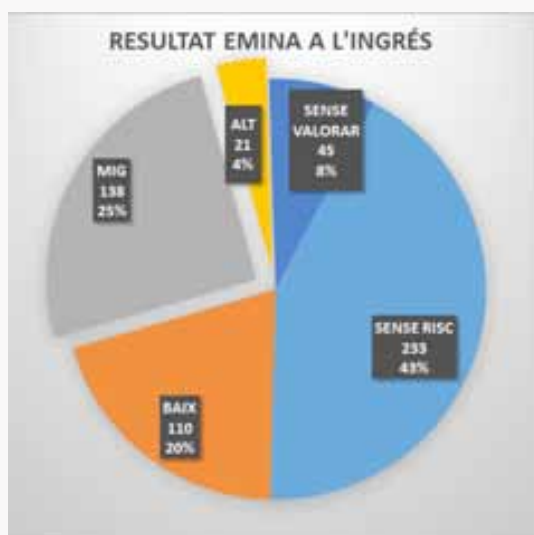
Es recullen i s'analitzen les dades introduïdes en el programa Gacela Care sobre risc i prevenció d'UPP de 547 episodis (hospitalitzacions de més de 24 hores), durant els mesos de gener a juliol de 2016, en dos dels serveis del HUAV.

Les dades recollides són sociodemogràfiques: edat i gènere; de valoració d'UPP: valoració d'escala EMINA, risc de desenvolupar i presència d'UPP i aplicació de superfícies especials de maneig de la pressió (SEMP).

Resultats

En el nostre treball de camp, hem obtingut una mostra de 547 registres. D'aquests, un 45% (245 casos) són dones i un 55% (302 casos) homes, amb una mitjana de dies d'hospitalització d'uns 7 dies, amb una desviació estàndard de 6 dies i una moda de 2 dies. S'han donat 5 casos de més de 30 dies d'estada hospitalària.

Dels 547 episodis, s'ha fet una valoració de l'escala EMINA a l'ingrés d'un 88,12% (482 ca-



sos). Els resultats EMINA registrats han mostrat que existeix un 4% de risc alt d'aparició d'UPP (21 casos), un 25% de risc mitjà (138 casos), un 20% de risc baix (110 casos), un 45% sense risc (233 casos) i l'altre 8% (45 casos) no ha estat valorat. Amb aquestes dades de resultat de les valoracions EMINA, un 29% (159 casos) dels episodis tenen risc –mitjà i alt– de desenvolupar UPP.

El compliment de les revaloracions del registre d'escala EMINA durant l'estada hospitalària, d'acord amb el protocol BPSO®, és del 0,73% (4 casos). Apuntar que s'ha trobat que en diverses ocasions sí que es complien les revaloracions, excepte la de l'alta (canvi de servei).

Els SEMP registrats han estat del 2% (11 casos).

Les UPP registrades han estat del 0,55% (3 casos). Dues d'elles han aparegut durant l'ingrés i l'altra estava present en l'ingrés.

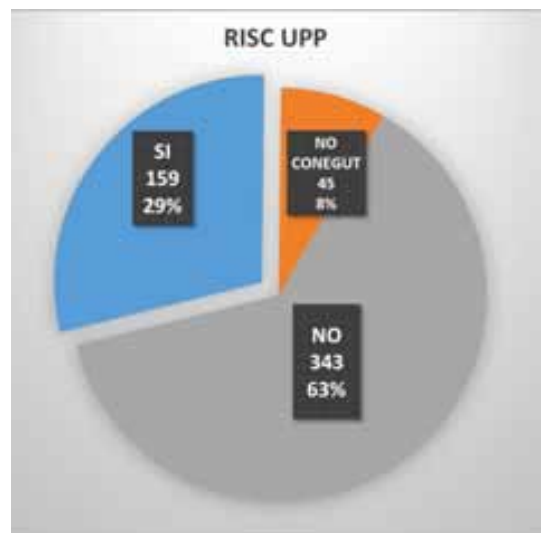
Conclusions

Segons les dades recollides, que mostren un baix percentatge de registres en: revaloracions de l'escala EMINA durant l'estada hospitalària (al contrari que en l'ingrés), aplicació de SEMP i presència de UPP; es poden establir diverses reflexions:

- Que en la població escollida per agafar la mostra de 547 episodis de més de 24 hores d'hospitalització, la presència de 3 UPP ha estat molt baixa (prevalença del 0,55%) i podria donar-se perquè la majoria de pacients de la mostra han estat hospitalitzats pocs dies i es minimitza un dels factors de creació d'UPP: el temps.
- Que potser s'hauria de revisar el sistema d'aplicació de SEMP, explicant els seus beneficis i fomentant més la seva aplicació.
- Es pot facilitar la realització i l'ús dels registres per tal de fer-los dins els temps establerts.

Aquesta qüestió es podria resoldre fàcilment afegint avisos en la plataforma Gacela Care de tal manera que, segons el risc de la darrera valoració (a la setmana, al cap de 72 hores o al cap de 48 hores), aparegués un avís recordant-nos de realitzar una nova valoració i no poder donar l'alta del pacient de la unitat fins que no es realitzi la darrera valoració de l'escala EMINA.

Per acabar, ara que coneixem l'estat dels registres sobre actuacions de prevenció sabem on és necessari invertir els nostres esforços per tal de millorar la qualitat dels serveis donats als nostres usuaris.[]



**PROGRAMA INTEGRAL DE
FORMACIÓ ALS FAMILIARS
I CUIDADORS NO
PROFESSIONALS DE PERSONES
AMB DETERIORAMENT
COGNITIU**

**MONTSE CETÓ SALA
RAQUEL HUERTO
SÍLVIA CAMPANERA
GERARD PIÑOL RIPOLL**



Introducció

La Unitat de Trastorns Cognitius (UTC), ubicada a l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida, atén a persones amb deteriorament cognitiu. Es fan valoracions, diagnòstics, tractaments i seguiments de pacients. Aquesta està formada per un equip interdisciplinari (metges, infermers, psicòleg, treballadora social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliars...). Hi ha un seguiment del malalt i els seus cuidadors per part de tot l'equip, desenvolupant cada disciplina la tasca que li correspon.

Les demències acostumen a ser malalties de llarga durada. Resulta difícil als familiars entendre la malaltia, maneig dels cuidatges, assumir els canvis situació sociofamiliar, canvis de rol, situació econòmica... i, per tant, existeix un elevat risc de sobrecàrrega dels cuidadors al llarg de la malaltia. En més d'un 70% dels casos que atenem és la família qui fa de cuidadora: cònjuges i fills són cuidadors no professionals.

En cada cas, identifiquem el cuidador principal (CP), que serà el que farà d'interlocutor entre l'equip sanitari i el malalt. Considerem que la informació, formació i orientació als CP és molt important i, per aquest motiu realitzem un programa de formació específic dels cuidadors tant per incrementar els coneixements de la malaltia com per abordar estratègies de suport físic i emocional dels pacients i dels cuidadors.

Elaborem un pla d'informació i formació estructurada que s'ofereix als cuidadors no professionals, dins del qual hi ha les sessions divulgatives, el curs de formació i el grup d'ajuda mútua.

Mètode

En el curs de Formació per cuidadors no professionals, que vam iniciar l'any passat, els participants eren familiars de malalts que estant en seguiment des de la Unitat. Se'ls informa de la metodologia, es valora la pos-

sibilitat de l'assistència i les seves necessitats, inquietuds... i s'inclouen en una llista de possibles candidats.

El curs es realitza durant tres torns repartits al llarg d'un any i té una durada de 8 sessions d'una hora i mitja a la setmana.

Un mes abans de l'inici de cada torn, ens posem en contacte amb els possibles participants i tenim en compte les possibilitats d'assistència. S'inclouen a la llista del torn, es cita un màxim de dotze participants. És un curs reduït.

Durant el curs, se segueix un programa impartit per infermeria, neuropsicologia i treball social. Els temes tractats són: informació sobre les demències –tipus, fases, recomanacions de tractament i cuidatges bàsics en la vida diària–; activitats d'estimulació cognitiva, trastorns de conducta, recursos sociosanitaris i socials, la cura del cuidador o aspectes legals, entre altres.

Als assistents se'ls passa també una escala de coneixement de la malaltia –l'escala de sobrecàrrega de Zarit– i l'enquesta de valoració del curs, en finalitzar el mateix. A més, se'ls fa entrega d'un dossier elaborat per la Unitat, amb tots els temes sobre els que se'ls ha informat al llarg de les diferents sessions perquè el tinguin com a material de consulta.

Resultats

L'any passat van participar directament, en els diferents torns, 33 familiars cuidadors; dels quals, el 58% eren dones i el 42% homes. El 34% va assistir a les 8 sessions del torn, el 40% a 7 i la resta a 6 o menys.

Dels resultats de l'escala de sobrecàrrega de Zarit, gairebé el 70% dels cuidadors no tenien sobrecàrrega, el 18%, sobrecàrrega lleu i la resta, sobrecàrrega intensa.

Respecte a l'enquesta de valoració del curs que ens van contestar els participants –que po-

dem incloure en la guia de bones pràctiques de "Cuidados centrados en la persona y familia", centrant-nos concretament en el punt 4, on es fa avaluació del curs, tots els cuidadors van valorar satisfactòriament l'espai, l'horari, els docents... I la valoració global va ser entre positiva i molt positiva en el 90% dels casos. Quant al grau de coneixement i informació dels participants (valorat escala del 0 al 5), estava entre 0 i el 3 a l'inici, sent d'entre 4 i 5 el grau de coneixement, a la fi del curs.

Com a resultats intangibles aconseguim treballar més directament amb els cuidadors, facilitar coneixement i contacte entre ells, i els professionals de la Unitat els oferim la possibilitat de continuar rebent suport, orientant-los al programa del Grup d'Ajuda Mútua.

Conclusions

El familiar cuidador necessita informació, orientació, formació i comprensió per poder actuar en les situacions que se li presentaran en un futur.

L'èxit d'intervenció en els pacients amb deteriorament cognitiu depèn, fonamentalment, de la formació en habilitats i de les eines emocionals que en disposin els cuidadors. Els cuidadors són la figura clau pels professionals i pels malalts.

Els malalts que des d'un inici valorem, tractem i fem seguiment a la Unitat, tenen la sensació que reben més qualitat d'atenció i que el cuidador sap com actuar i fer la seva tasca, està més segur i, això, li permet estar més tranquil amb el malalt i saber com carregar-se de paciència per anar acompanyant-lo en aquestes llargues malalties que acostumen a ser les demències.

La satisfacció dels participants als cursos, després de la valoració que fan ells mateixos i dels comentaris que posen a les observacions, ens fa creure en la necessitat de continuar-los.[]

VALORACIÓ DEL RISC I PREVENCIÓ DE LES LESIONS PER PRESSIÓ BASADA EN L'EVIDÈNCIA

BENJAMÍ MONSONÍS FILELLA
SÒNIA AGUILÓ SÁNCHEZ
ANNA TEIXINÉ MARTÍN

El Grup Nacional per a l'Estudi i l'Assessorament de les Úlceres Per Pressió i Ferides Cròniques (GNEAUPP) ja va dir en el moment de la seva creació al 1994, que "les úlceres per pressió (UPP), lluny de ser un procés banal, inevitable o silent, són un problema de salut de primer ordre a nivell mundial".

Diferents estudis a nivell internacional han evidenciat la preocupació per aquest tema, especialment perquè la majoria de les Lesions Per Pressió (LPP) són evitables. Per això la prevenció es converteix en un tema d'interès per als professionals perquè s'ha convertit en un dels indicadors de qualitat d'infermeria.

Són grans les repercussions de les LPP sobre els pacients amb un deteriorament de salut i qualitat de vida i sobre els sistemes de salut en termes econòmics (cost de tractament i augment d'estades hospitalàries).

L'epidemiologia de les LPP en grans realitats poblacionals en Espanya ha estat poc estudiada, o almenys publicada. Les dades que presentem per evidenciar la importància de la prevenció de les lesions per pressió són del "4º Estudio nacional de prevalencia de la epidemiología de las úlceras por presión en España en 2103", publicat i realitzat per membres del GNEAUPP.

La prevalença de LPP de 2013 es manté estable entre el 7% i el 8% en hospitals, ha augmentat a un rang del 7,9% al 9,1% entre persones en ATDOM en Atenció Primària, i augmenta bastant, a un 12,6-14,2%, en centres sociosanitaris (CSS). La majoria de les lesions, un 65%, són

d'origen nosocomial, originades durant l'ingrés en hospitals o CSS.

Aquests són alguns dels motius que ens porten a formar part del projecte Internacional BPSO®.

Treballem amb la Guia de l'Associació Professional d'Infermeres d'Ontario (RNAO). La nostra guia està formada per un equip multidisciplinari de 50 impulsors i 3 col·laboradors, coordinat per 1 líder i 3 col·líders. El nostre objectiu principal és unificar criteris per l'adequada identificació del risc d'úlceres per pressió i en la prevenció i millora de les cures, segons l'evidència científica.

Pla de Treball

Segons les recomanacions en les quals estem treballant, i sempre junt amb els nostres impulsors, hem reafirmat algunes de les accions que ja estàvem portant a terme als nostres centres, hem unificat criteris i seguim insistint a recordar la importància de l'evidència. També hem iniciat algunes noves accions que ens permeten millorar en la valoració, prevenció i registre de les lesions per pressió.

A continuació els mostrem algunes d'aquestes accions:

• Valoració de la pell

En els nostres centres utilitzem l'escala de valoració EMINA. Prèviament es va fer un treball per tal d'unificar criteris a l'hora d'utilitzar-la.

Es realitza la valoració de la pell amb el registre d'aquesta escala dins de les 24 hores d'ingrés i en les següents revaloracions segons el risc obtingut.

En ambdós centres s'han obtingut uns bons resultats en el registre a l'ingrés del risc de lesions per pressió. Però es va evidenciar un important dèficit del registre en les següents revaloracions.

• Valoració de les lesions per pressió

Registre de les lesions per pressió (origen, cate-

goria, número, localització) en el programa de cures d'Infermeria GACELA.

Seguir els criteris de classificació que recordem amb els pòsters penjats en les unitats d'implantació.

Hem reforçat, en el recent curs de BPSO®, l'existència d'aquest registre i com i quan utilitzar-lo.

• Valoració talons

Diversos estudis són els que ens diuen que les lesions per pressió en talons són la segona localització més freqüent després del sacre. Un grup d'impulsors han començat a realitzar uns talls observacionals de la correcta descàrrega dels talons en les unitats d'implantació un cop al mes i en diferents torns de treball.

L'objectiu és presentar aquests resultats als companys amb la formació corresponent de la correcta descàrrega de talons en les diferents posicions.

• Superfície Especial de Maneig de la Pressió (SEMP)

Els pacients amb risc mitjà o alt d'úlceres per pressió disposen d'una SEMP en la brevetat més gran possible.

Registre de la col·locació i manteniment de les SEMP en el programa GACELA

Pòsters recordant la importància d'aquests sistemes i amb les diferents opcions que es disposa.

• Canvis posturals

Consensuar un sistema visual que ens ajudi a reforçar el programa de canvis posturals.

Realització de formacions al personal sanitari encarregat dels canvis posturals per tal de millorar aquestes tècniques, aconseguint una millor prevenció de les lesions per fricció i cisalla i a la vegada ens ajudarà a protegir-nos de possibles lesions.

• Cures de la pell

Revisió dels plans de cures amb l'adaptació individualitzada necessària a cadascun dels nostres pacients. S'està treballant amb la realització d'un tríptic per a famílies i cuidadors on es

parlarà de les cures bàsiques de la pell per la prevenció de lesions per pressió, fricció, cisalla i/o humitat.

La presentació d'aquest treball a la resta de companys ens servirà, a la vegada, per reforçar la importància d'aquestes cures de la pell i ajudar-nos també en la prevenció de les oblidades i difícils de diagnosticar i tractar, lesions per humitat.

Conclusions

Considerem que la implantació de la guia ens ha resultat ja eficaç per:

- Treballar en grups multidisciplinaris i de centres diferents.
- Ajudar-nos a aconseguir una unificació de criteris en prevenció i valoració del risc d'aparició d'úlceres per pressió, en diferents unitats d'hospitalització i en diferents centres.
- Millorar en el registre, encara que molt lentament, de totes les accions que envolten la prevenció i les lesions per pressió.
- Reactivar una comissió de UPP en un dels centres.

No voldríem acabar sense agrair als nostres impulsors els seus granets de sorra, ja que amb tots ells estem fent la base necessària perquè aquest projecte segueixi endavant.



El nostre equip es donarà per satisfet si aconseguim que algunes d'aquestes LPP que figuren a la fotografia mai apareguin.[]

REFLEXIONANDO SOBRE COMO CAER Y SALIR FORTALECIDO

M. ANTONIETA MORELL BERNADI
MARÍA JARÍA LANSAC
LORENA LOURDES TEJERO VIDAL

Introducción

Como líderes de la Guía de Prevención de Caídas y Lesiones derivadas de las caídas en personas mayores hemos hecho una pequeña reflexión acerca de nuestra evolución en la implementación de la guía.

Liderar un equipo de trabajo representa la capacidad de conseguir que todos los miembros del equipo sean capaces de colaborar y cooperar activamente en un proyecto.

Al inicio del proyecto partíamos de la base de ser tres profesionales de enfermería que venían de centros y servicios que no trabajaban conjuntamente y que debíamos iniciar un proyecto de colaboración, con un liderazgo de equipo multidisciplinar; con la dificultad añadida de intentar transmitir y difundir el mensaje de un trabajo diario fundamentado en una metodología de trabajo basada en las buenas prácticas.

Objetivos

Los objetivos que nos planteamos fueron:

- Identificar barreras emocionales y profesionales para liderar equipos de trabajo multicéntricos.
- Fomentar la cultura de la práctica diaria basada en la evidencia dentro de la guía de prevención de caídas de la RNAO.



Metodología

Se trata de un estudio descriptivo transversal y retrospectivo que comprende el periodo de 2015 y el primer semestre de 2016.

El ámbito de aplicación han sido los dos centros asistenciales incluidos en el proyecto BPSO: Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Hospital Universitario Santa María.

Se ha realizado una revisión de la producción científica elaborada durante el periodo de estudio y explotación de los datos introducidos en el CareVid+.

Por parte del líder, colíderes y referente se han realizado 6 sesiones dinámicas en las que, a través de *brainstorming*, se ha realizado una reflexión sobre la gestión de los grupos de trabajo, de las líneas de actuación que se estaban llevando a cabo y de las posibles propuestas de futuro dentro de la guía.

Resultados

A lo largo de este periodo se han implementado la mayoría de las seis recomendaciones de la guía, de las cuales ha surgido diverso material científico y educativo que se ha implementado en ambos centros asistenciales y que se ha incluido dentro del plan formativo del Grado de Enfermería.

Entre dicho material destacan: la elaboración de pósters aclaratorios para unificar el modo de utilización de la Escala Stratify, un vídeo informativo de prevención de caídas en el ámbito hospitalario, un tríptico informativo sobre la prevención de caídas en el hospital y domicilio y la implementación de la identificación visual de los pacientes con riesgo de caída.

Además se han realizado sesiones formativas a los profesionales de ambos centros con la intención de aclarar dudas, aumentar conoci-

mientos y generar puntos de debate que nos sirvieran para avanzar en el proyecto.

A todo ello se ha sumado la realización del I Concurso de Ideas para fortalecer la importancia de dejar las camas de los pacientes bajadas para minimizar los efectos adversos en caso de caída.

Ello se ha llevado a cabo a través de reuniones de seguimiento, recomendaciones y apoyo a los impulsores, llegando a generarnos momentos de cierto colapso emocional, inseguridades como líderes y referentes del proyecto, e incluso dudas sobre nuestra actuación o circuitos seguidos.

Conclusiones

Este proyecto ha generado en nosotras, como grupo de trabajo, un proceso de reflexión y perfeccionamiento constante sobre las actuaciones, pasando por diferentes etapas dentro del proceso de toma de decisiones.

De dicho proceso han derivado implicaciones emocionales y profesionales que han permitido que evolucionemos como grupo de trabajo; conociendo así nuestras fortalezas y debilidades individuales y como equipo, que nos permitan avanzar en la consecución del proyecto.

A ello se ha sumado la necesidad de aumentar nuestros conocimientos acerca de diferentes modos de motivación grupal.^[1]

Bibliografía

- Sáez, S; Marqués, F; et al. Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos pequeños. Pagés Editores, 1995.
- Gomes Pereira, R.; Peixoto De Oliveira Cardoso, M.; et al. Actitudes y barreras para la práctica de enfermería basada en la evidencia en un contexto comunitario. Revista de Enfermagem Referência, 2012, Vol. (7):55-62.

LA FORMACIÓ EINA ESSENCIAL EN L'APLICACIÓ ESCALA STRATIFY

ANA M. GONZÁLEZ ROSELLÓ
PILAR RICART RIBÓ

Introducció

L'escala Stratify (Oliver et al., 1997) s'utilitza per a identificar factors clínics de risc de caigudes en persones grans i per a predir el risc de caigudes¹. És una eina de valoració validada en l'àmbit internacional i una de les d'ús recomanat en la Guia de Bones Pràctiques en Infermeria "Prevenició de caigudes i lesions derivades de les caigudes en les persones grans" elaborada per la RNAO². És, a més, l'escala triada per a predir el risc de caigudes en adults en les unitats d'hospitalització d'aguts de l'Institut Català de la Salut (ICS) i, per aquest motiu, la trobem com a escala de referència dins l'aplicació de cures infermeres d'aquests centres³.

L'escala Stratify consta de cinc preguntes de resposta dicotòmica.

Objectius

Consensuar els criteris que valora l'escala Stratify entre els professionals d'infermeria per a la seva correcta implementació.

Refermar la importància de l'adequat compliment de l'escala per a predir el risc de caigudes dels pacients hospitalitzats.

Metodologia

Elaboració d'un pòster amb l'algorisme de registre de l'escala Stratify.

Elaboració d'un segon pòster on, de manera resumida i gràfica, s'explica què inclou i què no inclou cadascuna de les preguntes que responem en complimentar l'escala.

Formació a través de tallers a tots els professionals implicats en les unitats d'implantació.



Resultats

Es va fer formació oberta a tots els professionals de 3 unitats de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Van participar en la formació 41 professionals de diferents categories als què, en finalitzar, se'ls va passar una enquesta on es preguntava, entre altres coses, sobre l'aplicabilitat en el medi de treball dels coneixements adquirits, així com la utilitat pel que fa al desenvolupament professional.

Es va reforçar la formació amb l'exposició dels pòsters en llocs ben visibles dels serveis.

28 professionals van estar d'acord o totalment d'acord que els coneixements adquirits eren d'utilitat en la seva tasca diària.

Fins a 32 dels professionals van estar d'acord o molt d'acord que els coneixements adquirits eren útils per al seu desenvolupament professional.

Al mes de la formació es va valorar el nivell d'acompliment del registre de l'escala Stratify en les unitats on s'havia fet la formació, arribant aquest al 100% en les tres unitats.

Conclusions

La unificació de criteris de registre de l'escala Stratify és necessària per fer-ne un adequat compliment. La formació, acompanyada de suport gràfic en forma de pòster, és una bona eina per millorar el registre de l'escala.

El compromís i la dedicació en l'excel·lència de les cures comporta la necessitat d'una formació continuada. Falten estudis més elaborats per valorar si l'efectivitat de la formació, a mitjà i llarg termini, es manté.

L'aplicació correcta de l'escala Stratify és un pilar de l'evidència en les bones pràctiques clíniques.^[1]

Bibliografia

1. Andrés Pretel F, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, De la Torre García MA, Del Campo JM y López-Torres Hidalgo J. Adherencia a las recomendaciones para evitar caídas en personas mayores de 64 años Albacete, 2009. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet] 2010 Julio-Agosto. [acceso 10 de febrero de 2011] 84 (4): 431-439. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17014738008.pdf>
2. Fernández Moya O, Mª, García-Matres Cortés L, Gabriel Hernández P y González Jiménez C. Caídas de pacientes en una Unidad Hospitalaria de Medicina Interna: validez de los registros de enfermería de detección del riesgo. [Acceso 12 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.codem.es/Docs/Noticias/caidas_pacientes_unidad_hospitalaria.pdf
3. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema Sanitario Público de Andalucía. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Diciembre 2009. http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caídas.pdf
4. Álvarez Morezuelas N, Asensio Bermejo B, Azkárte Apeiribay J, Bidea Rodríguez A, Cantero ,González D, Garitano Tellería B et al. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria de Osakidetza. [Acceso 14 de enero de 2011] Disponible en: [http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/protocolo%20ca%C3%ADdas%20Osakidetza_2009\(2\).pdf](http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/protocolo%20ca%C3%ADdas%20Osakidetza_2009(2).pdf)
5. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Dirección Enfermera. Protocolo general caídas. prt / caid /007. [Acceso 14 de enero de 2011] Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername=1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3Dprt_Caidas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true
6. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Guía de Buenas Prácticas en Enfermería. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Proyecto de Guías de Buenas Prácticas en Enfermería. [Acceso 6 de junio 2012]. Disponible en: <http://www.rnao.org/bestpractices>.
7. Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya. Dep. Salut. Prevenció Caigudes. Disponible a: www.seguretatpacient.org/cms/index.php?id=131

(1) Guia de bones pràctiques clíniques. Annex C: Eines per a la valoració dels riscos. Pàg. 56

(2) Associació professional d'infermeres d'Ontario. Projecte de Guies de bones pràctiques en infermeria. www.rnao.org/bestpractices

(3) Programa Gacela Care de Cures Infermeres.

ANÀLISI PREVI DEL PERFIL DE
LES IMPULSORES D'UNA GUIA
CENTRADA EN LA PERSONA I
FAMÍLIA

Millor Pòster

MARIA BONJORN JOVAL
ELOÏSA SETÓ GORT
CARMEN MAYAYO MONREAL
JORDI MARTÍNEZ SOLDEVILA



**Circuito de los Cuidados básicos del
paciente ostomizado hospitalizado**

Ana González Blázquez
Lourdes Plaza Laguna
Otilia Rodríguez Gómara
Janet Evelin Ucilmana Hurtado

**Evolución en la implantación de la guía
de buenas prácticas Cuidado y manejo de
la ostomía**

Maribel Fondevilla Fragüet
Marta Sadurní Gràcia
Teresita Martí Ribes
Judit Pujols Lara

**Intervenció nutricional en el pacient
ileostomitzat**

Mireia Badia Bernaus
Susanna Castells Sarret
Teresita Martí Ribes
Carlota Regany Riu

**La comunicació: un pilar en la relació
terapèutica**

Rosana Barta Sancho
Eva Andújar Moreno
Marta Castelló Farran
Eloïsa Setó Gort
María Gloria Mo Gasol
Sílvia Gros Navés

**La guia de Cures centrades en la persona
i família com a eina per millorar l'atenció
de la persona al servei d'urgències de
l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
de Lleida**

María Gloria Mo Gasol
Marta Castelló Farran
Eva Andújar Moreno
Rosana Barta Sancho
Sílvia Gros Navés
Eloïsa Setó Gort

**Interferencias en la comunicación
durante la relación terapéutica**

Remedios Ponce de Haro
Esther Chiné Labrador
Patricia Aixalá Oliván

Valoració de la xerrada: Identificació del risc i registre NPP

Imma Fajardo Muñoz
Roser Foixench Mateu

Jordi Farrero Mena
Francisca Guiral Fernández
Anna Sabaté Boix

Evaluación guía BPSO ostomías

Elvira Seró Piqué
Marta Sadurní Gràcia
Nuria Sogas Vicente
Elisabeth Arquillué Ordoño

Valoració del registre i polsera identificativa per la prevenció de caigudes i lesions derivades en la gent gran a la Unitat 1A de l'HUSM

Aida Castelló Corretgé
Yolanda Coll Badia

Implantació de registre per a la Identificació de factors de risc de complicació de la urostomia

María Dolores Sanmartín Terceiro
Alexandra Caba Melich
Eva Vilalta Arnau
María Magdalena García Martín

Anàlisi comparativa: Identificació i avaluació del pacient amb risc de caiguda a l'HUSM de Lleida. (U.1A - U.2A - U.2B)

Yolanda Coll Badia
Aida Castelló Corretgé

Les barreres en la relació terapèutica a urgències: un obstacle a tenir en compte

Mercedes Paniagua González;
Iluminada Godia González
Olga Oro Esteve
Lucia Rodrigo Rubio
Marta Castelló Farran
Joel Pons Rodríguez

Teoría i realitat de les caigudes

Yasmina Almenara Holgado
Thaïs Comella Fiestras
M. Pilar Gutiérrez Alférez
Elisa Porta Bergés

Cures centrades en el pacient i famílies: un projecte a difondre

Isabel Barco Garra
Olga Oro Esteve
Mari Carme Pérez Vivancos
Eva Vilaseca Viladrich
Iluminada Godia González
Mercedes Paniagua González

Monitorización de la descarga de presión de talones

Mireia Batlle Besora
Núria Caselles Cots
Sònia Castro Ruiz
Teresita Noguera Rico
Núria Prats Pascual
Rocío Sola Oller

Hem de preservar la intimitat a urgències

Isabel Barco Garra
Olga Oro Esteve
Mari Carme Pérez Vivancos
Joel Pons Rodríguez
Lucia Rodrigo Rubio
Eva Vilaseca Viladrich

Prevención de las UPP: superficies y cambios posturales Recomendaciones 3.1.a, 3.1.b i 3.3 de la guía BPSO

Rosa María Palau Barberá
Silvia Lanau Arcas
Marta Bardina Pujol
Carme Molins Gibert
M^a Mercè Degracia Camarasa
Joan Carles Sabaté Muñoz

Identificación, clasificación y cuidados de las úlceras por presión.

Nuria Forns Parial
Lourdes Espejo Sánchez

La realitat de la implantació del projecte BPSO a l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida

Imma Tomàs Jansat
Roser Foixench Mateu
Elisa Porta Bergés []

CIRCUITO DE LOS CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO HOSPITALIZADO

Autoras: González Blázquez A. (HUAUV), Plaza Laguna L. (HUAUV), Rodríguez Gómara O. (HUAUV), Ucuilmana Hurtado J. (HUAUV)

INTRODUCCIÓN

Las personas ostomizadas no son pacientes quirúrgicos sin más, son individuos sometidos a una intervención quirúrgica muy importante, mutilante y cambiante para su vida, y requieren una atención integral (física y emocional). La Guía del Cuidado y manejo de la ostomía de la RNAO, forma parte del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Para la implantación de dicha Guía en las unidades de hospitalización de nuestro centro nos planteamos la elaboración de un Circuito para unificar criterios de actuación y así facilitar a los profesionales sanitarios el cuidado de dichos pacientes.

OBJETIVOS

- Identificar los conocimientos en el cuidado del paciente ostomizado hospitalizado.
- Unificar criterios para el manejo del paciente ostomizado según la guía BPSO.
- Que los profesionales sanitarios de cualquier unidad de hospitalización sepan establecer el circuito de cuidados al paciente ostomizado hospitalizado.

ENCUESTA PERSONAL UNIFORME

1. ¿SABES REALIZAR LA INTERCONSULTA A LA ESTOMATERAPEUTA?

2. ¿CONOCES EL PLAN ESTANDARIZADO ADECUADO?

3. ¿SABES REGISTRAR LAS COMPLICACIONES DEL ESTOMA EN EL SISTEMA GACELA?

4. ¿SABES REGISTRAR LAS COMPLICACIONES DEL ESTOMA EN EL SISTEMA GACELA?

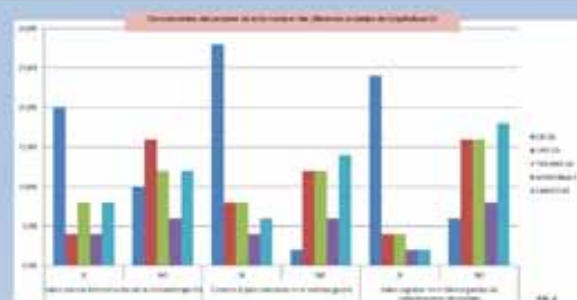
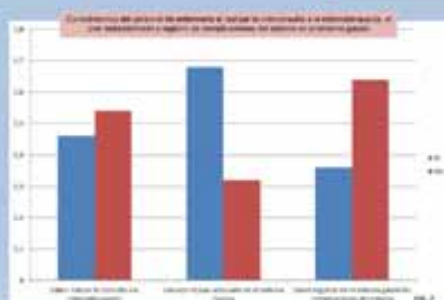
5. ¿SABES REGISTRAR LAS COMPLICACIONES DEL ESTOMA EN EL SISTEMA GACELA?

METODOLOGÍA

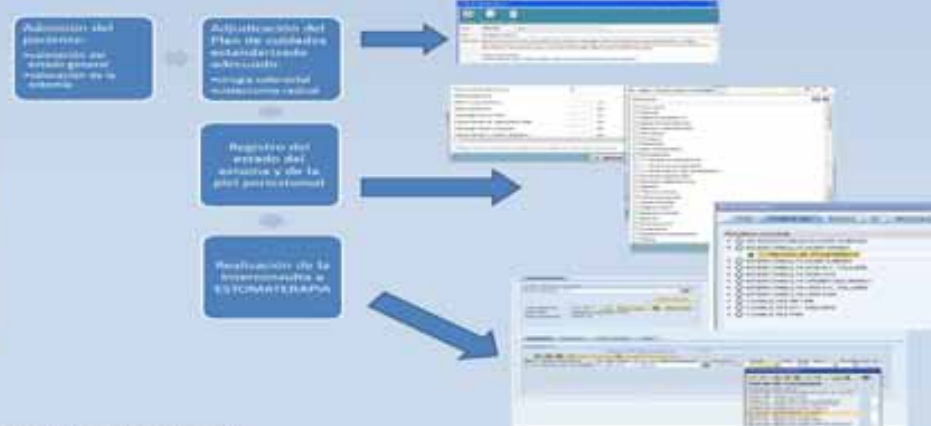
Utilizamos un estudio observacional descriptivo. Los participantes serán profesionales enfermeros de diferentes unidades de hospitalización, a los que se les pasará una encuesta para evaluar los conocimientos relativos a los pasos a seguir cuando en su unidad de hospitalización ingresa o se encuentra ingresado un paciente portador de una ostomía. Según la recomendación nº 20 de la Guía que hace referencia a la formación en materia de ostomía para todos los niveles de profesionales, se realiza el curso "Cures enfermeras al pacient adult ostomitizat per a infermeria. Programa BPSO", en marzo de 2016. Se distribuye material didáctico de las diferentes recomendaciones de la guía en las unidades de hospitalización (pósters).

RESULTADOS

Del 100% de los enfermeros encuestados (50), el 46% saben realizar la interconsulta a la estomaterapeuta, el 68% conocen el plan estandarizado adecuado y el 36% saben registrar las complicaciones del estoma en el sistema gacela (fig. 1) Resultados obtenidos según las distintas unidades de hospitalización encuestadas (fig. 2)



CIRCUITO



CONCLUSIÓN

Evaluados los resultados de la encuesta realizada se evidencia un bajo nivel de conocimientos acerca del cuidado de las ostomías y, por tanto, se evidencia también la importancia de la implementación del circuito en las diferentes unidades de hospitalización para establecer los cuidados de mayor excelencia al paciente ostomizado.

BIBLIOGRAFIA

- Vázquez García MC, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomías. 1ª ed. Madrid: DAE; 2009
- Registered Nurses' Association of Ontario. Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO; 2009
- © Maria Eulàlia Juvé (en nom del Grup d'Infermeres del Programa ARES). gencat.cat/ics. 1a edició: febrer de 2013. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. © Institut Català de la Salut. 2013. PLANS DE CURES ESTANDARITZATS PER A MALALTS HOSPITALITZATS. D.L. B.3872-2013

AGRADECIMIENTOS

"El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Las autoras expresan su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®". "El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs".

Análisis previo del perfil de las impulsoras de la Guía de cuidados centrados en la persona y familia

Bonjorn, M.¹; Setó, E.²; Mayayo, C.²; Martínez, J.³

(1)Hospital Universitari de Santa Maria; (2)Hospital Universitari Arnau de Vilanova; (3)Facultat d' Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida

Introducción

El Hospital Universitario Arnau de Vilanova(HUAV) junto con el Hospital Universitario de Santa Maria(HUSM) y la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Lleida, forman parte de la segunda cohorte de candidatos a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*(CCEC), dentro del programa Best Practice Spotlight Organization*(BPSO). Una de las Guías seleccionadas en nuestros centros es la Guía de cuidados centrados en la persona y familia.

En Lleida, somos pioneros en la implantación de esta guía con sólo otro centro español.

Se han escogido cinco recomendaciones para implantar. La recomendación 5.1 establece que los profesionales deberán ser formados en empoderamiento, comunicación y toma de decisiones compartidas para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción de la persona respecto a los cuidados.

Objetivos

Analizar el perfil de las impulsoras de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) para conocer sus habilidades y preferencias y disponer del grado de conocimientos previos con la finalidad de establecer las necesidades formativas vinculadas a la recomendación 5.1 de la guía de cuidados centrados en la persona y familia.



Metodología

- ✓ 2 reuniones de los líderes de la Guía (abril 2015)
- ✓ Revisión bibliográfica de cuestionarios de trabajo en equipo (mayo 2015)
- ✓ Elaboración y envío del formulario Google a los 55 impulsores (mayo-junio 2015)
- ✓ Análisis y explotación de los datos del formulario con las hojas de cálculo de Google y del programa Microsoft Excel versión 97-2004 (septiembre 2015)
- ✓ Planificación de la formación centrada en las áreas de mejora según los resultados obtenidos del cuestionario (diciembre 2015)
- ✓ Distribución de los impulsores por grupos de trabajo según respuestas relacionadas con el cuestionario Belbin*2014 de descripción de roles de equipo (febrero 2016)
- ✓ Realización de curso virtual de 22 horas "Comunicación Eficaz" (junio-julio 2016)

La encuesta descriptiva constaba de 21 preguntas:

- 6 demográficas
- 5 de respuesta cerrada con alternativa dicotómica relacionadas con el grado de conocimientos previos. Respuestas si/no.
- 9 cerradas de respuesta múltiple en relación al rol de equipo así como habilidades y preferencias. Respuestas alto/normal/bajo.
- 1 respuesta abierta



Resultados

Se obtienen resultados de 51 encuestas de las 55 enviadas.

A continuación detallamos los resultados obtenidos, exceptuando aquellos que se ha comprobado que no aportaban valor al objetivo del trabajo.

De las preguntas demográficas destacamos que, el 86% son mujeres, el 67% tienen su lugar de trabajo en el HUAV, el 55% tienen entre 30 y 45 años y el 31% tienen titulación de Máster y con el mismo porcentaje, Grado/Diplomatura.

Resultados a las preguntas sobre conocimientos previos (gráfico 1).

Resultados a las preguntas sobre nivel de preferencias y habilidades (gráfico 2).

Resultados a las preguntas sobre rol de equipo, no aplicables a la distribución grupal.

Gráfico 1- Conocimientos previos

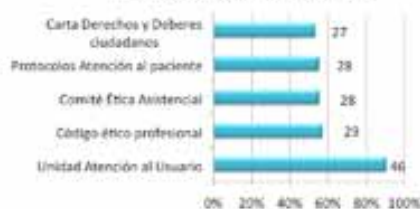


Gráfico 2- Nivel habilidades/preferencias



Los valores de los gráficos se refieren a número de respuestas

Conclusiones

- ✓ El análisis del perfil de las impulsoras de la GBP a través del formulario on-line ha permitido conocer sus habilidades y preferencias así como el grado de conocimientos previos a tiempo real y sin necesidad de volcaje de datos.
- ✓ Los resultados obtenidos nos han facilitado la disposición de criterios objetivos para priorizar y focalizar las áreas de formación a mejorar vinculadas a la recomendación 5.1 de la guía ,para la mejora de la información sobre el CEA, la ubicación de la documentación a nivel corporativo o la implicación de las impulsoras en la creación y revisión de protocolos.
- ✓ Los datos en relación a la descripción de roles dentro del grupo, no nos ha sido una herramienta suficientemente útil para la distribución de los grupos a causa de las modificaciones de los planes de acción vinculados a la disponibilidad de la Guía definitiva.

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados".

El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados* está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs.

INTRODUCCIÓN

La persona ostomizada entra en un proceso complejo, se ven alterados muchos factores a nivel fisiológico, psicológico y sociolaboral, requiriendo una atención integral, basada en la evidencia científica, para instaurar una metodología enfermera.

La Guía de las enfermeras de Ontario (RNAO), en el Cuidado y Manejo de la Ostomía forma parte del programa de implantación, evaluación y difusión de Guías de Buenas Prácticas (GBP).



OBJETIVO:

Facilitar la labor de los profesionales en el cuidado y manejo de la ostomía para que incida directamente en la calidad de vida de la persona ostomizada.

METODOLOGIA:

- Captación de impulsores mediante charlas informativas en todas las unidades
- Formación "Herramienta de implantación de las guías de práctica clínica"
- Elección de recomendaciones, 8 en total
- Creación de 5 grupos. Cuatro de ellos trabajan con 2 recomendaciones cada uno y el quinto evalúa

GRUPOS IMPULSORES



Más que la evidencia científica, tuvimos en cuenta los criterios más básicos de atención integral, para poder mejorar la calidad de vida de estas personas:

- Ubicación de la ostomía
- Identificación de factores de riesgo, evaluación y complicaciones
- Educación sanitaria paciente-familia-profesionales pre y postoperatorio
- Impacto de la ostomía en el terreno de la sexualidad

RESULTADOS

- Revisados y mejorados diferentes protocolos de actuación y guías de educación sanitaria
- Establecido circuito de atención y marcaje
- Implementado registro de complicaciones de las ostomías y piel periestomal en Gaceta Care
- Realizado curso dirigido a los profesionales y paciente experto
- Realizados pósters: ubicación, complicaciones de la ostomía y piel periestomal e irrigación, colgados en diferentes servicios, tras realizar charlas exprés
- Estamos midiendo la calidad de vida "cuestionario Stoma-QOL"
- Evaluamos los registros
- Empezamos a mostrar resultados mediante pósters y comunicaciones
- Estamos planificando nuevas formaciones y diferentes formas de evaluar resultados

CONCLUSIONES

- Se ha incrementado el interés de los profesionales por mejorar la calidad de vida de estas personas al implantar estos cambios en la práctica asistencial
- Incluso hemos contribuido a la creación de la Asociación Lleidatana de ostomizados (ALLO) y del grupo de apoyo

BIBLIOGRAFÍA

- Soriano M, Cantero R, Olivares ML, Cruzado JA, Balibrea JM, Carlos L, et al. Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes de cáncer colorrectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *psicooncología*. 2007;1(1):121-32.
- Martín R, Panduro RM, Crespo X, Rojas L, González S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*. 2010;10(2-3):115-9.
- GIEC. La estomatología, clave para la calidad de vida de los ostomizados. Oncología. 2004.
- RNAO. Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. Agosto 2009.

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Los autores expresan su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados". "El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados" está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Español del Instituto Joanna Briggs.

LA COMUNICACIÓN: UN PILAR EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Autores: M^o Gasol, M^o Gloria; Castelló Farran, Marta; Andújar Moreno, Eva; Barta Sancho, Rosana; Gros Navés, Silvia; Setó Gort, Eloísa

INTRODUCCIÓN:

La comunicación es un pilar fundamental en la relación terapéutica porque nos permite la continuidad en la atención y al mismo tiempo establecer relaciones interpersonales con la persona y familia.

La relación terapéutica es una forma en la que el profesional de enfermería ve su rol con el paciente como un marco para "saber estar" en la relación de ayuda, y éste es la base de la enfermería.

OBJETIVO :

Establecer una relación de respeto y confianza entre persona/familia y equipo asistencial.

METODOLOGÍA:

La comunicación terapéutica es una competencia inherente al trabajo enfermero. A partir de una revisión bibliográfica y analizando los conocimientos sobre comunicación de las enfermeras, decidimos realizar formación por parte de los profesionales en técnicas y habilidades comunicativas:

-escucha activa, empatía, feed-back, rapport,...

El uso de tecnologías de la información como instrumento para mejorar la calidad asistencial.



RESULTADOS:

Con una comunicación EFICAZ se mejora:

- La satisfacción del paciente y del profesional.
- La calidad de la atención emitida y recibida.

Nos hemos de formar en técnicas de comunicación y relación para saber qué decir, qué hacer y crear una buena relación terapéutica, ante cualquier situación que lo requiera, con la finalidad de garantizar una atención de calidad.

Una comunicación eficaz es imprescindible para crear una bona relación de ayuda con la persona/familia, de tal manera que la forma en que establecemos esta comunicación tendrá en consecuencia un afrontamiento efectivo o inefectivo ante determinadas situaciones.

El profesional sanitario ha de adoptar una actitud empática; hemos de respetar al paciente apartando aquellos sentimientos, actitudes o juicios nocivos de valor, para llegar a una correcta relación con el mismo, brindando asertividad y practicando "escucha activa".

A la hora de conseguir una buena relación terapéutica, un factor negativo muy importante es el tiempo de espera asistencial, el cual añadido al contexto de estrés que siempre acompaña a una situación de enfermedad, complica o hace que sea más difícil establecer una comunicación eficaz profesional-paciente.

CONCLUSIONES:

La comunicación terapéutica no es una competencia con la que se nace, por eso las enfermeras han de formarse y actualizar este aspecto de su formación.

Ha de haber un cambio en la mentalidad del personal: nuestra recompensa será la satisfacción del trabajo bien hecho, al mismo tiempo que el agradecimiento de la persona.

Para conseguir la excelencia en las curas es imprescindible establecer una buena comunicación entre el equipo asistencial y la persona/familia.

BIBLIOGRAFÍA:

Guía de buenas prácticas clínicas. Cuidados centrados en la persona y familia. Mayo 2015. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Disponible en: www.RNAO.ca/bestpractices

Curso "Comunicació eficaç" organitzado por el Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida y financiado con el Fondo de Formación Continua (AFEDAP).

"El presente trabajo ha sido realizado utilizando total o parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®".

"El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs".

GUÍA DE CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA Y FAMILIA COMO INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LA PERSONA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA (HUAV)

Autores: Mo Gasol, M^a Gloria; Castelló Farran, Marta; Andújar Moreno, Eva; Barta Sancho, Rosana; Gros Navés, Silvia; Setó Gort, Eloísa

Introducción

El uso eficaz de la Guía de buena práctica clínica como instrumento que nos permita acercar la evidencia científica a la práctica clínica y proporcionar unos cuidados eficientes a la persona y familia para conseguir la excelencia en los cuidados.

Objetivos

- Implantar la Guía de cuidados centrados en la Persona y Familia en el Servicio de Urgencias del HUAV
- Establecer protocolos de cuidados estandarizados en el servicio en relación a temas comunes en los cuidados centrados en el paciente y la familia



Metodología

- Revisión de la Guía por parte de todos los impulsores
- Revisión bibliográfica en bases informáticas y otras guías existente
- Revisión de los protocolos del "Institut Català de la Salut" y proyectos realizados por el Ministerio de Sanidad y Política Social
- Realización de reuniones grupales con impulsores



Resultados

Los impulsores (15) han analizado las recomendaciones a trabajar en Urgencias desde la perspectiva del propio Servicio; son de diferentes categorías profesionales.

En relación a la implantación de la guía de los cuidados centrados en la Persona y Familia no se pueden relatar descriptores específicos, ya que estamos en el proceso, pero como resultados esperados podemos nombrar:

- establecer una relación terapéutica con la persona creando un vínculo de confianza y respeto.
- desarrollar un plan de cuidados que dé sentido en su contexto de vida.

En conexión con la creación de protocolos esperemos unificar criterios y actuar todo el equipo multidisciplinar de la misma manera, frente a los diversos problemas que surjan a la persona/familia.

Conclusiones

Los protocolos ayudaran a trabajar actitudes relacionadas con los cuidados centrados en la persona. Éstas reflejan la creencia del profesional de la salud en la importancia a llegar a conocer a la persona de forma integral, haciéndolo participe en la toma de decisiones, promoviendo la autonomía y el empoderamiento del mismo.

Bibliografía

1. Guía de buenas prácticas clínicas. Cuidados centrados en la persona y familia. Mayo 2015. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). L'association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Disponible en: www.RNAO.ca/bestpractices
2. Hobbs, J. L. A dimensional analysis of patient-centered care. Nursing Research, 2009; 58(1), 52-62

El presente trabajo ha sido realizado utilizando total o parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*".

"El Programa de implantación de guías prácticas en centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*" está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs".

INTERFERENCIAS EN LA COMUNICACIÓN DURANTE LA RELACIÓN TERAPEUTICA



AUTORES: REMEDIOS PONCE DE HARO, ESTHER CHINÉ LABRADOR, PATRICIA AIXALÁ OLIVAN, HUAV CCEE

OBJETIVOS:

- Analizar las interferencias en la comunicación entre los equipos de salud y la persona.
- Establecer una relación terapéutica de empoderamiento.
- **Comunicación** bidireccional y positiva.



RESULTADOS

Emisor (equipo sanitario)	Prejuicios, priorizar la enfermedad frente a la persona, tecnicismos, abreviaturas, estereotipos, condiciones socio-laborales...
Receptor (persona)	Edad, sexo, idioma, cultura, patología, emociones...
Entorno	Localización, intimidad, condiciones ambientales, temporalidad...



CONCLUSIONES:

- Ajustar nuestro lenguaje para establecer una buena comunicación.
- Siempre tener en cuenta: los valores, las emociones, los deseos y las creencias de los pacientes.
- Si generamos una COMUNICACIÓN positiva, con EMPATÍA y ASERTIVIDAD, podremos establecer una relación terapéutica basada en la corresponsabilidad, participación y toma de decisiones del paciente y su familia.



“El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al “Grupo de Trabajo del Programa de Implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®”.

VALORACIÓN DE LAS CHARLAS: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO Y REGISTRO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fajardo Muñoz, Inma; Foixench Mateu, Roser (enfermeras impulsoras BPSO)

Justificación/objetivos

La realización de realizar charlas informativas para actualizar y adquirir conocimientos pensamos que es una herramienta indispensable para nuestra practica diaria. Además es una tarea muy enriquecedora, ya que permite el handicap con otros compañeros, y en nuestro caso, con compañeros de otros centros que hemos podido conocer, compartir y comparar experiencias de los dos centros. Consideramos que es un tema importante para favorecer la aplicación del conocimiento teórico a la realización de una buena práctica clínica, ver si aparecen errores o diferencias de criterio y así conseguir una unificación de las curas.

Metodología

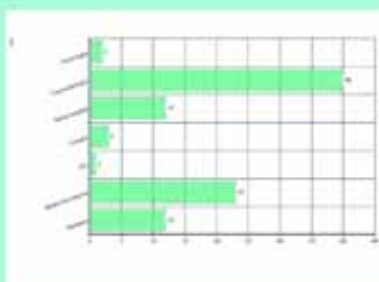
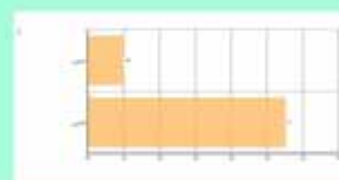
Durante tres días del mes de junio del año 2016 realizamos unas charlas informativas al personal del Hospital Universitario Santa María y Hospital Universitario Arnau de Vilanova sobre las diferencias de criterio del personal de enfermería relacionado con la escala de identificación y riesgo de Úlceras Por Presión y el registro de este riesgo. Se impartió en las unidades de medicina interna, salud mental, traumatología y geriatría. Se utilizó mediante presentación con el programa Powerpoint.

Es un estudio descriptivo basado en la descripción de la muestra y los resultados obtenidos de la encuesta de valoración realizada por el personal informado.



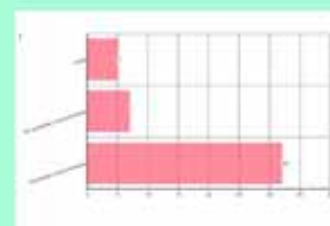
Resultados principales

La muestra fue de 93 personas de ambos centros. Una gran parte del personal pertenece al Hospital Universitario Santa María.



Referente a las unidades, tenían un origen muy diverso. La charla estaba destinada a las unidades de traumatología y geriatría básicamente porque es dónde se aplica más a menudo el protocolo de riesgo y valoración de UPP, pero se unieron otras unidades.

La encuesta de valoración se aplicó en el Hospital Universitario Santa María, observando que un 74% de la muestra manifiesta un aumento del grado de conocimientos después de la charla.



Conclusiones

- En el Hospital Universitario Santa María, una gran parte de nuestros compañeros manifiesta un aumento de conocimientos después de nuestra charla. Consideramos que estas charlas son una herramienta útil para mejorar nuestras tareas diarias y pensamos que se tendrían que hacer de manera periódica.
- El hecho de disponer de esta herramienta nos permite un aumento de nuestro desarrollo personal y nos permite observar el que podemos mejorar o estamos haciendo bien en nuestro trabajo.
- Según los resultados hay mucha diferencia de personal por unidades, y nos encontramos con el problema de que hay personal correturnos. Pensamos que este tema en concreto tendría que ser extensible a todas las unidades.

Bibliografía

- www.evidenciencuidados.es/es/attachments/article/46/UlcerasPresion_spp_01052015.pdf
- www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-validacion-escala-emin-a-un-instrumento-S1130862101736960
- RNAO, Guía de buenas prácticas en enfermería: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Edición Marzo 2002, revisada 2011.

"El presente trabajo ha sido realizado utilizando total o parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados". El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados".
"El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados" está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs".

EVALUACIÓN GUÍA BPSO OSTOMIAS

Unità Pastorale: Paolo e Chiara, Maria: Maria Verena, Maria: Annalisa Codacci, Elisabetta: gruppo di iniziative da la casa da preghiera

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAUV), el Hospital Universitario Santa María (HUSM) y la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Lleida (UDL) se han unido para implantar el programa internacional "Best Practice Spotlight Organization" (BPSO) de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas creadas por la Asociación profesional de enfermeras de Ontario (RNAO).

Para validar la implantación de las mismas, es preciso llevar a cabo una evaluación continuada con la que podamos medir el impacto de la aplicación de las distintas recomendaciones, en este caso relacionadas con el cuidado y el manejo de la ostomía.

OBJETIVOS

- Validar los actuales registros que se están realizando en ambos centros hospitalarios, teniendo en cuenta los ítems demandados por la Guía BPSO
- Comprobar el uso de un nuevo registro implantado, en el programa Gacela Care, para el control de las complicaciones de la ostomía y piel periestomal

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo la recogida de datos de los diferentes parámetros establecidos por la BPSO, en ambos hospitales, en formato Excel y extraídos del programa SAP y Gacela Care, para volcarlos, posteriormente, en la plataforma Carevid.

Y se ha realizado un corte descriptivo transversal del último cuatrimestre del 2015, en la Unidad de Cirugía General y Urología del HUAUV, en el cual se generaron 26 intervenciones, recogiendo los datos del nuevo registro instaurado en Gacela Care.

Gráfica Excel utilizada para la recogida de datos

[illegible]

RESULTADOS



- Se han observado grandes dificultades para extraer los datos exigidos por el BPSO en la evaluación, dado que no existe un registro específico y unificado para todas las unidades donde se está implantando la guía, además, hay unidades que carecen de Gacela, como son la Unidad de Vigilancia Intensiva y la Consulta de Estomatología
- En el corte realizado en las unidades de implantación del HUAU, se evidenció un registro, en el programa Gacela Care, de un 41% de los casos, tanto si presentaron complicaciones como si no las hubo

Porcentaje de registros



CONCLUSIONES

Tras la evaluación se han evidenciado diferentes dificultades: que no hay unos registros unificados y que no se puede utilizar el programa Gacela Care en todos los servicios donde hemos instaurado la nueva aplicación para registrar las complicaciones. Además, hemos podido comprobar que en el HUSM, hay un número importante de complicaciones que se han dado y registrado en el curso clínico del SAP, dado que los pacientes están ingresados en la UVI durante el postoperatorio inmediato, siendo éste su protocolo habitual, a diferencia del HUAV, con lo cual no ha sido factible realizar el corte de Gacela en este centro.

Por este motivo se ha visto la necesidad de crear un nuevo registro unificado, más práctico y accesible a la hora de registrar y extraer datos. Este formulario se establecerá en todas la unidades donde se está implantando la guía, lo cual nos ayudará también a poder recoger los datos de las complicaciones durante el ingreso, en los servicios que carecen del programa Gacela.

Agrado, J. M., & Llorente, J. A.

El presente trabajo ha sido realizado utilizando totalmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*. El autor expresa su agradecimiento al

*Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados**

[†]El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Experiencia en Cuidados* está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Vázquez García MC, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomías. 1ª ed. Madrid: DAE; 2009.
2- Registered Nurses Association of Ontario. Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO 2009.
3- Registered Nurses Association of Ontario. Herramienta de implantación de buenas prácticas. 2ª ed. RNAO 2012.

IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LAS COMPLICACIONES DE LA UROSTOMIA EN LA PLANTA DE UROLOGIA.

AUTORES

M^{te} Dolores Sanmartín Terceiro, Alexandra Caba Melich, Eva Vilalta Arnau, Maria Magdalena García Martín

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios muestran la existencia de factores de riesgo vinculados a una mayor incidencia de complicaciones en el estoma y en la zona periestomal. Algunos de estos factores son potencialmente modificables y en las urostomías, vinculados a una mayor incidencia de problemas en la piel periestomal. El conocimiento y la inclusión de los mismos en las valoraciones de enfermería, puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de una urostomía.

OBJETIVOS

Evaluar la implantación de un registro para identificar los factores de riesgo en las complicaciones de la urostomía.

MATERIAL I MÈTOD

Estudio transversal descriptivo.

En el contexto del proyecto de implementación de las guías de buenas prácticas clínicas BPSO, se sigue la recomendación n° 10 de la guía de curas y manejo de la ostomía de la RNAO, que hace referencia a la identificación de los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y la piel periestomal.

Se elaboran 2 pósters y se hace difusión en sesiones de formación en la unidad de hospitalización de urología en mayo del 2016.

Para la implantación de esta recomendación se crea un formulario dentro del programa de registro electrónico GACELA Care.

Se analiza el cumplimiento del registro durante los meses de enero a septiembre del 2016.

Recomendación 10	RNAO	Identificar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la zona periestomal
------------------	------	---

RESULTADOS

Desde enero a mayo se registran las urostomias en las variables dentro de la diuresis, especificando que es una urostomia. El registro se realiza en 23 pacientes.

A partir de junio se especifica la piel periestomal y complicaciones del estoma. El registro se realiza en 10 pacientes.

El 100% (n = 16) de las enfermeras de la planta de urología reciben la formación sobre los factores de riesgo de las complicaciones del estoma y la piel periestomal.

El número de pacientes hospitalizados en urología portadores de una urostomía durante el periodo de estudio fue de 33.

Desde enero a mayo se registraron en las variables dentro del apartado de la diuresis, representa un 70% de los registros.

A partir del mes de junio, después de la realización de los pósters y recibir la formación, se cumplimenta el registro de factores de riesgo de complicación del estoma y piel periestomal, representa un 30% de los registros.

De los 12 pacientes portadores de una urostomía ingresados entre el mes de junio y septiembre, el registro del estoma y piel periestomal se realiza en 8 casos i en el apartado de la diuresis en 4 casos. Representa un cumplimiento del 66.6%.

Resaltar que la unidad de hospitalización donde se realizó el estudio, permaneció cerrada parcialmente durante los meses de agosto y septiembre.



CONCLUSIÓN

El cumplimiento de un registro de los factores de riesgo de complicaciones de la urostomía y de la piel periestomal, resultó satisfactoria en más de la mitad de los casos (66,6%).

BIBLIOGRAFIA:

- Registered Nurses Association of Ontario. *Cuidado y manejo de las ostomías*. Toronto, Canada. Registered Nurses Association of Ontario 2009

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®".
"El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Bruns".

LAS BARRERAS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN URGENCIAS: UN OBSTÁCULO A TENER EN CUENTA

AUTORES: PANIAGUA GONZÁLEZ, MERCEDES; GODIA GONZÁLEZ, ILUMINADA; PONS RODRÍGUEZ, JOEL; CASTELLÓ FARRÁN, MARTA; RODRIGO RUBIO, LUCIA; ORÓ ESTEVE, OLGA

INTRODUCCIÓN

La comunicación es sin duda la parte mas importante de la relación terapéutica, solo si conocemos cuales son las barreras que nos impiden tener una buena relación terapéutica, seremos capaces de abordar y buscar soluciones. Actualmente y debido a la gran afluencia de usuarios que acuden a nuestro servicio de urgencias de distintas nacionalidades, señalaremos como una de las mas importante la barrera idiomática.



OBJETIVOS

La meta a alcanzar:

- ☐ Identificar las barreras que nos podemos encontrar en la relación terapéutica con el usuario.
- ☐ Determinar mecanismos que nos ayuden a gestionar las barreras para que no obstaculicen la relación terapéutica.

METODOLOGIA

Mediante la consulta bibliográfica, hemos elaborado un listado de las barreras de la comunicación.

A raíz del estudio realizado, se han creado unos grupos de intervención que harán formación a los trabajadores de urgencias para enseñar a detectar las barreras y a ofrecer mecanismos para evitarlas.

Revisión sistemática de las barreras en la relación terapéutica en urgencias.

RESULTADO

Hay diferentes tipos de barreras:

- ❖ del emisor,
- ❖ del receptor,
- ❖ del medio,
- ❖ de comunes a los tres.

Si conocemos las barreras que encontramos en nuestro servicio, podremos crear alternativas para evitar o minimizar el efecto de estas en el proceso de la relación terapéutica.



CONCLUSIONES

Si tenemos en cuenta, que el emisor es el responsable en el proceso de comunicación y por lo tanto en la relación terapéutica, será necesario implicarnos y trabajar para mejorar las barreras que encontramos o podamos encontrar. Será entonces cuando mejorara la calidad del proceso.

BIBLIOGRAFIA

- Guía de buenas practicas clínicas. Cuidados centrados en la persona y la familia Mayo 2015. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
- Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. AECS. 2015.
- Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad, 1ª edición 2006.

"El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®".

"El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs".

Cuidados centrados en la persona y familia: Un proyecto a difundir.

Barco Garra, Isabel; Godia González, Iluminada; Oró Esteve, Olga; Paniagua González, Mercedes; Pérez Vivancos, Mari Carme; Vilaseca Viladrich, Eva.

LA GUIA DE LAS BUENAS PRACTICAS CLINICAS: CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONAS Y FAMILIA

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-iscii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) cuidados centrados en la persona y familia. La práctica basada en la evidencia respalda la excelencia en el servicio que los profesionales de la salud se han comprometido en ofrecer todos los días. El uso eficaz de las guías de buenas prácticas requiere de un esfuerzo conjunto de los educadores, médicos, profesionales de enfermería, empresarios, políticos e investigadores.

Objetivos:

Implantar la GUÍA DE LAS BUENAS PRACTICAS CLÍNICAS. Este objetivo nos llevarán a otros que serán:

- ✓ Dar a conocer el proyecto a los enfermos, familia, compañeros.
- ✓ Difundir el proyecto de forma correcta, sencilla, pero a la vez explícita.
- ✓ Presentar y dar a conocer los "ejemplos" de buenas practicas, en los diferentes servicios que intervienen en el proceso.



Metodología:

- Confección de tarjetas o trípticos divulgativos.
- Posters publicitarios informativos.
- Sesiones, conferencias informativas.
- Jornadas de intercambio de experiencias entre los impulsores.
- Creación de campañas de promoción a través de las herramientas de TIC.
- Divulgación del proyecto a las entidades sociales, así como a las asociaciones de enfermos.



Resultados:

La difusión clara y correcta de la información, a través de las diferentes metodologías empleadas (trípticos, posters, etc.), llegan a todas las partes implicadas con mayor facilidad. Cuantas más personas conozcan el proyecto, mayor participación y en consecuencia, mayor colaboración, ya sea del enfermo-familia así como del resto de los profesionales.

Conclusión:

A Mayor divulgación del proyecto y mayor participación del equipo asistencial

Mayor colaboración y confortabilidad del paciente y familia

Bibliografía:

www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/inicio.php

"El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®".

"El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs".

DEBEMOS PRESERVAR LA INTIMIDAD EN URGENCIAS

Autores: Harco Gerra, Isabel; Oró Esteve, Olga; Pérez Vivanco, Mari Carme; Pons Rodríguez, José; Rodrigo Rubio, Lucía; Vilaseca Viladrich, Eva.

La intimidad del paciente en urgencias, se relativiza a favor de otras necesidades consideradas más básicas por el sistema sanitario y que giran alrededor de la enfermedad más que sobre el propio paciente.

Objetivos:

- Identificar y analizar las situaciones y factores que afectan a la intimidad del paciente durante la estancia en urgencias.

Metodología:

Hacer un estudio cualitativo que permita observar al paciente como un todo indivisible (cuerpo, mente y espíritu). Que mediante grupos de discusión entre profesionales y con la ayuda de la guía de buenas prácticas clínicas "Cuidados centrados en la persona y pacientes" den respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué entienden los profesionales por intimidad?
- ¿Qué situaciones y factores la comprometen durante la hospitalización del paciente?
- ¿Cómo creen que se adapta el paciente?

Resultados:

La intimidad es un concepto personal y transformable. Por lo tanto, hay una diferencia de percepción entre profesionales y pacientes. Son los profesionales los que descubren vacíos para la protección de la intimidad (la infraestructura hospitalaria, la sobrecarga de pacientes respecto al espacio ocupado, ...). Las preocupaciones que creemos que tiene el paciente hay veces que dista de la realidad encontrada.



Conclusiones:

Aunque existen pocos estudios de enfermería referentes a la intimidad ya su salvaguarda en el ámbito de la relación profesional / paciente, se destaca la preocupación que por este aspecto siempre ha tenido el personal de enfermería. También observamos la necesidad de complementar este estudio con la percepción que los pacientes tienen de estas mismas cuestiones, y así establecer el valor que asignan a la intimidad.

Bibliografía:

www.sietediasmedicos.com
scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-
0003-0003(2010)00040-00011
www.comt.org/images/Publicacions/BonaPraxi/praxi23.pdf
publicacions.camfic.cat/docs/Butlletí/intimitat_butlleti.pdf

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®". "El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs".

Valoración del registro y pulsera identificativa para la prevención de caídas y lesiones derivadas en la gente mayor en la Unidad 1A del HUSM

Autores: Castelló Corretgé, Aida i Coll Badia, Yolanda (HUSM)

Introducción

Para prevenir las caídas se ha implantado la guía "Prevención de caídas y lesiones derivadas en la gente mayor" a diferentes unidades del HUSM.

A todos los pacientes en el momento del ingreso en la unidad de geriatría (1A) se realiza la valoración de caídas mediante la escala Stratify, que se ha demostrado que es el mejor instrumento para valorar el riesgo de caídas entre adultos hospitalizados en fase aguda. En los pacientes que el resultado en la escala es de 2 o más, siendo pacientes de Alto riesgo se les coloca una pulsera identificativa, informando a la vez paciente, familiares y personal sanitario del alto riesgo de caída que tiene el paciente y cómo poder prevenir las posibles caídas.

Objetivos

Observar el registro de la escala Stratify al Gacela de todos los pacientes de la unidad de geriatría (1A) e identificar si los pacientes valorados con 2 o más en esta escala son portadores de la pulsera identificativa.

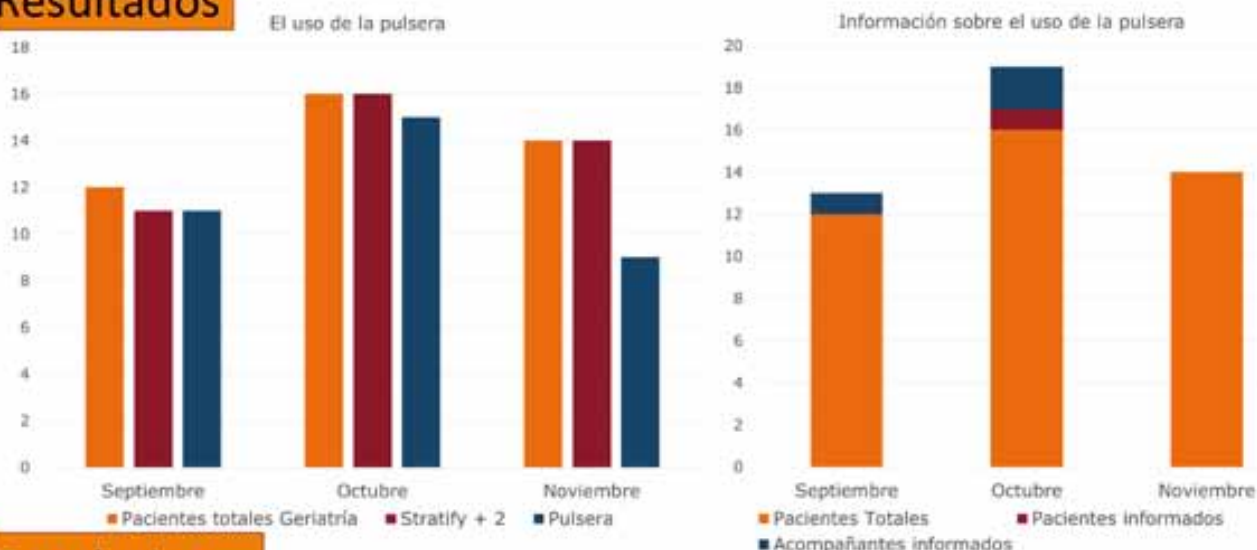
Valorar si tanto los pacientes o en los casos que no puedan, sus familiares están informados sobre el uso de la pulsera y cómo pueden ayudar a prevenir las posibles caídas y las lesiones derivadas.

Metodología

Se ha realizado un estudio analítico, observacional y prospectivo en seguimiento de 3 meses.

Con 3 cortes (1 corte mensual) en que se ha revisado la escala stratify de todo paciente ingresado en la unidad 1A (Geriatría) del HUSM al programa GACELA. Y asimismo, si el paciente lo necesita visualizar que sea portador de pulsera identificativa. También se ha valorado si él o su familia está / n en conocimiento sobre el significado y lo que conlleva el uso de la pulsera.

Resultados



Conclusiones

Valorar y fomentar el registro de la escala Stratify al Gacela y el uso de las pulseras identificativas de los pacientes. Para así informar a los pacientes, familiares y todo el personal sanitario y aumentar la seguridad del paciente evitando caídas y lesiones derivadas de estas.

Bibliografía

- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Proyecto de Guías de buenas prácticas en Enfermería. Investén. Disponible en: <http://www.rnao.org/bestpractices>
- Jane Smith, A. Foster, J. Young. Use of the 'STRATIFY' falls risk assessment in patients recovering from acute stroke. Age and Ageing, 35 (2006), pp. 138-143
- Ian D Cameron, Geoff R Murray, Lesley D Gillespie, M Clare Robertson, Keith D Hill, Robert G Cumming, Ngaire Kerse. Intervenciones para la prevención de caídas en pacientes de edad avanzada que se encuentran en centros de cuidado y hospitales. Biblioteca Cochrane Plus 2011 Número 1 ISSN 1745-9990

ANÁLISIS COMPARATIVO: Identificación y evaluación del paciente con riesgo de caída en el HUSM de Lleida Geriatria (Unidad 1A)- Medicina (Unidad 2A i 2B)

Autores: Coll Badia Yolanda, Castelló Corretgé Aida (HUSM)

Introducción

Una caída la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la consecuencia de cualquier incidente que precipita las personas o pacientes a tierra en contra de su voluntad.

Para prevenir las caídas se ha implantado la guía "Prevención de caídas y lesiones derivadas en la gente mayor" en las unidades del HUSM de Lleida. Al ingreso el paciente en la unidad se realiza una valoración según escalera Stratify. Esta puntuación según el valor de riesgo, se coloca una pulsera identificativa en el paciente, para conocer que en este, se tiene que seguir una serie de recomendaciones. Durante el mes de Junio del 2016 se hizo una formación al personal sanitario, explicando el uso de pulsera y recomendaciones a seguir.

Objetivos

- Promover la evaluación e identificación de los pacientes con riesgo de caídas.
- Aumentar la seguridad del paciente.

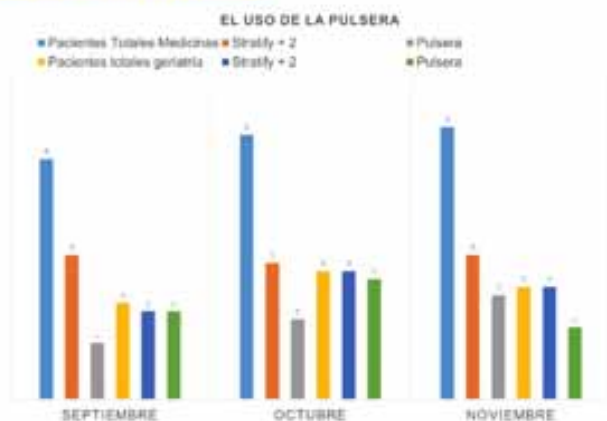


Metodología

Se realiza una revisión sistemática de la escalera Stratify de cada paciente ingresado mediante el programa GACELA y según los datos obtenidos, se realiza un análisis comparativo y observacional entre la planta de Geriatria (Unidad 1A) y unidades de Medicina (Unidad 2A i 2B) en un intervalo de tiempo de tres meses de Septiembre a Noviembre del 2016 con un corte mensual.

Se valora el uso de pulsera identificativa según puntuación escala Stratify/información al paciente/información acompañante.

Resultados



Conclusiones

El análisis comparativo de estas unidades nos muestran unos resultados a conocer, si el personal sanitario utiliza correctamente el uso de identificación del paciente mediante la pulsera y si el paciente y acompañante tiene conocimientos de esta guía implantada. Se puede ver que los resultados obtenidos, hay un cumplimiento de la aplicación de la guía a la vez de hacer la valoración en la escalera Stratify e identificar al paciente cuando hay riesgo de caída colocando la pulsera identificativa. Pero se tendrá que reforzar la información sobre el uso de esta, tanto al paciente como a la familia.

Bibliografía

- Generalitat de Catalunya/Quaderns del Pla de Salut(1 Sep 2000). Caigudes accidentals de la gent gran. Recomanacions per a la prevenció i atenció.
- Protocol de prevenció de caigudes /Aliança per la seguretat dels pacients a Catalunya, 8: 15-28
- Rubinskin L.Z, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol.2005; 40:45-53

TEORIA Y REALIDAD DE LAS CAÍDAS

AUTORAS: Aimenara Hoigado, Y. Comella Fiestras, T. Guzmán Alférez, P. Porta Bergés, E.
Hospital Universitario Santa María de Lleida

INTRODUCCIÓN:

Las caídas son un riesgo real que sucede en el medio hospitalario y constituyen un indicador de calidad asistencial. Especialmente para la gente mayor (y teniendo en cuenta que el Hospital Universitario de Santa María es el referente en geriatría de la provincia) son un importante problema de salud que se pueden prevenir mediante la intervención multifactorial sobre los factores de riesgo y realizando la educación sanitaria pertinente. Del total de incidentes acontecidos en nuestro hospital durante el año 2015, un 35% fueron caídas; la mayoría se produjeron por resbalones o pérdida de equilibrio mientras deambulaban por la habitación o durante las transferencias; de éstas, un 20% partían de una posición estática. Desde el HUSM, se está trabajando para implantar unas recomendaciones basadas en la "Guía de las buenas prácticas de enfermería" (RNAO) para evitar estas caídas.

OBJETIVOS:

- ✓ Identificar si los profesionales de enfermería del Hospital Universitario Santa María están siguiendo las recomendaciones que se están aplicando para prevenir las caídas (escala Stratify y colocación de pulsera identificativa de riesgo de caídas).
- ✓ Describir las características de los usuarios ingresados en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital Universitario Santa María y los factores de riesgo que tienen de sufrir una caída.
- ✓ Evaluar la percepción del paciente/acompañante de padecer una caída durante su estancia en el hospital y la prevención que realiza para evitarla.
- ✓ Encontrar las limitaciones y/o dificultades que se presentan para no poder cumplir con las recomendaciones.

METODOLOGÍA:

- ✓ **Diseño del estudio:** Se trata de un estudio descriptivo transversal de prevalencia.
- ✓ **Materiales:** Se ha elaborado una *hoja de recogida de datos* en el que hay diferentes partes claramente definidas. Una parte de identificación y descripción de las características del usuario; una segunda parte de encuesta al usuario o acompañante en caso que el primero no se pueda comunicar con facilidad, heteroaplicada; una parte de observación por parte del profesional de los factores de riesgo (tipo de calzado, estado de la cama, butaca, si utiliza dispositivos terapéuticos para mejorar las necesidades alteradas como la visión o la marcha. Si estamos utilizando correctamente los profesionales las pulseras identificativas de riesgo de caídas y si estamos realizando los registros de valoración del riesgo de caídas.
- ✓ Se ha utilizado el programa estadístico SPSS para el análisis de los datos.

RESULTADOS/ DISCUSIÓN:

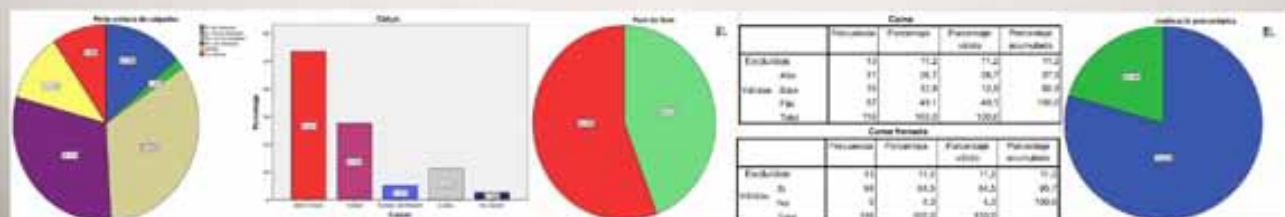
La media de edad de la N (116) de los usuarios ingresados en el Hospital Universitario Santa María los días 9 y 10 de octubre de 2016 es de 67,68 años.

Se han excluido a todos los usuarios ingresados en régimen parcial como puede ser hospitales de día, menores de edad, usuarios ingresados en el módulo penitenciario, con sujeción mecánica, usuarios inconscientes, usuarios con barrera idiomática, no colaboradores sin acompañante, o bien, con mal pronóstico a corto plazo por respeto al usuario y a su familia, excluyendo así a 13 usuarios.

El 31,9% no tiene valorada la escala Stratify, y de los que la tienen, el 35,3% tienen riesgo de caída (Stratify ≥ 2), a su vez un 30,17% de éstos tendrían que llevar pulsera y no la llevan. De todos los encuestados vemos que el 53,41% lleva calzado abierto o en chancla, un 55,78% no deja un punto de luz por la noche, el 49,1% tienen la cama fija, y de los que la tienen móvil sólo un 12,9% la tienen baja; y el 84,5% tienen la cama frenada. Un 25,9% utilizan ayudas físicas en el domicilio, sin embargo un 36,66% no las utilizan en el hospital cuando ingresan. La gran mayoría de los usuarios, un 79,61%, lleva medicación psicotrópica durante el ingreso.

Hay un 17,2 % de usuarios que creen no tener riesgo de caer en el ámbito hospitalario, sin embargo tienen un Stratify ≥ 2 .

De los que tienen Stratify ≥ 2 , hay un 18,1% que tienen punto de luz por la noche, un 13,7% calzado cerrado y un 8,85% la cama baja.



CONCLUSIONES:

Estamos en el inicio de la implantación de la "guía de prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores en el ámbito hospitalario", hay mucho que trabajar porque los usuarios no cumplen las medidas preventivas en muchos de los casos y creemos que la educación sanitaria es imprescindible, sin embargo nos acompañan de momento algunas limitaciones estructurales.

LIMITACIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES Y PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO:

- ✓ En la unidad de cirugía evitan utilizar el punto de luz del baño durante la noche porque refieren malos olores provocados por el sifón del baño.
- ✓ No se frenan correctamente las butacas porque se tienen que frenar las cuatro ruedas individualmente y por falta de espacio en las habitaciones hace que sea necesario mover a menudo la butaca.
- ✓ En pacientes que llevan sondaje vesical con lavados no es recomendable bajar mucho la cama, para evitar el contacto de la bolsa de diuresis con el suelo.
- ✓ Hay muchas camas que son fijas y no hay posibilidad de bajarlas.
- ✓ Los usuarios defecan el baño como un espacio de alto riesgo, porque el suelo resbala mucho y el drenaje del agua es deficiente.
- ✓ Hay usuarios que caen pero no han informado al personal sanitario.
- ✓ El programa TPSC Cloud anonimiza los incidentes al cerrarlos y antes de ser enviados al "Departament de Salut", por eso para la realización de este trabajo no hemos podido saber que usuarios de la muestra han caído.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Demer, P. (2016). El cuidado de la persona mayor. Consideraciones sobre la vejez. Revue Médicale de la Suisse, 12(12), 121-122.
2. Moreno Martínez, M. (2016). El cuidado de la persona mayor. Consideraciones sobre la vejez. Revue Médicale de la Suisse, 12(12), 121-122.
3. Instituto de Estadística de Cataluña (2015). Estadística de la población. TPSC Cloud.
4. RNAO. (2016). Recomendaciones de buenas prácticas. De Salud, 2016.
5. RNAO. (2016). Recomendaciones de buenas prácticas. De Salud, 2016.

MONITORIZACIÓN DE LA DESCARGA DE PRESIÓN DE TALONES

Autores: Batlle Besora, M; Caselles Cots, N; Castro Ruiz, S; Márquez Martín, A; Noguera Rico, T; Prats Pascual, N; Sola Oller, R.

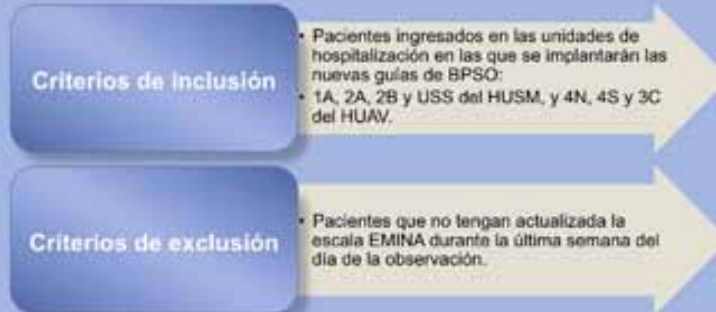
INTRODUCCIÓN: Una úlcera por presión (UPP) es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, como resultado de una presión o en combinación con la cizalla, generalmente sobre una prominencia ósea.

Los talones, con un porcentaje del 36,6%, junto con la zona sacra, son las partes del cuerpo con mayor frecuencia de presentar UPP. Destacando en personas mayores pluripatológicas y con altos niveles de dependencia.



METODOLOGÍA: Realización de un estudio observacional transversal en diferentes unidades de hospitalización del Hospital Universitario de Santa María (HUSM) y Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAU), para valorar el riesgo de UPP en talones, mediante la escala EMINA y los métodos de protección para prevenirlas.

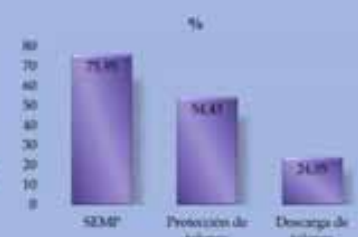
La recogida de datos se realiza mediante una planilla, recopilando datos a través de una observación directa, desde Octubre de 2016 a Mayo de 2017. Los resultados se analizarán con el programa "Excel".

[illegible]

RESULTADOS: Los resultados recogidos en el mes de Octubre de 2016 son los siguientes:



- Un 75'95% de los pacientes con riesgo alto de UPP tenían un sistema especial de manejo de presión (**SEMP**).
- Un 54'43% de los pacientes con riesgo alto de UPP llevaban **protección de talones** bien colocados.
- Un 24'05% de los pacientes con riesgo alto de UPP tenían **descarga de talones** mediante cojines.



CONCLUSIONES: Al realizar el estudio queremos encontrar la forma adecuada de recoger y plasmar los datos obtenidos durante la práctica diaria, para poder unificar criterios entre los diferentes centros sanitarios. Consiguiendo así obtener una buena información del riesgo que tiene el paciente de presentar UPP y poder prevenirlo de forma correcta.

BIBLIOGRAFIA: Rueda J. Controversias sobre las úlcas por presión en talones. *Rev Esp de enfermería*. 2013; 36 (2): 122-128.

BIBLIOGRAFIA: Rueda J. Controversias sobre las úlceras por presión en latinos. *Rev Nal de enfermería*. 2013; 36 (2): 122-128.

Fernando M. González A, Juárez R. Prevalencia y factores de riesgo asociado a las UPP en pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica. *Rev Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 2013; 6 (2):41-47.

Palomar F, Fomes B, Arantón L, Rumbo JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enfermería semántica*. 2013; 16(10): 14-25.

Introducción

En la actualidad el interés en el cuidado relacionado con las lesiones llamadas úlceras por presión (UPP) va dirigido principalmente hacia la prevención de las mismas ya que se estima que hasta el 95-98% de las UPP son evitables.

Está demostrado que la aparición de UPP elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes, tanto directos como indirectos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera como un indicador importante de calidad asistencial.

Objetivo general

Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia de UPP en los pacientes ingresados en HUSM de Lleida.

Objetivos específicos

Definir los cuidados, procedimientos e intervenciones en la prevención de las UPP, analizando su grado de evidencia científica.

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Contribuir a la reducción de la incidencia de UPP a través de estrategias educativas genéricas.

Material y métodos

Revisión bibliográfica en las bases de datos CUIDEN plus, PubMed, Cochrane. Revisión de los protocolos más actualizados de CCAA. El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®.

Tabla 1. Elección de la superficie de apoyo según el riesgo de UPP

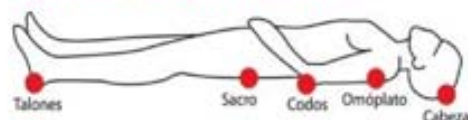
RIESGO	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN
Riesgo bajo	Superficie de apoyo reactivo • colchón viscoelástico • colchón de espuma de alta densidad	Superficie de apoyo activo • colchoneta de aire alternante de celdas pequeñas
Riesgo medio	Superficie de apoyo activo • colchoneta de aire alternante de celdas grandes	Superficie de apoyo activo • colchoneta de aire alternante de celdas medianas
Riesgo alto	Superficie de apoyo activo • colchón de aire alternante • colchón de aire alternante de posicionamiento lateral	Superficie de apoyo activo • colchoneta de aire alternante de celdas grandes

Tabla 2 Recomendaciones para pacientes encamados y en sedestación

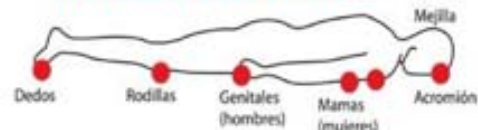
Tabla 2 Recomendaciones para pacientes encamados y en sedestación	
PACIENTE ENCAMADO	PACIENTE EN SEDESTACIÓN
• Cambios posturales cada 2 o 3 horas como mínimo, siguiendo una rotación determinada (B). • Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado (C). • Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteros, los tobillos y los talones (C). • Utilizar superficies especiales adecuadas (C).	• Utilizar un sillón adecuado, cómodo y con reposabrazos y el respaldo un poco inclinado hacia atrás • Ajustar el ancho de la silla o colocar cojines a ambos lados del tronco para conseguir una posición recta • Adaptar la profundidad de la silla a la longitud del muslo • Colocar un reposapiés hasta conseguir un ángulo recto de cadera y rodilla. • Colocar al paciente de manera correcta, con la espalda lo más recta posible y apoyada en el respaldo. Es necesario valorar la necesidad de dispositivos de ayuda para mantener la postura • Instruir al paciente para que se recolque cada 15 minutos. Si no pudiese hacerlo por sí solo, hay que instruir al cuidador para que lo haga como mínimo cada hora (C) • El paciente de alto riesgo no debe permanecer más de dos horas sentado, aunque se utilicen sistemas de alivio de la presión (D) • Para una sedestación correcta es importante disponer de cojines que disminuyan la presión. No hay que utilizar cojines con forma de flotador (B), ya que provocan edema, congestión e isquemia y favorecen la aparición de UPP • Si no es posible llevar a cabo estas recomendaciones, mantener al paciente encamado y hacer los cambios pos-turales indicados • Si el paciente tiene úlceras en la zona sacra, evitar que esté sentado; sentarlo solamente en periodos limitados (durante las comidas) (C)

PUNTOS DE PRESIÓN SEGÚN LAS DIFERENTES POSICIONES

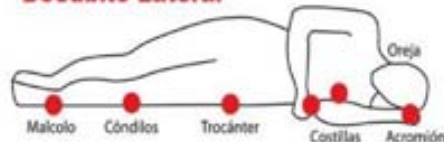
Decúbito Supino / Dorsal



Decúbito Prono / Ventral



Decúbito Lateral



Bibliografía:

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNE-AUPP). Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. [data d'accés: 17 de maig de 2016]: 6. Disponible en: www.gneupp.org/documentos/gneupp/prevencion.pdf
- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Edita Generalitat Valenciana, 2012.
- Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Edita Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears, 2007.

Los autores expresan su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs.

LA REALIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO BPSO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARIA DE LLEIDA

Tomàs Jansat, I.; Josench Mateu, R.; Porta Bergès, E. (Impulsoras Hospital Universitario Santa María)

Introducción:

En el Hospital Universitario Santa María velamos por la salud y el bienestar de la ciudadanía. Es por esto, que junto con el Hospital Universitario Arnau de Vilanova y la facultad de Enfermería y Fisioterapia de la UDL, forman parte de los centros comprometidos con la Excelencia en cuidados con el objetivo de fomentar las buenas prácticas en los cuidados. Desde el año 2015 el Hospital Universitario Santa María, junto con el Hospital Universitario Arnau de Vilanova y la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de Lleida iniciaron la implantación del Proyecto de BPSO, con las guías de Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores, Valoración del riesgo y prevención de las UPP, Cuidado y manejo de la ostomía y Cuidados centrados en el Paciente y la familia. Tras más de un año hemos realizado un sondeo de los profesionales del Hospital Universitario Santa María que son impulsores de las diferentes guías, sobre cómo valoran su participación, conocimientos y perspectivas de cada proyecto; y así poder hacer una valoración en qué situación está el proyecto y el grado de implicación de los impulsores que participan.



Objetivos:

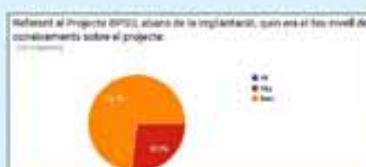
- 1.- Conocer el grado de información de los profesionales implicados del Hospital Universitario Santa María sobre el proyecto BPSO que se está implantando en el mismo hospital.
- 2.- Saber el grado de conocimientos que ha supuesto la participación como impulsor en las diferentes guías de los profesionales en el Hospital Universitario Santa María.

Metodología:

Nuestro método de trabajo se ha basado en un estudio transversal de prevalencia mediante una breve encuesta adaptada del grado de satisfacción vía on-line (plataforma Google) a los impulsores de las diferentes guías de BPSO en el Hospital Universitario Santa María de Lleida, siendo 7 preguntas con respuesta cerrada y una con respuesta abierta, de forma anónima y voluntaria.

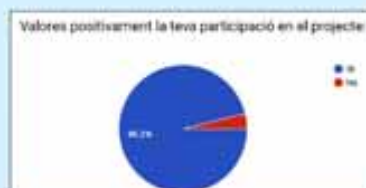
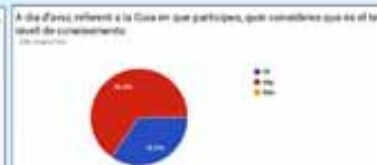
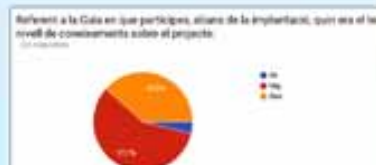
Resultados:

La participación total de los impulsores ha estado de un 30.95% (26 impulsores), el mayor número de respuestas de la encuesta han estado los impulsores de la guía de Valoración del Riesgo y prevención de las Úlceras por Presión.



Analizando los resultados del nivel de conocimientos sobre el Proyecto BPSO, se ha observado que hemos pasado de tener un BAJO grado de información sobre el proyecto con un 30.95% a un 53.8% MEDIO hoy en día.

Referente a los conocimientos de la guía en la que cada impulsor participa, en un principio el conocimiento era en un 38.5% BAJO y 57.7% MEDIO, pasando a ser un 65.4% MEDIO y un 34.6% ALTO. En un 96% de los impulsores encuestados han valorado positivamente su participación en el proyecto.



En un 96% de los impulsores encuestados han valorado positivamente su participación en el proyecto.



Conclusiones:

Valoramos que la baja participación puede ser debida a una falta de motivación de los diferentes impulsores, ya que aún hay guías que no se han desarrollado al 100% en alguno de sus apartados. Por otro lado se deben valorar las diferentes motivaciones de cada uno de los impulsores. Aún así, podemos concluir que la información adquirida desde la implantación del proyecto es positiva y los conocimientos de cada guía ha aumentado favorablemente. Actualmente aparece un grado de conocimiento alto en el proyecto de BPSO. En las guías desaparece el grado bajo, valorando que la implantación ha fomentado la actualización de los aprendizajes. Valorando positivamente la participación en el proyecto BPSO por parte de los impulsores. Pertenecer a este proyecto da la posibilidad de participación y adquirir y/o profundizar nuevos conocimientos, mejorando los cuidados y llegando a la excelencia. El desarrollo de guías de buenas prácticas de calidad por parte de las instituciones fiables proporciona un camino para que los profesionales y las instituciones se aseguren de estar utilizando la mejor evidencia en los cuidados. Las diferentes aportaciones de los impulsores remarcan la importancia de la estandarización y la utilización de la evidencia científica en los cuidados, la mejora de la práctica diaria, la interacción con otros profesionales y otros centros, ...

Bibliografía:

- RNAO. Herramienta de implantación de buenas prácticas 2ª Edición. Septiembre 2012.
Sara Martí, A. La evaluación de los aprendizajes: construcción de instrumentos. Cuadernos de docencia universitaria. Ed. Octavo.
González Ramos, A.M., Fernández Palacios, J. Diseño de encuesta sobre metodologías y la actividad científica de los equipos de investigación. Vol 6, nº 2 2004, 133-145.

El presente trabajo ha sido realizado utilizando total o parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados".



Impulsores BPSO® amb idees

DETALLS PER ALS PACIENTS

Clara Térmens i Lis Latorre

Ana González (HUAV) - Poma

Carmen Mayayo

Elisa Porta

Maribel Cucurull

DETALLS PER ALS PROFESSIONALS

Carmen Mayayo

Elisa Porta (HUSM) - Polseres identificatives per guies

POSTAL DE NADAL BPSO

Elisa Porta

Ana M. López (HUSM)

CALENDARI BPSO 2017

Iluminada Godia i Mercè Paniagua

CONCURS GUIA CAIGUDES "LLIT BAIX"

Aida Castelló

Elisa Porta

Ana González,

Elisa Porta (HUSM) []

Impulsores BPSO® Lleida a 30/11/16

JOAN BLANCO BLANCO. Degà i referent de la FIF-UdL

MONTSERRAT GEA SÁNCHEZ. Vicedegana cap d'estudis i referent de la FIF-UdL

JOSEP M. GUTIÉRREZ VILAPLANA. Supervisor d'infermeria, referent de l'HUAV i colíder del projecte

MERCÈ FOLGUERA ARNAU. Supervisora d'infermeria, referent de l'HUSM i líder del projecte

GUIA CURES CENTRADES EN LA PERSONA I FAMÍLIA

LÍDER I REFERENTS

Carmen Mayayo Monreal. Líder

Eloïsa Setó Gort. Colíder

Maria Bonjorn Joval. Referent HUSM

Jordi Martínez Soldevila. Referent FIF-UdL

IMPULSORES

Patrícia	Aixalà Olivan	HUAV	Infermera
Eva	Andújar Moreno	HUAV	Infermera
Núria	Barberà Rubió	HUSM	Treballadora social
Isabel	Barco Garra	HUAV	TCAI
Rosana	Barta Sancho	HUAV	Infermera
Cristina	Berengué Puy-Peiró	HUAV	Infermera
Maria	Bonjorn Joval	HUSM	Treballadora social
Miquel Àngel	Calderó Solé	HUSM	Infermer
Marta	Castelló Farran	HUAV	Infermera
Montse	Cetó Sala	HUSM	Treballadora social
Esther	Chiné Labrador	HUAV	Infermera
Nelly	Clemente Peropadre	HUAV	Infermera
Iluminada	Godia González	HUAV	TCAI
Francesca	González Palau	HUSM	Infermera
Sílvia	Gros Navés	HUAV	Infermera
Elisabet	Javierre Fontanet	HUAV	Infermera
M ^a Elisa	Latorre Pena	HUAV	TCAI
Ana M ^a	López Martínez	HUSM	Infermera
Josep M ^a	Martínez Barriuso	HUSM	Infermer
Ginesa	Martínez Pérez	HUAV	Infermera
Jordi	Martínez Soldevila	FIF-UdL	Professor
Carmen	Mayayo Monreal	HUAV	Cap Unitat Atenció al Ciutadà
Petrí	Merino De los Santos	HUSM	Infermera
M ^a Gloria	Mo Gasol	HUAV	Infermera
Moisés	Mora Duran	HUSM	TCAI
Olga	Oró Esteve	HUAV	TCAI
Mercedes	Paniagua González	HUAV	TCAI
Aarón	Pérez Pérez	HUSM	Zelador
M ^a Carmen	Pérez Vivancos	HUAV	TCAI
Montse	Poch Ollé	HUSM	Infermera
Remedios	Ponce De Haro	HUAV	Infermera
Joel	Pons Rodríguez	HUAV	Zelador
Lucia	Rodrigo Rubio	HUAV	TCAI
Eloïsa	Setó Gort	HUAV	Supervisora d'infermeria
Antonieta	Sol Agudo	HUAV	Infermera
Carol	Sorolla Villas	HUAV	Supervisora d'infermeria
Clara	Térmens Inglés	HUAV	Infermera
Imma	Tomàs Jansat	HUSM	Infermera
M ^a Carmen	Torres Torradeflot	HUAV	Infermera
Joana	Vilaró Jordana	HUSM	Infermera
Eva	Vilaseca Viladrich	HUAV	Infermera

GUIA VALORACIÓ DEL RISC I PREVENCIÓ DE LES NAFRES PER PRESSIÓ

LÍDER I REFERENTS

Benjamí Monsonís Filella. Líder
Sònia Aguiló Sánchez. Colíder
Anna Teixiné Martín. Referent HUAV
Teresa Torner Benet. Referent FIF-UdL

IMPULSORES

Sònia	Aguiló Sánchez	HUSM	Supervisora d'infermeria
Noelia	Alcaine Delpino	HUSM	Infermera
Noemí	Aragónés Muniesa	HUAV	TCAI
Marta	Aribau Montull	HUAV	Infermera
Marta	Bardina Pujol	HUSM	Infermera
Mireia	Batlle Besora	HUAV	TCAI
Alejandro	Bergua Lorente	HUAV	Infermer
M ^a Rosa	Carrera Faura	HUSM	TCAI
Lidia	Carulla Canales	HUSM	Infermera
Núria	Caselles Cots	HUSM	Infermera
Sònia	Castro Ruiz	HUSM	Infermera
Mercè	Degracia Camarasa	HUSM	TCAI
Míriam	Diarte Cabezudo	HUSM	Infermera
Silvia	Domínguez Agulló	HUAV	Infermera
Júlia	Duran Vidal	HUAV	Supervisora d'infermeria
Lourdes	Espejo Sánchez	HUSM	Infermera
Anna M.	Esteban Dominguez	HUAV	TCAI
Noèlia	Expósito Parra	HUAV	Infermera
Imma	Fajardo Muñoz	HUSM	Infermera
Jordi	Farrero Mena	HUAV	Infermer
Marta	Ferriñan Miró	HUAV	Infermera
Natalia	Filella Cardó	HUSM	TCAI
Roser	Foixench Mateu	HUSM	Infermera
Núria	Forns Parial	HUSM	Infermera
Elena	Garcia Filló	HUAV	Infermera
Isabel	Gavaldà Lorente	HUSM	TCAI
Paqui	Guiral Fernández	HUSM	Infermera
Eva	Jiménez Campos	HUSM	Infermera
Consol	Justribó Del Baño	HUSM	TCAI
Silvia	Lanau Arcas	HUSM	Fisioterapeuta
Begoña	López Pernia	HUAV	TCAI
Natàlia	Mateu Cantarell	HUAV	Infermera
Carme	Molins Gibert	HUAV	TCAI
Benjamí	Monsonís Filella	HUSM	Supervisor d'infermeria
Sònia	Moran Murillo	HUAV	Infermera
Tere	Noguera Rico	HUSM	Infermera
Lídia	Oró Fontova	HUSM	Infermera
Rosa M ^a	Palau Barberà	HUSM	Infermera
Cristina	Paniagua González	HUAV	Supervisora d'infermeria
M ^a José	Pascua Rodríguez	HUSM	Infermera
Núria	Prats Pascual	HUSM	Infermera
Noelia	Sabariego Santamaría	HUAV	TCAI
Anna	Sabaté Boix	HUSM	Fisioterapeuta
Joan Carles	Sabaté Muñoz	HUSM	Zelador
Gloria	Serramona Montserrat	HUSM	TCAI
Marta	Sobrevals Martínez	HUSM	Infermera
Rocío	Solà Oller	HUSM	Infermera
Junquera	Solanes Pena	HUSM	TCAI
Anna	Teixiné Martín	HUAV	Infermera
Teresa	Torner Benet	FIF-UdL	Professora
Mónica	Trillo Garcia	HUAV	Infermera
Adela	Zarzuela De Blas	HUAV	TCAI

GUIA CURES I MANEIG DE L'OSTOMIA

LÍDER I REFERENTS

Maribel Fondevila Fragüet. Líder
Marta Sadurní Gràcia. Colíder
Teresita Martí Ribes. Referent HUSM
Judith Roca Llobet. Referent FIF-UdL

IMPULSORES

Blanca	Aixalà Sorolla	HUSM	Infermera
Elisabet	Arquillué Ordoño	HUAV	Infermera
Mireia	Badia Bernaus	HUSM	Infermera
Sandra	Caba Melich	HUAV	Infermera
Susana	Castells Serret	HUSM	Infermera
Cristina	Cortijo Lecina	HUSM	Supervisora d'infermeria
Maribel	Cucurull Llobet	HUSM	Infermera
Maribel	Fondevila Fragüet	HUAV	Infermera
Alicia	Galindo Farran	HUAV	TCAI
Sandra	Gallud Lecha	HUAV	Infermera
David	Garcia Belmonte	HUAV	Metge - Uròleg
Ana	González Blazquez	HUAV	Infermera
Yolanda	Jordán Gómez	HUSM	Infermera
Laura	López Alvarez	HUSM	Infermera
Teresita	Martí Ribes	HUSM	Infermera
Lourdes	Plaza Laguna	HUAV	Infermera
Judit	Pujols Lara	HUAV	Infermera
Carlota	Regany Riu	HUSM	Infermera
Montse	Robles López	HUAV	Infermera
Judith	Roca Llobet	FIF-UdL	Professora
Otilia	Rodríguez Gomara	HUAV	Infermera
Marta	Sadurní Gràcia	HUAV	Infermera
Laura	Sanjuan Matons	HUSM	Infermera
Dolors	Sanmartin Terceiro	HUAV	Supervisora d'infermeria
Elvira	Seró Piqué	HUAV	Infermera
Núria	Sogas Vicente	HUAV	Infermera
Janet Evelin	Uculmana Hurtado	HUAV	Infermera
Fina	Vendrell Justribó	HUSM	Infermera
Enriqueta	Vilà Justribó	HUAV	Infermera
Inés	Vilà Panés	COILL	Infermera
Eva	Vilalta Arnau	HUAV	Infermera
Amalia	Zapata Rojas	HUAV	Infermera

GUIA PREVENCIÓ DE CAIGUDES I LESIONS DERIVADES EN PERSONES GRANS

LÍDER I REFERENTS

Antonieta Morell Bernadí. Líder
Lorena Tejero Vidal. Colíder
Maria Jaria Lansac. Referent HUAV
Carmen Nuin Orrio. Referent FIF-UdL

IMPULSORES

Yasmina	Almenara Holgado	HUSM	Infermera
Joan	Ars Ricart	HUAV	Zelador

LLISTAT IMPULSORES BPSO®LLEIDA

Núria	Bellsells Bailon	HUAV	Infermera
Montse	Barri París	HUSM	TCAI
Albert	Bigordà Sague	HUSM	Fisioterapeuta
Pilar	Blanco Blanco	HUSM	Adjunta direcció d'infermeria
David	Bo Luque	HUAV	Zelador
Laia	Bordes Doménech	HUAV	Infermera
Joana	Cabezas Sabaté	HUSM	Infermera
Aida	Castelló Corretgé	HUSM	Infermera
Marimar	Clavero Centeno	HUAV	TCAI
Yolanda	Coll Badia	HUSM	Infermera
Thais	Comella Fiestras	HUSM	Infermera
Oriol	De la Sierra Gadea	HUSM	Infermera
Marisol	Estrada Brescó	HUSM	Infermera
Mireia	Font Sánchez	HUSM	Infermera
Dídac	Garcia Fernández	HUSM	Infermer
Marta	Garcia Jové	HUSM	Infermera
Ana	González Roselló	HUAV	Infermera
Pilar	Gutiérrez Alférez	HUSM	Infermera
Maria	Jaria Lansac	HUAV	Supervisora d'infermeria
Beatriu	Jové Serrano	HUAV	Infermera
Marta	Llobera Solanas	HUSM	Fisioterapeuta
Rosamary	López Salcedo	HUAV	Infermera
Rafa	Lorite Palomo	HUAV	Infermer
Eugènia	Marsol Domingo	HUSM	Infermera
Mario	Martínez Toribio	HUSM	Metge geriatra
Alba	Mitjavila Viles	HUAV	Responsable Qualitat CLECE
Antonieta	Morell Bernadí	HUSM	Infermera
Nazaret	Morell Rivas	HUAV	Infermera
Laura	Nadal Bares	HUSM	Metge geriatra
Carmen	Nuin Orrio	FIF-UdL	Professora
Rosa	Ojeda Oró	HUAV	TCAI
Alexandre	Palau Miguel	HUAV	TGS Diagnòstic per la imatge
Elena	Peruga Costa	HUSM	Infermera
Elisa	Porta Bergés	HUSM	Infermera
Anna	Pozo Carrique	HUAV	TCAI
Ángeles	Ramos Argüeso	HUSM	Infermera
Eva	Ribó Caubet	HUSM	Fisioterapeuta
Pilar	Ricart Ribó	HUAV	Infermera
Marina	Rogel Vilanova	HUAV	Infermera
Ana	Rubio Lillo	HUSM	Infermera
Rosa	Ruf Pena	HUSM	TCAI
Elisabet	Samitier Puig	HUAV	Infermera
Carme	Serret Nuevo	HUAV	TGS Diagnòstic per la imatge
Anna	Solani Garcia	HUAV	TGS Diagnòstic per la imatge
Lorena	Tejero Vidal	HUSM	Infermera
Víctor	Tello Casal	HUSM	Zelador
Eva	Torrelles Gatus	HUAV	TCAI
Judit	Torremorell Almenara	HUAV	Infermera
Ana	Vena Martínez	HUSM	Metge geriatra
M ^a Inmaculada	Vila Freixes	HUAV	TCAI []