

II Congreso Seguridad del Paciente

Construyendo sinergias
para la seguridad
del paciente

14 y 15 de Junio 2023

2024

Edita: SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL
Secretaría: C/ Mozárabe, 1. Edificio Parque. Local 2, 18006, Granada
Tlf. 902 430 960 - 683462698 | Fax. 902 430 959

Comité Editorial

Alvarez-Ossorio García de Soria, M. Reyes
Castro Ruiz, Maria José
García Tormo, Consuelo
Gutiérrez Amaro, Carlos
Moreno Campoy, E. Eva
Niebla Corsino, Patricia
Pérez Moreira, Rosalía
Sánchez Basallote, José Enrique

Diseño y Maquetación: Miguel Salvatierra

ISSN.: 2792-9256

Ejemplo de cita de la revista:

Armenteros Ortiz PJ, Collantes Estévez E, Escudero Contreras A, Amor Almedina MI, López Medina C:
Análisis de los problemas de seguridad de los pacientes reumáticos por la pérdida de adherencia al
tratamiento durante la pandemia. *Rev. Soc. Andal. Calid. Asist.* 2022; 1: 185

Todos los derechos reservados. De las opiniones reflejadas en los artículos responden exclusivamente los autores.

■ Índice

IV	Presentación
V	Índice de comunicaciones
1	Comunicaciones premiadas
5	Comunicaciones
6	Seguridad en la Organización
29	Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua
48	Atención integral segura
83	Seguridad del paciente y Tecnologías de la Información Sanitaria
91	Implicación activa de pacientes y ciudadanía
98	Conocimiento e innovación en seguridad del paciente
115	Índice de autores
120	Índice temático



Presentación

Es un lujo para nosotras poder continuar con la estrecha colaboración entre la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA) y la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA) de la Consejería de Salud y Consumo.

Esta colaboración, que se venía haciendo de una manera informal, se le dio forma y se puso de manifiesto fehacientemente con la primera revista como fruto de la necesidad de la Estrategia de divulgar el trabajo realizado por los profesionales en sus centros para la mejora de la seguridad del paciente junto con la demanda expresa por los asociados de SADECA de dar mayor visibilidad a los trabajos científicos presentados en diferentes eventos.

Sin duda alguna la Seguridad del Paciente es una de las líneas más relevante de las dimensiones de la Calidad Asistencial y es fundamental que las buenas prácticas y experiencias en pos a la seguridad de los pacientes que se vienen desarrollando en Andalucía se compartan para que se puedan replicar en otros centros y dónde mejor que a través de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.

En esta ocasión, se publican las mejores comunicaciones enviadas al II Congreso de Seguridad del Paciente desde Andalucía (ESSPA23) con el lema: "Construyendo sinergias para la seguridad del paciente" celebrado en la Granada durante los días 14 y 15 de junio de 2023. Sin duda, un lema muy acorde a esta alianza.

El encuentro ha congregado a más de 1.600 profesionales de diferentes perfiles y ámbitos de actuación tanto a nivel nacional como internacional. Hay que destacar la elevada calidad científica de la mano de profesionales expertos a través de las 5 mesas, encabezados por representantes de la OMS, del Ministerio de Sanidad y de la Consejería de Sanidad y Consumo de Andalucía. A lo largo del congreso se han abordado diferentes aspectos relacionados con el plan de acción global para la seguridad del paciente, formación y prácticas seguras para toda la ciudadanía o el abordaje de la seguridad de los pacientes en situaciones de vulnerabilidad, además de crear un foro de debate específico con diferentes sociedades científicas moderadas por la presidenta de SADECA para fomentar la coordinación y avanzar en la seguridad del paciente de forma integral. Igualmente cabe destacar que se dedicó un espacio relevante a la seguridad en la hemoterapia y se impulsó la donación de sangre, aspecto esencial para pacientes que requieren transfusiones, al hacer coincidir el congreso con el Día Mundial del Donante de Sangre, 14 de junio.

Es necesario agradecer el esfuerzo de los profesionales y su generosidad al dar a conocer sus experiencias e implementación de prácticas seguras a través de las cerca de 300 comunicaciones recibidas relacionadas con las 6 áreas clave de la ESSPA: Seguridad en la Organización; Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua; Atención integral segura; Seguridad del paciente y Tecnologías de la Información Sanitaria; Implicación activa de pacientes y ciudadanía; y Conocimiento e innovación en seguridad del paciente, áreas en las que las diferentes comunicaciones se han englobado en esta revista.

Sin duda alguna compartir conocimientos contribuye a la implementación de procedimientos y buenas prácticas en los diferentes centros redundando en una mayor calidad y seguridad para nuestros pacientes y ciudadanía.

Rosalía Pérez Moreira
Presidenta de SADECA

Eva Moreno Campoy
Directora de la ESSPA y Presidenta del
Comité Científico del Congreso

Índice de comunicaciones

COMUNICACIONES PREMIADAS

"INFLUENCERS" COMO ALIADOS EN LA DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS EN TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE.....	2
EL USO DEL COLCHON DE VACÍO EVITA LA SEDACIÓN Y MEJORA LA SEGURIDAD NEONATAL EN LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA CEREBRAL.....	3
MAPA DE RIESGOS: EL ELEMENTO CLAVE ANTE LA CREACIÓN DE UNA NUEVA UNIDAD HOSPITALARIA.....	4

COMUNICACIONES

Seguridad en la Organización

CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ANDALUCÍA.....	6
CONTROL DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE ULTRASONIDOS.....	7
REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	8
FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	10
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS: ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR COMO ELEMENTO DE SEGURIDAD EN UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS.....	12
REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.....	13
UTILIZACIÓN DE KITS ESPECÍFICOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.....	14
PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE PASE DE GUARDIA ESTRUCTURADO Y MULTIDISCIPLINAR EN UNA UCI DE ADULTOS.....	15
MODELO HOSPITALARIO DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CON BARRERA IDIOMÁTICA Y CULTURAL MEDIACIÓN SOCIO SANITARIA INTERCULTURAL.....	16
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE PUNTOS CLAVE. HERRAMIENTAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD.....	17
REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO CON CHECK-LIST DEL TRASLADO DE PACIENTES CON ECMO.....	18
ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA.....	19
IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS.....	20
VALORACIÓN DEL SISTEMA ELECTRÓNICO DE PETICIÓN DE MEDICACIÓN AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.....	22
CONSENSO EN EL MANEJO DE PERFUSIONES INTRAVENOSAS CONTINUAS.....	23
PROCESO DE ATENCIÓN EN DOMICILIO: NIVELES DE CUIDADOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LAS PERSONAS.....	24
USE BEFORE SURGERY: LA AVIACIÓN PODRÍA TENER LAS RESPUESTAS PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA.....	25
RESULTADOS DE LA FORMACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA GENERAR CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	26
ANÁLISIS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA SANITARIA.....	27
QUÉ SABEN NUESTROS PROFESIONALES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	28

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES AUTONÓMICO (NOTIFICASP).....	29
GESTIÓN DE NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO.....	30
IMPLEMENTACIÓN DE MATRICES DE RIESGO EN RADIOTERAPIA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.....	31
ELABORACION E IMPLANTACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.....	32
RELANZAMIENTO DE NOTIFICACIONES SINASP EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA PANDEMIA.....	33
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN DISTRITO SANITARIO. ÁREAS DE MEJORA.....	34
ANÁLISIS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE GRANADA.....	35
¿PREDICAR O DAR TRIGO?: MÁS ALLÁ DE LA NOTIFICACIÓN.....	36
NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE NUESTRA UNIDAD, ANÁLISIS Y ACCIONES DE MEJORA.....	38
SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO, ACR A PROPÓSITO DE UN CASO.....	39
GESTIÓN DEL RIESGO PROACTIVO EN UNA UNIDAD PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	40
ANÁLISIS DE UN EVENTO DE SEGURIDAD EN VACUNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	42
MEDIDAS IMPLANTADAS TRAS ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE EFECTOS ADVERSOS RECURRENTE EN 2021.....	43
PILOTAJE DE LA IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO DE EXTRAVASACIONES DEL MEDIO DE CONTRASTE EN UNA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO.....	44
INVESTIGACIÓN DE EVENTOS CENTINELA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE GRANADA.....	45
DETECCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTACIÓN CLÍNICA DE DIRAYA 2020 A 2022.....	46
APLICACIÓN DEL <i>GLOBAL TRIGGER TOOL</i> PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ARGENTINA.....	47
Atención integral segura	
MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DE NITROFURANTOÍNA.....	48
ESTRATEGIAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO EN EL RECIÉN NACIDO.....	49
VALORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE MEDICAMENTOS INADECUADOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	51
ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD Y ADECUACIÓN EN SU TRATAMIENTO.....	52
VALORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ALERGIAS A MEDICAMENTOS.....	53
ATENCIÓN INTEGRAL SEGURA: TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE "DEL DCCU A URGENCIAS HOSPITALARIAS".....	54
RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....	55
SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN SALUD MENTAL Y EMBARAZO: ANSIEDAD GENERALIZADA, DEPRESIÓN E INSOMNIO.....	56
SEGURIDAD INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALÍTICA DE LAS PETICIONES DE LABORATORIO.....	57

LA SEGURIDAD COMO META: EVOLUCIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN UNIDAD HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA.....	58
UNA TRANSFERENCIA ESTANDARIZADA APORTA SEGURIDAD A NUESTROS PACIENTES.....	59
LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD A PROPÓSITO DE UN INCIDENTE	60
INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO NO ONCOLÓGICO	61
INTERVENCIÓN DEL CELADOR PARA UNA TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE INTERUNIDADES.....	62
IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO. CIRUGÍA COLORECTAL	63
DIME CÓMO TE LLAMAS Y TE DIRÉ QUIÉN ERES. REVISIÓN DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE.....	65
CONTROL DE EFICACIA DE GLUCOSÚRICOS COMO PREVENTIVO DE INGRESOS HOSPITALARIOS, EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA NO DIABÉTICOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	66
MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: INTERVENCIÓNES FARMACOTERAPÉUTICAS EN UNA UNIDAD DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	67
ANALGESIA REGIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA Y SU IMPLICACIÓN EN EL RIESGO DE CAÍDAS	69
“CUÉNTAME”, PROYECTO PARA LA TRANSFERENCIA SEGURA PARA EL PACIENTE ENTRE UNIDADES CLÍNICAS.....	70
AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS:ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE MEJORAS	71
ANULACIONES CAUTELARES EN RECETA XXI COMO HERRAMIENTA PARA VELAR POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	72
LAS LESIONES POR PRESIÓN CONSTITUYEN UNA EPIDEMIA DEBAJO DE LAS SÁBANAS: ESTRATEGIA DE MEJORA.....	73
SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA DIRECTA A PACIENTES: CAÍDAS	74
TRANSFUSIONES AL FINAL DE LA VIDA Y REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	75
TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE EN EL CAMBIO DE TURNO DE ENFERMERÍA.....	76
LA UNIDAD DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO FACILITADORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUDITORIAS CLÍNICAS EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 80 AÑOS.....	77
VISITAS A BOTIQUINES POR FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA: PASO PREVIO A IMPLEMENTAR PROTOCOLOS PARA UN USO SEGURO DEL MEDICAMENTO.....	78
UTILIDAD DE LA SALA DE CONFORT PARA EL CONTROL DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN SALUD MENTAL: TRABAJANDO EN SEGURIDAD	79
ADECUACIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN PACIENTES AGITADOS Y REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	80
DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE INDICADORES EN UN PROYECTO REGIONAL DE GESTIÓN DE DOSIS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA	81
MEJORA DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LA OMS.....	82
Seguridad del paciente y Tecnologías de la Información Sanitaria	
"AISLACHECK": APP PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO	83
SOLUCIONES TIC EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMEDADES ARRÍTMICAS.....	84
DIGITALIZACIÓN EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	85
HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN Y LA HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA EN URGENCIAS.....	86

SISTEMA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS DE UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.....	87
RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA APP COMO INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y SU IMPACTO EN LAS FLEBITIS DE LOS PACIENTES.....	88
INFORME DE SUPERVISORES. MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN LAS GUARDIAS DE CARGOS INTERMEDIOS HOSPITALARIOS.....	89
MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE EL DISEÑO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ALGORITMOS FARMACOTERAPÉUTICOS.....	90
Implicación activa de pacientes y ciudadanía	
IMPLICACIÓN ACTIVA DE PACIENTES Y FAMILIARES. CONOCE TU MEDICACIÓN.....	91
INTEGRACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA EN EQUIPOS MÉDICO-ENFERMERO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA EXPERIENCIA PILOTO	92
POTENCIANDO LA SEGURIDAD MEDIANTE UNA ESCUELA DE CUIDADORES ACTIVOS DE NEONATOS PREMATUROS EN UN HOSPITAL PROVINCIAL.....	93
LA OPINIÓN DEL PACIENTE COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA	94
AVANZANDO HACIA UNA ORGANIZACIÓN MÁS SEGURA: PROYECTO DE MEJORA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	95
INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA EL MANEJO DE LA TERAPIA INHALATORIA.....	96
FOMENTAR LA INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	97
Conocimiento e innovación en seguridad del paciente	
SIMULACIÓN CLÍNICA: EVITANDO EL ENTRENAMIENTO BÁSICO CON PACIENTES REALES.....	98
PROPUESTA DE UN PLAN FORMATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.....	99
SISTEMA MULTIMODAL PARA LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CIRUGÍA DE CATARATA.....	100
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE LA ATENCIÓN DE UN CUIDADOR PRINCIPAL INFORMAL.....	101
COMPARACIÓN DE DOS VERSIONES DE ENCUESTAS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD.....	102
ANÁLISIS DE EXTRAVASACIONES DEL MEDIO DE CONTRASTE: CARACTERÍSTICAS Y FACTORES INFLUYENTES	104
NIVELES DE REFERENCIA DIAGNÓSTICOS PARA PROCEDIMIENTOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.....	105
DETECCIÓN DE ERRORES DURANTE EL PROCESO DE CODIFICACIÓN DE EPISODIOS HOSPITALARIOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DE PACIENTES.....	106
PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RESONANCIA MAGNÉTICA	107
IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE SEGURIDAD ON LINE EN SALAS DE PRUEBAS DE RADIODIAGNÓSTICO.....	108
INTERVENCIÓN FORMATIVA EN UN ÁREA DE SALUD PARA FOMENTAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES	109
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS SEGUROS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE LA PRIMERA OLA DE COVID-19	110
ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE AZITROMICINA A LAS GUÍAS TERAPÉUTICAS ANTIMICROBIANAS LOCALES	112
UTILIZACIÓN DE UN BUSCADOR DE FÁRMACOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA SELECCIÓN DEL DONANTE DE SANGRE	113
RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. IMPORTANCIA DEL CUIDADO Y LA SEGURIDAD DEL ADULTO MAYOR.....	114

COMUNICACIONES PREMIADAS

“INFLUENCERS” COMO ALIADOS EN LA DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS EN TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE

Autores: GARCÍA MARTÍN M, MORALES ESTURILLO I, SEGURA GARCÍA MT, CASTRO VIDA MA, GARCÍA HIT A S, GARCÍA RÍOS MR

Palabras clave: Participación social, Work engagement, Seguridad del paciente

Introducción

Cuando se proyectan intervenciones de mejora en los centros o unidades clínicas, de forma paralela se programan sesiones formativas/informativas para la difusión, conocimiento y puesta en marcha de la iniciativa por los trabajadores. Además, los centros utilizan otros recursos de difusión (cartelería, redes, etc.). En su mayoría, estas iniciativas consiguen hacer llegar al trabajador el proyecto, pero estas herramientas tienen limitaciones de impacto.

Este grupo de trabajo planteó utilizar otras estrategias de difusión para aumentar el alcance de su mensaje y hacer llegar esta intervención de mejora a más profesionales

Objetivos

1. Difundir el objetivo principal de la estrategia del proyecto “Cuéntame” entre los trabajadores del centro donde se lleva a cabo.
2. Superar el impacto de difusión de las actividades convencionales.

Metodología

Utilizar modos de difusión alternativos en la red a los habituales. El grupo de trabajo contactó con la ayuda de un creador de contenido dirigido a personal sanitario que utiliza el humor como herramienta para conseguir elevar el impacto de cada uno de sus “post”.

A partir de un guión, nuestro creador diseñó un “reel” de 1’ 57” que sintetizaba los objetivos del proyecto y que a priori lo hacía más atractivo. Este “reel” fue compartido por su autor en sus canales habituales. Paralelamente se compartió ese “reel” y su enlace a través de otros canales internos del centro, como grupos informales de mensajería instantánea, breafing diarios, etc.

A esta metodología de difusión se unían también el resto de los métodos convencionales mencionados.

Resultados

Una vez iniciadas las diferentes estrategias de difusión, el alcance de los métodos alternativos superó considerablemente a los convencionales:

Número de visualizaciones del video difundido por redes informales: 155 (1-5 de Marzo)

Asistentes a las 23 convocatorias de la sesión acreditada por ACSA (15 Febrero-10 Marzo): 320 asistentes

Cifras del post/ reel (primeras 24 horas) 25.900 visualizaciones, 241 manifestaron ser trabajadores del centro, 16208 likes y 347 comentarios.

Conclusiones

Las herramientas habituales de difusión utilizadas en nuestro centro necesitaron de un gran esfuerzo por los líderes del grupo y obtuvieron grandes resultados teniendo en cuenta el número de profesionales del centro.

El uso de influencers, con alto impacto sobre la población sanitaria, provocó no solo que el mensaje llegara a más profesionales, sino también que el mensaje se extendiera a otros centros de nuestro entorno y a otros sistemas de salud, a la vez que generó feedback y debate sobre la idoneidad de la implantación de la intervención de mejora.

EL USO DEL COLCHON DE VACÍO EVITA LA SEDACIÓN Y MEJORA LA SEGURIDAD NEONATAL EN LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA CEREBRAL

Autores: ORDÓÑEZ DÍAZ MD, AROCA AGUILAR EM, VICENTE RUEDA J, RODRÍGUEZ BENÍTEZ MV, PÁRRAGA QUILES MJ, RUMBAO AGUIRRE JM

Palabras clave: Resonancia, Neonatología, Sedación, Colchón de vacío

Introducción

La resonancia magnética (RM) es realizada con frecuencia en el estudio de patologías de recién nacidos (RN) con riesgo neurológico, que requiere habitualmente sedación/anestesia del paciente para garantizar su inmovilización y asegurar resultados de calidad. Estos procedimientos tienen riesgo a nivel respiratorio, cardiovascular y/o neurológico. El uso del colchón de vacío, que aumenta las medidas de confort/contención en RN evitando posibles artefactos invalidantes de la prueba, está poco establecido y protocolizado en las unidades neonatales.

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad del colchón de vacío como medida alternativa a la sedación/anestesia y otros sedantes para la realización de RM cerebral en RN ingresados en la unidad de Neonatología de un hospital de tercer nivel.

Metodología

Estudio observacional prospectivo de RN ingresados en Neonatología y sometidos a RM cerebral durante su hospitalización. Se estableció un protocolo multidisciplinar entre las unidades de Pediatría y Radiología para el uso del colchón de vacío, tras revisión bibliográfica. Se registraron los datos perinatales, la indicación de la RM cerebral y su preparación, la existencia de interrupciones durante la prueba, su duración, la necesidad medicación y el éxito del procedimiento, definido como la obtención de imágenes de calidad sin interrupciones ni sedación/anestesia, así como la presencia de eventos adversos.

Resultados

Un total de 13 RN fueron sometidos a RM cerebral desde el 21 de abril de 2022. En todos ellos se usó el colchón de vacío tras consentimiento informado de los padres. La edad gestacional y peso medio al nacer fueron de 37 semanas y 2851 g. El apgar al minuto y a los 5 minutos fue de 4.7 y 6.5 respectivamente, y el 50% de los RN requirieron reanimación. Las indicaciones más frecuentes para la realización de la RM fueron la encefalopatía hipóxico-isquémica y la hipotonía congénita. Todos los RN fueron preparados correctamente y se mantuvieron estables durante el procedimiento. En el 77% de los casos, la prueba fue considerada completamente exitosa a los pocos minutos del uso del colchón, y sólo en una ocasión se administró sedación para completarla. No se identificaron eventos adversos y todos los RN se mantuvieron estables sin complicaciones en el período post-prueba.

Conclusiones

La realización de RM cerebral en RN sin sedación mediante el uso del colchón de vacío es un procedimiento factible en nuestro medio, que aumenta la seguridad del paciente, así como la disponibilidad y rentabilidad de la prueba diagnóstica.

MAPA DE RIESGOS: EL ELEMENTO CLAVE ANTE LA CREACIÓN DE UNA NUEVA UNIDAD HOSPITALARIA

Autores: ESCALERA PÉREZ R, GARCÍA AGUILAR N, GAVILÁN PARRAS J, MATEO VALLEJO FA, MEDINA ACHIRICA C

Palabras clave: Mapa de riesgo, Seguridad del paciente, Gestión proactiva

Introducción

Un mapa de riesgos es una herramienta gráfica cuya finalidad es recordar y avisar de los puntos críticos para evitar fallar y producir un daño al paciente.

Objetivos

Dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema de Salud Público Andaluz no sólo está la gestión reactiva sino la proactiva para la identificación y minimización de riesgos. Por ello se ha realizado un Mapa de Riesgos del nuevo circuito de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) de nuestro hospital antes de su puesta en marcha.

El principal objetivo es identificar las potenciales debilidades antes de que se instaure dicho circuito con el fin de evitar circunstancias que puedan poner en peligro la seguridad del paciente.

Metodología

Previo a la realización del mapa de riesgos se hizo una búsqueda bibliográfica para tener información previa, comprobando que los mayores problemas de seguridad que se dan en las UCMA corresponden a problemas de índole administrativa.

La metodología usada para la elaboración del mapa fue el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE):

1. Selección del proceso a analizar: circuito del hospital de día quirúrgico.
2. Formación del grupo de trabajo multidisciplinar.
3. Describir todos los pasos del proceso en tres tiempos: prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico.
4. Identificar los modos de fallo y causas.
5. Priorizar en base al número de prioridad de riesgo (NPR).
6. Creación del mapa de riesgos.

Resultados

Tras analizar la matriz de los tres AMFE se consideraron los ítems cuyo NPR >100. Los diez aspectos que mayor puntuación obtuvieron por orden fueron:

1. El paciente toma anticoagulantes (NPR: 320).
2. Falta de recursos materiales (NPR: 216).
3. No se realiza prescripción médica en la receta XXI (NPR: 210).
4. Falta de personal (NPR: 200).
5. El paciente no tiene acompañante o cuidador (NPR: 180).
6. Error en la indicación de régimen de UCMA frente a corta estancia (NPR: 168).
7. Documentación adecuada en la consulta (NPR: 162)
8. El paciente no viene adecuadamente preparado (NPR: 128).
9. El paciente no está incluido el programa de prescripción y en Diraya no consta como ingresado (NPR: 160).
10. Alta en horario inadecuado para ir a una farmacia (NPR: 150).
11. Complicaciones postoperatorias (NPR: 126).

COMUNICACIONES

CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ANDALUCÍA

Autores: FERNÁNDEZ ELÍAS M, LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA M, CALVO BONACHERA MD, GIL GÓMEZ R, MORA NAVARRO D, FLORES GONZÁLEZ C

Palabras clave: Cultura de seguridad, Medicina intensiva pediátrica, Cuestionario AHRQ

Introducción

La cultura de seguridad supone un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente en unidades complejas como cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Objetivos

Medir el clima de seguridad entre sus profesionales y sugerir medidas de mejora.

Metodología

Estudio transversal y descriptivo. Se valoró la cultura de seguridad de 7 UCIP de Andalucía mediante la encuesta de la AHRQ que incluye 42 ítems agrupados en 12 dimensiones.

Se analizaron las dimensiones considerándose fortaleza u oportunidad de mejora siguiendo la metodología de la AHRQ. Las variables continuas se describieron con media, desviación estándar (DE), mediana y rango intercuartílico (RIQ); y las categóricas con frecuencia y porcentajes. La consistencia interna de cada dimensión se analizó con el índice α de Cronbach.

Resultados

Respondieron al cuestionario 158 profesionales, el 49,68 % con menos de 10 años de experiencia.

Aunque el 92,36% disponen de sistema de notificación, el 52,87% no notificó ningún evento adverso en el último año. Se hallaron respuestas positivas: doble chequeo en órdenes verbales (69,43%), conciliación medicación (94,27%), comunicación de cambios en la prescripción (86,62%) y el diagnóstico (76,43%). La calificación del grado de seguridad fue mediana de 8 (RCI=1).

Las dimensiones consideradas como fortalezas fueron: expectativas y acciones de la dirección de la Unidad que favorecen la seguridad (79,46%), trabajo en equipo (91,24%), y aprendizaje organizacional/mejora continua (72,40%). Como oportunidad de mejora la dimensión de dotación de personal (58,76%).

Los ítems aislados considerados como fortaleza fueron: "en mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir" (82,17%), "cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad" (77,07%) y "en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente" (73,25%).

Conclusiones

Con el presente estudio se han identificado fortalezas y debilidades en el clima de seguridad clínica de las UCIP participantes que servirán para implementar medidas de mejora que aumenten la seguridad del paciente. Requiere una atención prioritaria la optimizar de la dotación y organización del personal, promover la notificación interna y discusión de los errores potenciales, fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades, y mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia.

CONTROL DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE ULTRASONIDOS

Autores: REGUILÓN MARTÍN A, GUTIÉRREZ RUIZ M, MARQUES FRAGUELA E, ALONSO MURIEDAS J, CAMACHO DE LA VEGA G, FERREIROS VÁZQUEZ N, RODRÍGUEZ COBO C

Palabras clave: Ultrasonidos, Ecografía, Control de calidad, Imagen

Introducción

La ecografía es una modalidad de imagen que utiliza ultrasonidos para crear imágenes anatómicas y funcionales del interior del cuerpo.

Cuando la pérdida de calidad de la imagen ecográfica ocurre gradualmente, puede pasar inadvertida para el usuario que trabaja con el equipo diariamente. Es necesario establecer un programa de garantía de calidad que incluya controles periódicos, tanto del equipo como de los transductores, para poder detectar errores y evitar que éstos afecten a las imágenes clínicas de los pacientes y en consecuencia a su seguridad.

Objetivos

El objetivo del trabajo es analizar los resultados de los controles de calidad de los ecógrafos de Cantabria.

Metodología

Se emplea el maniquí CIRS 40, elaborado con un material sólido y elástico (Zerdine™), que simula el comportamiento del tejido hepático humano frente a los ultrasonidos (en velocidad y atenuación).

Se analizan los resultados de los controles de calidad anuales realizados en el periodo 2017-2021 a 56 sondas lineales y 32 convexas de 30 ecógrafos de diferentes fabricantes (GE, Toshiba, Siemens...).

Los resultados de las pruebas de uniformidad, resolución de campo próximo, zona muerta, profundidad de penetración, exactitud de distancias verticales y horizontales, resolución axial y lateral y umbral de sensibilidad de alto y bajo contraste se comparan con las tolerancias especificadas en el Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico.

Resultados

El 75%, 68%, 64%, 75% y 68% de los transductores estudiados en 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021 están dentro de tolerancias en todas las pruebas, respectivamente. Las pruebas que más frecuentemente dan resultados incorrectos son: uniformidad (41%), umbral de sensibilidad de alto y bajo contraste (28%), exactitud de la distancia vertical (22%), resolución espacial lateral (6%) y profundidad de penetración (3%).

La prueba que más frecuentemente da resultados incorrectos es la uniformidad de la imagen, debido normalmente a daños en los cristales del transductor. La medida de la exactitud de la distancia vertical está influenciada por la presión que ejerce el profesional sobre el maniquí por lo que no todos los resultados incorrectos se deben a deficiencias del equipo.

Conclusiones

El control de calidad de los equipos ecográficos es fundamental para detectar con antelación pérdidas graduales en sus características técnicas que pasan desapercibidas y garantizar una calidad de imagen clínica aceptable en el tiempo para garantizar la seguridad diagnóstica del paciente.

REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: PEDROSA POUSIBET C, PEDROSA MORALES M, MONTIJANO GUTIÉRREZ J, RUIZ MARTÍNEZ JM, DÍEZ REQUENA MJ

Palabras clave: Seguridad del paciente, Carro de paradas, Urgencias, Atención Primaria

Introducción

La Seguridad del Paciente es un objetivo consolidado y común a todos los sistemas de atención sanitaria, y una dimensión clave de la Calidad Asistencial. La Parada Cardio Respiratoria (PCR) representa la situación de emergencia vital que con más frecuencia se produce en los servicios de urgencias, por lo que una asistencia de forma rápida y eficaz es vital para garantizar la supervivencia de los usuarios.

Unos de los elementos indispensables en cualquier servicio de urgencias son los carros de paradas. Conocer el material y saber utilizar de forma correcta todos los dispositivos garantiza la seguridad de los usuarios y supervivencia.

La realización de un registro de la verificación del carro de paradas facilita el trabajo a todos los profesionales que van a trabajar en los diferentes Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de este distrito en concreto.

Objetivos

- Garantizar la disponibilidad de los carros de paradas en los diferentes SUAP participantes.
- Verificar el funcionamiento de forma correcta del registro y control del material del carro de paradas.
- Revisar la utilización correcta del carro de paradas en los diferentes puntos de urgencias.

Metodología

Para la revisión del carro de parada, se elaboró una hoja de registro online para que todos los profesionales sanitarios que estuvieran trabajando en ese momento, registraran de forma rápida y sencilla a través de un enlace online desde los dispositivos móviles de cada punto SUAP, así quedando una monitorización de la información de forma unánime de todas las SUAP de este distrito sanitario.

En cada turno de guardia el carro de paradas fue revisado. La información registrada incluía los siguientes apartados:

- Marcar la SUAP de registro.
- Estado del precinto del carro de parada.
- Revisión del desfibrilador.
- Correcto funcionamiento del aspirador de secreciones.
- Bala de oxígeno con carga.
- Material auxiliar.
- Revisión de medicación, vía circulatoria, vía aérea.
- Indicación de alguna observación.

Resultados

La implantación de dicho registro online consiguió los siguientes resultados:

- Descripción del material y fármacos a incluir en el carro de paradas.
- Establecer el mecanismo de revisión y reposición de los elementos del carro de paradas.

- La implicación de todos los profesionales de la unidad
- Unificación del contenido de todos los carros de paradas

Conclusiones

La realización de un registro de forma unánime del carro de parada aumenta la seguridad del paciente ya que se comprueba de forma diaria, disminuyendo así la posibilidad de cualquier incidencia inesperada que no se pueda resolver con previsión y seguridad.

FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: GARCÍA ALONSO L, CANDELAS GARCÍA-CERVIGÓN Y, HERNANDO LOECHES G, DÍEZ MORENO E

Palabras clave: Grupo de trabajo, Calidad asistencial, Unidad de cuidados intensivos, Cultura de seguridad

Introducción

La seguridad en la atención de los pacientes es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de nuestro sistema de salud, teniendo implicaciones directas en la calidad de la atención.

Por ello, en nuestra unidad de cuidados intensivos se creó un grupo de trabajo para la seguridad del paciente y constituye una de las herramientas para la gestión de la seguridad y por consiguiente de la calidad asistencial.

Es un instrumento necesario para la definición de la atención sanitaria correcta y adecuada, y de la resolución de una manera multidisciplinar de los problemas e incidentes que puedan presentarse en la unidad.

Objetivos

General:

- Diseñar y coordinar actividades para la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente.

Específicos:

- Informar y formar de manera continua a los profesionales sobre Seguridad del paciente.
- Elaborar documentos de apoyo.
- Realizar seguimiento y apoyo de las acciones emprendidas.
- Realizar análisis y seguimiento de los incidentes notificados que ocurren dentro de la unidad.

Metodología

Componentes del grupo: medico intensivista jefe de la unidad, médicos intensivistas, supervisoras de enfermería, enfermeras y auxiliares de enfermería de la unidad. Dentro de este grupo dos de las enfermeras y dos de los intensivistas son responsables de seguridad del paciente de la unidad, formando parte de un grupo de trabajo de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR).

Funcionamiento del grupo:

En la unidad:

- Reuniones mensuales del grupo multidisciplinar de la unidad.
- Diseño de infografías, protocolos, procedimientos, guías, píldoras informativas.
- Análisis de incidentes de seguridad y resolución de los mismos.

Institucional:

- Rondas de seguridad de los responsables de seguridad junto con supervisoras y jefe de la unidad con la unidad de UFGR, dirección médica, dirección de enfermería, jefe de personal subalterno, responsable de mantenimiento y electromedicina.

Formación y docencia:

- Asistencia a las jornadas de seguridad del paciente del propio centro.
- Asistencia a la jornada anual de UFGR del SERMAS.
- Docencia y asistencia a cursos propuestos por la unidad UFGR del hospital y por nuestra propia unidad.

Resultados

El grupo de trabajo nos ha permitido analizar incidentes de seguridad de una manera multidisciplinar y se han podido establecer medidas de corrección pertinentes para prevenir nuevos incidentes.

Nos ha permitido también desarrollar estrategias multidisciplinarias de forma eficiente creando un ambiente de seguridad y de confianza tanto para los pacientes como para los profesionales.

Conclusiones

La creación de un grupo de trabajo de seguridad del paciente dentro de la unidad nos ha aportado la herramienta necesaria para mejorar la calidad asistencial de los pacientes y fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales de la unidad.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS: ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR COMO ELEMENTO DE SEGURIDAD EN UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

Autores: ZURITA ROPERO S, PINTO MELERO M, PERNIA MEDINA F, GARCÍA VALVERDE I, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ R, TORTOSA GALLARDO M

Palabras clave: Pacientes crónicos complejos, Asistencia multidisciplinaria, Escala de fragilidad, Conciliación terapéutica

Introducción

La atención a pacientes crónicos complejos es un reto asistencial de extraordinaria importancia y prioridad. La hospitalización de estos pacientes orientada por niveles de cuidado es un gran avance asistencial que incluye el ámbito de la seguridad del paciente.

Objetivos

Analizar indicadores de proceso y resultado tras implantar una Unidad de pacientes de alta complejidad de cuidados (UACC).

Metodología

Diseño: Análisis descriptivo prospectivo. Ámbito de estudio: hospital comarcal que atiende a una población de 115.000 habitantes aproximadamente. Durante un año, se incluyeron pacientes hospitalizados consecutivamente en UACC (unidad con dotación y recursos diferenciados y responsabilidad asistencial multidisciplinaria), frágiles y dependientes según criterios previamente publicados EPADI (Escala de fragilidad de Antequera) constituida por seis criterios/factores valorables: edad, Pfeiffer, Barthel, Charlson, sociofamiliar y pluripatológico. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas.

Resultados

Ingresaron en UACC 446 pacientes, edad media de $84,7 \pm 8,2$ años, 55,2% mujeres. Procedían de: urgencias (55,6%), área Medicina Interna polivalente (34,5%) y servicios quirúrgicos (8,9%). Tenían cuidador identificado 256 (57,4%). Presentaban I. Barthel < 40 , 272 (67,2%) e I. Charlson > 2 , 283 (63,5%) pacientes. Cumplían criterios de pluripatológico 203 (45,5%) pacientes. Eran polimedicados 389 (88%). Mortalidad: 102 (22,9%) pacientes, que se asoció con I. Barthel < 40 (82% por 63%; OR: 2,7; IC 95%: 1,5-4,8; $p < 0,01$), E. Braden < 12 (85,3% por 57,5%; OR: 4,3; IC 95%: 2,2-8,5; $p < 0,01$) y pluripatológico (52,9% por 43,3%; OR 1,5; IC 95%: 1-2,3; $p < 0,05$). Tras análisis multivariante, solo E. Braden < 12 se asoció de forma independiente a fallecimiento (4,3; IC 95%: 2,1-8,3). De los pacientes a alta, el 83% fueron a domicilio y el 16,9% a residencia. Se redujo el número de fármacos (de $10,6 \pm 4,5$ a $9,4 \pm 4,4$; media 1,2; IC 95%: 0,6-1,8) con 78,8% de polimedicados al alta. El seguimiento medio de pacientes fue de $211,9 \pm 121,3$ días. Hubo un total de 58 (16,9%) de reingresos, de los que 46,5% fueron en < 30 días, 37,9% fueron entre 31-75 días y 15,5% fueron > 75 días.

Conclusiones

Las unidades específicas de atención a pacientes crónicos complejos favorecen la asistencia coordinada multidisciplinaria y derivan en mejores indicadores de seguridad, gestión clínica y de resultados en salud.

REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Autores: RAMÍREZ MORENO C

Palabras clave: Seguridad paciente, Evento adverso, Hemodiálisis

Introducción

Los eventos adversos son "el daño no intencionado relacionado con la asistencia sanitaria". Sólo el 20% se declara y la mayoría son evitables. Se elaboró e implantó un Plan de Seguridad de la unidad de diálisis y se trabajó con la herramienta MIDEA (medición de la incidencia de eventos adversos), ideada por la Unidad de Calidad del Hospital.

Objetivos

Medir la incidencia de eventos adversos en la unidad. Describirlos y catalogarlos según gravedad. Implantar medidas para reducirlos

Metodología

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se analizaron los eventos adversos acaecidos durante los meses de marzo, mayo y julio de las sesiones de hemodiálisis (2160 de media) de todos los pacientes del centro. El período de recogida abarcó desde el año 2016 hasta 2022. Se elaboró un catálogo de eventos adversos y se recogieron en un excel que incluía: sexo, edad, diabético si/no, tipo de acceso vascular, nº de sesiones, fecha de evento adverso, gravedad y tipo.

Resultados

En el primer análisis de 2016 se obtuvieron eventos adversos en un 9.2% de sesiones. Se introdujeron medidas específicas para corregirlos y se redujeron a 5.8% en 2017. Posteriormente se implantaron medias generales por parte del personal y se logró reducirlos hasta un 3% en 2022.

Conclusiones

Se han reducido los eventos adversos un 70%. Aunque estos son frecuentes durante las sesiones de hemodiálisis, por la complejidad de la técnica y la comorbilidad del paciente, generalmente son leves. Su identificación permite elaborar planes específicos para prevenirlos y reducirlos, incrementando la seguridad del paciente. Es necesario evaluar periódicamente mediante auditorías por los profesionales implicados. Registrar y comunicar.

UTILIZACIÓN DE KITS ESPECÍFICOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Autores: MUÑOZ MEGÍAS V, PEDROSA MORALES M, PEDROSA POUSIBET C, ARAQUE PERAGÓN MC, RUIZ MARTÍNEZ JM, DÍEZ REQUENA MJ, MONTIJANO GUTIÉRREZ J

Palabras clave: Kits, Urgencias extrahospitalarias, Seguridad

Introducción

La seguridad del paciente es la máxima en todas las intervenciones enfermeras, entendiendo la seguridad como un componente multicausal. Cuando se produce una activación de un equipo de urgencias, precisamos de intervenciones rápidas y con los kits el material está preparado para nuestra intervención.

Objetivos

1. Mejorar la seguridad y calidad en la atención de usuarios en urgencias extrahospitalarias o unidades móviles.
2. Facilitar el desarrollo del trabajo a realizar por parte del equipo multidisciplinar.
3. Mejorar los tiempos asistenciales al tener todo lo necesario preparado en el kit.

Metodología

Se han elaborado kits para acceder a vías venosas y subcutáneas (paliativos), sondajes, reservorios, medicación para infarto. El kit tiene detallado en su reverso qué tipo de kit es y sus componentes con fechas de caducidad.

Primero, se eligió el tipo de sobre/paquete (papel transparente termosensible), después se realizó el inventario de material con las fechas de caducidad en una plantilla.

La impresión de la plantilla en cada sobre, fue la siguiente: Abertura de bandeja de la impresora, se ajusta el tamaño, se coloca la parte transparente hacia arriba, se cierra la bandeja y se selecciona la cantidad deseada.

A continuación se verificó el contenido de cada kit. Se introdujo el material y se procedió al cierre y sellado de cada paquete.

Resultados

Al disponer en urgencias extrahospitalarias o unidades móviles, de kits para procedimientos frecuentes, se ha observado que se facilita que la intervención enfermera se enfoque hacia la asistencia del paciente y realización de la técnica, disminuyendo demoras producidas por la búsqueda del material en cada procedimiento, esto repercute en la asistencia, favorece la calidad, garantiza la seguridad del paciente y reduce los tiempos asistenciales.

Conclusiones

Este proceso de estandarización de procedimientos con el uso de kits específicos, puede servir como estrategia para contribuir a realizar prácticas enfermeras seguras.

La realización del procedimiento requiere de menor tiempo y esto aporta más posibilidades asistenciales para el equipo multidisciplinar, pudiendo dedicarse a otras tareas, agiliza el inicio del tratamiento, así como el traslado hospitalario.

Realizar los procedimientos con un kit, ayuda a disminuir la apertura accidental de material que puede acabar desechado sin uso, mejorando el gasto económico en recursos. Este material agrupado facilita la revisión diaria en las unidades.

La utilización de los kits para las intervenciones enfermeras supone una mejora en la asistencia de los pacientes en las áreas de urgencias extrahospitalarias y unidades móviles y demuestra que, la integración secuencial del kit facilita la realización del procedimiento a los profesionales.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE PASE DE GUARDIA ESTRUCTURADO Y MULTIDISCIPLINAR EN UNA UCI DE ADULTOS

Autores: FERNÁNDEZ RUIZ L, CARRANZA PINEL A, TAMAYO CALLEJAS I

Palabras clave: Transferencia, Estructurada, Multidisciplinar

Introducción

La principal actividad realizada en la UCI y que se basa en una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios, es el pase de guardia y supone una actividad de alto riesgo de la cual derivan eventos adversos.

Objetivos

Implementar un protocolo para la realización de un pase de guardia multidisciplinar estructurado de forma estandarizada centrado en el traspaso de objetivos diarios por paciente. Conseguir el cumplimiento de los estándares de calidad propuestos por la SEMICYUC.

Metodología

Se instauró un pase de guardia médico con información estructurada por aparatos y sistemas y a continuación una ronda multidisciplinar con Enfermería, TCAE y celador utilizando un checklist. El protocolo se instauró durante 6 meses como periodo de monitorización. Una vez finalizado el periodo de monitorización se calcularon los indicadores de calidad propuestos por SEMICYUC, se analizaron los eventos adversos registrados en ese periodo y se realizó una encuesta a los trabajadores.

Resultados

El indicador "Traspaso reglado de información" obtenido fue del 85% (estándar SEMICYUC 90%). El indicador "Rondas diarias por un equipo multidisciplinar" obtenido fue del 70% (estándar 80%). Encuesta según categoría. Personal Médico (8): el 87% consideró que era útil, el 75% consideró que era fácil llevarlo a cabo, y entre las dificultades se objetivó la descoordinación en horario entre la finalización de las sesiones clínicas y la hora de los lavados a los pacientes para realizar la ronda multidisciplinar. Personal de enfermería (20): el 90% consideró que era útil, el 80% consideró que era fácil llevarlo a cabo, y entre las dificultades encontradas se objetivó la descoordinación en horario entre la finalización de las sesiones clínicas y la hora de los lavados a los pacientes y el retraso en la realización de las tareas diarias que suponía la ronda multidisciplinar. Por último en cuanto al personal TCAE (15 encuestados) el 86,67% consideró que era útil, el 86,67% consideró que era fácil llevarlo a cabo, y en las dificultades coincidían con enfermería en los mismos inconvenientes encontrados. En cuanto a los eventos adversos derivados del traspaso de información, no hubo diferencias entre los eventos registrados fuera de dicho periodo.

Conclusiones

- Es posible implementar un protocolo de pase de guardia estructurado y multidisciplinar en una UCI, lo cual reduce los eventos adversos derivados del traspaso de información.
- Es necesario un mayor tiempo de instauración para cumplir los estándares en los indicadores de calidad.
- La utilización de un check-list facilita la transmisión de la información sobre los objetivos diarios a seguir con los pacientes.

MODELO HOSPITALARIO DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CON BARRERA IDIOMÁTICA Y CULTURAL MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA INTERCULTURAL

Autores: ALAOUI BENABDERRAHMAN N, SEGURA GARCÍA MT, SALAS ANTOLÍNEZ AG

Palabras clave: Seguridad del paciente, Atención a la salud, Mediación intercultural, Participación del paciente

Introducción

La incidencia migratoria en nuestra comarca es elevada y la procedencia de los migrantes, diversa. La gran mayoría no domina el castellano, y presenta prácticas de salud muy diferenciadas, resultando una barrera de comunicación entre el paciente y el profesional y poniendo en riesgo su seguridad. En este sentido, la Mediación Sociosanitaria Intercultural es el elemento clave para romper las barreras comunicativas y mejorar la percepción de seguridad del paciente y del profesional.

Objetivos

Mejorar la comunicación con el paciente basada en una información fácil y clara para la seguridad durante el proceso asistencial y fomentar su participación activa; minimizar los efectos adversos en la atención sanitaria a pacientes migrantes con barrera idiomática y/o sociocultural; impulsar una cultura de seguridad incluyendo la perspectiva intercultural

Metodología

El Proyecto de Mediación Sociosanitaria Intercultural se inició en el año 2020 y sigue en la actualidad. Se prestó atención, presencial o telefónicamente, de lunes a viernes en horario de 08-15h; tanto en el área asistencial como administrativa y en árabe, inglés, francés y alemán. Para el intercambio seguro y eficaz de información, la demanda se realiza a través de la hoja de interconsulta (documento formal en soporte informático creado desde la historia clínica del paciente). Este recurso permite una atención integral, la continuidad asistencial, minimiza los riesgos relacionados con la identificación correcta, medicación, y fomenta la participación de la ciudadanía en materia de seguridad, incorporando la perspectiva de género y la interculturalidad.

Resultados

La recogida de datos se efectuó desde el año 2020 al 2022, a través de la interconsulta y la hoja de evolución de mediación, para su explotación y evaluación de los indicadores previstos. La demanda en mediación procedió mayoritariamente del área asistencial, siendo el área de consultas externas donde más intervenciones se realizaron: 2020 (63%), 2021 (61,6 %), 2022 (68%); las actuaciones más solicitadas fueron las presenciales: 2020 (86%), 2021 (94%), 2022 (95%). El idioma más usado fue el árabe: 2020 (97%), 2021 (93%), 2022 (87%). Respecto a la perspectiva de género, el sexo femenino fue el que más necesitó asistencia en mediación: 2020 (67%), 2021 (67%), aunque en 2022 se equilibró la demanda (54%).

Conclusiones

La creciente demanda muestra la necesidad y pertinencia de nuestro modelo hospitalario para pacientes migrantes con barrera. Mejora la comunicación y la participación activa del paciente, minimizando los eventos adversos, mejorando la seguridad del paciente y evitando los riesgos psicosociales en profesionales sanitarios.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE PUNTOS CLAVE. HERRAMIENTAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Autores: TORRE GÁLVEZ I, TORRES VERDÚ B, RODRÍGUEZ ARIZA F, TORRES PÉREZ LF

Palabras clave: Adherencia, Indicadores, Seguridad

Introducción

El control y seguimiento de las distintas prácticas implantadas, a través de una sistemática de evaluación de sus indicadores, facilita la detección de posibles desviaciones o debilidades en el proceso de implantación, permitiendo reformularlo en pro de una mejora de la cultura de seguridad con mayor impacto a nivel de centro.

Los informes derivados de las auditorías, han servido para visibilizar estas debilidades y facilitado la toma de decisiones a nivel directivo

Objetivos

Conocer la situación actual de prácticas seguras claves dentro de la Cultura de Seguridad, entendida como la eficiencia en la labor desempeñada por los profesionales.

Metodología

Definir puntos clave fácilmente evaluables dentro de la Seguridad del paciente: adherencia a la higiene de manos, cobertura de carro de parada, identificación inequívoca y seguridad del medicamento (estupeficientes, MAR, fotosensibles y termolábiles).

Desarrollo de un check de comprobación de buenas prácticas para cada punto a evaluar y diseño de un cuestionario digital.

Desarrollo de un cronograma de auditorías internas de unidades hasta una evaluación completa.

Desarrollo de un informe tras auditoría y difusión, con la evaluación de los puntos anteriormente definidos, fortalezas de las buenas prácticas observadas y oportunidades de mejora.

Resultados

Las auditorías se iniciaron en marzo de 2023 y se han realizado en 8 de las 35 unidades definidas, con una previsión de finalización en junio de 2023.

De los 8 informes realizados, se han elevado 70 acciones de mejora en total, siendo 18 las que se repiten, con mayor porcentaje en relación a buenas prácticas en seguridad del medicamento y cobertura del carro de parada (ubicación y estocaje).

Como fortaleza reseñar la identificación inequívoca del paciente, con una buena adherencia de los profesionales y la implantación de buenas prácticas en higiene de manos.

Conclusiones

El control y seguimiento de las distintas prácticas implantadas, a través de una sistemática de evaluación de sus indicadores, facilita la detección de posibles desviaciones o debilidades en el proceso de implantación, permitiendo reformularlo en pro de una mejora de la cultura de seguridad con mayor impacto a nivel de centro.

Los informes derivados de las auditorías, han servido para visibilizar estas debilidades y facilitado la toma de decisiones a nivel directivo

REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO CON CHECK-LIST DEL TRASLADO DE PACIENTES CON ECMO

Autores: CHICA SÁEZ V, DAOUDI EL BOUKHRISSI AE, PUERMA JIMÉNEZ J, GARCÍA DELGADO M, REDONDO ORTS M

Palabras clave: Checklist, ECMO, Traslado, Críticos

Introducción

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una técnica compleja que se realiza en hospitales de referencia, con alta capacidad de recursos y disponibilidad de personal especializado, como la Unidad de Asistencia Mecánica Circulatoria (UAMC). Los pacientes candidatos a dicha terapia se encuentran en situación de extrema gravedad, no siendo posible en ocasiones su traslado; con idea de ofrecer esta opción terapéutica a toda la población de referencia, se optó por desplazar al equipo especializado para poder implementar el dispositivo en el centro de origen.

Objetivos

Minimizar la repercusión que los efectos deletéreos de un traslado interhospitalario pudieran tener sobre un paciente en extrema gravedad y portador de un dispositivo de alta complejidad.

Metodología

Se realizó un protocolo de traslado interhospitalario, que incluía:

- Fase pre-ECMO, cuando el hospital de referencia valida la implementación de la terapia en el centro de origen, estableciéndose una comunicación continua entre ambos y el equipo de atención extrahospitalaria.
- Fase en ECMO, una vez que el paciente porta el dispositivo y se dispone a ser trasladado al hospital de referencia, para lo cual se realizó un check-list a revisar antes de iniciar la movilización.

Resultados

Se consiguió una mejora en los siguientes aspectos:

- Se estableció una relación directa entre el hospital de referencia y el centro de origen mediante una comunicación constante entre el médico responsable del paciente y la UAMC, lo que permitió un manejo consensuado hasta que pudiera efectuarse el traslado, para optimizar la situación clínica previa a la implantación del dispositivo y para garantizar los requisitos necesarios para el procedimiento.
- Se organizó la salida del equipo implantador con las unidades de transporte extrahospitalario, enumerando el personal y material necesarios para el traslado, así como indicando una serie de medidas de seguridad a comprobar en las ambulancias antes de iniciar el viaje.
- Se estandarizó la forma de movilizar al paciente, tanto por la medicación que debían llevarse durante el traslado, como con los dispositivos y las condiciones físicas para minimizar los riesgos y el efecto dañino de las condiciones adversas del exterior.

Conclusiones

El check-list de traslado de pacientes con ECMO promueve una mayor seguridad en la organización favoreciendo una adecuada colaboración interhospitalaria en el manejo consensuado del paciente y procurar un entorno de trabajo seguro.

También permite una transferencia segura, un uso seguro del medicamento y una seguridad en el proceso trasfusional, generando una atención integral segura.

ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores: HERRERO FERNÁNDEZ M

Palabras clave: Vía clínica, Artroplastia total de rodilla

Introducción

Las vías clínicas son una herramienta de gestión clínica que permiten estandarizar y coordinar el manejo de un problema clínico específico durante un período de atención médica. Su objetivo principal es mejorar la calidad de la atención médica al reducir la variabilidad en los tratamientos y optimizar los recursos y el tiempo de los profesionales de la salud. Mejoran la eficiencia y la satisfacción del paciente, al mismo tiempo que aumentan la seguridad y optimizan los recursos en los sistemas de salud.

Objetivos

Elaborar e implementar en nuestro centro de trabajo una vía clínica en la cirugía de artroplastia de rodilla "fast track" con el fin de:

- optimizar la eficiencia y seguridad en la atención al paciente
- estandarizar los cuidados del proceso asistencial
- mejorar la calidad de la atención
- potenciar la colaboración multidisciplinaria
- facilitar la monitorización y evaluación de los resultados.

Metodología

Se elaboró un procedimiento normalizado de trabajo por parte de un grupo de trabajo multidisciplinar (anestesiología, traumatología, enfermería, hematología, rehabilitación) para implementar cambios "fast track" en la forma de realizar las artroplastias de rodilla. Dicho grupo realizó una amplia revisión bibliográfica del tema. A partir de ese procedimiento, se elaboró la vía clínica, en forma de infografía, con un contenido gráfico atractivo, claro y fácilmente comprensible. En ella se visualizan las acciones a realizar, el momento y el lugar (planta/quirófano/reanimación) y un check list que se cumplimenta una vez hechas.

Resultados

Todos los pacientes que fueron intervenidos de artroplastia total de rodilla a partir de marzo de 2023 lo hicieron siguiendo el procedimiento "fast track" y tenían incluida en su historia clínica una hoja con la infografía de la vía clínica para que los profesionales chequearan cada acción una vez realizada, por lo que la adhesión fue del 100%.

Aunque los resultados son satisfactorios, el procedimiento y la vía clínica lleva implementada un corto periodo de tiempo, por lo que tendremos que esperar a recoger mayor cantidad de datos para sacar conclusiones más fiables.

Conclusiones

En general, la vía clínica contribuyó a reducir la variabilidad en el manejo de los pacientes, así como a una mejora en la coordinación entre los diferentes profesionales. La implementación de una vía clínica para la artroplastia de rodilla puede mejorar la seguridad y calidad de la atención médica al estandarizar y sistematizar los procesos y subprocesos involucrados, disminuyendo errores y aumentando la seguridad del paciente.

IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS

Autores: MARTÍN DOMÍNGUEZ R, BECERRA MALDONADO F, BOYER POSADAS R

Palabras clave: Broncoscopia, Lista de verificación, Seguridad del paciente

Introducción

La Organización Mundial de la Salud lanzó en 2007 un proyecto para mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esa iniciativa se denominó "La cirugía segura salva vidas", dentro de este proyecto se integró, en el año 2008, un listado de verificación quirúrgica para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Este punto tiene como objetivo usar ciertas normas mínimas de atención quirúrgica, a través de una lista de verificación, que puedan aplicarse de manera universal por todos los equipos quirúrgicos para ser usada en cada paciente sometido a un procedimiento quirúrgico, en todos los países y entornos.

Los usos de la hoja de verificación previa a las intervenciones quirúrgicas forman parte del trabajo diario en los procesos de los hospitales, encontrándose ya integradas en los sistemas informáticos de salud. Es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad y minimizar el daño del paciente, es indicador del buen funcionamiento del equipo de profesionales sanitarios involucrados en el proceso quirúrgico, anestesistas, enfermeras y cirujanos, favoreciendo el diálogo dentro de equipos multidisciplinares y aumentando la seguridad a nuestros pacientes.

Vista la experiencia positiva del listado de verificación en el ámbito quirúrgico surge la idea de integrar y adaptar este listado de verificación en la unidad de broncoscopias de nuestro hospital para cubrir una carencia que se detectó en esta unidad, ya que no existía un proceso estandarizado a la hora de recabar información y/o comprobar que todo estuviera correcto antes, durante y después de la prueba. Al no existir esa estructuración, todo el proceso quedaba relegado a la buena praxis del profesional que estuviera en cada momento, siendo una fuente potencial de riesgo para la seguridad de paciente.

Objetivos

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente sometido a fibrobroncoscopias.
- Implementar la hoja de verificación en la unidad de broncoscopias para aumentar la seguridad del paciente.

Metodología

Para esta implantación, se hizo previamente un análisis de brechas, donde vimos qué teníamos, qué hacíamos y qué necesitábamos, también indagamos sobre cómo se estaba haciendo en otros centros, tanto a nivel nacional como internacional.

Se recopilaron varios listados y protocolos, se hizo una traducción (cuando fue necesaria) y adaptación a las necesidades reales de los pacientes que se someten a esta prueba y se creó una hoja con un listado de verificación en el anverso y seguimiento de la broncoscopias en el reverso.

Se puso en marcha el uso de esta hoja a finales del 2022, haciendo una revisión al mes de su puesta en marcha para evaluar el correcto funcionamiento de la hoja y valorar si se recogían los datos que queríamos recopilar. Se hicieron algunas modificaciones y se estableció la hoja con la que estamos trabajando en la actualidad. Las características de esta hoja de verificación son:

En el listado de verificación se establecieron 3 momentos:

Al inicio de la sesión: Inmediatamente cuando el enfermo llega a la sala de broncoscopias. En este paso se comprueban los siguientes ítems.

- Nos presentamos todo el personal que va a participar.
- Se confirma la identidad del paciente en la prueba.
- Se confirma las ayunas entre 6 o 8 horas.

- Si tiene o no el consentimiento informado por escrito.
- Las alergias.
- Si está tomando algún anticoagulante o antiagregante.
- Se confirma si tiene hecha una coagulación, ECG y Rx tórax o TAC.

Previo a la prueba: antes de la sedación.

- Revisamos saturación previa, y especificamos si tiene soporte de O₂ y a que FIO₂.
- La retirada de prótesis y quién las recoge.
- Que esté toda la medicación y material preparado.
- Se confirma que la vía venosa esté permeable.
- Que las constantes vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de O₂) estén en rango para la realización de la prueba.

Final de la prueba: Se realiza esta comprobación antes que los miembros del equipo salgan de la sala.

- Se confirma que se hayan realizado todos los procedimientos.
- Se confirma que se ha registrado toda la medicación usada.
- Se confirma que se ha registrado y comunicado las condiciones de recuperación del paciente.
- Se confirma la ubicación de destino del paciente.
- Se confirma la devolución de los artículos personales del paciente.
- Así como las muestras obtenidas con el código que se envían a los respectivos laboratorios.

Resultados

Se utilizaron indicadores de proceso básicos para el primer año de monitorización y para años sucesivos, los indicadores a usar fueron:

- Cumplimiento de la lista de verificación en broncoscopias programadas: $(N.^{\circ} \text{ broncoscopias en las que se realiza lista de verificación} / N.^{\circ} \text{ intervenciones totales realizadas Estándar}) \times 100$.
- Cumplimiento de la lista de verificación en broncoscopias urgentes: $(N.^{\circ} \text{ broncoscopias en las que se realiza lista de verificación} / N.^{\circ} \text{ intervenciones totales realizadas urgentes}) \times 100$.

En el primer año de la puesta en marcha el objetivo a conseguir en ambos resultados de proceso sería del 90% y a partir del segundo año y sucesivos del 100%.

Los indicadores de resultados, medidos en términos de complicaciones y mortalidad, son una excelente herramienta para la mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial cuya implementación necesariamente ha de realizarse en una fase posterior.

Conclusiones

Con la introducción del documento de verificación, se enfatiza en la importancia de trabajar a diario con un método, para evitar que este trabajo diario se vuelva rutinario. Trabajar con procesos definidos y evaluar continuamente su cumplimiento, es garantía de seguridad. Este registro continuo, de forma ordenada y secuencial, asegura la trazabilidad de los procesos, permite identificar incidencias y posibilita también la mejora continua.

VALORACIÓN DEL SISTEMA ELECTRÓNICO DE PETICIÓN DE MEDICACIÓN AL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Autores: JIMÉNEZ CARBELO N, GARCÍ CEJUDO MM, CALLEJÓN GARCÍA M, AZNAR GARCÍA M, BRETONES PEDRINACI JI

Palabras clave: Seguridad, Farmacia, Dispensación

Introducción

En 2022, el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) implantó en consenso con Enfermería un nuevo sistema electrónico de petición de medicación (SEPM) fuera del horario habitual.

Objetivos

Evaluar la opinión y la evolución en el uso del nuevo SEPM en el SFH.

Metodología

Se realizaron 2 encuestas anónimas a los profesionales con 6 meses de diferencia. Datos: sexo, edad, categoría profesional (técnico de farmacia/farmacéutico), años en el SFH y frecuencia de uso del sistema. Para evaluar la evolución se plantearon 3 categorías: eficacia (EF), seguridad (S) y ejecución (EJ), con 3 cuestiones cada una, y un apartado de calificación global (CG) con puntuación de 1 a 5 (1:totalmente desacuerdo,5:totalmente de acuerdo) y se añadió en la última encuesta, la categoría evolución (EV) con 3 cuestiones: cambios en la percepción del sistema, mejor manejo personal y mejor manejo por el resto de trabajadores.

Resultados

22 profesionales realizaron las encuestas,73% mujeres.41%edad entre 35-40 años,32% 40-55 años,23% 25-30 años y 9% 30-35 años.59% técnicos.El 60% había trabajado más de cinco años en el SFH.El 59% empleaba el sistema más de 5 veces a la semana .En la primera encuesta: la EF se puntuó con 4,45 mejora global (MG),4,27 disminución de carga de trabajo (CT) y 4,22 a los horarios establecidos(HE). La S se puntuó con 4,45 a seguridad del paciente (SPT), 4,31 a reducción de errores de dispensación(ED) y 3,86 a disminución de distracción (DD). La EJ se puntuó con 4,72sencillez del proceso (SP),4,45 a fácil comprensión (FC), y 1,36 preferencia por el método manual (MM).Se obtuvo 4,36CG. En la segunda: EF se puntuó 4,5 a disminución de CT, 4,4 MG, 3,86a los HE. La S se puntuó 4,54 a SPT, 4,36 a reducción de ED,y 4 a DD.En EJ se puntuó con 4,77 a SP, 4,45FC, y 1,36preferencia por MM.Se obtuvo 4,5 de CG. En EV se puntuó con 4 a mejor manejo personal, 3,72mejor manejo por otros trabajadores y 2,95 a cambios en la percepción del sistema.

Conclusiones

Tras 6 meses, el sistema continúa percibiéndose como una mejora a pesar de menor puntuación en los HE. La CG ha aumentado, así como la opinión sobre el manejo del sistema y la seguridad del paciente.

CONSENSO EN EL MANEJO DE PERFUSIONES INTRAVENOSAS CONTINUAS

Autores: SERRANO CALVACHE JA, SUÁREZ LÓPEZ S, LÓPEZ LLORET G, PÉREZ POLAINO EM, TORTOSA SALAZAR, BURGOS GABRIELE N

Palabras clave: Medicamentos, Consenso, Perfusiones intravenosas

Introducción

Es por todos conocido, que existe un problema en la transferencia de pacientes críticos ocasionado por la variabilidad en el manejo de perfusiones intravenosas entre distintos servicios asistenciales. Esta variabilidad de criterios puede ocasionar situaciones de inestabilidad para los pacientes.

Una de las Líneas estratégicas de la Comisión para la Seguridad del paciente de nuestro hospital, ha sido poner solución a este problema. Para ello, desde la Comisión "Uso seguro del medicamento" se ha elaborado una Guía de fármacos, que se administran en perfusiones intravenosas continuas, que ha sido consensuada por representantes de los distintos servicios implicados, para que en todas las Unidades asistenciales que manejan perfusiones intravenosas lo hagan con las mismas diluciones y en las mismas unidades.

Objetivos

Unificar criterios en el manejo de perfusiones intravenosas continuas.

Implantar una metodología de trabajo nueva.

Metodología

Consta de tres fases:

1ª. Elaboración de la Guía de fármacos

Primeramente se constituyó el Grupo de trabajo, formado por representantes facultativos y de enfermería de las Unidades asistenciales en las que se manejan perfusiones intravenosas continuas. En las diferentes sesiones de trabajo se consensuaron:

- Listado de medicamentos que se van a incluir en la Guía.
- Concentraciones de las diluciones.
- Unidades de perfusión

2ª. Formación de los profesionales.

Los representantes del Grupo de trabajo han sido los encargados de formar a los profesionales en el manejo de las bombas de infusión. El periodo de formación ha durado 30 días y se ha realizado mediante sesiones presenciales.

3ª. Implementación de la Guía en las Unidades asistenciales.

Resultados

1. Elaboración y presentación de la Guía de Fármacos que se administran en perfusiones intravenosas continuas

2. El 16 de noviembre se ha implantado en los servicios de Urgencias, Cuidados críticos de adultos, Anestesia y Reanimación.

Conclusiones

Con la implantación total de la unificación de perfusiones intravenosas continuas en los servicios asistenciales que las utilizan, consideramos que se disminuye la aparición de eventos adversos en la transferencia de pacientes entre unidades asistenciales.

PROCESO DE ATENCIÓN EN DOMICILIO: NIVELES DE CUIDADOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LAS PERSONAS

Autores: MÉNDEZ SERRANO B, FERNÁNDEZ CABEZA R, ZAFRA ARROYO MC, FRANCO SANTOS L, MUÑOZ URBANO MJ

Palabras clave: Cuidados, Seguridad, Estratificación, Domicilio, Equipo

Introducción

Ante el gran aumento de personas confinadas en domicilio, y con necesidad de cuidados, hemos desarrollado una metodología que posibilita la gestión clínica de los profesionales y de la dirección de las enfermeras por la Coordinadora de Cuidados. Además facilita la personalización y la individualización de las necesidades del cuidado de las personas en su domicilio, definiendo los criterios mínimos de calidad y seguridad: equidad, continuidad, control de la medicación, accesibilidad, priorización y la adecuación de profesionales y recursos materiales, con la lupa de la seguridad y la eficiencia. Para la implementación ha sido necesario conocer: Censo real de personas con necesidad de cuidados en domicilio, distribución por claves de equipo, el de cuidadoras, el de nivel de cuidados, y además la pirámide de población atendida en domicilio. Esta información nos ayuda en la toma de decisiones tanto clínicas como de gestión de profesionales.

Objetivos

General: Adecuar la atención sanitaria de cuidados mediante la aplicación del Proceso de Atención en Domicilio según Niveles de necesidad. Específicos: Implantar la metodología de estratificación de las necesidades sanitarias de cuidados de las personas en domicilio: Niveles de Cuidados. Implicar a todos los profesionales (enfermeras y médicos) en el Proceso definido. Aplicar en domicilio las necesidades identificadas en cada persona. Desarrollar una herramienta informática que permita obtener datos fiables y de fácil explotación para la toma de decisiones

Metodología

Desarrollo de un sistema, por un grupo de expertos, de estratificación de necesidades de cuidados en domicilio. Comunicación del Proceso de Atención en Domicilio a todos los profesionales para su implicación en la implementación. Formación exhaustiva a los profesionales (médicos y enfermeras) en la aplicación de los criterios de inclusión de cada Nivel de Cuidados. Elaboración de una base de datos con todos los ítems definidos en el Proceso para la explotación de datos

Resultados

Sesiones de formación multidisciplinarias. Sesiones clínicas: casos reales. Elaboración por experto: se elaboró un Excel de fácil cumplimentación donde registrar, además de los datos administrativos y de identificación, los ítems definidos en el proceso, así como las siguientes intervenciones:

- Captación de inmovilizados
- Distribuir el trabajo enfermera
- Conocer el nivel de dependencia y suplencia
- Estandarización de actividades según características de pacientes
- Vigilancia de la continuidad de Cuidados, etc.

Conclusiones

La sinergia entre profesionales (enfermeras, médicos e informáticos) permite el desarrollo de herramientas cuya explotación facilita la toma de decisiones para la mejora de la atención.

USE BEFORE SURGERY: LA AVIACIÓN PODRÍA TENER LAS RESPUESTAS PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

Autores: DÍAZ PIEDRA C, MARTÍNEZ DE LA TORRE A, SÁNCHEZ MARTÍNEZ N, DI STASI LL

Palabras clave: Seguridad del paciente, Equipo quirúrgico, Habilidades, Gestión, Error clínico

Introducción

Los sistemas de salud, en un intento de mejorar su cultura de seguridad, se han fijado muchas veces en organizaciones conocidas por su alta confiabilidad. Entre ellas, la industria aérea. Sin embargo, mientras que algunos elementos clave de la seguridad aérea se han introducido en los procedimientos perioperatorios (e.g., lista de comprobación quirúrgica), las guías relacionadas con las habilidades no técnicas apenas se respetan. Aun cuando la importancia de dichas habilidades no se discute, su implementación real es complicada por un aparente elevado nivel de demanda. Por ello, iniciativas complementarias son necesarias.

Objetivos

Este trabajo presenta la definición de la iniciativa Use Before Surgery, cuyo objetivo es el desarrollo de pautas didácticas concretas que apoyen a los equipos quirúrgicos ofreciéndoles consejos prácticos sobre habilidades no técnicas (lo que se conoce como el marco NOTSS, Non-Technical-Skills for Surgeons).

Metodología

Primero, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a diez expertos que valoraron la iniciativa, su viabilidad y dieron forma a los consejos prácticos. Después, se llevaron a cabo cinco grupos focales (5-7 personas por grupo) en los que participaron 30 profesionales (7 hombres) de diferentes equipos quirúrgicos (enfermeros/as: 20; cirujanos adjuntos: 2; residentes de cirugía: 8) de centros de Granada y Málaga. Después discutir cada consejo práctico, evaluaron su importancia y viabilidad mediante sendas escalas Likert de 20 puntos.

Resultados

Se definieron diez consejos en cinco categorías: conciencia de la situación, toma de decisiones, comunicación y trabajo en equipo, liderazgo y conciencia de uno mismo. Los hallazgos preliminares muestran que, mientras que todos los consejos prácticos fueron evaluados como importantes (valores mínimos > 10), el consejo relativo al uso de gorros etiquetados fue considerado el de menor importancia (valor medio = 10,8, p-corregida < 0,05). Cuando se evaluó la viabilidad de los consejos, los resultados cambiaron ligeramente. El consejo relativo al uso de una herramienta de autocomprobación de la aptitud física y mental para participar en un procedimiento quirúrgico, así como la realización de siestas cortas durante las guardias para mejorar el rendimiento fueron las que se consideraron menos factibles.

Conclusiones

Tanto en aviación como en medicina, se pone la seguridad en el centro de las acciones, por lo que estamos convencidos de que los consejos que se han definido en esta iniciativa pueden ser un primer paso hacia acciones concretas, a la medida de cada servicio, que satisfagan los estándares de calidad y seguridad en el cuidado del paciente.

RESULTADOS DE LA FORMACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA GENERAR CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: ORTIZ JIMÉNEZ F, FRENICHE SÁNCHEZ M, JIMÉNEZ LIRIA MJ, JIMÉNEZ GARCÍA JF, GARCÍA CINTAS J, AYALA MAQUEDA MR

Palabras clave: Seguridad del paciente, Capacitación profesional, Atención primaria de salud

Introducción

La visión de la Acción Mundial para la Seguridad del Paciente del Plan 2021-2030 es avanzar hacia la eliminación de los daños evitables en el cuidado de la salud y su propósito general es reducir el daño evitable y eliminar sistemáticamente los riesgos de daño en el cuidado de la salud.

Objetivos

Objetivo: Evaluar el impacto de constitución de la Comisión de Seguridad del Paciente y de las actividades formativas en formato de sesiones clínicas sobre el número de notificaciones de incidentes de seguridad realizadas en Distrito de Atención Primaria.

Metodología

Lugar: Distrito de Atención Primaria.

Población de estudio: Profesionales sanitarios y no sanitarios pertenecientes a 18 Unidades de Gestión Clínica, y Servicios Transversales.

Periodo de intervención: desde enero de 2022 a marzo de 2023.

Material y método: Se constituyó la Comisión de Seguridad del Paciente de Distrito. Se realizaron 18 sesiones clínicas en 18 UGC sobre la gestión reactiva de incidentes de seguridad, en cómo realizar las notificaciones de incidentes de seguridad a través de la aplicación notificASP y Avizor. Las sesiones fueron impartidas por los referentes de seguridad del paciente de Distrito con una duración de una hora, y fueron acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en Mejora F.

Resultados

La Comisión de Seguridad fue constituida con 33 miembros pertenecientes a las 19 Unidades de Gestión Clínica, Gerencia y Servicios Transversales, a través de ella se fomentó la notificación de incidentes de seguridad. También se formó a 430 profesionales, un 35.8% del total de profesionales de Distrito, de los cuales el 34.7% fueron médicos, 49.9% enfermeras, 4.3% Auxiliares administrativos y 4.3% de TCAEs.

Con las intervenciones descritas, el número de notificaciones de incidentes de seguridad durante el periodo de estudio (15 meses: desde enero 2022 hasta marzo 2023) fueron 67. Se compararon con las realizadas en un periodo de tiempo previo similar (15 meses: desde octubre de 2020 hasta diciembre 2021), que fueron 28. Tras las intervenciones descritas hubo un aumento de 187% del número de notificaciones realizadas.

Conclusiones

La constitución de la Comisión de Seguridad del Paciente junto con la formación facilita la adquisición de los conocimientos necesarios para que los profesionales se impregnen de la cultura de seguridad. Se hace necesario continuar con esta metodología de trabajo en otras áreas como la gestión proactiva de riesgos mediante metodología AMFE y la elaboración de planes de mejora.

ANÁLISIS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA SANITARIA

Autores: FRENICHE SÁNCHEZ M, JIMÉNEZ GARCÍA JF, JIMÉNEZ LIRIA MJ, ORTIZ JIMÉNEZ F, ABAD QUEROL J, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ SM

Palabras clave: Seguridad del paciente, Mejora de la seguridad, Cultura de seguridad, Análisis, Evaluación de riesgos

Introducción

En una provincia andaluza se presta atención sanitaria a una amplia población, por lo que resulta fundamental garantizar la seguridad de los pacientes. En este sentido, se deben llevar a cabo análisis periódicos de la seguridad del paciente en los centros sanitarios para prevenir errores y mejorar la calidad asistencial. Los resultados pueden ayudar a identificar puntos importantes en la seguridad del paciente y a proponer medidas para mejorar la atención en esta área.

Objetivos

- Evaluar los puntos débiles y puntos fuertes de la Seguridad del Paciente en el área sanitaria elegida.
- Identificar áreas de mejora en la Seguridad del Paciente.
- Proponer estrategias y medidas para mejorar la Seguridad del Paciente.

Metodología

La metodología utilizada en este estudio fue cualitativa y consistió en entrevistar a un profesional de cada unidad de gestión clínica del área sanitaria elegida mediante preguntas abiertas sobre la percepción de los profesionales de la seguridad del paciente en sus unidades de gestión.

Una vez recopilados los datos, se procedió a situar los puntos débiles y fuertes, tanto internos como externos, en una matriz DAFO, con el fin de establecer los puntos importantes a la hora de evaluar la seguridad del paciente en dicha área sanitaria.

Resultados

Las debilidades encontradas son la falta de procedimientos estructurados, coordinación y cultura de seguridad del paciente, la falta de fuentes fiables de información y problemas en la difusión de la información.

Las amenazas se relacionan con la falta de compromiso de la ciudadanía, la falta de educación en seguridad, la falta de financiación y las condiciones socioeconómicas del paciente.

Entre las fortalezas se destaca la existencia de una comisión de seguridad del paciente, la implicación de los profesionales, la práctica de la identificación inequívoca y las sesiones de formación en seguridad.

Finalmente, en cuanto a las oportunidades, se destaca la creación de nuevos protocolos, el establecimiento de circuitos de comunicación y la creación de alianzas estratégicas entre atención primaria y atención hospitalaria y la existencia de una estrategia en Seguridad.

Conclusiones

Con todo esto, se pueden proponer medidas específicas para mejorar la seguridad del paciente como establecer nuevos protocolos y procedimientos, crear alianzas estratégicas, aprovechar el auge de la telemedicina, obtener financiación extra para la seguridad del paciente y aumentar la formación a cuidadoras. Asimismo, se puede guiar la mejora mediante la Estrategia de Seguridad del Paciente y mejorar las campañas de información a la ciudadanía.

QUÉ SABEN NUESTROS PROFESIONALES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: FERNÁNDEZ GÓMEZ MA, GARCÍA JUÁREZ MR, FUENTE CEBADA L, MEDINA RODRÍGUEZ MP, DELGADO MORENO S, MOYA MOLINA MA

Palabras clave: Seguridad, Formación, Calidad

Introducción

Este trabajo se justifica por la competencia de la Comisión de Seguridad del paciente en avanzar en la implantación de la cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios.

Objetivos

Conocer el grado de implantación, conocimiento y necesidades de formación de los profesionales en Seguridad del paciente.

Metodología

Primero se elaboró una encuesta propia adaptada de la Encuesta en Seguridad del Paciente del Ministerio. Se difundió en tres oleadas durante junio y julio de 2021 a través de los cargos directivos de medicina y enfermería utilizando la metodología "bola de nieve". Se difundió a la categoría de celador/a a través de su cargo intermedio. La encuesta, 12 preguntas con escala tipo Likert, exploraba estas áreas: categoría profesional y área de trabajo habitual, conocimiento de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía y del concepto de incidente en seguridad, frecuencia de detección y notificación, conocimiento del procedimiento del hospital y utilidad de la notificación y causas más frecuentes de no notificación. Las variables fueron cualitativas y expresándose los resultados en porcentajes.

Resultados

Se obtuvieron un total de 273 encuestas con tasa baja de participación (6-7%). Los profesionales más participativos fueron los facultativos (32,6%) y los enfermeros (27%), sobre todo de hospitalización. Sólo participó 1 celador/a. Casi el 73% conocían (en algún grado) la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía; el 27,2% nunca habían escuchado hablar de ella. Un 7% opinó que los incidentes en seguridad del paciente se producían diariamente; el 86% mostró un alto grado de acuerdo en la utilidad final de su notificación. El porcentaje de profesionales que refirieron conocer el procedimiento del centro no coincidió con el que refirió notificarlos siempre o casi siempre (40% vs 32,6%); pero si coincidió con el que refirió haber recibido formación (44%). Hasta un 25% consideró como motivo más frecuente de no notificación la ausencia de tiempo durante la jornada laboral. Finalmente, más del 80% de los profesionales expresó el deseo de recibir formación seriada siendo en seguridad del paciente.

Conclusiones

Es necesario continuar trabajando en la implantación de la cultura de seguridad en el centro mediante la formación de profesionales y divulgación de resultados de análisis de lo notificado.

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES AUTÓNOMICO (NOTIFICASP)

Autores: HERNÁNDEZ BELMONTE RM, DÍAZ CORTÉS MM, RODRÍGUEZ CALERO MA

Palabras clave: Seguridad del paciente, Gestión de riesgos, Eventos adversos, Mejora continua, Notificación

Introducción

Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.

La mayoría de Eventos Adversos son evitables y, por ello, las organizaciones sanitarias deben analizar lo ocurrido y desplegar planes de mejora que reduzcan la probabilidad de que vuelvan a ocurrir.

Objetivos

Describir, analizar y evaluar el impacto de la implantación del Sistema de Notificación y Gestión Autonomico (NotificAsp)

Metodología

En 2022 se implantó en nuestro hospital el Sistema de Notificación Autonomico (NotificAsp), sustituyendo al registro en formato papel. Se elaboró un Procedimiento de Notificación y Gestión de Eventos Adversos, se realizaron 45 sesiones formativas en 30 Unidades, en las que se capacitó a los profesionales en identificación precoz y sistemática de riesgos e incidentes de Seguridad y en análisis y gestión de los mismos implantando áreas de mejora.

Se nombraron referentes de Seguridad en todas las Unidades de Gestión Clínica, encargados de analizar y gestionar los eventos adversos ocurridos.

En relación a los Eventos Adversos Graves, la Unidad de Calidad coordinó reuniones multidisciplinares con las unidades implicadas, el responsable de la Seguridad del paciente y miembros del Comité de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, asesorando y formando como parte activa en la elaboración del Análisis Causa Raíz. Se elaboró el Procedimiento de Actuación ante un Evento Adverso Grave y Atención a Segundas Víctimas.

Se analizaron los datos obtenidos desde Enero de 2020 hasta Diciembre de 2022, exportados de Notificasp. Los datos se analizaron con el programa Microsoft EXCEL.

Resultados

Se recibieron 677 notificaciones, con un aumento exponencial de las mismas, 59 el primer año a 412 en 2022. La tasa de resolución aumentó de manera significativa, siendo 28,81 % (n=17) en 2020, 84,47 % (n=174) en 2021 y 93,20 % (n=384) en 2022.

La tipología de Incidentes con mayor número de registros, fueron las "caídas", aumentando la variedad proporcionalmente al incremento en el registro. Se notificó alcance al paciente en el 79,66% (n=47) en 2020, descendiendo progresivamente hasta el 71,36 % (n=294) en 2022. La tasa de no registro de esta variable se mantuvo en torno al 10% en los tres años.

Conclusiones

La formación, los referentes de seguridad y los procedimientos elaborados han facilitado la implementación del sistema NotificASP, aumentando el número de registros en la plataforma y fomentando la gestión de los incidentes notificados llegando a un 94 % de gestión e implementación de mejoras en 2022.

GESTIÓN DE NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO

Autores: ESCOBAR CONESA R, RUIZ CARA J, PORTELL RIGO I, GARCÍA CABALLERO F, VELÁZQUEZ DE CASTRO C, SÁNCHEZ FORNIELLES E, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ F

Palabras clave: Notificaciones, Seguridad, Laboratorio

Introducción

Un incidente relacionado con la Seguridad del Paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario e involuntario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria.

El objetivo de los sistemas de notificación y gestión de incidentes es convertirlos en oportunidades para aprender, mejorar y transformarlos en actuaciones concretas que minimicen su impacto o su reiteración como es el caso de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Objetivos

Implementar el sistema de notificación de los incidentes de seguridad en el Laboratorio, análisis de las causas y aplicación de medidas correctivas y/o preventivas.

Metodología

Los profesionales y usuarios del sistema sanitario tienen a su disposición en la web <https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/> o mediante la aplicación móvil "Avizor" una herramienta para comunicar de forma voluntaria y anónima los riesgos o incidentes relacionados con la seguridad del paciente que se produzcan en su entorno.

Para realizar una gestión adecuada del incidente es necesario describir de forma clara y concisa qué, cómo, por qué y dónde ocurrieron los hechos y qué medidas se toman de forma inmediata.

Resultados

Durante el año 2022, se reciben 28 notificaciones: 25 relacionadas con el proceso asistencial, 2 relacionadas con Dispositivos y equipamiento médico y 1 por Gestión organizativa.

Del 89,3% de los incidentes relacionados con los procedimientos asistenciales o procedimientos clínicos, la mayoría corresponde a la fase preanalítica. Se establecen acciones de mejora como seguimiento del grado de hemólisis en función del servicio petionario, intensificación de la formación en la técnica de extracción sanguínea y el modo adecuado de envío de muestras al laboratorio junto a la implantación de Hoja de Ruta para el transporte de líquidos biológicos y sobretodo, la comunicación fluida entre las distintas categorías sanitarias. La evaluación de las acciones de mejora está previsto que se realice con los resultados obtenidos durante el 2023.

Conclusiones

La seguridad del paciente debe ser un pilar fundamental del Laboratorio Clínico. Los incidentes notificados son analizados por el Laboratorio con el objetivo de identificar y establecer acciones de mejora así como detectar si son incidentes que se repiten con asiduidad para mejorar y evitar futuros problemas de seguridad.

IMPLEMENTACIÓN DE MATRICES DE RIESGO EN RADIOTERAPIA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Autores: GUTIÉRREZ RUIZ M, FABREGAT BORRÁS R, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ JA, BRUZOS LÓPEZ D, DOMÍNGUEZ PEREIRA B, SOLER PÉREZ G, RIVERO PÉREZ AL

Palabras clave: Matrices de riesgo, Radioterapia

Introducción

El proceso radioterápico es complejo, multidisciplinar y consta de numerosas etapas susceptibles de presentar riesgos que desencadenen desviaciones en la dosis que recibe el paciente.

El Real Decreto 601/2019 exige la implantación de un sistema de registro y análisis de sucesos por exposiciones médicas no intencionadas, que permita clasificar los incidentes según la valoración del riesgo y en función de la repercusión clínica para el paciente.

El proyecto MARR (MATrices de Riesgo en Radioterapia), con el apoyo de SEOR, SEFM, CSN y AETR, facilita el análisis de riesgo en radioterapia, ya que parte de un modelo de riesgo que incluye un conjunto de sucesos iniciadores (posibles errores y fallos) comunes a cualquier servicio radioterápico. La implementación de esta metodología requiere formación de profesionales, creación de un grupo de trabajo, reuniones periódicas, sistema de notificación interna de incidencias y difusión de resultados.

Objetivos

El objetivo del trabajo es implementar la metodología MARR en un Servicio de Oncología Radioterápica para optimizar la seguridad del paciente radioterápico.

Metodología

Se constituyó un grupo de trabajo específico, cuyos miembros iniciales recibieron formación en metodología MARR, formado por dos oncólogos radioterápicos, dos radiofísicos y dos técnicos superiores en radioterapia.

Se identificaron sucesos iniciadores propuestos por el modelo MARR que aplicaban al servicio. Dado que el modelo MARR presupone un servicio estándar sin técnicas especiales, se diseñó un software interno de registro anónimo de incidencias para recopilar sucesos específicos de nuestro servicio.

Se programaron reuniones periódicas para analizar los sucesos iniciadores, proponer medidas de mejora y realizar el seguimiento de las mismas tras su implantación.

Resultados

Se recogieron 628 incidencias mediante el software interno de registro, a partir de las cuales se han determinado diversos sucesos iniciadores específicos del servicio. Por otro lado, se identificaron 99 sucesos iniciadores, propuestos por el modelo MARR, aplicables al servicio. Se analizaron los elementos de seguridad ya implementados y aquellos que podían introducirse fácilmente en la práctica (listas de comprobación, sesiones clínicas...).

Se redactaron informes de sugerencias para ser evaluados por el jefe de servicio, jefes de sección y coordinadora y se organizaron actividades de difusión de resultados hacia el resto de profesionales del servicio.

Conclusiones

La implementación de un sistema de registro y análisis de posibles fallos y errores del proceso radioterápico, ha permitido incluir elementos de seguridad de los que no se disponía previamente, así como tomar conciencia y difundir una cultura de seguridad en el servicio.

ELABORACION E IMPLANTACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Autores: LÓPEZ MARTÍNEZ, FERNÁNDEZ MAZA

Palabras clave: Mapa de riesgos, Calidad, Mejora continua

Introducción

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, que conlleva riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar ausencia de eventos adversos.

Objetivos

Elaborar e implantar un mapa de riesgos en el servicio de Medicina Nuclear desde que el paciente llega a nuestro servicio hasta que termina la exploración.

Metodología

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar que elaboran y consensúan mediante técnicas grupales el mapa de riesgos: 1) Identificar los pacientes más susceptibles de sufrir evento adverso como consecuencia de la permanencia en nuestro servicio; 2) Identificar las circunstancias y lugares con mayor riesgo; 3) Consensuar lo aportado y realizar propuestas de mejora.

Resultados

Se analizaron todos los pasos a seguir desde que llega el paciente a la UGC hasta que deja la UGC. Se estudió el circuito desde la entrega de la solicitud y las diferentes áreas y profesionales que lo atienden: 1) Facultativos Especialistas de Área (F.E.A): Gestión Citas/Agenda; Puntos críticos: Registro datos, Revisión/cumplimentación de la solicitud; Riesgo: Petición mal cumplimentada o exploración inadecuada. 2) Auxiliar Administrativo: Recepción Paciente; Punto Crítico: Identificación del paciente; Riesgo: Errores en la Identificación del paciente. 3) Unidad de Radiofarmacia: Listado de trabajo; Punto crítico: Preparación del radiofármaco; Riesgo: errores en la administración de radiofármacos. 4) FEA /Enfermería: Preparación inmediata del paciente; Punto Crítico: Información de la prueba, otorgamiento CI, cuidados de enfermería; Riesgo: Preparación inadecuada del paciente; Errores de medicación. 5) Técnico superior de Imagen: Realización del estudio; Punto Crítico: Recepción del paciente en sala; Preparación, colocación y sujeción del paciente; Realización y registro del estudio; Cuidados posteriores; Riesgos: Caídas de paciente, Mala adquisición del estudio. 6) Auxiliar Administrativo: Identificación y entrega del estudio para el informe. Riesgo: pérdida del informe.

Conclusiones

La elaboración de un mapa de riesgos ha permitido identificar y priorizar nuestras actuaciones en materia de seguridad y profundizar en la concienciación del personal sanitario sobre la importancia de la seguridad del paciente.

RELANZAMIENTO DE NOTIFICACIONES SINASP EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA PANDEMIA

Autores: MARTÍN GONZÁLEZ JC, ÁLVAREZ LEÓN E, LÓPEZ BLANCO F, RUANO FERRER F

Palabras clave: cultura de seguridad, sistemas de notificación

Introducción

La creación en el hospital de un responsable de seguridad del paciente (SP) a tiempo completo ha propiciado la notificación a través la difusión, facilitación de la notificación y Feedback.

Objetivos

Evaluar el efecto del nombramiento de un responsable de SP a tiempo completo en potenciar la Cultura de SP en nuestro hospital y, concretamente, en el incremento de uso del SiNASP.

Metodología

Creación de la figura de Coordinador de SP, con dedicación exclusiva.

Se planteó un plan de reactivación del SiNASP basado en la ESTRATEGIA MULTIMODAL de la OMS:

1. CONSTRÚYELO (cambio de sistema): Se facilitó el acceso a la notificación, con nuevo acceso a través de la Intranet, haciendo explícito el Código del Hospital, nueva página dedicada al SiNASP en la Intranet. Se reconstruyó el grupo de análisis de riesgo
2. ENSEÑALO (formación y educación): Charlas informativas comenzando con médicos y mandos intermedios de Enfermería, por su mayor impacto, continuando con la Enfermería, a través de Aulas Abiertas y acudiendo a las unidades.
3. COMPRUÉBALO (monitorización y retroalimentación): Contacto directo para informar a cada notificante individualmente.
4. VÉNDELO (recordatorios y comunicación): Se cuelgan en Intranet notificaciones resueltas y medidas adoptadas. Cada 6 meses el gestor principal del SiNASP da una sesión hospitalaria sobre la evolución de las notificaciones. Se ha enviado nota de prensa sobre SP en nuestro hospital. Se prepara un curso transversal sobre SP para residentes.
5. VÍVELO (cambio de cultura): Se ha reestructurado el Plan de SP en 4 estrategias, fomentando el protagonismo de los responsables. Entre ellas el grupo de Uso Seguro del Medicamento, El grupo de trabajo de Segundas Víctimas y actividades de Cirugía Segura.

Resultados

Charlas impartidas : 94 en 2022, con más de 1.000 alumnos acreditados.

Nº notificaciones: incremento de 9 en 2021 (tasa 1,16 Notif/100camas) a 111 en 2022 (tasa 14,3 Notif/100 camas). En 3 meses de 2023 ha habido 60 notificaciones.

N.º reuniones SiNASP: 7 desde mayo 2022

Conclusiones

La creación de un responsable dedicado en exclusiva a la seguridad del paciente, y un plan de reactivación estructurado, puede contribuir a fomentar la cultura de seguridad de cualquier hospital.

Ese plan debe incluir formación, difusión, accesibilidad y el feedback adecuado. Pero sobre todo debe haber una actitud adecuada que permita a los sanitarios sentirse escuchados y creer en su utilidad.

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN DISTRITO SANITARIO. ÁREAS DE MEJORA

Autores: ALONSO LÓPEZ L, GARCÍA GARCÍA M, LUQUE FERNÁNDEZ A, MARTÍNEZ LARIOS B, QUESADA YÁÑEZ E, GARCÍA JABALERA I

Palabras clave: Análisis, Notificación, Riesgos, Paciente, Seguridad

Introducción

El Sistema de Notificación de incidentes permite convertir los fallos o errores de la asistencia sanitaria en oportunidades de aprendizaje para acelerar y extender mejoras para la seguridad de los pacientes. Es voluntario, anónimo o confidencial, sencillo, ágil, no punitivo, aplicable a cualquier tipo de incidentes, independiente de cualquier autoridad, gestionado por expertos a nivel local que conocen el contexto clínico, orientado a los cambios en los sistemas y útil para la prevención y aprendizaje. Se pretende recoger información de lo que sucede, identificar áreas o elementos vulnerables del sistema, aprender de las experiencias e introducir cambios para evitar que vuelvan a producirse. En los sistemas de notificación debe notificarse cualquier incidente relacionado con la seguridad del paciente (riesgos, incidentes sin daño o eventos adversos). No es el sitio para notificar reclamaciones.

Objetivos

- Analizar el número de incidentes que se notifican en el Distrito Sanitario.
- Analizar el tipo de incidentes que se notifican y a que unidades de gestión pertenecen.
- Identificar áreas de mejora en cuanto a la notificación de incidentes.

Metodología

Análisis retrospectivo de los incidentes notificados en NotificaASP en los últimos diez años. Los criterios de inclusión incidentes notificados y finalizados. Criterios de exclusión incidentes que fueron notificados y no se gestionaron. Se incluye la notificación en todas las unidades.

Resultados

Desde que se implantó el sistema de notificación de incidentes único en Andalucía, en el Distrito, se han notificado 220 incidentes, de los cuales 66 corresponden a procesos asistenciales, 29 a errores de medicación, 8 a riesgos de caídas, 29 a procesos asistenciales documentación, 14 a equipamiento clínico, 23 errores de peticiones y documentación, 25 a infraestructura, 4 recursos, 3 accidentes de profesionales, 15 conducta de los pacientes y 3 notificaciones de úlceras por presión.

Conclusiones

- El análisis nos evidencia que se han notificado pocos incidentes ya que se ha realizado un análisis de los últimos 10 años.
- Es necesario incorporar dentro del sistema de notificación tipos de incidentes otras categorías, ya que hay motivos que no encajan y se notifican como errores proceso asistencial.
- Es necesario realizar una mejora en la implantación del sistema de notificación en las unidades, ya que hay unidades que no han notificado ningún incidente en el último año.

ANÁLISIS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE GRANADA

Autores: MARTÍN PÉREZ FJ, RUEDA DOMINGO MT, MORALES TORRES JL, RODRÍGUEZ ÁGUILA MM, REINOSO CAMINO ME, TORRALBA SUÁREZ C

Palabras clave: Incidente, Notificación, Gestión de riesgos

Introducción

Los sistemas de notificación de incidentes permiten detectar cualquier evento/circunstancia que pueda significar un daño innecesario e involuntario al paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria. A nivel andaluz, la notificación a nivel hospitalario se realiza a través de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía (ESSPA).

Objetivos

El objetivo fue describir los incidentes notificados en un hospital de tercer nivel de la provincia de Granada tanto de forma global como desagregada por Servicio, categoría profesional, tipo y gravedad durante el año 2022, así como ver los cambios de tendencia global que ha experimentado la notificación en los últimos 5 años. Además, se buscó conocer la proporción de incidentes resueltos y con implantación de Acciones de Mejora (AM) del total de notificados.

Metodología

Estudio descriptivo. Los datos se recogieron tanto del sistema de notificación propio de la Unidad de Calidad Asistencial como del aplicativo de la ESSPA. Dentro de las variables de interés destacaron: fecha, servicio y profesional que notifica, tipo de incidente, descripción y gravedad. Como indicador de proceso se midió el número de incidentes notificados tanto a nivel global como por las variables descritas. Como indicadores de resultado se incluyeron la diferencia entre el número de incidentes de 2022 respecto la media de los últimos 5 años y la proporción de incidentes resueltos y con implantación de AM del total de notificados.

Resultados

En 2022 se notificaron 319 incidentes. El Servicio que más notificó fue Pediatría (16%), mientras que la categoría profesional más destacada fue Enfermería (42%). Los tipos más frecuentes fueron: caídas (24,1%), procedimiento/prueba inadecuada o incompleta (22,6%) y fallos en la gestión organizativa o de recursos (8,8%). Según gravedad, los incidentes menos graves fueron los más numerosos (34,2%). Del total de incidentes notificados, quedaron resueltos un 64%, con implantación de AM un 5%, bajo estudio un 12% y pendientes de gestionar un 19%. Cabe destacar que, aunque el número de incidentes en 2022 fue mayor que la media de los últimos 5 años (249,5), la evolución temporal no fue homogénea, observándose un descenso del 35% en la notificación de 2020 respecto los 2 años previos.

Conclusiones

Con la pandemia se observó un descenso en el porcentaje de notificación respecto a la media del último quinquenio. El porcentaje de incidentes resueltos y cerrados para 2022 fue del 69%. El Servicio que más incidentes notificó ese año fue Pediatría (16%).

¿PREDICAR O DAR TRIGO?: MÁS ALLÁ DE LA NOTIFICACIÓN

Autores: TORRES PÉREZ LF, DE LA TORRE GÁLVEZ I, RODRÍGUEZ ARIZA F, TORRES VERDÚ B

Palabras clave: Notificación, Gestión, Mejora

Introducción

El nivel de madurez en la cultura de seguridad del paciente tiene múltiples etapas. En nuestro centro la notificación de eventos ha tenido una evolución claramente positiva en los últimos años. Desde 2018 hasta la actualidad se han incrementado por encima del 20% las notificaciones de eventos. Actualmente estamos por encima de 1.000 notificaciones anuales. Implantada la buena práctica relacionada con la notificación, es necesario avanzar desde la perspectiva cuantitativa a la cualitativa, pasando de la identificación de desviaciones a su abordaje y su transferencia a la organización, donde numerosos autores señalan debilidades en las organizaciones.

Esto se ha traducido en un incremento significativo de la gestión por parte de las unidades y la inclusión de áreas de mejora (de un 68 a un 80%, con un 100% si se depuran los asignados a nuestro centro como responsable principal y no compartido). Esta potencia debía traducirse en innovación a nivel de la prestación de asistencia y evolución de los modelos de práctica clínica.

Objetivos

Desarrollar una metodología de evaluación de las acciones de mejora implantadas en relación con la gestión de notificaciones.

Continuar la formación a referentes de seguridad por unidad en esta metodología.

Construir un banco de mejoras consideradas exitosas tras la implantación y evaluación en el centro.

Metodología

Se pusieron en marcha una serie de actuaciones:

- Diseño de plantilla tipo para la gestión de las de las notificaciones que incluye un apartado para el seguimiento y evaluación de las áreas de mejora priorizadas, integradas dentro del cuadro de mandos de la unidad.
- Interacción con los profesionales de referencia por área para establecer sinergias entre los planes locales y la acciones nivel organizativo.
- Desarrollo de sesiones clínicas acreditadas para impulsar dicha sistemática.
- Creación del banco de mejoras según evaluación de las áreas.
- Difusión de resultados a través de la web del centro (área específica de Calidad/Seguridad del paciente).

Resultados

- Se han generado un banco de documentos actualizados orientados al seguimiento y monitorización de las áreas de mejora.
- Se han desarrollado más de 50 sesiones de refuerzo por unidad, más de la mitad orientadas a aspectos específicos que superan los objetivos de las sesiones básica de sensibilización.
- Se han coliderado los menos vario proyectos en sintonía con las unidades y las comisiones del centro, destacando:
 - Plan de sustitución de fármacos: reemplazo de dosis equipotentes con distinta presentación en medicamento de alto riesgo.
 - Informes de monitorización de la puesta en marcha de áreas de mejora por unidad con carácter mensual.
 - Auditoría de puntos clave de seguridad por unidad con soporte digital y propuesta de intervención.
 - Coordinación con unidades de soporte a través de la gestión transversal de eventos relevantes.

Conclusiones

Es necesario destacar que el cambio en la presentación de noradrenalina se ha llevado a cabo en el centro sin ninguna incidencia de seguridad reportada, ni evento adverso comunicado.

Se ha conseguido establecer una dinámica de seguimiento, primordialmente en las unidades acreditadas, basada en el análisis de la puesta en marcha de las iniciativas, con seguimiento de resultados en áreas concretas: higiene de manos, medicamentos de alto riesgo, control de temperatura y estado de revisión del carro de parada. Sin duda existe aún una falla profunda en la implicación de algunos profesionales a esta cultura.

NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE NUESTRA UNIDAD, ANÁLISIS Y ACCIONES DE MEJORA

Autores: RODRÍGUEZ SÁNCHEZ I, ARTACHO REINOSO MJ, DÍAZ ZAYAS MD, RAMÍREZ ARREBOLA MM

Palabras clave: notificación, incidentes de seguridad, acciones de mejora

Introducción

La notificación y gestión de incidentes de seguridad del paciente permiten obtener información acerca de los mismos, así como desarrollar actuaciones y estrategias que permitan eliminarlos, o minimizar su casuística y/o el daño producido, mejorando la seguridad de los pacientes.

Objetivos

Evaluar los incidentes de seguridad del paciente notificados desde nuestra Unidad de Gestión Clínica de Laboratorio en el primer año de la puesta en marcha de esta notificación.

Metodología

Se analizaron los incidentes de seguridad informados desde nuestra Unidad en el sistema de notificación del Servicio Andaluz de Salud (notificASP).

Resultados

En este periodo se notificaron 16 incidentes relacionados con la seguridad del paciente:

- 15 incidentes (93.75%) estuvieron relacionados con errores en la identificación de muestras y pacientes, tratándose en todos los casos de peticiones del módulo de petición analítica (MPA) de un paciente y muestras remitidas al laboratorio pertenecientes a otro paciente.
- 1 incidente (6.25%) estuvo relacionada con una transcripción manual errónea de resultados al sistema informático de laboratorio (SIL), debido a problemas de conexión entre los analizadores y el SIL.

Tras el análisis de los incidentes notificados se han llevado a cabo las siguientes acciones de mejora desde nuestra Unidad:

- Elaboración de un tríptico informativo para garantizar la identificación inequívoca de pacientes, y difusión del mismo a nivel de Atención Primaria y Hospitalaria.
- Organización y realización de un curso de formación continuada sobre preanalítica y seguridad del paciente dirigido a los profesionales sanitarios de nuestra área de gestión sanitaria.
- Elaboración de instrucciones técnicas para los profesionales de nuestra Unidad:
 - para detectar posibles peticiones analíticas realizadas desde MPA-DIRAYA que pudieran corresponder a otros pacientes
 - de acciones a realizar cuando se detecta un error de identificación de muestra/paciente
 - cómo realizar la transcripción manual de resultados al SIL
 - elaboración y puesta en marcha de un libro de resultados autocopiativo elaborado para todos los incidentes que implican la pérdida de conexión entre analizadores-SIL, que permite la trazabilidad de resultados para las muestras procesadas en estas situaciones

Conclusiones

El estudio de los incidentes notificados ha permitido la puesta en marcha de acciones de mejora y nuevos protocolos de trabajo con el fin de minimizar estos eventos. Este análisis de los incidentes de seguridad notificados desde nuestra Unidad se realizará periódicamente, para comprobar si las medidas adoptadas funcionan, y/o si es necesario definir e implantar nuevas acciones que permitan garantizar la seguridad del paciente.

SEGURIDAD EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO, ACR A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: MALDONADO MALDONADO Y

Palabras clave: Via periférica, Técnica, Retirada

Introducción

En las unidades de hospitalización de pediatría una de las técnicas más frecuente es la canalización de vías periféricas y por consecuencia su posterior retirada. Esta técnica no está exenta de riesgos en el paciente pediátrico. En nuestra unidad ocurre un error de procedimiento: "Durante la retirada de la vía de la lactante se le ha hecho herida con pérdida de epidermis, en la punta del segundo dedo de mano derecha (yema) por la parte interna de éste", por lo que se decide en el grupo de trabajo de seguridad del paciente de pediatría gestionar este incidente mediante un ACR.

Objetivos

Identificar factores causales que han contribuido a que ocurra el incidente y proponer medidas de mejora para implementar en La unidad y reducir el riesgo.

Metodología

La metodología que se ha seguido es el análisis causa-raíz, que consiste en un proceso estructurado para identificar la base o los factores causales que han provocado el incidente de seguridad. Los responsables de la unidad junto a la comisión de seguridad y los profesionales expertos llevan a cabo este análisis, siguiendo las fases establecidas para el mismo.

Resultados

Tras la realización del análisis causa-raíz se establecen los siguientes factores contribuyentes:

- Uso de tijera
- No pide ayuda para realizar la practica
- Vía con sujeción que requiere uso de tijera
- No uso de spray antiadherente
- No tiene ayuda de otro profesional para realizar la retirada de vía
- Actitud de la familia no colaboradora

Además, se describen los siguientes factores atenuantes:

- Personal reciclado en retirada de vía
- La sujeción de la vía es la habitual en la Unidad de Pediatría

Finalmente se establecen las propuestas de mejora :

1. Evitar el uso de la tijera para retirada de vías, usar spray antiadherente existente en la unidad
2. En el momento de la retirada de las vías, deben de estar presentes al menos dos profesionales para garantizar una adecuada sujeción del paciente
3. En la acogida a profesionales, avisar del riesgo de usar tijera en la retirada de las vías.
4. Realizar sesión para difusión del análisis del evento adverso.
5. Mandar informe del análisis a profesionales implicados y resto de profesionales de la unidad.

Conclusiones

El estudio propone el análisis de la información para la creación de comités de mejora. El análisis causa-raíz es una herramienta útil dentro de las unidades, para identificar potenciales riesgos en la atención.

GESTIÓN DEL RIESGO PROACTIVO EN UNA UNIDAD PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: VILLAREJO AGUILAR L, VILLAR SEQUERA ME, ARAQUE SÁNCHEZ L, BONACHELA MORALES P

Palabras clave: Gestión del riesgo, Seguridad del paciente, Matriz de riesgo

Introducción

La seguridad del paciente y la gestión de riesgos es una prioridad del Sistema Sanitario Andaluz. La gestión de riesgos engloba el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se dirigen a reducir el riesgo de causar daño para el paciente y/o minimizar su impacto tras un evento adverso.

Objetivos

Desarrollar un plan de acción y matriz de riesgos para la gestión del riesgo en nuestra Unidad.

Metodología

AMFE identificando los posibles riesgos según su probabilidad de ocurrencia y su gravedad o impacto.

Resultados

Se detectaron los siguientes riesgos y se propusieron medidas y acciones de mejora adaptadas a nuestra Unidad:

- Identificación del paciente: correcta identificación 2 identificadores válidos, formación continuada.
- Accidentes/caídas centro: medidas minimizar accidentes, notificación caídas
- Barrera idiomática: servicio teletraducción 39 idiomas, panel comunicación varios idiomas
- Error administración fármacos: entregar informe receta, verificación orden medica, registro Diraya, no usar abreviaturas, formación continuada
- Duplicidad: revision potenciales problemas prescripcion, criterios STOPP-START, deprescripción 2 o más farmacos con la misma acción, revision botiquin domiciliario, formacion continuada
- Interacciones medicamentosas: evitar interacciones modulo prescripción electronica Receta XXI
- Monitorización pacientes anticoagulados: entrega en mano hoja de tratamiento,comunicación incidencias Hematología HAG
- Control glucémico y manejo pacientes insulinizados: Seguimiento MF y EF, educación sanitaria población, formacion personal Sistema Flash
- Infección nosocomial: cumplimiento pautas higiene manos y guantes, cumplimiento limpieza, desinfección y esterilización del material y dependencias sanitarias
- Prevención UPP: utilización de escala Norton o Braden, plan de cuidados actualizado y seguimiento activo en domicilio

Conclusiones

La elaboración de una matriz de riesgos permite detectar puntos críticos en la seguridad del paciente durante el proceso asistencial. Las acciones de mejora implantadas han logrado reducir el nivel de riesgo en nuestra Unidad.

Tras analizar todos los ítems construimos el Mapa de Riesgos definitivo que se divulgó entre todo el personal hospitalario que participaba en cualquier paso de dicho circuito.

Conclusiones

- La gestión proactiva debe ser una de las prioridades para fomentar la cultura de seguridad del paciente.
- Debemos fomentar la cultura de seguridad del paciente con la creación de grupos de trabajo multidisciplinares y comités de seguridad.
- Tras la elaboración del mapa de riesgos y su difusión (un año en funcionamiento), se han minimizado los incidentes en nuestra unidad, no habiendo ningún evento centinela hasta la fecha.

ANÁLISIS DE UN EVENTO DE SEGURIDAD EN VACUNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: LEÓN CAÑADILLA C, JIMÉNEZ BIEDMA C, ROLDÁN GARRIDO A, BAÑOS ÁLVAREZ E, BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA E

Palabras clave: Vacunas, Errores, Análisis causa-raíz

Introducción

Los programas de vacunación sistemática son parte esencial de la salud pública. Varias barreras impactan en la eficacia de los programas de vacunación, incluidos los errores de vacunación, que pueden reducir la eficacia de esta y generar eventos adversos para el paciente. Las tasas internacionales de errores de vacunación son bajas, el error más común es la administración de una vacuna inadecuada y debe considerarse el impacto sobre los pacientes y la salud poblacional.

El análisis de eventos de seguridad ayuda a identificar patrones, causas subyacentes y generar soluciones proactivas y acciones correctivas para prevenir su recurrencia. El análisis causa-raíz (ACR) es un análisis retrospectivo de incidentes de seguridad del paciente para comprender sus causas, convirtiéndose en una oportunidad de aprendizaje y mejora de la atención sanitaria.

Objetivos

Analizar las causas de un incidente de seguridad en la vacunación sistemática de un paciente ocurrido en un Centro de Salud.

Elaborar propuestas de mejora basadas en el análisis del incidente para evitar nuevos eventos en el futuro.

Metodología

Se realizó un ACR de un incidente de administración inadecuada de vacuna triple vírica a una paciente de 4 años inmunodeprimida. Se analizó como incidente sin daño con el siguiente esquema: recogida de información, identificación de causas proximales, secuencia de eventos, identificación de factores contribuyentes, detección de factores o causas raíz y estrategias de mejora.

Resultados

Se identificaron las siguientes causas inmediatas: no realización de cuestionario prevacunal previo a la vacunación, administración previa al registro en el módulo de vacunas.

Se consideraron como factores contribuyentes y/o causas raíz: paciente no acompañado por un familiar no tutor legal que desconoce parte de la información clínica; enfermero de sustitución a cargo de la consulta de vacunas, poco familiarizado con el proceso de vacunación y el módulo de vacunación; ausencia de cartelera informativa sobre el cuestionario prevacunal en la consulta de vacunas.

Se establecieron como estrategias de mejora: intensificar la formación básica para la administración de vacunas a todos los profesionales de enfermería del centro y la colocación de cartelera informativa para el profesional en la consulta de vacunas; se envió un recordatorio a todos los profesionales de enfermería del centro sobre precauciones para vacunación de inmunodeprimidos.

Conclusiones

Los errores en vacunación son eventos potencialmente evitables, para ello es fundamental una constante formación de los profesionales implicados tanto en las indicaciones y proceso de vacunación como en las herramientas de registro disponibles.

MEDIDAS IMPLANTADAS TRAS ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE EFECTOS ADVERSOS RECURRENTES EN 2021

Autores: GARCÍA AGUILAR N, ESCALERA PÉREZ R, GAVILÁN PARRAS J, MEDINA ACHIRICA C

Palabras clave: Seguridad, Análisis Causa-Raíz, Infección, Hematoma asfíctico

Introducción

La seguridad quirúrgica se define como aquellos pasos que los profesionales pueden seguir para mejorar la calidad de la atención al paciente, reducir las tasas de mortalidad y complicaciones. Actualmente contamos con un comité de seguridad del bloque quirúrgico con un doble objetivo, proactivo con carácter preventivo y el análisis de incidentes, para contenerlos, evitando que se reproduzcan o minimizando sus consecuencias.

Objetivos

Revisar incidencias transcurridas durante 2021 relacionadas con actos que repercuten en la seguridad del paciente. Realizar un Análisis Causa-Raíz (ACR) de las mismas para solventar dichos efectos adversos, y medidas que se podrían haber empleado para evitarlos.

Metodología

Se llevó a cabo un ACR de las incidencias más frecuentes transcurridas en UCG de Cirugía General, desde 2021, con los resultados definitivos obtenidos en enero de 2022.

Resultados

Se analizaron dos escenarios principales y recurrentes. Se aplicaron medidas de prevención de las incidencias.

Hematomas asfícticos tras tiroidectomía en corto periodo temporal. Complicación grave y recurrente.

- Aumento del stock de carros de parada y de manejo de vía aérea quirúrgica. Habilitar material de traqueostomía y de cirugía tiroidea.
- BOX habilitados para pacientes con tiroidectomías totales o con posibilidad de manejo de vía aérea emergente en el postoperatorio inmediato.
- Retirada de agrafes o suturas en el transcurso de llegada del especialista responsable.
- Retirar la hemitiroidectomía de la cartera de servicios ofrecidos en régimen de CMA.
- Aumentar la presencia de Facultativos Especialistas de Área de anestesia en la REA.

Aumento de incidencia de infecciones en la cirugía de la mama.

- Actualización del protocolo de profilaxis en todas las cirugías programadas de las diferentes especialidades quirúrgicas, incluida aquellas del área de Mama tras revisión bibliográfica del tema.
- Estudio prospectivo sobre la incidencia de infección en la cirugía de mama y la administración de hierro magnético como trazador del ganglio centinela.
- Extremar medidas de asepsia y antisepsia durante todo el periodo perioperatorio. Cambio de la povidona yodada por clorhexidina alcohólica.

Conclusiones

- La seguridad quirúrgica es una de las acciones que debemos impulsar mediante Comités de Seguridad, detectar aquellas situaciones susceptibles de mejora y minimización de consecuencias adversas.
- La limitación de nuestro ACR es que únicamente se incluyen aquellas situaciones de riesgo en la especialidad de Cirugía General, excluyendo las otras especialidades quirúrgicas.
- Desarrollar medidas para frenar e intentar evitar escenarios cuya implantación hospitalaria se ejecuta de forma inmediata.

PILOTAJE DE LA IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO DE EXTRAVASACIONES DEL MEDIO DE CONTRASTE EN UNA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO

Autores: DÍAZ-PÉREZ MR, VÁZQUEZ-GONZÁLEZ A, GALLEGO-GALLEGOS P, PEÑA-BARREIRO R, ALOST-MARÍN PJ, PÉREZ-LLORENTE MA

Palabras clave: extravasaciones, notificación, seguridad

Introducción

La Unidad de Radiodiagnóstico presenta en su mapa de riesgo la extravasación como un riesgo altamente potencial, por ello monitorizar su registro y analizar su incidencia se hace imprescindible.

Objetivos

Conocer y analizar las notificaciones de extravasaciones registradas desde la implantación del sistema de registro y la idoneidad de este.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado desde el mes de mayo a octubre del 2022 en las salas de TC y RM del centro, utilizando estadística básica, con datos derivados de una hoja de registro inicial on line con los siguientes apartados: Edad, Tratamiento quimioterapia, Tipo estudio, Tipo contraste, Localización vena canalizada, Comprobación previa permeabilidad de vía, Grosor catéter, Velocidad infusión, Volumen previsto de contraste administrado, Cantidad aproximada de contraste extravasado, Sintomatología, Medidas aplicadas y Seguimiento paciente

Resultados

Número total: 31; Edad media: 65,6 años; Tratamiento quimioterapia: 90,4% no, 9,6% sí; Tipo estudio: TC 83,9% y RM 16,1%; Medio de contraste utilizado: iodado 83,9% y gadolinio 16,1%; Localización de vena, mucha variabilidad de registro por ser un campo abierto; En el 100% de los casos correcta comprobación de la canalización vía; En el 55% de los casos se ha utilizado un calibre 22; Velocidad infusión: en el 48,4% casos se ha perfundido a 3ml/seg.; En 2 pacientes se ha extravasado mas de 100ml.; Sintomatología: inflamacion 67,7%, inflamación mas dolor 32,3%; Medidas aplicadas: frio local 80,6%, antiinflamatorio tópico 25,8% , compresión 19,3% ,drenaje manual 16,2%, recomendaciones domiciliarias 22.5%.

Conclusiones

Las extravasaciones son más frecuentes en TC, coherente ya que se realizan más TC que RNM. Mas frecuente en vía periféricas del calibre 22G

La velocidad de infusión más frecuente es 3ml/seg, coherente también por ser la velocidad mas protocolizada en la mayoría de los estudios, son los de mayor prevalencia. La sintomatología más frecuente es la inflamación y no siempre va acompañada de dolor.

En casi todos se ha aplicado frio local, mucho de ellos acompañado de vendaje compresivo. No siempre se ha drenado líquido extravasado.

Poco porcentaje de entrega de recomendaciones domiciliarias. Todos los caso seguidos han evolucionado favorablemente y no han precisado ninguna medida añadida.

Este estudio ha permitido describir algunas variables que consideramos importantes, y hemos modificado la hoja inicial de registros y reestructurado algunos ítem. Así mismo, necesitamos un estudio analítico más amplio para conocer la relación entre estas.

También es importante resaltar que al tener monitorizaras las extravasaciones y por consiguiente hacer el seguimiento al paciente, podemos conocer la evolución de la lesión, minimizando complicaciones, mejorar su seguridad, a la vez que se ha aumentado la satisfacción de este, al considerar un gesto muy positivo, nuestra preocupación por su problema.

INVESTIGACIÓN DE EVENTOS CENTINELA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE GRANADA

Autores: MARTÍN PÉREZ FJ, RUEDA DOMINGO MT, VELLIDO GONZÁLEZ D, RUIZ FUENTES MC, ROMERO MANJÓN MI, GALINDO CUESTA AM

Palabras clave: Evento centinela, Investigación, Acciones de mejora

Introducción

La Seguridad del Paciente (SP) es una dimensión clave para la asistencia sanitaria de calidad. En Granada, el Servicio de Medicina Preventiva a través de su Unidad de Calidad Asistencial lidera y coordina la investigación y análisis de todos los eventos centinela (EC) notificados al Grupo de Trabajo de la Comisión de SP desde 2016.

Objetivos

1. Conocer factores contribuyentes (FC) o causas subyacentes de cada EC notificado a la Comisión de SP de un hospital de tercer nivel de Granada, aplicando para ello la metodología de "Análisis de Causa Raíz".
2. Proponer acciones de mejora (AM) para evitar o minimizar la probabilidad de que vuelvan a suceder.
3. Realizar un seguimiento de las AM propuestas con el fin de verificar su correcta implantación.

Metodología

Estudio descriptivo. Los datos fueron recogidos tanto del sistema de notificación propio de la Unidad de Calidad Asistencial como del aplicativo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Andalucía (ESSPA). Para cada EC se registró fecha de notificación, Servicio implicado, descripción del suceso, informe con las AM propuestas, y el seguimiento posterior de éstas para conocer su grado de implementación. Como indicador de proceso se tuvo en cuenta el número de EC notificados e investigados con propuesta de AM, mientras que como indicador de resultado se midió la proporción de EC con AM implementadas respecto al total de EC con AM propuestas.

Resultados

Se investigaron un total de 33 EC hasta el 31 de marzo de 2023, que afectaron a 21 Servicios. Los EC más frecuentes fueron "Cuerpo extraño tras procedimiento invasivo" (7), "Error en la administración de medicación" (4) y "Retraso en la comunicación de pruebas diagnósticas" (4); habiéndose detectado la presencia simultánea de varios FC en la ocurrencia de cada EC. Entre estos últimos destacaron factores relacionados con formación y entrenamiento de profesionales, fallos de comunicación y asignación de tareas en el equipo, fallos organizativos, de equipamiento y recursos. En 22 EC se elaboró informe de investigación con análisis y propuestas de AM, en 1 no procedía (por proceso judicial) y los otros 10 se gestionaron directamente en la ESSPA. En el seguimiento, sólo en 6 EC se constató implementación global de AM.

Conclusiones

En la investigación de EC se proponen AM a las direcciones del centro y servicios implicados, pero hay que realizar seguimiento de las mismas de forma periódica e insistir en su correcta implementación y consecución.

DETECCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTACIÓN CLÍNICA DE DIRAYA 2020 A 2022

Autores: IRALA PÉREZ FJ, FERRETE GORDILLO IC, GUERRERO LÓPEZ J, OBALLE GARCÍA PA

Palabras clave: Notificación, Incidentes, Diraya, Hospitalización, Investigación

Introducción

Aprender de los errores impulsando sistemas de notificación y registro de eventos adversos fue uno de los programas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, destinado a conocer problemas más frecuentes y aprender de errores.

La baja tasa de notificación de incidentes se relaciona con falta de conocimiento profesional, desconfianza por cuestiones legales, miedo a medidas disciplinarias, aumento de cargas de trabajo, etc.

El estudio detallado de los registros electrónicos de episodios de hospitalización puede permitir la detección de incidentes no notificados y aumentar el conocimiento que nos permita mejorar la seguridad de pacientes.

Objetivos

Detectar posibles Incidentes de Seguridad de Pacientes en episodios de Hospitalización de los años 2020 a 2022 que pudieran ser objeto de notificación.

Metodología

Se utilizó el fichero de pacientes de Estación Clínica Diraya, de Hospitalización de 2020 a 2022, (23.029 registros). Se realizó búsqueda con módulo de Gestión del Conocimiento en "Hoja de Evolución Médica", con palabra clave "error". Se seleccionaron 222 episodios. Se revisaron los episodios clínicos. Variables de estudio: NUHSA, número episodio, fecha alta, servicio, descripción error, resumen incidente, tipo incidente, personal implicado, afecta a paciente, categoría incidente y grado daño. Equipo de revisión: Médico Admisión y Documentación Clínica y Técnicos en Documentación Sanitaria.

Resultados

Los meses con más errores fueron enero (11.3%), julio y noviembre (10.8%) y agosto (10.4%). Por años: 2020 (octubre, noviembre y agosto), 2021 (enero, junio y agosto) y en 2022, mayo, enero y julio.

Como causas detectadas en "resumen del incidente": Dato erróneo en evolución (19.4%), error en analítica (18.5%), error informático (9.0%), error identificación de pacientes (8.6%) y error en cita radiodiagnóstico (5.0%).

El 88.7% de errores eran Notificables y correspondían a "Circunstancia Notificable" (82.0%), "incidentes sin daño" (5.4%) y "Evento adverso" (1.4%). Entre las categorías del incidente: 44.5% relacionadas con documentación (23.9% resultados y 6.3% identificación de pacientes), 23.0% proceso asistencial (10.4% valoración y 9.0% tratamientos), 15.8% a procesos administrativos (11.7% citas) y 7.7% a medicación (4.1% medicación y 3.6% dosificación). Los eventos adversos afectaron al paciente en 2.7% de episodios, siendo el grado de daño leve un 1.8%. No encontramos eventos adversos graves. Sólo dos de los errores encontrados se habían notificado.

Conclusiones

La detección de incidentes relacionados con seguridad de pacientes tras revisar episodios de Hospitalización de Estación Clínica Diraya, aumentaría las notificaciones un 36.2%.

El 88.7% de errores eran incidentes notificables.

Las categorías de incidentes más frecuentes eran: Documentación (40.5%), Proceso Asistencial (23.0%) y Proceso Administrativo (15.8%).

El grado de daño de los eventos adversos encontrados fue leve 1.8%.

Sólo dos errores se habían notificado.

APLICACIÓN DEL *GLOBAL TRIGGER TOOL* PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ARGENTINA

Autores: DOTTA AGUSTINA T, DUARTE SOTELO L, CASTIGLIA SOLÉ JA

Palabras clave: Evento adverso, *Global trigger tool*, Daño, Hospitalización, Seguridad del paciente

Introducción

La ocurrencia de eventos adversos es un problema relevante y su notificación es esencial para los procesos de mejora continua, ayuda a promover una cultura de seguridad. El *Global Trigger Tool* identifica con precisión los eventos adversos.

Objetivos

General: describir la frecuencia de eventos adversos en la población adulta internada en una sala de Clínica Médica de un Hospital público de Argentina mediante la utilización de la herramienta *Global Trigger Tool* en el primer semestre del año 2022.

Específicos:

- Determinar la frecuencia de eventos adversos según disparadores
- Caracterizar la población asociada con la ocurrencia de los mismos

Metodología

Estudio de corte transversal basado en la revisión retrospectiva de historias clínicas aleatorizadas utilizando la herramienta *Global Trigger Tool*. El equipo de revisión realizó prueba piloto y capacitación previa, obteniendo un índice de Kappa Fleiss del 70% de concordancia. Se aplicó test de Chi cuadrado para variables dicotómicas y test ANOVA para las continuas.

Resultados

Se detectaron 161 eventos adversos. 51 eventos por cada 100 admisiones, 66 por cada 1000 días paciente y 30% de admisiones con EA. Los más frecuentes fueron disparadores del módulo cuidados: complicaciones asociadas al uso de procedimientos (25%), úlceras por presión (10%) e infecciones asociadas a la atención (9%).

La estancia mayor a 5 días se asoció en forma estadísticamente significativa a la presencia de EA. La edad y cantidad de disparadores presentaron asociación moderada. 78% de los pacientes presentaron eventos leves y 4% daños con desenlace fatal, estos fueron pacientes pluripatológicos, con demencia, postración, dependientes para las actividades de la vida diaria y necesidad de alimentación por sonda nasogástrica.

Las causas de fallecimiento fueron neumonía broncoaspirativa (N=5) y neumonía intrahospitalaria (N=2).

En el análisis de disparadores con curvas ROC, los que presentaron mayor área bajo la curva fueron complicaciones de procedimientos (0.704), úlceras por presión (0.607) y código de respuesta rápida (0.602).

Conclusiones

Los eventos por cada 100 admisiones fueron superiores a la bibliografía, no hubo diferencias en los eventos por cada 1000 días paciente. Este estudio aporta datos de la frecuencia de eventos adversos en pacientes internados en la sala de clínica médica de un Hospital Público, siendo escasa la bibliografía existente en éste ámbito y destaca la implementación de análisis de disparadores con curvas ROC. Conocer la frecuencia y el tipo de evento más frecuente permitirá implementar medidas que mejoren la seguridad de los pacientes.

MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DE NITROFURANTOÍNA

Autores: MARCHENA LEÓN A, NUCETE GALLEGO B, GONZÁLEZ GARCÍA L, ROLDÁN RUBIO M, GALINDO SACRISTÁN E

Palabras clave: Nitrofurantoína, Intervención farmacéutica, Uso adecuado de antibióticos, Medicamento

Introducción

La nitrofurantoína es un antibiótico del grupo de los nitrofuranos, con indicación de tratamiento de cistitis agudas en niñas mayores de 6 años, adolescentes y mujeres adultas (contraindicada en varones). La dosis recomendada en mujeres adultas es de 50–100 mg cada 8 horas durante 5-7 días.

Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar el impacto de una intervención para mejorar la adecuación y la seguridad en pacientes adultos con prescripción activa de nitrofurantoína.

Metodología

Estudio de intervención en Atención Primaria, en el año 2022.

Población de estudio: Pacientes adultos en tratamiento activo con nitrofurantoína.

Fuente de datos: Base de datos de recetas dispensadas y facturadas e historia clínica digital.

Variables: De los pacientes (sexo y edad) y de las prescripciones (dosis, pauta y fecha fin).

El estudio se realizó en tres fases:

1ª fase: Identificación de pacientes con al menos una dispensación de nitrofurantoína entre los meses de abril y mayo de 2022, se revisaron los tratamientos y se identificaron los pacientes con prescripciones activas inadecuadas según ficha técnica (varones y mujeres con duración de tratamiento mayor de 7 días).

2ª fase, intervención: Elaboración por la Unidad de Farmacia de informes individualizados por paciente, registro del mismo en la Historia de Salud Digital y remisión a cada facultativo de dichos informes, en los que también se incluyeron recomendaciones de indicación.

3ª fase, tras un mes desde la notificación, se evaluó el impacto de la intervención.

Resultados

De los 114 pacientes en tratamiento con nitrofurantoína (66,25 años de media, 81,1% mujeres), el 91,5% (105 pacientes) presentaban prescripciones no adecuadas. De estas, el 18,1% (19 pacientes) correspondían a prescripciones realizadas en varones y el restante 81,9% (86 pacientes) presentaban duraciones de los tratamientos superiores a 7 días.

Respecto al impacto, tras la intervención se suspendió el tratamiento en 86 pacientes (81,9%); el 89,47% de las prescripciones en varones; el 80,23% de las prescripciones con duración superior a 7 días (en 4 pacientes tras suspender el tratamiento con nitrofurantoína se inició otro tratamiento antibiótico).

Conclusiones

Un número muy elevado de pacientes en tratamiento con nitrofurantoína presentan prescripciones no adecuadas.

La actuación colaborativa farmacéutico (identificando prescripciones inadecuadas) y médico (valorando las intervenciones propuestas) permiten mejorar la adecuación de la prescripción.

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO EN EL RECIÉN NACIDO

Autores: BUJALANCE HOYOS J, SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ R, MORA MORILLO IM, PÉREZ HOYO MD

Palabras clave: Recién nacido, Seguridad del paciente, Listado de verificación, Lactancia materna, Muerte súbita

Introducción

En el Contacto Piel con Piel se ha evidenciado el incremento de un raro evento adverso potencialmente mortal, el colapso neonatal súbito inesperado, que parece estar relacionado con esta práctica en condiciones inseguras. Su incidencia es variable: 1,6 hasta 133/100.000 recién nacidos. Nuestro centro pertenece al programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados implantando la guía de buenas prácticas de lactancia materna de la Registered Nurses Association of Ontario (Canadá), que incluye la recomendación del Contacto Piel con Piel de forma segura.

Objetivos

1. Actualizar el protocolo del Contacto Piel con Piel.
2. Implantar un Check-List para garantizar Contacto Piel con Piel Seguro.
3. Evaluar los resultados de la implantación de la guía.

Metodología

Estudio descriptivo observacional en Neonatología (hospital público). Se ha diseñado un check-list en Diraya con los aspectos claves para la seguridad del Contacto Piel con Piel al inicio, 15, 45, 90 y 120 minutos.

Variables:

- Valoración inicial (VI): tipo de Contacto Piel con Piel, persona que lo hace, consentimiento informado, educación sanitaria, tipo de parto y pulsioximetría.
- En 15, 45, 90 y 120 minutos: postura, temperatura, piel/mucosas, tono/actividad, respiración, estimulación, interrupción, motivo y vigilancia activa.

Muestra: recién nacidos a término, gestación única, con peso >2.500 gramos, Apgar >5 (5 minutos) marzo a diciembre-2022. Análisis de frecuencias y Chi-cuadrado.

Resultados

Se ha actualizado el protocolo y se ha implantado la guía, aumentando el Contacto Piel con Piel del 31% al 50,94% ($p=0,014$).

En la VI (N=735):

- Contacto Piel con Piel: inmediato 526 (71,56%); precoz 131 (17,82%); temprano 78 (10,61%). Con madre 666 (90,61%); padre 69 (9,38%). Consentimiento Inf. 642 (87,34%). Educación San. 701 (95,37%). Pulsioximetría 20 (2,72%).

En 15 minutos (N=682), 45 (N=727), 90 (N=570) y 120 minutos (N=321):

- Postura (15; 45; 90;120): 99,12%; 99,45%; 98,94%; 99,69%.
- Temperatura: 98,09%; 99,58%; 99,82%;100%.
- Piel y mucosas: 97,36%;99,45%; 99,65%; 99,38%.
- Tono: 99,56%; 99,86%; 99,65%; 100%.
- Respiración: 97,06%; 98,48%; 98,07%; 99,38%.
- Estimulación: 7,92%; 5,36%; 5,79%; 6,54%.

- Interrumpido: 8,36%; 5,91%; 7,72%; 3,74%.
- Motivo interrupción: estado neonato (63,15%; 30,23%; 43,18%; 58,33%); estado madre (15,78%; 37,21%; 16,28%; 25%); deseo madre(15,78%; 23,26%; 34,88%; 0%), no vigilancia activa (5,26%; 9,3%; 7,14%; 16,67%).
- Vigilancia activa madre: 97,9%; 98%; 98,27%; 99,31%.
- Vigilancia activa padre: 97,16%; 96,98%; 96,99%; 98,93%.

Conclusiones

Se observa una buena adherencia de los profesionales al Check-List como estrategia de seguridad que nos permiten analizar las constantes vitales y monitorizar y prevenir las complicaciones y la vigilancia activa de padres. Se ha aumentado el Contacto Piel con Piel tras la implantación de la Guía. La disminución de las interrupciones a lo largo de los 120 minutos y la pérdida de la vigilancia activa de los padres. No se ha producido ningún evento adverso desde el Check-List.

VALORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE MEDICAMENTOS INADECUADOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: FLORES DORADO M, PÉREZ ESLABA M, GARCÍA BONILLA A, PÉREZ PACHECO MD, SIERRA SÁNCHEZ J, DORADO PLAZA F, BOTO PÉREZ J, RUIZ PÉREZ D

Palabras clave: Medicamentos, Revisión, Polimedicados, TICS

Introducción

La complejidad de los sistemas de salud con la intervención de múltiples prescriptores puede requerir intervenciones que se basen en intervenciones de desprescripción o revisión de la adecuación de la medicación.

Objetivos

Analizar el uso de una herramienta informática (VIGIA) de detección sistemática de medicamentos susceptibles de desprescripción en pacientes polimedicados de alto riesgo de ingreso hospitalario, los datos registrados a través de la ésta. Desarrollar una propuesta de mejora en función de los resultados obtenidos.

Metodología

Análisis cuantitativo: Explotación de datos procedentes de la herramienta informática VIGIA.

Análisis cualitativo: se diseñó una encuesta on line para la evaluación de la herramienta con 9 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas para conocer puntos fuertes y propuestas de mejoras.

Resultados

- Análisis cuantitativo: Durante el periodo de estudio (junio-diciembre 2022) el equipo formado por 8 farmacéuticos ha revisado la medicación y ha emitido informe con recomendaciones de 422 pacientes polimedicados (más de 15 prescripciones de medicamentos). A través de la herramienta informática se identificaron 1.165 inadecuaciones. El 51.61% de los facultativos médicos ha accedido al menos una vez a la aplicación y se han revisado el 22.75% de los informes realizados por los farmacéuticos.
- Análisis cualitativo: (n=19). El 100% de los médicos considera considerado ágil la comunicación, que el programa ha ahorrado tiempo, ha simplificado la toma de decisiones tras la revisión, ayuda a mejorar la calidad de la prescripción y volverían a usarla. Aunque el 66% no ha tenido acceso sencillo y el 50% no le ha resultado fácil aprender a usarla.

El 100% de los farmacéuticos considera que el programa ha ahorrado tiempo y ha simplificado y se siente más seguro en la toma de decisiones tras la revisión de la medicación. La herramienta la consideran sencilla, de fácil aprendizaje y lo volvería a utilizar. El 70% ha considerado ágil la comunicación con el médico, y el 41% considera que puede resolver las dudas en el abordaje de pacientes polimedicados.

- Propuestas de mejora
 - Envío automático de correo electrónico al profesional una vez cerrado un informe de valoración.
 - Facilitar acceso a la aplicación desde la historia clínica del paciente o desde aplicación corporativa.
 - Incluir otros aspectos de estratificación del riesgo y acceso a analíticas de los pacientes.

Conclusiones

El análisis ha permitido conocer que la valoración es positiva, y permite identificar áreas de mejora, como la comunicación de informes y el acceso, que puedan facilitar el proceso de revisión de la medicación de los pacientes polimedicados.

ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD Y ADECUACIÓN EN SU TRATAMIENTO

Autores: GONZÁLEZ GARCÍA L, ROLDÁN RUBIO M, MARCHENA LEÓN A, NUCETE GALLEGO B, MARTÍN SANCES MS

Palabras clave: Polimedicados, Adecuación tratamientos, Intervención farmacéutica

Introducción

La polimedicación es la causa de efectos adversos, interacciones, falta de adherencia, incremento de hospitalizaciones y morbimortalidad; en definitiva, empeoramiento de la calidad de vida. La revisión de la medicación ayuda a optimizar la efectividad del tratamiento, reducir el número de problemas asociados a ellos y optimizar la adecuación de la prescripción al paciente.

Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la revisión farmacológica en pacientes polimedicados.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo en un Distrito de Atención Primaria con 673 médicos de familia que atienden una población aproximada de 677.782 habitantes

Población de estudio: Pacientes polimedicados con 10 más prescripciones activas de medicamentos crónicos (prescritos durante 6 meses o más). El periodo de estudio fue el año 2022.

La Unidad de Farmacia colaboró realizando sesiones formativas en los centros de salud, difundiendo herramientas para facilitar la revisión del tratamiento (boletines, algoritmos...), elaborando en pacientes complejos un informe de valoración integral farmacológica centrada en la persona, registrando en la Historia Digital de Salud dicho informe y distribuyendo a cada médico el listado de sus pacientes implicados en esta intervención.

Las revisiones realizadas por el médico de familia son registradas en el módulo de prescripción de la Historia de Salud Digital. Cada medicamento prescrito se evaluó en función de su necesidad, eficacia, adecuación y seguridad.

Las variables resultado fueron el porcentaje de pacientes revisados y las modificaciones en el tratamiento (cambio de dosis y/o pauta, inicio nuevo medicamento y/o anulación de medicamentos).

Resultados

Se incluyen 22.023 pacientes con 10 o más prescripciones activas de forma crónica. Se han revisado 9.951 pacientes (45,2%). De estos en el 52,4% ha habido algún cambio de tratamiento, en el 30,7% se ha anulado algún medicamento, en el 19,3% se ha iniciado algún nuevo medicamento y en 13,8% se modificó la dosis o pauta.

Conclusiones

A pesar del alto porcentaje de pacientes revisados, llama la atención el elevado número de pacientes en los que no se realizó ningún cambio de tratamiento.

La revisión de la medicación en pacientes polimedicados, promovida por la Unidad de Farmacia de Atención Primaria mejora la seguridad y adecuación del tratamiento en los pacientes.

VALORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Autores: CANO MARTÍNEZ G, DOMÍNGUEZ SANTANA CM, DOMÍNGUEZ CANTERO M, MORA CORTÉS M

Palabras clave: Alergias, Medicamentos, Intervenciones

Introducción

Una de las funciones del farmacéutico hospitalario es revisar la medicación de pacientes hospitalizados y notificar posibles errores en la prescripción.

Objetivos

Describir el grado aceptación de intervenciones farmacéuticas en pacientes hospitalizados que presentan alergia a medicamentos.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a pacientes con alergia a algún fármaco desde enero 2021 hasta abril 2023. Se recogieron los siguientes datos a través de la historia clínica digital (Diraya®) y del programa de prescripción electrónica (farmatools®): edad, sexo, servicio médico al que se realizó la intervención, grupo terapéutico del fármaco al que presentaba alergia, intervenciones realizadas y su clasificación. Se evaluó el grado de aceptación de las intervenciones realizadas.

Resultados

Se incluyeron 26 pacientes que recibieron alguna intervención sobre alergias medicamentosas. El 57,7% fueron mujeres con una mediana de edad de 81 (33-102) años. Los servicios en los que se realizaron intervenciones fueron los siguientes: 42,3% (n=11) medicina interna, 11,5% (n=3) infecciosos, 7,7% (n=2) cardiología, 7,7% (n=2) ginecología y obstetricia, 7,7% (n=2) urología, 7,7% (n=2) neumología, 3,8% (n=1) nefrología y 3,8% (n=1) neurología. Clasificación de alergia a medicamentos: 53,8% (n=14) betalactámicos, 15,3% (n=4) AINEs, 11,5% (n=3) quinolonas, 7,6% (n=2) IECAs, 3,8% (n=1) antagonistas del calcio, 3,8% (n=1) corticoides. El 57,7% (n=15) de las intervenciones se realizaron para confirmar una posible alergia, de las cuales un 73,3% (n=10) fueron aceptadas. En el 42,3% (n=11) restante de los casos se notificó una alergia ya descrita en algún episodio de hospitalización previo, registrándose un 63,3% (n=7) de aceptaciones.

Conclusiones

La mayoría de las intervenciones realizadas fueron aceptadas. El motivo de intervención en la mitad de pacientes fue presentar alergia a un fármaco betalactámico. El servicio de farmacia juega un importante papel en la detección de errores de la medicación, velando por la seguridad del paciente y evitando la prescripción de fármacos en pacientes alérgicos a estos.

ATENCIÓN INTEGRAL SEGURA: TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE "DEL DCCU A URGENCIAS HOSPITALARIAS"

Autores: MUÑOZ MEGÍAS V, PÉREZ DÍAZ MJ, ROJAS LLAMAS JI, PAREJA MUÑOZ S

Palabras clave: Transferencia, SBAR, Seguridad, Calidad

Introducción

El proceso de traspaso es un aspecto esencial de la atención al paciente en la práctica clínica diaria para garantizar la continuidad de la atención al usuario. En el área sanitaria donde desarrollo mi actividad asistencial, no hay un protocolo o vía de práctica clínica establecida y cada profesional realiza esa transferencia del paciente según su criterio. De igual manera, los enfermeros que receptionan al paciente en el hospital tienen su propio modo de actuar. Existe un formato papel estandarizado a nivel autonómico donde hay un apartado para enfermería pero ese documento pasa de médico a médico y enfermería tiene difícil su acceso.

Objetivos

La estandarización del traspaso clínico puede reducir los eventos centinela debidos a una comunicación imprecisa e ineficaz. El objetivo de este trabajo es realizar un listado de recomendaciones a tener en cuenta para la transferencia segura del paciente entre DCCU y Urgencias hospitalarias donde hacemos el intercambio del usuario, independientemente de la prioridad y/o circuito de recepción.

Metodología

Las herramientas de comunicación estructurada se asocian con la mejora en la transferencia de información y conducen a una mayor seguridad del paciente. SBAR: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación es una de esas herramientas e IDEAS: Identificación, diagnóstico, estado, actuaciones y signos y síntomas es otra más enfocada a urgencias. Basándonos en estas herramientas y adaptándolas a nuestra área, necesidades y usuarios creamos un listado de recomendaciones a tener en cuenta en el traspaso de pacientes trasladados por el DCCU al hospital de referencia, en concreto al servicio de urgencias.

Resultados

Se ha elaborado un documento de consulta y un recordatorio en formato papel para uso del personal de enfermería en los trasposos de enfermos que se trasladan en ambulancia y se receptionan en el hospital de referencia (servicio de urgencias) a modo de checklist.

Conclusiones

El uso de este documento de ayuda por los enfermeros del área en los trasposos puede mejorar la seguridad del paciente ya que evita la pérdida de información y aumenta la confianza tanto del enfermero receptor como del responsable del traslado. Queda pendiente su evaluación.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Autores: BUJALANCE HOYOS J, PÉREZ JIMÉNEZ MT, HERNÁNDEZ CARMONA F, MOYANO PARÍS MT, CABELLO DOMÍNGUEZ M, MALO PÉREZ N

Palabras clave: Prevención, Seguridad del paciente, Enfermería basada en evidencia, Guía de práctica clínica, Caídas

Introducción

Las caídas son un problema de salud de gran magnitud en todo el mundo. Son la causa predominante de lesiones en personas mayores de 65 años. En muchos casos son evitables, por ello la importancia de establecer estrategias preventivas que hagan hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos. En nuestro hospital hemos implantado una Guía de buenas Prácticas en la prevención de caídas dentro del programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados.

Objetivos

1. Unificar las medidas preventivas en la prevención de caídas.
2. Mejorar la adherencia de los profesionales de enfermería a las buenas prácticas.
3. Disminuir el porcentaje y la tasa de caídas.

Metodología

Estudio estudio cuasiexperimental pre-post en los pacientes ingresados en un hospital público desde 2017 (datos Basales) hasta 2022. Se han implantado las recomendaciones de la guía de prevención de caídas de la Asociación de Enfermeras de Ontario (Canadá). Estrategia: cartelera, formación y nuevos registros. Los datos tras la implantación de las recomendaciones se han agrupado (2018-2022): datos Post. Se han analizado frecuencias y chi-cuadrado.

Muestra: todos los pacientes ingresados 5 días al mes.

Variables sociodemográficas y de proceso: edad, sexo, unidad, test de cribado, valoración de caídas en pacientes con cribado positivo, pacientes en riesgo de caídas, plan preventivo instaurado.

Variable de resultados: porcentaje de caídas y tasa de Caídas.

Resultados

Variables sociodemográficas: Basales (2017) N=132; Post (2018-2022) N=3907. Edad media Basales=78,11; Post =75,65.

Variables de proceso:

- Test de cribado: Basales 0%; Post 71,79% ($p<0,05$).
- Valoración de Caídas: Basales 0%; Post 79,65% ($p<0,05$).
- Pacientes con riesgo de caídas: Basales 15,38%; Post 59,44% ($p<0,05$).
- Plan preventivo: Basales 37,5%; Post 68,3% ($p<0,05$).

Variables de resultado:

- Porcentaje de Caídas: Basales 1,51%; Post 1,96% ($p=0,21$).
- Tasa de Caídas: Basales 1,28 (por mil días de estancia); Post 1,91 (por mil días de estancias) ($p=0,82$).

Conclusiones

Se ha observado un aumento significativo de la adherencia de las enfermeras a las buenas prácticas en la prevención de caídas en las variables de proceso, unificando criterios y mejorando la práctica y los registros. Se ha producido un aumento de las caídas, creemos que es provocado por un mejor registro de las mismas, y una situación de infraregistro en la fase basal.

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN SALUD MENTAL Y EMBARAZO: ANSIEDAD GENERALIZADA, DEPRESIÓN E INSOMNIO

Autores: MORENATE SÁNCHEZ MT

Palabras clave: Embarazo, Seguridad, Adherencia al tratamiento, Salud mental

Introducción

Los trastornos mentales posparto, como la depresión y la ansiedad, son comunes. La etapa del embarazo es importante en la vida de una mujer y el consumo de medicamentos en dicha etapa es elevado. La depresión tratada de forma inadecuada se asocia con un riesgo sustancial de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal. Las mujeres embarazadas son reacias a tomar medicamentos psicotrópicos, antidepresivos, y muchas temen el daño fetal. Al mismo tiempo que solemos encontrar automedicación y toma de suplementos nutricionales, que pueden ocasionar más problemas.

Objetivos

En este estudio vamos a ver cómo puede ayudar a prevenir el empeoramiento de la salud mental de la paciente, mejorar falta de adherencia al tratamiento y controlar la automedicación, de los medicamentos indicados para los trastornos mentales más frecuentes en la mujer embarazada como son la ansiedad generalizada, la depresión y el insomnio mediante el uso de un protocolo de Atención farmacéutica exhaustivo en embarazada y salud mental (ansiedad generalizada, depresión e insomnio).

Metodología

La intervención se evaluó en una muestra racial y étnicamente variada de madres primerizas (n = 56). Se realizó el protocolo establecido de Atención Farmacéutica en embarazo y salud mental (siguiendo una metodología Dáder, Inventario EUROmediSAFE). Además, se incluyen en grupos de apoyo mutuo y atención integral en un equipo multidisciplinar.

Resultados

En comparación con los grupos de control (n=21) e intervención (n=35). El grupo en el que se realizó una atención farmacéutica y un seguimiento a lo largo del embarazo y el posparto se relacionó con una mejora de adherencia y la atención integral llevó a mejora de los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto. La inclusión en grupos de apoyo se relacionó con disminuciones en la ansiedad materna y aumentos en la crianza receptiva. Algunos efectos diferenciales entre los programas pueden deberse a las diferencias en las tasas de asistencia en los grupos prenatales (62 %) y posparto (35 %). Además, mejoró la adherencia y no empeoramiento (72%). Se obtuvo retroalimentación de los profesionales implicados.

Conclusiones

Los hallazgos sugieren que las basadas en la atención integral y multidisciplinar pueden promover la salud mental materna e infantil. Es importante realizar una correcta atención farmacéutica para evitar riesgo de teratogenia y disminuir riesgo de morbilidad y mortalidad materna y fetal.

SEGURIDAD INTEGRAL DEL PACIENTE EN LA FASE PREANALÍTICA DE LAS PETICIONES DE LABORATORIO

Autores: ARREBOLA MM, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ I, DÍAZ ZAYAS MD, PORRINO HERRERA MC, SORIANO BUENO MG

Palabras clave: fase preanalítica, laboratorio, seguridad del paciente

Introducción

En la Atención Integral Segura de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA (ESSPA), las prácticas clínicas que afectan al Laboratorio son principalmente dos:

- Identificación inequívoca del paciente y verificación de su identidad. Esto se realiza en la obtención de muestras de un paciente
- Uso seguro de las pruebas diagnósticas in vitro. En este objetivo se incluyen los indicadores de calidad de la fase preanalítica (desde que se realiza la petición hasta la llegada de muestras al laboratorio).

En la literatura científica existe discrepancia sobre el porcentaje de errores que ocurren en la fase preanalítica (31%-75%) por falta de estandarización de indicadores de calidad. Lo que sí es cierto es que la mayoría de los errores que se producen en el Laboratorio se deben a esta fase. Una forma de estandarizar estos indicadores es trabajar con indicadores preestablecidos para poder compararnos. Esto se consigue participando en un programa de control de calidad externa, o comparando los resultados con uno de estos programas. Una vez conseguida esta fase se podrá actuar sobre aquellos indicadores en los cuales se ponga de manifiesto una mala praxis.

Objetivos

Analizar nuestros indicadores de calidad de la fase preanalítica y compararlos con los de un programa de calidad externo para orientar las acciones a realizar en pro de la seguridad del paciente.

Metodología

Se han analizado 15 indicadores de calidad de la fase preanalítica (año 2022) y se han comparado con los resultados del Programa de Garantía Externa de la Calidad de la Fase Preanalítica de la SEQC-ML. Los resultados de este programa se expresan en percentiles. Un resultado por encima del percentil 75 es indicativo de una mala prestación. Además se han analizado otros 3 indicadores no incluidos en este programa por considerarlos de interés. Los indicadores fueron obtenidos de datos del sistema informático de laboratorio.

Resultados

Indicadores < p75 (n=11): Rechazos totales (RT) muestras; RT discrepancias identificación paciente; RT sueros; R sueros no recibidos; R sueros hemolizados; R sueros insuficientes; R hemogramas no recibidos; RT coagulaciones; R coagulaciones no recibidas; R coagulaciones coaguladas; R coagulaciones mal enrasadas. Indicadores > p75 (n=4): RT hemogramas; R hemogramas coagulados; R coagulaciones hemolizadas; R sistemáticos orinas no recibidos. Otros indicadores analizados: RT muestras de heces (7.64%), Petición no electrónica (1.72%); RT gasometrías (6.53%)

Conclusiones

Una vez analizados los resultados sabemos dónde debemos actuar para evitar una mala praxis en la fase preanalítica (indicadores > p75 y/o alta incidencia).

LA SEGURIDAD COMO META: EVOLUCIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN UNIDAD HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

Autores: OCHANDO-GARCÍA A, CLAVIJO SEGADO AB

Palabras clave: Salud mental, Seguridad del paciente, Restricción física, Coerción, Indicadores de los resultados

Introducción

La contención mecánica es una medida que puede vulnerar los derechos de la persona, pudiendo suponer un peligro para ésta, identificándose casos de caídas, lesiones cutáneas o isquémicas, traumatismos, episodios de broncoaspiración, etc; así mismo, la literatura nos muestra cómo la utilización de contenciones mecánicas supone un fuerte impacto emocional para los profesionales sanitarios.

A nivel andaluz, el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) planteó como objetivo la disminución de las medidas coercitivas en los ámbitos hospitalarios. La evaluación periódica de los indicadores sobre contenciones puede ser una estrategia útil para detectar cambios

Objetivos

Analizar la evolución de los indicadores de resultados ante el uso de contenciones mecánicas de una Unidad Hospitalaria de Salud Mental (UHSM) de Andalucía, comparando los resultados con los del Registro unificado de contenciones mecánicas de las 20 unidades de Salud Mental de Andalucía, durante el periodo 2017-2022.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo, analizando los datos del periodo 2017-2022, comparando los resultados de una unidad hospitalaria de salud mental con la global de Andalucía (Registro unificado).

Se recogieron los indicadores de resultado: porcentaje de pacientes (personas distintas) con CM; porcentaje de episodios con CM; duración media de las CM y ocupación media de la unidad en el momento de la CM.

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el programa SPSS 20.0.

Resultados

Al comparar los datos de nuestra unidad con los datos globales de las 20 unidades de Andalucía, observamos que:

El % de pacientes con contención: 2017 (9,4vs15,58%), 2018 (7,64vs14,45%), 2019 (7,48vs11,09%), 2020 (8,91vs13,50%), 2021 (7,78vs14,45%) y 2022 (10,66% vs pendiente).

El % de episodios contención: 2017 (17,07vs23,61%), 2018 (8,09vs23,38%), 2019 (10,90vs20,08%), 2020 (10,44vs21,27%), 2021 (8,74vs23,77%) y 2022 (19,13% vs pendiente).

La ocupación media de la unidad: 2017 (69,94vs78,16%), 2018 (86,85vs78,32%), 2019 (70,43vs76,23%), 2020 (77,4vs65%), 2021 (71,25vs70,33%) y 2022 (80,24% vs pendiente).

La duración media contención: 2017 (17,23vs15,33h), 2018 (17,36vs14,66h), 2019 (12,53 vs15,02h), 2020 (33vs16,37h), 2021 (18,04vs13,55h) y 2022 (20,01h vs pendiente).

Conclusiones

Nuestra unidad presenta buenos resultados relativos al uso de contenciones mecánicas comparados con el resto de Andalucía; identificando la duración de la contención como un aspecto en el que establecer posibles áreas de mejora.

A lo largo de los años ha presentado una tendencia a mejorar los resultados de los diferentes indicadores.

En el año 2022 observamos un aumento en el % episodios con contención, pudiendo estar en relación con el perfil del paciente (consumidor tóxicos), entre otras causas. No se han podido comprar los resultados con los globales de Andalucía de 2022, al estar estos últimos pendientes de publicación.

UNA TRANSFERENCIA ESTANDARIZADA APORTA SEGURIDAD A NUESTROS PACIENTES

Autores: MONTORO PÉREZ AM, GARRIDO ASENSIO J, ARJONA FERNÁNDEZ R, PÉREZ CATALÁN MJ, CAZALLA DE LA CÁMARA I, HERNÁNDEZ ORTIZ JA

Palabras clave: Transferencia de paciente, Seguridad, Comunicación

Introducción

Se considera transferencia al traspaso de información específica del paciente de un profesional o equipo de profesionales a otro, en el que se traslada la responsabilidad del cuidado.

Una comunicación inadecuada es reconocida como la causa más común de errores graves desde el punto de vista clínico y organizativo. El traspaso o transferencia de un paciente se considera un proceso de alto riesgo ya que representa el 70% de los eventos centinela que se notifican por parte de los centros sanitarios, con importantes consecuencias sobre las estancias hospitalarias, incremento del gasto e insatisfacción de los pacientes. La literatura refleja como las transferencias ineficaces pueden generar brechas en el cuidado del paciente y conducir a un tratamiento incorrecto, retrasos en el diagnóstico, reclamaciones, aumento de los costes, incremento de la estancia hospitalaria.

El papel de enfermería en la transferencia de pacientes trasladados intrahospitalariamente, lo convierte en núcleo esencial de la continuidad de cuidados.

De ahí surge la necesidad de seguir unas pautas, un guion que nos permita evitar la pérdida de información en la transferencia de pacientes. Usar un procedimiento estandarizado de traspaso de información clínica entre profesionales, como es el ISOBAR (Identificación, Situación, Observación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) nos puede servir como estrategia para aumentar la seguridad del paciente

Objetivos

Elaborar un procedimiento con un sistema estandarizado que respalde las transferencias efectivas orientadas a la mejora de la seguridad del paciente

Metodología

Se constituyó un grupo de trabajo con profesionales referentes del servicio de cuidados críticos, urgencias y área de hospitalización. La línea principal de trabajo fue elaborar un procedimiento adaptado a las necesidades existentes en nuestro hospital.

Resultados

Se realizó un procedimiento consensuado entre las áreas de hospitalización, cuidados críticos y urgencias basado en el modelo ISOBAR. Nos encontramos en fase de implementación de esta estrategia de mejora: Entrenamiento adecuado del personal y conocimiento de todos los profesionales implicados (emisor-receptor) del protocolo de transferencia

Conclusiones

- La recepción y transferencia de paciente a otro servicio es considerado como un riesgo de seguridad para el paciente por eso es necesaria la transmisión de información entre profesionales sanitarios de forma sistemática y estandarizada (ISOBAR), para que haya un flujo continuo de información entre ambos equipos (emisor y receptor).
- Para mejorar la seguridad es importante la información activa e implicación de la familia durante el proceso, también humaniza el mismo.
- La creación de un equipo de transferencia de pacientes entre unidades disminuye el riesgo de seguridad, al tener el emisor unas competencias definidas.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD A PROPÓSITO DE UN INCIDENTE

Autores: JODAR VARGAS CA

Palabras clave: Lista de verificación, Seguridad del paciente, Neonatos

Introducción

La ventilación no invasiva se ha convertido en una herramienta primordial en el manejo de la patología respiratoria del recién nacido (RN). La presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP, del inglés Continuous Positive Airway Pressure) consiste en la aplicación de una presión mantenida en las vías aéreas durante la espiración mediante un flujo continuo de oxígeno y aire en un paciente que respira espontáneamente. Es una herramienta primordial en el manejo de la patología respiratoria junto con la administración de corticoides prenatales y el surfactante pulmonar, tres pilares que han contribuido a disminuir el uso de la ventilación mecánica y reducir la mortalidad en los RN de más de 1500 gramos al nacimiento.

La notificación de un incidente sin daño en nuestro servicio motivó elaboración e implementación de una lista de verificación de seguridad para el uso de CPAP nasal en RN

Objetivos

Presentar el desarrollo y uso de una lista de verificación de seguridad para el uso de la CPAP nasal en nuestra unidad neonatal.

Metodología

Se realizó la revisión del incidente por un grupo de trabajo formado por pediatra, enfermera y TCAE de la unidad neonatal y, como medida de mejora, se elaboró una lista de verificación de seguridad que abarca el montaje y uso de la CPAP y los cuidados relacionados al RN.

Resultados

Se expone la lista de verificación de seguridad del uso de CPAP nasal en el RN desarrollada en nuestra unidad. Desde su implementación, hemos vuelto a utilizar la CPAP nasal en 4 ocasiones. En todas ellas el resultado ha sido positivo, cumpliendo el objetivo de mejorar la capacidad de oxigenación del RN y evitar la ventilación mecánica y sin que se haya detectado ningún nuevo incidente de seguridad en relación con su uso.

Conclusiones

Las listas de verificación han demostrado ser una herramienta útil para la prevención o la precoz detección y corrección de posibles incidentes de seguridad en las unidades neonatales, tienen una valoración y aceptación muy positiva por el personal médico y enfermería y permiten un desempeño laboral más seguro para nuestros pacientes.

INTERVENCION ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO NO ONCOLÓGICO

Autores: MARÍN ZAMORANO MA, PÉREZ GALIÁN F, UCEDA MELERO FR

Palabras clave: Seguridad, Adherencia, Calidad, Coordinación del equipo, Dolor neuropático, Proceso enfermero

Introducción

El dolor neuropático periférico es aquel que aparece tras una lesión o enfermedad que daña el sistema somatosensorial, es percibido como una experiencia sensorial y emocional desagradable, se caracteriza por estar circunscrito a un área de máximo dolor y/o sensibilidad alterada. Es un dolor de larga evolución, se asocia a sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida, afectando al paciente y a todo su entorno.

El tratamiento tópico con parches de capsaicina al 8% al estar a altas concentraciones, produce una desensibilización de las fibras nerviosas y por consiguiente disminuye el dolor, se utiliza como segunda línea terapéutica. Su administración requiere medidas previas, durante y posteriores al tratamiento y la intervención de profesionales sanitarios con las competencias adquiridas.

Objetivos

Crear una sistemática de trabajo para garantizar unos cuidados enfermeros integrales, seguros y de calidad.

Metodología

Se realizó formación específica en el producto

- Se creó un grupo de trabajo para la elaboración del plan de cuidados
- Revisión por enfermera del Programa de Cuidados
- Fue aprobado por Dirección enfermería
- Se difundió a todo el equipo
- Se pilotó y se puso en marcha en 18 pacientes

Resultados

Tras el diagnóstico médico del dolor neuropático, los pacientes fueron derivados a consulta de enfermería. Se les realizó plan de cuidados con valoración inicial(según necesidades Virginia Henderson), diagnósticos enfermeros (NANDA), intervenciones (NIC) y resultados (NOC).

Se estableció plan de seguimiento telefónico y/o presencial, con 4 consultas tras cada aplicación, aumentando la adherencia al tratamiento.

Para unificar criterios de evaluación y posteriores resultados, se realizó un listado de verificación de los puntos requeridos, utilizando escalas (EVA, LIKERT NOC). De esta manera cualquier componente del equipo puede realizar un seguimiento, aumentando la seguridad del paciente.

Se elaboró tríptico informativo, para reforzar la información de la primera consulta, así como un consentimiento informado específico, que se firmará antes de cada aplicación.

De los 18 pacientes tratados con una o varias aplicaciones, dos han recibido el alta por mejoría total, dos abandonan y el resto han recibido una o varias aplicaciones.

Conclusiones

Desde la puesta en marcha de nuestro plan de trabajo, los pacientes atendidos han mejorado de dolor según escala EVA, reducción extensión (fotos comparativas). Gracias a las revisiones periódicas han aumentado la adherencia al tratamiento. Esto ha derivado en que pacientes que tras años de dolor, han dejado de utilizar dispositivos de apoyo, cambio de indumentaria, mejora descanso, reducción de tratamiento analgésico, mejora actividad, estado de ánimo.

Con este plan de trabajo las enfermeras hemos conseguido trabajar de forma protocolizada y segura, mejorando la satisfacción de los pacientes.

INTERVENCIONES DEL CELADOR PARA UNA TRASFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE INTERUNIDADES

Autores: LÓPEZ DE LA COVA JA

Palabras clave: Celador, Paciente, Transferencia, Interunidades, Listado de verificación

Introducción

Una de las funciones del celador es el traslado de pacientes entre las distintas unidades dentro de un hospital. Verificar que toda la documentación y objetos personales del paciente están listos previo al traslado será un punto determinante para un traslado con éxito.

Objetivos

El objetivo principal será elaborar un listado de verificación de seguridad del paciente para traslados entre unidades para celadores.

Metodología

Se elaboró un check list para verificar los puntos clave previo a la realización de un traslado entre unidades. Este listado de verificación se implementó en todos los hospitales de la misma empresa. El idioma utilizado fue el español. Con acceso a todos los celadores del hospital en cada servicio.

Resultados

El check list que se elaboró quedó de la siguiente manera: Se verificaba: Nombre y apellidos del paciente; Lleva pulsera identificativa; Portador de historia clínica actual y antigua; Riesgo de caídas durante el traslado; Verificación de bombona de O₂ cargada; Protección de la intimidad y el confort; Pruebas complementarias durante el traslado (endoscopia, tac, eco, rx...); Entrega HH.CC. a enfermero receptor.

Conclusiones

Tras implantar este listado de verificación en los hospitales los traslados por parte del celador han sido muy exitosos, ya que gracias a este check list se han conseguido transferencias seguras del paciente correcto, con toda su historia clínica con él, sin olvidos de objetos personales y totalmente seguros de que la unidad receptora es informada de que el paciente llega de nuevas a una unidad y se disminuye el tiempo de acogida en la nueva unidad.

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO. CIRUGÍA COLORECTAL

Autores: DÍAZ SEGURA MB, GUIL GIL M, CAPARRÓS BELMONTE J, MAQUEDA MARTÍNEZ MA

Palabras clave: Seguridad, Paciente, Infección, Herida, Cirugía general, Colon

Introducción

La Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene desde 2013, promueve el Proyecto Infección Quirúrgica Zero.

Nuestro hospital comenzó la implantación en noviembre de 2021.

Los datos analizados son del primer año de implantación, de marzo de 2022 a marzo de 2023, hacen referencia a las intervenciones de cirugía colorrectal.

Objetivos

- Reducir un 15% tasa de infección del lugar quirúrgico con el cumplimiento de las medidas preventivas el primer año.
- Identificar los casos de infección del lugar quirúrgico, para analizarlos e implantar medidas de mejora
- Mejorar de forma global la cultura de seguridad del paciente en profesionales sanitarios en las áreas quirúrgicas
- Conseguir adherencia al paquete de medidas preventivas más 70% para cada una de ellas individualmente

Metodología

1 Se creó un grupo de trabajo, formado por la unidad de cirugía, anestesiología, reanimación y medicina preventiva.

2 Se actualizaron los protocolos de las 5 medidas preventivas eficaces y se modificó la hoja del listado de verificación quirúrgica.

3. Formación de los profesionales. Acerca de las 5 medidas y de cómo cumplimentar la hoja del listado de verificación quirúrgica.

La Fase piloto en cirugía colorrectal comenzó en enero 2022, iniciando el proyecto y el envío de datos a la plataforma del Ministerio en marzo de 2022

Procedimiento:

El paciente ingresó en planta, se abrió la hoja de verificación quirúrgica y se adjuntó a su historia, acompañando a este durante el proceso. Se recogió por preventiva quien fue el encargado del seguimiento y vigilancia epidemiológica durante los 30 días post intervención.

Resultados

Los datos obtenidos sobre el cumplimiento de las medidas preventivas recogidas en la hoja de verificación quirúrgica fueron:

- Profilaxis antibiótica 74.5%
- Antisepsia de la piel 71.15%
- Eliminación del vello 69.13%
- Normotermia 71.82%
- Normoglucemia 68.45%

Tras realizar el cálculo de la efectividad preventiva, de los datos obtenidos del cumplimiento de las medidas en los tres Bundles de las áreas obligatorias, recogidos de forma correcta y los recogidos de forma no correctas del año 2022, resultó un riesgo relativo del 0,82, con una fracción preventiva del 18 % .

Conclusiones

Podemos afirmar que la tasa de infección del lugar quirúrgico se ha reducido.

Hemos obtenido información sobre seguridad del paciente en las áreas quirúrgicas, consiguiendo el porcentaje fijado para cada medida preventiva individualmente, a excepción de la eliminación del vello y la normogluceemia. Hemos detectado que cada mes los datos están mejorando.

Se han identificado y se están implantando medidas de mejora.

DIME CÓMO TE LLAMAS Y TE DIRÉ QUIÉN ERES. REVISIÓN DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

Autores: ARNALDOS ESTEBAN M, OSTÁRIZ CÁRCAMO MC, CARMONA MOZOTA M, VECINO SOLER A, UGENCIO ISARRE A, MÍNGUEZ MORENO I

Palabras clave: Sistema, Identificación, Personal, Pacientes

Introducción

Desde la publicación en el año 1999 del informe *To err is human*, la seguridad del paciente ha sido objetivo prioritario de las instituciones sanitarias. La identificación del paciente es un área de trabajo dentro de la implementación de prácticas seguras recomendada por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (Soluciones en seguridad del paciente 2007) o The Joint Commision (*National Patient Safety Goals* 2014). En nuestro país, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud recoge entre sus objetivos la promoción de la identificación inequívoca del paciente.

Aproximadamente un 13% de los errores notificados en el área quirúrgica y un 67% de los relacionados con la transfusión de componentes sanguíneos tienen que ver con la identificación de pacientes. El establecimiento de medidas que garanticen la identificación inequívoca de pacientes, muestras y documentos clínicos debe ser una práctica prioritaria.

Objetivos

Implementar la protocolización de la verificación de la identidad, formar al personal en el procedimiento.

Metodología

Se creó el grupo de mejora en Identificación inequívoca del paciente formado por responsables de seguridad de diferentes servicios y unidades del hospital, personal del servicio de Admisión y personal subalterno. Se realizó una revisión del protocolo de identificación del hospital que en ese momento se encontraba desactualizado y se planificó un cronograma de sesiones de formación para su difusión.

Resultados

Las sesiones de formación para la difusión del protocolo Identificación inequívoca del paciente se han impartido en su totalidad con una asistencia del 73% de los 129 responsables de seguridad. Se ha conseguido formar al 59% de los responsables de seguridad de servicios médicos y al 82% de los responsables de unidades de enfermería. Se han realizado sesiones de difusión con 24 encargados de celadores. La asistencia no ha alcanzado el estándar del 90% que se había establecido como criterio de evaluación del proceso, debido a procesos de movilidad de personal, por lo que en la actualidad continuamos con la formación.

Las notificaciones realizadas en Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) relacionadas con problemas de identificación fueron un 6,84% del total situándose por debajo del 10% que se había establecido como criterio de resultado.

Conclusiones

La revisión del protocolo en Identificación inequívoca del paciente y su posterior difusión ha permitido garantizar la identificación inequívoca de todos los pacientes que reciben asistencia sanitaria, disminuir el riesgo de errores de identificación y prevenir los efectos adversos secundarios a los mismos.

CONTROL DE EFICACIA DE GLUCOSÚRICOS COMO PREVENTIVO DE INGRESOS HOSPITALARIOS, EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA NO DIABÉTICOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: ROYANO GÓMEZ JJ, NAVARRO CABALLERO A, ARROYO BERMÚDEZ M

Palabras clave: Fallo cardíaco congestivo, Hipoglucemiantes, Insuficiencia renal crónica, Adherencia al tratamiento

Introducción

En el manejo actual de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) se ha introducido un grupo farmacológico, los glucosúricos, fármacos adyuvantes a los tratamientos convencionales para mejorar el control clínico de estos pacientes, reduciendo el uso de diuréticos de asa cuyo abuso deterioran la función renal.

Los glucosúricos aumentan la excreción de glucosa en orina, mejorando el control glucémico en DM, disminuyendo el peso (3-5 kg), reduciendo el volumen circulatorio efectivo y mejorando el gasto cardíaco en pacientes ICC, así como mejorando el pronóstico en paciente con enfermedad renal crónica.

Objetivos

- Evitar ingresos hospitalarios en pacientes diagnosticados de ICC, mediante un buen control desde la consulta de Atención Primaria
- Mejorar la calidad de vida del paciente con ICC
- Comprobar la eficacia de los glucosúricos en pacientes con ICC como adyuvante a otros tratamientos.

Metodología

Mediante análisis observacional retrospectivo de la historia Clínica se selecciona paciente 85 años, viudo, vive solo, con AP de HTA, DM, hipercolesterolemia, con clínica de tos, ortopnea, disnea de mínimos esfuerzos, edemas en MMII y episodios de Disnea Paroxística Nocturna, motivo por el que es derivado a urgencias hospitalarias con estudio complementario compatible con diagnóstico de ICC (Rx Tórax patológica, analítica con NT-proBNP elevado, Ecocardiograma, FEVI reducida < 40%)

El paciente es dado de alta con nuevo tratamiento de glucosúricos (Dapaglifozina 10 mg) añadido a su tratamiento habitual.

Durante 6 meses se revisa el cumplimiento terapéutico objetivado mediante verificación en el sistema informático corporativo, de retirada periódica de la medicación y comprobación presencial en el domicilio del paciente de la retirada de los fármacos e ingesta de los mismos.

Paralelamente se revisan los reingresos hospitalarios por reagudización de patología cardíaca desde el inicio del tratamiento así como controles analíticos del paciente durante el periodo de estudio.

Resultados

Objetivamos retirada periódica del fármaco en farmacia.

Comprobamos valores analíticos de NT-pro BNP seriados desde el alta y en descenso hasta su normalización.

En estos 6 meses el paciente ha mejorado los edemas en miembros inferiores y su disnea basal permitiendo realizar pequeños paseos.

Como complicación conocida de este fármaco se objetiva, aumento de la diuresis, síntomas de disuria y polaquiuria compatible con infección tracto urinario en dos ocasiones que obliga a prescribir tratamiento antibiótico.

Conclusiones

En nuestro paciente hemos confirmado que el uso adyuvante de este grupo farmacológico, corrigió la clínica del paciente y ha evitado nuevos ingresos hospitalarios y mejorado así su pronóstico.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN UNA UNIDAD DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: MARCHENA LEÓN A, ROLDÁN RUBIO M, NUCETE GALLEGO B, GONZÁLEZ GARCÍA L, ESPÍNOLA GARCÍA E

Palabras clave: Intervenciones farmacéuticas, Uso seguro medicamento, Trabajo colaborativo

Introducción

El Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) es un profesional sanitario integrado en la Atención Primaria (AP), siendo su papel fundamental mejorar la seguridad, efectividad y eficiencia de medicamentos a nivel individual y poblacional.

Objetivos

Describir las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) realizadas por los FAP durante 2022.

Metodología

Ámbito: Distrito con población > 660.000 habitantes.

Periodo: 2022.

En el marco del modelo de integración del FAP en el centro de salud, se realizaron las siguientes intervenciones:

1. Mejorar la adecuación del tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 > 80 años con tratamiento intensivo.
2. Revisar pacientes polimedicados (más de 10 medicamentos durante más de 6 meses).
3. Mejorar la adecuación del uso de nitrofurantoína.
4. Reducir errores de posología (EP).
5. Pacientes con análogos humanos del péptido similar glucagón tipo 1 GLP-1 (aGLP-1) e inhibidores de Dipeptidil Peptidasa-4 (iDPP-4).
6. Pacientes > 65 años con escitalopram 10 mg/24h.

Metodología de las intervenciones:

- Sesiones formativas.
- Difundir recomendaciones.
- Distribuir listados de pacientes.
- Entrevistas individuales FAP-médico de familia(MF).
- Elaborar informes de valoración farmacológica integral centrada en la persona y registro en la Historia de Salud Digital(HSD).
- Las revisiones realizadas por el MF son registradas en la HSD.

Resultados

1. Pacientes diabéticos: de 4.920 pacientes diabéticos con tratamiento intensivo se revisaron el 99,72%.
2. Revisión de pacientes polimedicados: de 22.023 pacientes se revisaron 9.951, con cambio de tratamiento en el 52,4%.
3. Nitrofurantoína: De 114 pacientes, el 91,5% presentaban prescripciones no adecuadas, siendo el 18,1% varones y el 81,9% duración de tratamiento superior a 7 días. Tras la intervención se suspendió el tratamiento en 86 pacientes (81,9%).
4. EP: se identificaron 606 EP(301 de medicamentos de administración semanal, 105 mensual, 47 trimestral y 153 semestral), con una reducción tras la intervención de un 44,2%.

5. Uso concomitante de aGLP1 e iDPP4: De 247 pacientes al inicio, tras la intervención se redujeron en el 62,4%.
6. Escitalopram: de 600 pacientes con escitalopram, 304 eran mayores de 65 años y 92 con dosis superiores a 10 mg/día. Tras la intervención se modificó el tratamiento en el 28,26%.

Conclusiones

El trabajo colaborativo entre el Médico de Familia y el Farmacéutico de Atención Primaria mejora la seguridad del medicamento.

La Unidad de Farmacia de Atención Primaria promueve intervenciones farmacoterapéuticas de apoyo al médico de familia, mejorando la seguridad y el uso del medicamento.

ANALGESIA REGIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA Y SU IMPLICACIÓN EN EL RIESGO DE CAÍDAS

Autores: RICO ROBLES JI, HERRERO FERNÁNDEZ M, CUEVAS VALENZUELA P, BORGES N, ARNEDO K

Palabras clave: Rodilla, Anestesia, Caídas

Introducción

La artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones traumatológicas programadas más frecuentes en nuestro medio. El manejo del dolor agudo en el postoperatorio es uno de los principales retos a los que se enfrentan los anestesiólogos. Un mal control del dolor puede suponer un incremento del coste y el tiempo de estancia hospitalaria, y una disminución de la satisfacción global del paciente con la asistencia recibida.

Objetivos

La presente serie de casos pretende documentar la calidad de la analgesia obtenida tras la realización de una doble técnica de analgesia regional en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla, y analizar sus implicaciones en la movilidad del miembro intervenido.

Objetivos principales:

- Documentar la intensidad del dolor a los 10 minutos, 2 horas y 24 horas de la realización del bloqueo analgésico.

Objetivos secundarios:

- Documentar el grado de bloqueo motor, el momento de inicio de la deambulación, la necesidad de rescates analgésicos y la incidencia de caídas.

Metodología

Se recopilaron datos de 40 pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla bajo anestesia raquídea. Durante la intervención, el traumatólogo principal realizó la infiltración anestésica de la cápsula posterior de la rodilla con unos 60 ml de levobupivacaína 0.2% + 50mg de dexketoprofeno + 0.2 mg de adrenalina. Una vez terminada la intervención, se trasladó al paciente a la Unidad de Reanimación, donde se procedió a la realización de un bloqueo anestésico ecoguiado del nervio femoral a nivel del pliegue inguinal con 10 ml de Levobupivacaína 0.25%.

Resultados

El dolor tras la realización del bloqueo femoral disminuyó inmediatamente en todos los pacientes, una media de cuatro puntos en la escala del dolor.

El dolor de intensidad moderada apareció de media a las 13 horas de la realización del bloqueo. La necesidad de rescate analgésico durante la tarde posterior a la cirugía fue prácticamente nula. La movilidad de las articulaciones de la cadera, rodilla y tobillo fue total la mañana posterior a la cirugía, no encontrándose limitaciones motoras para el inicio de la deambulación. No se documentaron caídas durante su estancia hospitalaria en ninguno de los pacientes estudiados.

Conclusiones

Las técnicas presentadas proporcionan un eficaz control del dolor en el postoperatorio inmediato, sin ocasionar un bloqueo motor importante ni condicionar un aumento del riesgo de caídas, y por tanto su seguridad, en los pacientes intervenidos. Estos datos deberían confirmarse con estudios prospectivos que permitieran obtener conclusiones con mayor peso estadístico, y que permitieran extrapolar los resultados a grupos más amplios de pacientes.

“CUÉNTAME”, PROYECTO PARA LA TRANSFERENCIA SEGURA PARA EL PACIENTE ENTRE UNIDADES CLÍNICAS

Autores: GARCÍA MARTÍN M, GONZÁLEZ DAZA J, GUIRADO RAMOS M, TORRALBO OJEDA E, SANTOS SANTOS AD, POMARES MARTÍN E

Palabras clave: Safety culture, Bedside handover, Communication, Checklist, Nurse handover, Shift change

Introducción

Los relevos de pacientes en Enfermería tienen un alto impacto en indicadores de la calidad del cuidado como la seguridad, la satisfacción del paciente y la continuidad del cuidado.

La transferencia de información acerca del paciente entre los profesionales que lo atienden corre el riesgo de no incluir información esencial o que la información recibida sea malinterpretada.

En nuestro centro a excepción del traslado presencial (acompañado de personal médico y enfermero) no se realizaba relevo verbal ni transferencia reglada entre enfermeros referentes previo al traslado entre unidades.

El Análisis de la cultura sobre Seguridad del Paciente del año 2022 de nuestro centro dejó de manifiesto esta debilidad.

Objetivos

Sensibilizar acerca de la importancia de la adecuada transferencia de información relevante entre profesionales

Minimizar las pérdidas de información relevante en la transferencia de pacientes entre unidades de nuestro centro.

Implantar la transferencia segura para pacientes en cada una de las transferencias entre profesionales que se realicen en nuestro centro de forma personal o telefónica atendiendo a su indicación.

Metodología

Establecer el relevo oral telefónico, cuando no sea necesario el presencial, como requisito en cada una de las transferencias que se produzcan con pacientes hospitalizados entre servicios de este hospital. Para ello:

- Reunión del grupo de trabajo, reparto de las tareas y puesta en común
- Elaboración del plan normalizado de Trabajo y Presentación a Dirección de Enfermería para su aprobación
- Elaboración de checklist de seguridad como documento de apoyo del profesional y formación y difusión de las herramientas

Resultados

Implantación de la alta recomendación de intercambio de información relevante vía telefónica previo a traslado del paciente a partir del 1 de marzo de 2023

Difusión del uso de la herramienta entre los profesionales sanitarios mediante:

- 23 Sesiones clínicas en las unidades lideradas por los referentes de cada Unidad
- Instalación de cartelera con recomendaciones relevo presencial y checklist de transferencia en puntos clave del centro
- Difusión a través de otros medios, redes sociales, etc.

Conclusiones

Desde el 1 de Marzo de 2023 se ha instaurado la llamada telefónica previa a cada uno de los traslados entre unidades donde la enfermera referente de la unidad de origen transfiere la información relevante del paciente a la enfermera referente de la unidad de destino. Si bien es cierto, que la medida está aún en fase de implantación, los gestores de unidades y los profesionales sanitarios, de forma subjetiva, manifiestan la excelente acogida que ha tenido la medida entre los profesionales.

AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE MEJORAS

Autores: CASTRO VIDA MA, MARTOS ROSA A, CANTO MANGANA J, AZNAR GARCÍA M, FERNÁNDEZ CALDERERO A, SEGURA GARCÍA MT

Palabras clave: Uso seguro medicamentos, Cultura seguridad del paciente, Análisis y áreas de mejora

Introducción

El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos (SUM) en los Hospitales es una herramienta proactiva de mejora de la seguridad del paciente (SP) que en nuestro hospital se había llevado a cabo en 4 ocasiones. En el contexto del reto mundial de SP "Medicación sin daño" de la Organización Mundial de la Salud, desde la Comisión de SP y la Unidad de Farmacia nos propusimos retomar su uso y cumplimentarlo periódicamente.

Objetivos

Identificar oportunidades de mejora, planificar prácticas seguras y efectuar un seguimiento de sus progresos.

Metodología

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar con representación de la dirección asistencial y de enfermería, jefe de servicio de farmacia, expertos en seguridad de medicamentos/gestión de riesgos, médicos, enfermeras y farmacéuticos. Se analizaron 265 ítems del cuestionario, agrupados en 20 criterios esenciales/10 elementos clave, baremando cada respuesta entre 5 (A mínima/ E máxima puntuación). Farmacia lideró el grupo y se realizaron 4 reuniones presenciales. Se dividió el cuestionario en 3 bloques, para trabajo previo a las reuniones. Se debatieron/consensuaron las respuestas. Estas se incluyeron en la aplicación informática del ISMP-España.

Resultados

Se revisó la puntuación obtenida en cada uno de los ítems, por elementos clave y por criterios esenciales. Se realizó la comparación con otros hospitales, y con los resultados propios previos. Puntuación total: 64,22%. En puntuación por grupos, puntos fuertes: secciones III (84,04%, comunicación de prescripciones y otra información) y IV (88,24%, etiquetado/envasado, nombre medicamentos), seguidas de la V (73,44%, estandarización, almacenamiento y distribución) y VII (66,95%, factores del entorno). En la comparativa con hospitales, de los grupos I al V se obtuvieron resultados muy por encima de la media, también en VII, IX y X. En las secciones VI (36,72%) y VIII (27,78%) relacionadas con dispositivos de administración de medicamentos y la competencia/formación del personal en aspectos relacionados con USM (siendo los criterios 11 y 14 los de peor puntuación) se encontraron resultados por debajo de otros hospitales. Dos criterios esenciales rozan 100%: c3 (guía farmacoterapéutica limitada) y c5, destacando las medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos que tienen nombres parecidos, etiquetados/envasados confusos/apariencia similar. Respecto a las autoevaluaciones previas, se han observado puntuaciones inferiores en casi todos los grupos, con una tendencia positiva.

Conclusiones

Las herramientas de autoevaluación son un elemento con el que observar la evolución del SUM y prácticas de SP y priorizar mejoras. Hemos detectado puntos críticos, pero también hemos observado una evolución positiva fruto de la cultura y el trabajo de los profesionales en SP.

ANULACIONES CAUTELARES EN RECETA XXI COMO HERRAMIENTA PARA VELAR POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: ESPINA LOZANO JM, MANCHÓN MORILLO M, GONZÁLEZ MARÍA C, SABORIDO CANSINO C, CASTRO CAMPOS JL, MÁRQUEZ SAAVEDRA E

Palabras clave: Anulación, Cautelar, Seguridad, Receta XXI

Introducción

Objetivos

Analizar los pacientes del área con pautas de medicamentos sobredosificados que puedan generar un problema de seguridad al paciente y realizar una anulación cautelar (AC) en aquellas en las que no exista una justificación clínica.

Metodología

Estudio intervencional en el que se evaluó la totalidad de pacientes del área a los que fueron dispensados desde Oficina de Farmacia medicamentos prescritos en Receta XXI desde el 1 enero de 2023 a 31 enero de 2023. A partir de esta población, se seleccionaron los pacientes con prescripciones cuyas pautas superaban las descritas en la ficha técnica de cada medicamento. Se revisaron las prescripciones e informes clínicos de los pacientes identificados y, en caso de que no existiera justificación clínica, se procedió a su anulación cautelar.

Se recogieron las siguientes variables: número de potenciales prescripciones sobredosificadas detectadas, anulaciones cautelares realizadas, número de anulaciones cautelares aceptadas y variables farmacoterapéuticas (grupo terapéutico identificado como potencial sobredosificación y grupo terapéutico al que se realiza la anulación cautelar).

Resultados

Se analizaron 116.325 pacientes, con un total de 495.579 prescripciones. De éstos, se obtuvieron 87 potenciales prescripciones sobredosificadas de medicamentos, de las cuales se realizaron 26 (29,9%) anulaciones cautelares, descartando las restantes por justificación clínica (58 prescripciones) o prescripción caducada (4 prescripciones). De estas AC, 12 (46,1%) fueron aceptadas por los médicos prescriptores y las 14 (53,9%) restantes fueron aceptadas automáticamente por cumplimiento del plazo. Los principales grupos terapéuticos identificados como potencial sobredosificación fueron: ansiolíticos 40,2%; antiinfecciosos intestinales 9,2%; antihistamínicos para uso sistémico 4,6%; antimigrañosos 4,6%; agentes beta-bloqueantes 4,6%; y los principales grupos a los que finalmente se realizó AC al no encontrar justificación clínica fueron: ansiolíticos 19,2% (lorazepam 11,5%); analgésicos y antipiréticos 11,5% (paracetamol 11,5%); antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos 7,7%; antihistamínicos para uso sistémico 7,7%; antiinfecciosos intestinales 7,7%.

Conclusiones

Los porcentajes de notificación en las AC nos indican que los servicios de farmacia de atención primaria están utilizando correctamente esta herramienta en beneficio del paciente. Las AC son una vía directa de comunicación con los prescriptores en caso de detectar sobredosificaciones, lo que se traduce en un aumento de la seguridad del paciente en el uso de los medicamentos, hecho que se ve reforzado ante el alto porcentaje de anulaciones cautelares aceptadas y la ausencia de no aceptaciones.

LAS LESIONES POR PRESIÓN CONSTITUYEN UNA EPIDEMIA DEBAJO DE LAS SÁBANAS: ESTRATEGIA DE MEJORA

Autores: JIMÉNEZ GARCÍA JF, FRENICHE SÁNCHEZ M, JIMÉNEZ LIRIA MJ, ORTIZ JIMÉNEZ F, ABAD QUEROL J, GÓNGORA BELTRÁN C

Palabras clave: Seguridad del paciente, Prevalencia, Incidencia, Lesiones por presión

Introducción

La estrategia para la seguridad del paciente del SSPA constituye una dimensión clave, esencial y transversal de la calidad asistencial, y donde se tiene que garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, basándose en el compromiso e implicación de todos los agentes que participan en la asistencia sanitaria, incluidos los pacientes con lesiones por presión (LPP).

Se intenta instaurar y reforzar medidas que mejoren la seguridad en la asistencia directa al paciente inmovilizado con LPP.

Objetivos

Identificar las características de la LPP de los pacientes inmovilizados para planificar la prevención y cuidados. Establecer acciones e iniciativas para disminuir la incidencia de LPP.

Metodología

Estudio descriptivo transversal desde el 17 de marzo del 2017-2023.

Se incluyó a todos los pacientes y todos los registros realizados en la herramienta de valoración cutánea, sin exclusión, tratándose de una muestra conceptual.

Se analizaron las siguientes variables:

- Prevalencia e Incidencia sobre LPP.
- Categorizar lesiones.
- Tiempo de cicatrización.
- Formación a profesionales y cuidadoras.
- Medidas preventivas e inversión en material.

Se realizó un análisis descriptivo secuencial calculando medidas de frecuencia, porcentajes, desviación estándar, garantizando la confidencialidad de los datos, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

Resultados

Total de pacientes con heridas registradas: 26.746 y total de pacientes con lesiones: 4.595, siendo el total de pacientes con LPP: 864 (lesión-fricción: 124; presión-humedad: 71; multicausal: 84; LPP: 585), lo que supuso un 18,80% del total de lesiones registradas, bastante menos que la media de Andalucía (33,56%).

La prevalencia del total de pacientes con LPP (N=204) siendo el total de pacientes inmovilizados (N=1.676), lo que supone un 12,17% medido entre (17 febrero-17 marzo 2023).

La evolución media de todas las LPP fue de 119 días, estableciéndose 4 cursos formativos a cuidadoras: determinación del eritema no blanqueante, cambios posturales, medidas preventivas y cuidados de la piel.

El 1º curso se formaron 17 enfermeras y 181 cuidadoras, estableciéndose medidas preventivas de prevención en LPP, siendo el material de prevención del que se disponía: camas articuladas, grúas, colchonetas flotación, cojines viscoelásticos, taloneras, AGHO, y la compra de 90 colchones Domus 2.

Conclusiones

Invertir en prevención ayuda a reducir prevalencia e incidencia de LPP.

La formación realizada ayuda al incremento de conocimientos en las cuidadoras para que puedan aplicar todas las medidas preventivas.

SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA DIRECTA A PACIENTES: CAÍDAS

Autores: GUIL GIL M, DÍAZ SEGURA MB, MAQUEDA MARTÍNEZ MA, CAPARRÓS BELMONTE J

Palabras clave: Caídas, Registro, Consecuencias

Introducción

El ingreso hospitalario plantea una serie de riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se extienden a la interacción del paciente con el medio. Durante el paso por las instalaciones del hospital pueden suceder incidentes imprevistos que originen lesiones y entre estos incidentes destacan por su morbilidad y secuelas las caídas, que tradicionalmente se han utilizado como indicador de calidad de los cuidados de Enfermería.

Se ha establecido un registro que tiene como objetivo identificar caídas de los pacientes hospitalizados, describir las circunstancias en que se producen, identificar los factores relacionados con las mismas y examinar sus consecuencias.

Objetivos

- Identificar el número de pacientes susceptibles de caídas
- Conocer el número de caídas en pacientes hospitalizados
- Registrar las consecuencias que pueden ocasionar

Metodología

Se ha trabajado con los profesionales pertenecientes a la Comisión de Calidad en el subgrupo de caídas, para conocer los datos registrados por los profesionales al ingreso de cada paciente a los que se le hace el test de riesgo de caídas. La cumplimentación de dicho test ha sido realizado por los profesionales de enfermería de todas las unidades de hospitalización.

El registro de caídas lo realiza cualquier profesional sanitario que presencia el acto o el primero en encontrar el paciente caído.

Resultados

Durante el año 2022 se registraron 407 pacientes mayor de 18 años a los que se le hizo un cribado (test de riesgo de caídas al ingreso), en el cuál, 196 casos fue positivo. También se ha comprobado que hubo 44 casos registrados de pacientes mayor de 65 años con riesgo de caídas que la sufrieron y se ha constatado que sólo hubo un caso de lesión leve.

Conclusiones

La finalidad del registro de incidentes no es la culpabilización de los profesionales, sino el descubrir los factores relacionados para poder adoptar las medidas imprescindibles de prevención.

En este sentido, es fundamental la colaboración de todos para identificar las situaciones de riesgo y la importancia la notificación de incidentes en la web de estrategia para la seguridad del paciente del Servicio Sanitario Público de Andalucía.

TRANSFUSIONES AL FINAL DE LA VIDA Y REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Autores: PASCUAL PLA FJ, BOSCA MAYANS CH, MANCHEÑO ÁLVARO A, MARTÍN UTRILLA S, EGIDO GONZÁLEZ A, CAÑADO GÓMEZ Y

Palabras clave: Transfusión, Reacción adversa, Oncológico

Introducción

La Sociedad Europea de Oncología Médica, solo recomienda la transfusión de hematíes (TH) para pacientes con anemia severa sintomática que requieran rápido aumento de niveles de hemoglobina. La TH en pacientes oncológicos (PO) tiene en cuenta varios aspectos: momento y lugar de la transfusión, esperanza de vida, mejoría y/o complicaciones previas y las voluntades del paciente y familia.

Objetivos

Conocer las transfusiones a PO en los 30 días antes de su muerte y las reacciones adversas (RA) comunicadas.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado en 2022 a PO hospitalizados desde urgencias y que precisaron de TH y que fallecieron en los 30 días posteriores a una TH y las RA comunicadas. La información se recogió del programa de cuadro de mando de la historia clínica electrónica.

Resultados

Fueron 1.462 los pacientes hospitalizados y 267 los fallecidos (18,26%). 155 (10,60%) de los hospitalizados y fallecidos (58,05%) recibieron una TH. De ellos, 67 (43,22%) fallecieron en los 30 días posteriores y 12 (7,74%) lo hicieron dentro de los siete días después de la última transfusión. Solo un PO contaba con voluntades anticipadas y expresó su deseo de transfundirse. El resto recibió la transfusión tras ser informados por el facultativo responsable y firmar el consentimiento informado. No hubo rechazos y sí más peticiones de información. La RA más frecuente fue la fiebre (5 casos) y prurito en 2. En todos los casos se completó a TH.

Conclusiones

La transfusión de hemoderivados debe basarse más en la sintomatología que en los valores hematológicos, considerando siempre los posibles beneficios y riesgos en PO al final de su vida. Las RA fueron poco frecuentes y leves en todos los casos comunicados. Aunque pueden mostrar un beneficio sintomático, se requieren estudios que permitan establecer criterios claros y guías para las transfusiones al final de la vida. Hay que valorar la importancia de la participación de la familia en la toma de decisiones pues aunque la ley no nos obligue a solicitar la colaboración de la familia en el cuidado de los PO, su participación es fundamental.

TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE EN EL CAMBIO DE TURNO DE ENFERMERÍA

Autores: ARES CARRASCO L, CRESPO CISNEROS T

Palabras clave: Relevo, Continuidad, Técnica SAER, Concepto IDEAS

Introducción

En la atención a un paciente intervienen distintos profesionales por lo que la comunicación sobre su salud es fundamental. Esta información incluye: situación, antecedentes, evolución, resultados... El traspaso de información (relevo) incompleto pone en peligro su seguridad.

Sabiendo la frecuencia e importancia del relevo se realiza un cuestionario a un grupo de enfermeras y se dan unas recomendaciones, estas son el concepto I.D.E.A.S (identificación, diagnóstico, estado, actuaciones y signos y síntomas) y la técnica SAER (situación, antecedentes, evaluación, recomendación).

Objetivos

- Conocer la percepción de seguridad respecto al relevo.
- Implementar una sistemática organizada para la comunicación de información.
- Identificar los principales factores que influyen en la comunicación.

Metodología

Se ha realizado un cuestionario de 13 preguntas que se ha enviado a 41 enfermeras que trabajan en un mismo hospital.

Resultados

El 78% había olvidado información importante que debía comunicar, el 92% creía que alguna vez no se le había comunicado información que debía conocer. El 97% creía que la seguridad se ve afectada por un buen relevo y el 49% conocía situaciones en las que se habían cometido errores.

El 73% valoró entre un 9-7 sobre 10 la seguridad del servicio, siendo el 10 el nivel de máxima seguridad. El 10% lo calificó entre un 5-3 sobre 10.

El 73% consideraba que el entorno no era adecuado y el 100% había tenido interrupciones. Los principales factores que impedían una buena comunicación fueron la carga asistencial, el entorno, las interrupciones y el tiempo. Otros motivos fueron que la demanda asistencial continuaba, la prisa del informador, el interés y la forma de trabajar de cada uno.

Respecto a la forma de dar el relevo; el 37% lo preparaba previamente, el 46% lo hacía a veces y el 17% no lo hacía nunca. El 42% siempre seguía una sistemática organizada, el 46% lo hacía a veces y el 12% no lo hacía nunca. El 73% dejaba constancia por escrito de toda la información transmitida, el 24% lo hacía en parte y el 3% no dejaba constancia.

Se quiso saber si conocían la técnica SAER o el concepto IDEAS, el 73% no conocía ninguna de las dos sistemáticas, el 5% que conocía ambas.

Conclusiones

El relevo es un proceso importante y frecuente, la seguridad del paciente se ve directamente afectada si esta acción se realiza incorrectamente. Para evitar olvidos, errores e interrupciones se necesita realizar el relevo en un sitio adecuado. Otros factores influyentes son la carga asistencial y la continuidad de la demanda. Al conocer los datos del cuestionario se considera importante implementar una sistemática para realizar el relevo como pueden ser la técnica SAER o el concepto IDEAS. Se recuerdan fácilmente por sus acrónimos por lo que se puede preparar rápidamente. Estas sistemáticas solo son ejemplos que se pueden seguir para idear otra que se adapte a las particularidades del servicio. Se pretende implementar una manera organizada de transmitir el relevo que garantice la seguridad del paciente.

LA UNIDAD DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO FACILITADORA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUDITORIAS CLÍNICAS EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 80 AÑOS

Autores: NUCETE GALLEGO B, GONZÁLEZ GARCÍA L, ROLDÁN RUBIO M, MARCHENA LEÓN A, GARCÍA LIROLA MA

Palabras clave: Diabetes, Seguridad del paciente, Auditoría clínica

Introducción

En pacientes dietéticos tipo 2 (DM2) de 80 años o más, o con esperanza de vida limitada, el tratamiento hipoglucemiante debe usarse con precaución dados los inciertos beneficios del control glucémico intensivo y riesgos de eventos adversos (hipoglucemias),

Objetivos

Evaluar el impacto de una intervención de seguridad, para mejorar la adecuación del tratamiento intensivo en mayores de 80 años con DM2

Metodología

Estudio: intervención en un Distrito de Atención Primaria que atiende una población de más de 660.000 habitantes.

Población de estudio: Pacientes DM2 \geq 80 años (insulina y/o un antidiabético oral secretagogo y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos).

Periodo de estudio: año 2022

La intervención consistió en:

- Sesiones formativas en los centros de salud,
- Difusión de material con recomendaciones de adecuación del tratamiento.
- Distribución a médicos del listado de sus pacientes implicados.
- Entrevistas individuales con médicos de familia
- Elaboración de informes de valoración farmacológica.
- La auditoría realizada por el médico de familia es registrada en la Historia de Salud Digital.

Las variables resultado fueron:

- % de pacientes revisados.
- Nº de pacientes DMII $>$ 80 años en tratamiento intensivo Modificaciones en el tratamiento (cambio de dosis y/o pauta, inicio nuevo medicamento y/o anulación)

Resultados

Se identificaron en enero 2022, 4920 pacientes $>$ 80 años con DM2 en tratamiento intensivo , revisándose a lo largo del año el 99,72% de ellos.

En las revisiones se realizó algún cambio en el 22,22%, de forma que en 524 se cambió la dosis o pauta, en 160 pacientes se iniciaron nuevos tratamientos y en 512 se anuló algún tratamiento.

Conclusiones

- Existe un alto número de pacientes mayores de 80 años con tratamiento intensivo en DM2 siendo necesario valorar su adecuación.
- La revisión del tratamiento se ha llevado a cabo prácticamente en el total de los pacientes.
- Es frecuente que estos pacientes presenten enfermedad renal crónica, por lo que la desintensificación del tratamiento hipoglucemiante y el ajuste de fármacos según la función renal contribuyen a mejorar la seguridad de estos medicamentos.

VISITAS A BOTIQUINES POR FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA: PASO PREVIO A IMPLEMENTAR PROTOCOLOS PARA UN USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

Autores: GONZÁLEZ LEMUS GS, MÉNDEZ ESTEBAN MI, PAYÁ GINÉS C

Palabras clave: Seguridad del paciente, Atención primaria de salud, Botiquín, Farmacéutico, Unidad de gestión clínica, Medicamentos

Introducción

La cultura de la seguridad y el URM, deben ir de la mano para mejorar la eficiencia de los botiquines, un fármaco antes de ser administrado debe ser bien conservado.

Objetivos

Documentar el estado actual de los botiquines bajo supervisión técnica de la UGC Farmacia, para evaluar posteriores intervenciones en materia de Seguridad del Paciente y URM.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de la intervención realizada por el FAP como responsable técnico de los diferentes botiquines de su área sanitaria.

- 17 visitas a botiquines del área sanitaria.
- Se realizan fotografías para documentar el estado del botiquín, nevera, registros (listados, stock, temperaturas), carro de paradas y maletín de urgencias.
- Se completa un cuestionario al enfermero. Se compone de 69 preguntas (SI/NO) en 5 bloques: Gestión de Pedidos, Custodia de Medicamentos, Evaluación de la Cadena de Frío, Evaluación del Proceso de Vacunación, Evaluación del Carro de Paradas y Maletín de Urgencias.

Resultados

Los resultados del cuestionario implicados en Seguridad del Paciente los basamos en preguntas clave:

- ¿ Posee medicación adecuada ante urgencias? ¿Listados para check-list?: El 58,82% NO disponen de listados actualizados.
- ¿Se realiza cuestionario de vacunación?: El 100% lo realiza
- ¿Conservación adecuada en termolábiles?: El 47,06% No registra las temperaturas
- ¿ Conservan adecuadamente los fármacos multidosis?: El 23,53% rotula la fecha de apertura
- ¿ Fármacos caducados?: El 29,4% posee fármacos caducados

Las fotografías documentan la actuación inicial, punto de partida para intervenciones posteriores, donde se valorarán los cambios realizados en los botiquines.

Conclusiones

Las visitas incentivan al personal a mejorar y al FAP aporta información para dar solución a problemas detectados de fácil solución. Los directores fueron avisados de errores para su corrección (listados para de medicamentos del botiquín y hojas de registro de temperatura). Posteriores visitas están previstas para comprobar la corrección de errores y afianzar la cultura de la seguridad en los centros. No tratamos de buscar culpables en los errores detectados, planteamos un análisis causa-raíz para implementar soluciones.

UTILIDAD DE LA SALA DE CONFORT PARA EL CONTROL DEL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICAS EN SALUD MENTAL: TRABAJANDO EN SEGURIDAD

Autores: CLAVIJO SEGADO AB, OCHANDO GARCÍA A

Palabras clave: Sala sensorial, Restricción física, Coerción, Seguridad del paciente, Salud mental

Introducción

Las personas ingresadas en unidades de Salud Mental, con frecuencia, presentan episodios de agitación psicomotriz. Son varias las medidas utilizadas ante esta situación (contención verbal, farmacológica y mecánica) aunque en los últimos años se ha visto que la utilización de salas sensoriales/confort, puede ser una alternativa útil.

Objetivos

Analizar la utilización de la Sala de Confort en una unidad hospitalaria de Salud Mental, evaluando su utilidad en la prevención del uso de medidas coercitivas.

Metodología

Estudio observacional de corte trasversal, prospectivo, en una Unidad Hospitalaria de Salud Mental de Andalucía, analizando los datos correspondientes a 13 meses (2022-2023).

Se diseñó un registro ad-hoc en el que se recogieron las variables: edad y sexo del paciente, de quién era la iniciativa de uso de la sala de confort, realización de anticipación y/o desescalada verbal por el personal, tipo de terapia utilizada, profesional que la utiliza, duración y necesidad de contención farmacológica y/o mecánica.

El análisis de datos se ha realizado con el programa SPSS 20.0.

Resultados

Durante el periodo de estudio se ha utilizado la sala de confort en 40 ocasiones, un 25% (n=10) a petición del paciente y las restantes por decisión del profesional; en 36 ocasiones intervino la enfermera y en 4 ocasiones la técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

En un 90% (n= 36) de los casos los profesionales se anticiparon a la escalada de agitación. Se realizó desescalada verbal en un 67,5% (n=27).

En relación al perfil del paciente, la edad media era de $38,39 \pm 15,65$ años, siendo 57,5% (n=23) mujeres.

En cuanto a las técnicas más empleadas en la sala de confort: 90% escucha activa, 55% musicoterapia, 32,5% técnicas de relajación muscular, 32,5 % aromaterapia; el resto de técnicas tuvieron un uso por debajo del 10%. En un 85% de las ocasiones se empleó más de una técnica.

Tras su uso no fue necesario utilizar contención farmacológica en un 80% (n=32); ni contención física en un 97,5% (n=39).

El 90% de las enfermeras se anticiparon a la agitación, encontrando diferencias significativas al comparar la variable anticipación (Si/No) según categoría profesional ($p=0,005$).

Conclusiones

La existencia y utilización de una sala sensorial en una unidad de hospitalización de salud mental, que permita poner en práctica técnicas que facilitan la relajación del paciente y su desconexión de aquellos estímulos que le provocan malestar, puede ayudar a reducir el uso de contención mecánica y farmacológica, siendo una alternativa útil a la hora de mejorar la seguridad del paciente.

ADECUACIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN PACIENTES AGITADOS Y REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

Autores: DURO LÓPEZ C, JIMÉNEZ GONZÁLEZ EM, MARTÍN MORENO PA, JIMÉNEZ PASADAS MJ

Palabras clave: Restricción física, Agitación psicomotora, Ética clínica

Introducción

El uso de contenciones físicas en pacientes hospitalizados supone una vulnerabilidad de la autonomía y de la libertad de la persona tan elevada que su uso debe de estar correctamente protocolizado y registrado, justificando en cada caso la necesidad de su indicación como último recurso.

Objetivos

Evaluar la calidad de las historias clínicas con el fin de comprobar el nivel de cumplimiento de los criterios de calidad (uso correctamente protocolizado y registrado, justificando su necesidad) e identificar áreas de mejora.

Metodología

Se procedió a una autoauditoría de historias clínicas para valorar los registros en sujeción mecánica comparándolos con la documentación generada con la norma de calidad descrita en el Protocolo Local Vigente específico.

Se realizó una búsqueda en la historia clínica (Klinik) por palabras clave en pacientes ingresados en hospitalización desde el 1 de enero de 2020 hasta el 30 de octubre de 2022.

Se obtuvieron 53 historias clínicas de las que se excluyó las que no requirieron intervención (30)

Resultados

De los 23 registros de pacientes agitados que precisaron medidas específicas para su control, solo en un 35% se utilizaron contenciones físicas. En el 100% la justificación de su uso estaba reflejada correctamente en la historia, y en todos los casos venía registrado el uso de medidas alternativas previas.

El 100% de los registros correspondían a evoluciones de enfermería, En un 47% de las ocasiones se pudo identificar el profesional médico, (por registro propio, o por mención del profesional en la hoja de evolución). Sin embargo, solo en un 7% se pudo considerar que el registro se realizó completo (siguiendo el protocolo vigente)

En ninguna de las historias revisadas hay mención de haber solicitado un consentimiento informado por parte de pacientes o familiares.

Conclusiones

En las historias analizadas queda reflejado que justificar las contenciones es habitual en enfermería pero no por parte de facultativos. Igualmente es manifiesto el bajo porcentaje de registros que se ajustan al protocolo así como la ausencia de consentimiento informado. En base a ello, se establecen las siguientes áreas de mejora:

- Mejora del registro en la historia clínica en los casos en los que sea preciso el uso de contenciones mecánicas siguiendo el protocolo. Para ello: se procede a la actualización del protocolo para su difusión entre los profesionales, así como a la formación de los mismos para conseguir una mejor adecuación del procedimiento. Se crea una hoja específica que permitirá elaborar dicho registro.
- Implementación de un documento de consentimiento informado específico para contenciones.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE INDICADORES EN UN PROYECTO REGIONAL DE GESTIÓN DE DOSIS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Autores: ANGULO PAIN E, ALMANSA LÓPEZ JF, SORIANO REDONDO E, MOISE COSANO P, RODRÍGUEZ CASTILLO M, AZNAR MÉNDEZ R

Palabras clave: Dosis de radiación, Indicadores de gestión, Tomografía computarizada, Protección radiológica, Radiaciones ionizantes

Introducción

En un proyecto de disponibilidad de TC regional se ha centralizado la explotación de los datos de disponibilidad, productividad y dosis con el objetivo de optimizar la práctica radiológica, coordinando los esfuerzos de homogeneización y reducción de dosis como parte de la estrategia de seguridad del paciente sometido a procedimientos radiológicos. El proyecto incluye entre los sistemas de información, un sistema de gestión de dosis, pero no herramientas o paneles de mando.

Objetivos

El objetivo es diseñar un sistema de indicadores para monitorizar los procedimientos de TC a nivel regional, de modo que, realizando un seguimiento rutinario se puedan detectar incidencias e identificar desviaciones y puntos de mejora de los mismos.

Metodología

El comité coordinador ha definido indicadores que evalúan:

- aspectos relacionados con la homogeneización de los protocolos
- aspectos técnicos que afectan a las dosis de las exploraciones
- situaciones de exposición individual (de paciente) excepcionalmente anormales
- desviaciones estadísticas de los niveles de referencia establecidos
- evolución temporal de parámetros de interés

Ha diseñado un panel de indicadores (utilizando la herramienta de tableau) el cual se nutre de diferentes bases de datos que recopilan la información de los propios equipos y del sistema de gestión de dosis, actualizados de manera continua.

Ha establecido un procedimiento de acción para cada uno de ellos, entre los que se incluyen revisiones de historias clínicas, acciones de formación o intervenciones directas junto a los comités locales de dosis y protocolos de los centros.

Actualmente se evalúan semanalmente los indicadores para identificar los datos relevantes, analizar si suceden eventos desencadenantes de acciones y proponer o realizar las acciones de mejoras correspondientes, así como la modificación o creación de nuevos indicadores.

Resultados

Se han diseñado 33 indicadores referentes a protocolos y dosis, 47 indicadores de conectividad y productividad y 25 indicadores para la elaboración de informes a los centros.

De todos estos indicadores, 25 se monitorizan de manera sistemática por el comité coordinador. Gracias a ello, se ha realizado el análisis de 42 historias clínicas por alertas en el número de exploraciones acumuladas, se han detectado necesidades de formación específica de profesionales y realizado actuaciones locales sobre las incidencias detectadas.

Conclusiones

El diseño de indicadores relevantes para mejorar la seguridad del paciente, es un proceso complejo y multidisciplinar, que requiere una atención continua para su aplicación. Es necesario que se realice un diseño dinámico para que realmente cumplan con el objetivo perseguido.

MEJORA DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LA OMS

Autores: JIMÉNEZ LIRIA MJ, BARROSO GARCÍA P, ORTIZ JIMÉNEZ F, JIMÉNEZ GARCÍA JF, FRENICHE SÁNCHEZ M, MUÑOZ PARRA EV

Palabras clave: Higiene de manos, Observaciones, Adherencia, Seguridad del paciente

Introducción

La estrategia multimodal para la mejora de la higiene de manos, se ha creado principalmente para el ámbito hospitalario, aunque podría (o puede) ser una práctica exportada a Atención Primaria como algo novedoso.

Objetivos

El Distrito se planteó iniciar esta estrategia con los siguientes objetivos: fomentar su cumplimiento, abordar las consideraciones específicas y ofrecer explicaciones prácticas para que se comprendan los conceptos para la aplicación del modelo.

Metodología

Se realizó Observación de Higiene de Manos en el periodo de 29 de septiembre a 27 de Marzo 2023 a profesionales de 4 centros sanitarios de Atención Primaria. Se llevó a cabo por dos profesionales previamente formadas para ello (enfermera referente de seguridad del paciente en el distrito y epidemióloga). Se siguió la metodología de la OMS, mirando oportunidades, indicaciones y acciones. Se contabilizó como acción de Higiene de manos, si al menos en 1 momento se realizó la acción de lavado de manos, con agua y jabón o con solución alcohólica (PBA). Tras la realización de la observación se envió un informe a la dirección de cada centro, con la metodología utilizada, los resultados obtenidos y una propuesta de buenas prácticas, con una secuencia asistencial de acuerdo con los requisitos mínimos para la higiene de las manos, y estos resultados compartirlos con el equipo para implementar las mejoras. $\text{Cumplimiento (\%)} = (\text{Acciones realizadas} / \text{oportunidades}) * 100$.

Resultados

Se observó a 28 profesionales. Las observaciones de Enfermería se realizaron en la sala de extracciones, demanda clínica y curas. Las de medicina, pediatría y matrona en las consultas de demanda clínica, con un total de 69 pacientes. El cumplimiento global en los cuatro centros fue de 64.45%, oscilando entre el 34,6% y el 88,9%. Para profesionales de medicina fue de 75.8%, para enfermería 60.7% y para alumnas de enfermería fue de 63.2%, para el resto de profesionales observados, oscila entre el 0% y el 100%, ya que solo se ha evaluado un profesional. El uso de guantes por parte de profesionales estaba muy generalizado. El lavado de manos se hacía sin que hubiera suciedad visible.

Conclusiones

Se ha encontrado variabilidad en el cumplimiento de la higiene de manos en las distintas categorías profesionales. La observación ha permitido detectar algunos aspectos de mejora, así como valorar la opción de utilizar la misma estrategia para medir otras buenas prácticas.

"AISLACHECK": APP PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO

Autores: MARTÍNEZ MIRAS MV, GALLEGOS RUIZ R, CAPARRÓS ANDÚJAR A, LUCERNA MÉNDEZ MA, MALDONADO CASTILLO JR, SEGURA RIQUELME J

Palabras clave: App, Aislamiento, Multirresistencia, IRAS

Introducción

Semmelweis y Nightingale, pioneros en implantación de buenas prácticas, demostraron que observándolas y modificándolas, se contribuía a prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Los Centers for Disease Control (CDC) demostraron que centros con programas activos de control de la infección tenían menos IRAS; básicamente los programas buscaban prevenir la diseminación de infecciones, adoptando precauciones estándar y basadas en el mecanismo de transmisión en pacientes infectados/colonizados por microorganismos multirresistentes (MMR).

Objetivos

Desarrollar y evaluar la usabilidad de un prototipo de aplicación móvil para potenciar la vigilancia y el control de las medidas de aislamiento adoptadas en pacientes hospitalizados con infección/colonización por MMR, a pie de cama.

Metodología

Se incluyeron 3 fases. En la fase 1 se entrevistó a profesionales de la Unidad de Medicina Preventiva, identificando necesidades y/o requerimientos de información para el cumplimiento de precauciones estándar y basadas en transmisión de MMR, pudiendo aplicarlas en la App. En la fase 2 se realizó el diseño y creación del prototipo de la App, enfocados a la funcionalidad, manejo y gestión de la información, respecto a vigilancia y control de aislamientos por MMR. En la fase 3 se evaluó ésta, mediante pruebas de usabilidad, y posteriormente se implantó.

Resultados

Se entrevistó a 8 profesionales familiarizados con el uso de tecnología móvil. La información necesaria en la App era: ubicación del paciente, señalización del aislamiento, manejo de residuos, limpieza, política de visitas, y uso de equipos de protección personal. En base a éstas, se creó una interfaz para ingresar en la aplicación mediante identificación DSMSAS.

La App, "AislaCheck", se desarrolló junto al equipo de la Tecnología de la Información y la Comunicación del hospital, en el entorno de programación Laravel, permitiendo crear reportes y explotación estadística.

Se instaló un buscador para datos de afiliación, unidades o resultados previos, a partir de los cuales se creaban, modificaban o eliminaban registros.

Durante la vigilancia de medidas, la App brinda preguntas que determinan el cumplimiento del aislamiento, adjuntando medidas correctoras. Posteriormente, descarga archivo pdf con los resultados de la auditoría para remitirlo a los cargos intermedios. Tras el pilotaje, se detectaron errores al emitir informes, se ampliaron diversas áreas de mejora y la App se implantó posteriormente.

Conclusiones

"AislaCheck", es una app de fácil acceso y posibilidad de descarga.

Su desarrollo ayuda a monitorizar y controlar las IRAS, permitiendo verificar a pie de cama el cumplimiento de las medidas de aislamiento de MMR. Evita usar papel; genera informes de medidas correctoras in situ, agiliza el trabajo, y aumenta la eficacia y eficiencia en la vigilancia y control de MMR, permitiendo así, disminuir estancias hospitalarias, costes económicos, sociales y emocionales o la resistencia a antibióticos.

SOLUCIONES TIC EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMEDADES ARRÍTMICAS

Autores: MUÑOZ SÁNCHEZ C, MORENO AGUILAR R, SEMPERE CANTÓN C, MENA GALLARDO C, LÓPEZ MORAGRERA DC, ROMÁN RODRÍGUEZ F

Palabras clave: Arritmias cardiacas, TIC, Técnicas diagnósticas, Técnicas terapéuticas

Introducción

En la Unidad de Arritmias del hospital se realizan registros en papel de procedimientos diagnósticos y tratamientos. Y, en los implantes de marcapasos y desfibrilador (DAI) como tratamiento, se establece un estrecho seguimiento para comprobar el funcionamiento apropiado e individualizado en cada paciente y detectar, tratar y prevenir problemas técnicos y/o clínicos derivados de la estimulación cuya información se guardan en un dispositivo a nivel local.

Objetivos

Incorporar en un único sistema los datos relativos a pacientes con (o con sospecha de) arritmias procedentes de diversas plataformas, equipamiento o sistemas de entrada de datos, además de las observaciones clínicas de los usuarios y procedimientos realizados dentro del servicio.

Metodología

Se realiza la búsqueda de un software que cumpliera los requisitos funcionales y técnicos. Se implantó I.D.E.A. (Integración de Datos de Enfermedades Arrítmicas) desarrollado por MicroPort, para la integración de recogida de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Se definen las siguientes actividades:

1. Integración con el Sistema de Información Corporativo de Andalucía (DIRAYA) a nivel de datos demográficos de pacientes, censo de hospitalización, hospital de día médico y citas mediante HL7. Y, además, con DMSAS.
2. Para la recogida de datos del Marcapasos/DAI del paciente se realizan los siguientes pasos:
 - Se identifica cada programador con el paciente (mediante NUHSA) de forma única.
 - Se descarga a los datos de cualquier tipo de programador (Microport, Abbott, Biotronik, Medtronic y Boston Scientific) con un conector inalámbrico que mediante conexión a red inalámbrica Wifi con diversos parámetros de seguridad (WPA2-PSK, WPA2-EAP con usuario Radius o certificado digital) y envía de información por medios seguros HTTPS a IDEA.
 - Al recibir la información de los programadores IDEA realiza estas acciones:
 - a. Detección de formato (XML, PDF o formatos propietarios).
 - b. Transformación a mensajería HL7 v2.5.
 - c. Envío de información bajo perfil de integración IHE-IDCO.
 - d. Se genera informe y envía a historia clínica de DIRAYA.

Resultados

La implantación de IDEA permite:

- Que los profesionales visualicen informes en Estación Clínica, Historia Única de Salud y el paciente en Clic Salud.
- Mayor automatización de la entrada de datos.
- Facilita la explotación de los datos.

Conclusiones

La implantación de soluciones TIC mejora la Seguridad del Paciente, desarrollado en el marco del Esquema Nacional de Seguridad (ENS).

DIGITALIZACIÓN EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: ARANDA MORA A, CAÑETE PÉREZ LASTRA G, BENÍTEZ MUÑOZ HM, TENDERO LLORCA L, RUIZ PALOMINO A, NUÑEZ ADÁN AF

Palabras clave: Digitalización, Seguridad, Prescripción, Registro

Introducción

Iniciamos la digitalización y reducción del papel en Urgencias. Previamente, prescripciones, órdenes y registros eran verbales, manuales y frecuentemente sin rubricar. Conllevaban errores en identificación de pacientes, pérdidas de información, confusión sobre procedimientos y repercutían en seguridad. Todo ello motivó explorar funciones del módulo informático.

Objetivos

- Aumentar seguridad asistencial.
- Adecuar procedimientos y prescripciones en la aplicación al paciente pediátrico.
- Eliminar formatos de papel.
- Testar aceptación en el personal.

Metodología

Preparación: se examinaron funciones de la aplicación. Incluimos procedimientos frecuentes y prescripciones de nuestra farmacia mediante plantillas propias. Realizamos vídeos del uso de la aplicación y en sesión clínica abierta a todo el Servicio de Pediatría se mostraron los distintos pasos en la atención al paciente.

Implantación: en la primera semana se realizó en Observación (6 boxes) y posteriormente ampliamos el uso en toda la unidad.

Evaluación: personal facultativo y de enfermería responsable del desarrollo recopiló las incidencias, defectos y mejoras que se dieron. Junto con los técnicos informáticos realizamos cambios y propuestas para futuras versiones. Un mes tras el inicio creamos una encuesta abierta. Constaba de 10 preguntas, 9 cerradas con varias opciones y una abierta.

Resultados

La seguridad en la atención aumentó. El papel quedó reducido a pegatinas identificativas, interconsultas y evaluación inicial enfermera en observación.

Procedimientos y prescripciones comunes están limitados por lo predefinido en el módulo, mitigado por plantillas propias.

Respondieron la encuesta el 70% (67% de facultativos, 74% de MIR, 80% de enfermeras, 100% de EIR y 50% de TCAE). La mitad consideraron seguro el sistema previo, un 35% lo consideraron nada seguro. El 80% recibió formación previa. El 69% opinó que el sistema digital permite prescribir y registrar todas las situaciones, con deficiencias. El 80% consideró positivo el sistema digital. El 85% evaluó más segura la forma actual de trabajo. El 65% percibió dominar la prescripción y registro electrónicos, el 24% necesita casi siempre ayuda, un 8,5% se consideró independiente. El 17% recuperaría lo previo. Las aportaciones libres se registraron para mejora continua.

Conclusiones

En los servicios con las características de urgencias pedtricas deben evitarse las órdenes verbales sin registro posterior y la escritura manual de las órdenes.

El uso de la prescripción electrónica disponible en Diraya Urgencias nos permite una administración de la medicación y procedimientos más objetiva y segura.

La aceptación de la implantación del sistema digitalizado ha sido muy positiva en nuestro ámbito laboral diario, mejorando la atención integral a nuestros pacientes.

HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN Y LA HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA EN URGENCIAS

Autores: DORMIDO SÁNCHEZ M, GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T, CABRERA MUÑOZ S, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ MJ, BAREA RODRÍGUEZ MD, BARRANCO RUBIO A

Palabras clave: Seguridad, Accesibilidad, Urgencias, Herramienta, Humanización

Introducción

Uno de los principales retos de las Urgencias se centra en mejorar la accesibilidad y la seguridad en la atención. La pandemia ha complejizado la atención, con circuitos diferenciados y planes de acompañamiento estrictos, dando lugar a una deficiente información a familiares. Dentro del Plan de Humanización del SAS se detalla la necesidad de disponer de un Plan de Comunicación sobre la evolución clínica de la persona. Las tecnologías de la información que se están desarrollando en los sistemas de salud, han demostrado mejorar la asistencia sanitaria y los resultados de salud.

Objetivos

Implantar un circuito de atención al paciente urgente, integrado en una herramienta informática que permita mejorar la accesibilidad, la seguridad y la satisfacción con la atención.

Metodología

Desarrollamos una herramienta informática para seguir el circuito del paciente, integrada con los llamadores. Dispone de un panel de control para todos los profesionales que participan en la atención. Se inicia con un "Kiosco" para registrar los datos y recibir un ticket con QR y código de identificación. Este sirve para ser identificado y llamado mientras permanece en el servicio. El administrativo comprueba los datos, lo que sirve como doble verificación de identificación. El paciente pasa por el circuito asistencial (consulta, tratamientos, observación,...) siendo llamado, a través del código del ticket, y recogiendo el sistema de información su ubicación. Si el paciente no es autónomo para los traslados, se indica en la aplicación, y en el puesto de celadores aparece un aviso para realizar el traslado. La información puede ser consultada por sus familiares en un "Kiosco" de la sala de espera, a través de su código de identificación. Se midió el tiempo total de resolución de los pacientes desde su entrada en urgencias hasta el alta. Como criterio de calidad, se calculó el porcentaje de pacientes cuya estancia total es <4h, debiendo ser el porcentaje >=80%.

Resultados

Por el circuito han pasado 72.633 pacientes. Previo a la implantación, el% de pacientes con tiempo total de resolución <4h era de 65%. Tras la implantación, ha ascendido al 74,6%. Con el circuito se ha mejorado la seguridad en la identificación del paciente, así como la intimidad. El registro de la situación física del paciente y las órdenes de enfermería por escrito son prácticas que mejorarán la seguridad.

Conclusiones

La implantación un circuito de atención al paciente urgente integrado en una herramienta informática ha mejorado la trazabilidad de la situación del paciente, la accesibilidad, disminuyendo los tiempos de atención y la comunicación con los familiares, preservando la intimidad y el cumplimiento de la LOPD.

SISTEMA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS DE UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Autores: GUTIÉRREZ RUIZ M, FABREGAT BORRÁS R, RABA DÍEZ JI, LOZANO COSCOLLUELA N, RIVERO PÉREZ AL, PINTO GUEVARA F

Palabras clave: Incidentes, Notificación, Radioterapia, Mapa de riesgos

Introducción

El proceso radioterápico es complejo, multidisciplinar y consta de numerosas etapas que pueden presentar riesgos que desencadenen desviaciones en la dosis que recibe el paciente.

El Real Decreto 601/2019 exige la implantación de un sistema de registro y análisis de incidencias por exposiciones médicas no intencionadas para clasificar los incidentes según el riesgo y en función de la repercusión clínica para el paciente. El proyecto MARR (Matrices de Riesgo en Radioterapia), con el apoyo de SEOR, SEFM, CSN y AETR, propone un programa informático (SEVRRRA) para facilitar el análisis de riesgo, ya que parte de un modelo de riesgo que incluye un conjunto extenso de errores y fallos comunes a cualquier servicio radioterápico. Sin embargo, el programa presupone un servicio de radioterapia estándar, sin técnicas especiales.

Objetivos

El objetivo del trabajo es implementar un software de registro y notificación de incidencias, específico del Servicio de Oncología Radioterápica, para recopilar sucesos particulares del servicio que afectan a la seguridad del paciente.

Metodología

Se diseña un software de registro y notificación de incidencias para recopilar, de forma anónima, sucesos específicos del servicio de radioterapia. Se instala en todos los ordenadores del servicio para que los profesionales tengan fácil acceso.

En cada incidencia, se introduce la fecha y la fase del proceso radioterápico en que ocurre el suceso, y el profesional que lo detecta. Además, se expone el evento y se añade una posible propuesta de mejora. Las incidencias se recopilan periódicamente para su posterior análisis por parte del grupo de trabajo MARR, constituido por oncólogos radioterápicos, físicos y técnicos de radioterapia.

Resultados

Se han recopilado 628 incidencias durante entre los años 2019 y 2022. El 67%, 16%, 12%, 3% y 2% de las incidencias son registradas por técnicos, oncólogos radioterápicos, radiofísicos, enfermeros y otros profesionales, respectivamente. Las incidencias más frecuentes, en un 36%, ocurrieron durante la etapa de inicio del tratamiento, seguidas en un 14%, 12%, 10%, 4% a la etapa de ejecución del tratamiento diario, planificación, adquisición de imágenes TC y contorno de volúmenes, respectivamente.

Conclusiones

El software interno de registro y notificación de incidencias es el primer paso para recopilar información sobre sucesos específicos de nuestro servicio. Posteriormente, junto con los errores iniciadores propuestos por el modelo MARR, se analizan para aprender de ellos e implementar propuestas de mejora que garanticen la seguridad del paciente radioterápico.

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA APP COMO INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y SU IMPACTO EN LAS FLEBITIS DE LOS PACIENTES

Autores: BUJALANCE HOYOS J, GONZÁLEZ ESCOBOSA AC, OÑA GONZÁLEZ AM, PÉREZ JIMÉNEZ MT, ENRÍQUEZ DE LUNA M, SÁNCHEZ GÓMEZ S

Palabras clave: Flebitis, Seguridad del paciente, Aplicaciones móviles, Enfermería basada en evidencia, Catéteres, TICS

Introducción

El catéter venoso periférico corto es el procedimiento invasivo más utilizado en los hospitales (70%), pero no está exento de complicaciones, principalmente la flebitis. Existe variabilidad en el cuidado de los accesos vasculares por parte de las enfermeras. Hemos desarrollado una app (proyecto financiado) para disminuir las complicaciones asociadas al uso de los accesos vasculares.

Objetivos

- Aumentar la adherencia de las enfermeras a buenas prácticas de cuidados.
- Disminuir las complicaciones asociadas al uso de los accesos vasculares (al menos un 15%).

Metodología

Desarrollamos una app (innovación tecnológica) implantada en 5 unidades de un hospital público y se ha analizado el impacto en la disminución de complicaciones. La intervención consistió en formación de las enfermeras y usabilidad de la app en pacientes y profesionales, según proyecto, a través de sesiones clínicas acreditadas y educación sanitaria a los pacientes para implicarlos en su autocuidado a través de la app.

Estudio cuasiexperimental (pre-post). Muestra de 189 pacientes en cada fase y seguimiento de 6 meses. Autorizado comité ético.

Variables de adherencia: elección del catéter, uso de antiséptico, educación sanitaria, funcionamiento del catéter y cambios de apósitos según protocolo.

Variables de resultados: porcentaje y tasa de flebitis. Análisis de frecuencias y chi-cuadrado.

Resultados

Variables de adherencia:

Variable 1: Elección de la ubicación, tipo y calibre del catéter: fase pre (25,87%); fase post (51,55%) ($p < 0,05$).

Variable 2: Uso de antiséptico: pre: Clorhexidina Alcohólica en (63,87%); post (98,95%) ($p < 0,05$).

Variable 3: Educación sanitaria: pre (22,22%); post (51,54%) ($p < 0,05$).

Variable 4: Zona de inserción y funcionamiento: pre (26,5%); post (51,54%) ($p < 0,05$).

Variable 5: Cambio de apósito según protocolo: fase pre (88,1%); fase post (95,92%) ($p < 0,05$).

Variables de resultados en salud:

Variable 6: Porcentaje de flebitis: fase pre (12%); fase post (9,67%), se ha disminuido un 19,42% ($p = 0,28$).

Variable 7: Tasa de flebitis: fase pre (9,87 (por mil días de estancias); fase post (7,25 (por mil días de estancias), se ha disminuido un 26,55%.

Conclusiones

Tras la implantación de la app se observa un aumento de la adherencia de las enfermeras a las buenas prácticas en el cuidado del acceso vascular, con diferencias significativas en todas las variables. También se observa una disminución de las flebitis (superior al 15%, hipótesis estudio), aunque no hay significación. Implantar esta innovación tecnológica aumenta las buenas prácticas, disminuye las complicaciones y aumenta la seguridad del paciente.

INFORME DE SUPERVISORES. MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN LAS GUARDIAS DE CARGOS INTERMEDIOS HOSPITALARIOS

Autores: MINGORANCE GARVI MC, LÓPEZ LOZANO OS, JÓDAR VARGAS MC, APARICIO DE LA TORRE P, LÓPEZ MARTÍN CR, RIVAS CASTILLO MT

Palabras clave: Transferencia, Seguridad, TICS

Introducción

La transferencia se trata de un proceso en el que interviene como elemento clave la comunicación, factor involucrado según la JCAHO en el 70% de los eventos centinela notificados en el año 2005. En 2008 crea un objetivo específico en que recomienda la aplicación de un sistema estandarizado para la transferencia de pacientes adaptado a cada contexto y organización. La estandarización de la transferencia minimiza la variabilidad de su desarrollo, favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide sobre la seguridad del paciente. En esta línea hemos trabajado para conseguir una herramienta informática que nos permite realizar transferencias seguras entre cargos intermedios durante las guardias hospitalarias que posibilite la información e incidencias de cada servicio.

Objetivos

General: Proporcionar a los cargos intermedios una herramienta en el ámbito sanitario para mejorar la comunicación eficaz.

Específicos: Estandarizar la comunicación entre mandos intermedios sanitarios en los cambios de guardia, la transferencia de pacientes, incidencias de profesionales, incidencias técnicas, así como la comunicación de situaciones críticas. Garantizar la seguridad clínica del paciente, los profesionales y las infraestructuras.

Metodología

Análisis del problema de comunicación del supervisor saliente de guardia, que mediante una hoja con contenido escueto dejaba al que entraba de guardia las incidencias ocurridas durante su guardia. Realización de reunión de tormenta de ideas para propuestas. Participantes: dirección de enfermería, supervisores e informático. Síntesis de ideas y creación de aplicación llamada "Informe de supervisores" con acceso para supervisores y directivos autorizados con clave (DMSAS). La aplicación recogerá un fichero con la fecha, el supervisor que firma y se compone de 6 pestañas: recursos humanos, seguridad, recursos materiales, pacientes, camas, anexo. En las pestañas hay diversos subapartados que facilitan la redacción. Todos los cargos intermedios pueden estar informados de lo que ha ocurrido en las 24 horas en todos los servicios hospitalarios.

Resultados

No ha habido interrupciones en la comunicación de información relevante. Aumento de la seguridad en la transferencia de información tras las guardias mediante una aplicación estandarizada. Disponemos de una información oficial y actualizada. Registro de todas las incidencias y actuaciones de los cargos intermedios durante la guardia. Proporciona rapidez en las acciones que hay que llevar a cabo para las incidencias detectadas. Garantizar la seguridad clínica del paciente, los profesionales y las infraestructuras.

Conclusiones

Disponemos de una herramienta informática para la transferencia segura de información en las guardias y de la que no hemos encontrado nada similar en la bibliografía consultada. Puede ser una herramienta que debe darse a conocer para la estrategia de seguridad.

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE EL DISEÑO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ALGORITMOS FARMACOTERAPÉUTICOS

Autores: ROLDÁN RUBIO M, MARCHENA LEÓN A, NUCETE GALLEGO B, GONZÁLEZ GARCÍA L, ANAYA ORDÓÑEZ S

Palabras clave: Seguridad del paciente, Antibióticos, Algoritmos, Guía antimicrobiana

Introducción

España se caracteriza por un elevado uso de antibióticos (ATB) y paralelamente unas elevadas tasas de resistencia, cuyas consecuencias en términos de salud se caracterizan por los fallos terapéuticos, y la morbilidad y mortalidad asociadas.

Desde el año 2014 está en marcha el Plan Nacional frente a la Resistencia a Antibióticos (PRAN) y la mayoría de las Comunidades Autónomas han puesto en marcha un Programa de Optimización de Antibióticos (PROA). Actualmente la Guía Terapéutica antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud desarrollada en el marco del PRAN no se encuentra accesible desde la Historia de Salud Digital, por lo que no es usada como herramienta de ayuda a la prescripción por nuestros profesionales prescriptores.

Objetivos

Nuestro objetivo es la elaboración de herramientas para la ayuda de toma de decisiones en el momento de la prescripción de un antibiótico, para ser usados en tiempo real.

Metodología

Utilizando como Guía Antimicrobiana de referencia la Guía del SNS, la Unidad de Farmacia de Atención Primaria ha desarrollado algoritmos de decisión de los procesos infecciosos más prevalentes en Atención Primaria y se han difundido a todas las consultas de medicina de familia, pediatría y servicios de urgencias.

Resultados

Debido a la evolución de las tasas de consumo de antibióticos en los últimos años: 2018 (13,63), 2019 (13,65), 2020 (10,35) 2021 (9,58) y 2022 (12,54), se han desarrollado los siguientes algoritmos:

- Faringoamigdalitis en adultos
- Neumonía aguda en la comunidad
- Bronquitis aguda
- Exacerbación de EPOC
- Infecciones odontógenas
- ITU sintomática en ancianos institucionalizados
- Cistitis en la mujer
- Cistitis en el embarazo
- ITU en varones
- Neumonía en ancianos institucionalizados

Conclusiones

Los algoritmos como herramientas de ayuda a la prescripción, facilitan el acceso rápido, sin limitaciones, así como una información básica del tratamiento de los procesos infecciosos más frecuentes.

La utilización de estos algoritmos facilita el cumplimiento de los objetivos del PROA (optimizar el uso de los antibióticos, minimizar los efectos adversos, mejorar la resistencia bacteriana y garantizar un tratamiento coste efectivo).

Sería deseable que el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación permita el acceso a las recomendaciones de la Guía antimicrobiana del PRAN.

IMPPLICACIÓN ACTIVA DE PACIENTES Y FAMILIARES. CONOCE TU MEDICACIÓN

Autores: RODULFO CASTILLO A, JIMÉNEZ LIRIA MJ, BELTRÁN JIMÉNEZ L, MIRAS DE PRAT ML, RUIZ GARCÍA E

Palabras clave: Pacientes, Medicación, Seguridad del paciente

Introducción

La Estrategia de Seguridad del Paciente en su quinta área clave, profundiza en la participación activa del paciente en su propia seguridad a lo largo de su proceso de atención, mejorando la información, la comunicación y la formación de los pacientes y ciudadanía, por ello el Distrito Sanitario Almería se plantea como objetivo implicar a pacientes mayores de 65 años y polimedicados, con el fin de que adquieran los conocimientos y las actitudes necesarias para utilizar los medicamentos de forma racional.

Objetivos

Implicar a pacientes mayores de 65 años y polimedicados, con el fin de que adquieran los conocimientos y las actitudes necesarias para utilizar los medicamentos de forma racional.

Metodología

Se realizaron 23 talleres con una media en cada taller de 10 participantes de cada uno de los 18 centros de diferentes U.G.C. Debían cumplir los siguientes criterios: Mayores de 65 años, Polimedicados (>5 fármacos/día durante más de 6 meses), Independientes para actividades de la vida diaria (en caso de ser dependientes podrá asistir un familiar o cuidadora). Se realizó desde Noviembre 2022 a Marzo 2023. Se llevó a cabo por una farmacéutica y por un profesional de la U.G.C. donde se realizaba el taller. Los contenidos que se trabajaron fueron: Conceptos básicos para utilizar bien los medicamentos, Describir los símbolos del cartón exterior y del prospecto de los medicamentos, Importancia de la información contenida en la "HOJA INFORMATIVA DE PRESCRIPCIONES", Informar a los participantes sobre cómo manejar su tratamiento, Incidir en los riesgos de la automedicación, Se les aportó infografía con el contenido de todos los temas a tratar.

Todo a través de role-playing, feedback, simulación de situaciones cotidianas para su resolución, que permitirán al paciente conocer y desarrollar sus habilidades para mejorar sus resultados en salud.

Resultados

Se beneficiaron 157 pacientes. En cada taller se les realizaron test con preguntas multirespuesta antes y después para evaluar conocimientos y habilidades adquiridas.

Del total de pacientes (60% mujeres – 40 % hombres), ha sido satisfactorio para el 100%. Los resultados obtenidos en el pretest y postest, han sido:

Dudas de medicación 76% 96%

Conoce tratamiento 78% 96% respectivamente

Horas indicadas 62% 82%

Olvido 40% 56%

Guarda medicamentos 52% 68%

Caducidad medicamentos 85% y 94%

Deja de tomar medicación 93% 96%

Conclusiones

Los pacientes participantes en dichos talleres han mejorado conocimientos para utilizar los medicamentos de manera racional. Además de generar gran satisfacción explícita en todos.

INTEGRACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA EN EQUIPOS MÉDICO-ENFERMERO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA EXPERIENCIA PILOTO

Autores: CAÑAS TORNERO F, GONZÁLEZ SORIA L, AMOR RAMOS MA

Palabras clave: Experiencia, Piloto, Equipo, Asistencial, Trinomio

Introducción

La seguridad del paciente es un aspecto crucial en la atención sanitaria. Aunque existen iniciativas enfocadas en mejorar la seguridad del paciente mediante la implementación de equipos médico-enfermero, la incorporación personalizada de la Unidad de Atención a la Ciudadanía (UAC) podría potenciar aún más la seguridad, mejorando la comunicación y brindando apoyo a pacientes y familiares.

Objetivos

Evaluar el impacto de la integración personalizada de la UAC en los equipos médico-enfermero sobre la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la satisfacción del paciente, además de optimizar las consultas médicas y reducir su carga burocrática.

Metodología

Se realizó una experiencia piloto en un centro de salud, implementando la integración personalizada de la UAC en los equipos médico-enfermero, conformando un trinomio asistencial. Los miembros de la UAC fueron asignados según su empatía, capacidad de escucha y resolución de problemas, entre otros. Se evaluó la percepción de pacientes, profesionales de la salud y miembros de la UAC respecto al impacto de esta iniciativa en la seguridad del paciente.

Resultados

Los resultados preliminares sugieren que la integración de la UAC mejora significativamente la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, incrementando la percepción de empatía y organización. Además, se observó una mayor satisfacción laboral y participación en la atención al paciente por parte de los profesionales de la salud y miembros de la UAC, así como una disminución en la carga administrativa de las consultas.

Conclusiones

La incorporación personalizada de la UAC en equipos médico-enfermero puede ser una herramienta efectiva para mejorar la seguridad del paciente. Los resultados preliminares indican una mejora en la comunicación, apoyo a pacientes y familiares, y reducción de tiempos en demandas administrativas, optimizando las consultas clínicas. Estos hallazgos alentadores sugieren la posibilidad de implementar esta iniciativa en otros centros de salud, conformando trinomios asistenciales con miembros de la UAC. Se requieren estudios adicionales para confirmar estos resultados y establecer la viabilidad y el impacto a largo plazo de esta iniciativa en la atención sanitaria.

POTENCIANDO LA SEGURIDAD MEDIANTE UNA ESCUELA DE CUIDADORES ACTIVOS DE NEONATOS PREMATUROS EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

Autores: HERNÁNDEZ SÁNCHEZ MA, VASCO GÓMEZ MC, GUIRADO ARANDA J, MORAL ZAFRA Y, REYES SÁNCHEZ JA, CRUZ LENDÍNEZ C

Palabras clave: Seguridad del paciente, Recién nacido prematuro, Empoderamiento

Introducción

En España, 1 de cada 13 nacimientos se produce de forma prematura, situación que supone en la actualidad un desafío clínico importante, debido a la comorbilidad asociada.

El nacimiento de un neonato prematuro supone para sus cuidadores un fuerte impacto emocional, ya que muchos de estos partos ocurren de forma imprevista, por alguna urgencia obstétrica, lo que provoca miedo/incertidumbre en sus progenitores; y a su vez la comorbilidad asociada a estos recién nacidos es mayor. La literatura muestra que las madres/padres de neonatos prematuros suelen presentar más dificultades y necesidades de autogestión de cuidados, y se recomienda llevar a cabo un abordaje temprano, a ser posible durante el ingreso, preparándolos para su posterior cuidado en el hogar.

Objetivos

Diseñar e implementar un programa dirigido a cuidadores de neonatos prematuros, basado en el apoyo emocional y formación entre iguales, para proporcionar orientación, apoyo y formación, para una mayor efectividad y seguridad en los cuidados del neonato prematuro.

Metodología

Para el desarrollo del programa nos hemos basado en modelos deliberativos de Educación para la Salud, "Patient Education Research Center", Universidad de Stanford, y la metodología de la Escuela de Pacientes de Andalucía, con su formación entre iguales. Sus resultados apoyan una destacada mejora en autoconfianza, autogestión y muestran la importancia de las estructuras de apoyo y de ayuda igualitaria.

Grupo de trabajo: Profesionales, cuidadores y asociaciones.

Estructura: Talleres formativos en cascada, de aprendizaje entre iguales, cuidador-cuidador, promoviendo cuidadores/profesionales más activos, participativos en el sistema y en las decisiones seguras sobre su salud, en definitiva "empoderados".

Material didáctico de apoyo: Manual para cuidadores de niños prematuros.

Resultados

Programa estructurado de talleres en cascada:

1. Formación sensibilización/información: Información proyecto, expectativas y dudas.
2. Formación líderes/formadores: 12 horas formación presencial/virtual, 2-3 sesiones semanales de 3-4 horas.
3. Formación cuidadores-cuidadores: Talleres presenciales impartidos por iguales (cuidadores formadores), durante 2-3 semanas, sesiones semanales de 3-4 horas a cuidadores de prematuros hospitalizados.

Conclusiones

Los programas paciente/cuidador activo mostrados en literatura han demostrado una gran efectividad, mejorando conocimientos, habilidades, autoeficacia y seguridad, a la vez que favorecen vínculos satisfactorios.

El programa Escuela de Cuidadores Activos proporciona apoyo emocional a los cuidadores de neonatos prematuros, permitiendo expresar sus sentimientos, dudas, dificultades, logros y compartir experiencias, a la vez que les facilita formación para llevar a cabo unos cuidados seguros y de calidad a sus neonatos.

LA OPINIÓN DEL PACIENTE COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA

Autores: MARTÍN BELTRÁN MT, PENDÓN NIETO ME, CARAVACA CRESPO C

Palabras clave: Satisfacción, Seguridad del paciente, Mejora continua

Introducción

La interpretación de las encuestas de satisfacción depende, obviamente, de cómo haya sido atendido el paciente, pero también de las expectativas que posea sobre cómo debería haber sido atendido y, también, del valor que tengan para él cada una de las distintas dimensiones y elementos de la atención sanitaria. (resultado de la consulta, accesibilidad, información, confort, el trato sea correcto, el resultado esperado del tratamiento...).

En los últimos años, se ha desarrollado una atención centrada en el paciente, haciéndolo partícipe de su seguridad y de su proceso asistencial, teniendo en cuenta sus necesidades, expectativas y preferencias y utilizarlas como oportunidad de mejora.

Objetivos

El primer objetivo es medir la satisfacción del paciente acerca de los servicios que recibe. En segundo lugar, porque consideramos que esta medida de la satisfacción es una medida del resultado de la atención sanitaria. En este sentido, hemos incorporado la calidad percibida como una línea de gestión y evaluación de nuestra unidad de gestión clínica y los resultados de las encuestas son herramientas poderosas para conocer demandas y resultados, así como para introducir planes de mejoras concretos para un incremento de la calidad y seguridad del paciente en la asistencia que prestamos a la ciudadanía.

Metodología

Se recoge una muestra aleatoria sistemática de usuarios atendidos en nuestra UGC.

El cuestionario recoge la satisfacción del paciente de forma multidimensional según el momento, las expectativas o la situación personal del paciente, junto a ciertas características de la atención sanitaria: los profesionales, la información ofrecida, la intimidad durante la asistencia sanitaria y la satisfacción. Como novedad se añaden preguntas sobre "SEGURIDAD DEL PACIENTE" para medir e identificar qué dimensiones y elementos de la cultura de seguridad deben ser mejorados para prevenir y reducir errores, y para mejorar la calidad asistencial.

Resultados

Aunque solo el 78% de los usuarios han realizado aportaciones como PROPUESTAS DE MEJORAS, este porcentaje se ha traducido en 108 aportaciones de los pacientes que se usarán como oportunidades de mejora de la Calidad y Seguridad de nuestra UGC.

Conclusiones

La participación ciudadana en las encuestas sobre Satisfacción y Seguridad del Paciente es una oportunidad de mejora para nuestro servicio sanitario.

Tras el análisis de la parte de la encuesta de Seguridad nos planteamos una batería de propuestas de actuaciones para mejorar los ítems de las distintas dimensiones encuestadas, que queremos compartir participando en este congreso.

AVANZANDO HACIA UNA ORGANIZACIÓN MÁS SEGURA: PROYECTO DE MEJORA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

Autores: SANTOS ROMERO A

Palabras clave: Cultura de seguridad, Seguridad en la organización

Introducción

La Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece entre sus objetivos "Avanzar en una cultura de seguridad de la Organización que fomente la comunicación, la actitud proactiva y responsable y el enfoque de evaluación y mejora de todas las personas que trabajan para el SSPA". Se propone un proyecto que recoge diferentes acciones enfocadas en educar y formar a pacientes, profesionales y ciudadanía en la cultura de seguridad.

Objetivos

El objetivo perseguido en el proyecto es aumentar la concienciación de todos los agentes implicados (pacientes, profesionales, ciudadanía) en aras de un mejor desarrollo de la actividad asistencial y una disminución de la accidentabilidad en el trabajo y aumento de la eficiencia del sistema sanitario.

Metodología

- Difusión de los aspectos clave y conductas requeridas: A la firma del nombramiento para los trabajadores y a disposición de los pacientes y usuarios, habrá un tríptico informativo sobre la idea de Organización Segura y su consecución, presentando algunos puntos necesarios para que ésta sea una realidad: Responsabilidad personal con nuestra seguridad y la de los demás, mantener el orden y limpieza para crear entornos seguros, realizar propuestas de mejora...
- Concienciación ciudadana a través de videos y campañas en los que se muestre cómo la implantación de la cultura segura ha mejorado la calidad en los servicios y ha repercutido positivamente en pacientes y usuarios.
- Actividades formativas para los trabajadores (GESFORMA), donde se aborden conceptos generales relacionados con la cultura de seguridad, incluyendo ejemplos concretos y reales en los que su implantación haya redundado en una mejora de las condiciones de trabajo, que a su vez hayan favorecido un perfeccionamiento en la calidad de los servicios.
- Fomentar la participación y cooperación entre pacientes, trabajadores, usuarios y gestores: Mejorar la comunicación a fin de identificar riesgos, minimizar dificultades, crear buzones de sugerencias.
- Reconocer y premiar las buenas prácticas: Aquellas realizadas o que se puedan realizar y se valore su implementación.

Resultados

Los profesionales y pacientes se han visto más implicados en su seguridad. La satisfacción de los pacientes ha sido elevada. Se ha formado un elevado número de profesionales.

Conclusiones

El avance en la cultura de seguridad del centro, mejorando la cooperación, la comunicación y el trabajo en equipo de los implicados de modo que, en última instancia, son los pacientes los que perciben la organización como un entorno eficaz y de confianza.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA EL MANEJO DE LA TERAPIA INHALATORIA

Autores: ROJAS LLAMAS JI, PAREJA MUÑOZ S, PÉREZ DÍAZ MJ, MUÑOZ MEGÍAS V

Palabras clave: Terapia inhalada, Educación sanitaria, Inhalador

Introducción

Entendemos por error de medicación cualquier incidente prevenible que pueda causar daño en el paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de medicamentos por parte de profesionales o pacientes. Incluye fallos en prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación o utilización.

En estos tiempos recientes ha ocurrido un aumento en el uso de la terapia inhalatoria. Esta terapia tiene gran efectividad, ya que con poca cantidad de fármaco tendremos un gran efecto en el árbol bronquial. No obstante, la falta de educación sanitaria o el mal uso de estos dispositivos puede provocar un error de medicación tanto por exceso como por defecto, con los consecuentes efectos adversos o mala adherencia a la terapia.

La educación del paciente que use este tipo de terapias, ha demostrado disminuciones de las exacerbaciones en distintas enfermedades respiratorias, aumento de la calidad de vida, además de reducir costes al sistema. Debido a esto, es primordial un abordaje en la enseñanza y manejo de inhaladores.

Objetivos

Mejorar la correcta utilización de los dispositivos empleados para terapia inhalatoria.

Metodología

Se realizó una intervención comunitaria en el centro de salud de forma oportunista por el residente de enfermería.

Se elaboró infografía con las características, instrucciones de uso y detalles de cada tipo de inhalador de uso más frecuente entre la población. Se colocaron los trípticos en un expositor junto con dispositivos de prueba.

Al individuo que se acercaba, se le invitaba a que demostrase cómo realizaba la técnica inhalatoria. Posteriormente se les realizó la intervención, que consistió en explicar individualmente cómo funcionaba el dispositivo que acababa de usar. Por último, se le pedía a la persona que repitiese la técnica. Permitiéndole ver, de esta forma, en qué parte del proceso comete errores. Y evaluando la evolución de la técnica del paciente.

Resultados

Se pudo observar que tras la intervención, los pacientes entendieron los puntos del proceso a los que deben de prestar más atención. Los errores más frecuentes fueron la descoordinación entre dar al pulsador y la inhalación en los cartuchos presurizados. Además, de realizar la apnea de 10 segundos.

Conclusiones

Con el reciente aumento en el uso de terapias inhalatorias y la evidente problemática en el manejo de éstas por parte de los pacientes, queda de manifiesto la necesidad de educación sanitaria en el manejo de la técnica. Por lo que es importante la sensibilización del personal sanitario en este ámbito.

FOMENTAR LA INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores: BARROSO GUTIÉRREZ C, FERNÁNDEZ RIEJOS P, CRUZ SALGADO O, ROMÁN FUENTES M

Palabras clave: Corresponsabilidad, Paciente, Seguridad

Introducción

Las organizaciones sanitarias tienen entre sus principales objetivos proporcionar atención y cuidados seguros, por este motivo en los centros hospitalarios existen múltiples iniciativas para gestionar el riesgo y garantizar la seguridad de los pacientes. Este concepto, unido a la necesidad de dar respuesta a las demandas de un paciente más activo en el cuidado de su salud, ha originado líneas de trabajo encaminadas a fomentar la participación del paciente en la seguridad.

Objetivos

- Medir la satisfacción de los pacientes en temas relacionados con seguridad durante el proceso asistencial
- Fomentar la corresponsabilidad del paciente en su seguridad durante su ingreso hospitalario

Metodología

1. Desde 2021 el centro cuenta con encuestas telemáticas de satisfacción a través de código QR. Se ofertan 4 preguntas relacionadas con seguridad: alergia a medicamentos, identificación inequívoca del paciente, conciliación de la medicación e higiene de manos. Cada unidad ha procedido al análisis de las encuestas y han identificado las áreas de mejora. A nivel general, la Comisión Central de Calidad Asistencial ha realizado un análisis identificando las áreas de mejora más trasversales
2. En 2022 la Comisión de Seguridad ha elaborado un decálogo de seguridad para fomentar la corresponsabilidad del paciente, basado líneas desarrolladas por la Estrategia de seguridad del paciente y la Estrategia de Cuidados

Resultados

1. Encuestas de satisfacción. Resultados sobre 592 encuestas cumplimentadas:

- ¿Le han preguntado/informado sobre sus posibles alergias a medicamentos? Sí 83,61%
- ¿Ha tenido durante su estancia en el hospital puesta su pulsera identificativa? Sí 81,31%
- ¿Cuándo le han dado el alta le han explicado qué medicamentos debe tomar en su domicilio incluyendo su medicación habitual? Sí 51,48%
- ¿Ha observado que los profesionales sanitarios se aplican la solución hidroalcohólica desinfectante antes y después de atenderle? Sí 67,21%

Áreas de mejoras generales: auditorías sobre portabilidad de pulseras de identificación en todas las unidades; actualización de los protocolos de conciliación de la medicación; estudios observacionales de higiene de manos.

2. Decálogo de seguridad: se ha difundido a través de la web del centro y de las pantallas de información del centro.

Conclusiones

Incluir preguntas sobre seguridad en las encuestas de satisfacción de los pacientes, ha favorecido contar con un punto de vista externo sobre las actividades desarrolladas en el centro para garantizar la seguridad, pudiendo así identificar nuevas áreas de mejora. Así los pacientes pueden ser conocedores de puntos clave de la seguridad. Con la difusión del decálogo de seguridad también pretendemos fomentar la corresponsabilidad del paciente en su seguridad.

SIMULACIÓN CLÍNICA: EVITANDO EL ENTRENAMIENTO BÁSICO CON PACIENTES REALES

Autores: DÁVILA CANSINO O

Palabras clave: Gestión error, Mejora confianza, Seguridad paciente, Visión realista, Simulación

Introducción

La simulación clínica es una herramienta de aprendizaje segura que ayuda a los profesionales sanitarios a implementar y desarrollar competencias profesionales previas a la atención a pacientes reales. El desafío consiste en incorporar elementos de seguridad del paciente a las actividades de enseñanza y/o aprendizaje existentes, de manera que el margen de error se verá reducido como consecuencia del entrenamiento y la adquisición de habilidades necesarias en el escenario simulado

Objetivos

Establecer la importancia de Integrar el aprendizaje con simuladores clínicos de alta tecnología para el entrenamiento y práctica de los profesionales sin poner en riesgo la vida de los pacientes

Metodología

La experiencia se está llevando a cabo en unidades de Neonatología, Cuidados críticos pediátricos y adultos, Urgencias adultos, Cardiología y Obstetricia y Ginecología. Se trabaja con grupos de 3 a 5 profesionales. Tras finalizar el entrenamiento, se analiza el desarrollo de los mismos entre alumnos e instructores (*debriefing*) para repasar todo lo sucedido durante la simulación, tanto los conocimientos y habilidades como los aspectos emocionales, y sacar así conclusiones positivas para reforzar el aprendizaje del equipo sobre la seguridad del paciente.

Resultados

Desde el 2020, se han planificado 32 actividades con simulación clínica en las que se han formado más de 400 profesionales con un nivel de satisfacción del 95 % obteniendo los siguientes resultados: El entrenamiento mediante simulación ha mejorado la confianza de los profesionales sanitarios a la hora de enfrentarse a pacientes reales. También ha permitido corregir errores que en algunos casos se han dado por la falta de experiencia clínica y los fallos de coordinación del equipo de profesionales. Ha tenido gran satisfacción ya que ha proporcionado a los profesionales una visión más realista de la practica clínica, que posteriormente se plasmará en la seguridad del paciente cuando llega el momento de enfrentarse a un caso real.

Conclusiones

El entrenamiento con simulación aumenta la seguridad clínica como alternativa al modelo tradicional, permitiendo además que el ERROR se convierta en un método de aprendizaje. El diseño de escenarios realizado para los entrenamientos refleja con gran fidelidad situaciones reales, lo que permite al profesional a realizar una actuación simulada similar a la que haría en una actuación real sin causar ningún perjuicio al paciente. Es aconsejable integrar la simulación en los programas formativos de los profesionales sanitarios.

PROPUESTA DE UN PLAN FORMATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Autores: PINA COBOS MM, MUÑOZ ALBARRACÍN RM, BOLÍBAR RIBAS I, PEÑALBA NOVO MC

Palabras clave: Cultura de seguridad, Identificación del riesgo, Itinerarios formativos, Mejora continua, Gestión del conocimiento

Introducción

En la difusión de la Cultura de Seguridad (CS) la formación de los profesionales y de los equipos ha sido una de las estrategias altamente recomendadas desde la publicación del *To Err is Human* (IOM, 1999). Incluida en los planes estratégicos en Seguridad del Paciente (SP) de muchas de las organizaciones sanitarias, sorprende ver cómo esta sigue sin tener un peso relevante dentro de los planes de formación continuada que ofrecen. Muestra de ello, en nuestra Institución durante el 2022, menos del 10% de la oferta formativa implementada estuvo relacionada directamente con la SP. Desde la Comisión de SP proponemos desarrollar un plan formativo dirigido a los profesionales para que estos pueda desempeñar sus competencias en el marco de la excelencia y de la calidad asistencial.

Objetivos

1. Conocer las necesidades formativas en relación a la SP de los profesionales de la Institución 2. Saber la oferta formativa en SP de la que disponemos tanto interna como externamente. 3. Diseñar un plan formativo específico y adaptado a los diferentes perfiles profesionales y ámbitos asistenciales.

Metodología

Se realizaron reuniones de trabajo con los diferentes equipos gestores asistenciales y referentes de seguridad que permitieron detectar las necesidades formativas y diferenciarlas por perfiles y entornos asistenciales. También se estudió el registro de notificación de incidencias para detectar las que estaban relacionadas con la falta de formación en prácticas seguras. Se trazó un plan estratégico mediante el análisis, el diagnóstico (DAFO), las prioridades estratégicas (CAME y mapa estratégico) y se definió el plan de acción necesario para alcanzar los objetivos descritos.

Resultados

Diseño de un total de diez itinerarios formativos: uno general dirigido a todos los profesionales; ocho específicos según perfil y otro dirigido a los referentes de seguridad. Además, se incluyen otras intervenciones informativas y formativas específicas derivadas del aprendizaje tras la notificación de un evento adverso.

Conclusiones

La formación es un pilar fundamental en la cultura de seguridad y con el plan de formación diseñado se proporcionan los conocimientos necesarios para que los profesionales puedan desempeñar sus competencias con seguridad y que tengan las herramientas para la gestión del riesgo. Debido a que actualmente la asistencia sanitaria está muy fragmentada, es muy compleja y cada vez más tecnificada, están apareciendo nuevos riesgos asociados y es imprescindible capacitar a todos los profesionales en aspectos clave de la SP. Asimismo, la formación es una fuente de generación de conocimiento y de mejora continua.

SISTEMA MULTIMODAL PARA LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CIRUGÍA DE CATARATA

Autores: RICARDO SUÁREZ FS, BRUZÓN AGUILERA E, SERA VELÁZQUEZ S, ZALDÍVAR RODRÍGUEZ I, GUÍO CONCEPCIÓN M, CARBALLO HECHAVARRÍA BL

Palabras clave: Extracción de catarata, Seguridad del paciente, Incidente, Notificación

Introducción

El proceso de la cirugía de catarata involucra acciones por parte del personal sanitario que implican riesgo de daño para el paciente. Los sistemas de registro y notificación constituyen una estrategia que permite la recolección de datos sobre incidentes y eventos adversos, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. A nivel internacional se reconoce, en muchas investigaciones, un subregistro de estos incidentes que pudiera estar relacionado con los métodos aplicados con este fin.

Objetivos

Describir resultados de la implementación de un sistema multimodal para la detección y notificación de incidentes de seguridad del paciente en la cirugía de catarata.

Metodología

Se conformó y capacitó un grupo para la investigación de Incidentes de seguridad del paciente (ISP) en la cirugía de catarata. A tres equipos se les asignó la detección de ISP a través de una de las siguientes acciones: la revisión del registro de incidentes y eventos adversos, las auditorías al proceso de la cirugía de catarata desde el pre hasta el posoperatorio y la revisión de documentos clínicos vinculados a la cirugía de catarata. La triangulación de los datos obtenidos se efectuó antes de la notificación final de los incidentes.

Resultados

La auditoría fue el método que mayor número de incidentes de seguridad del paciente aportó a la investigación (N=338). Este método resultó el más efectivo en los dominios pre y posoperatorio de la cirugía de catarata sobre todo para los incidentes de seguridad que no produjeron daño directo al paciente, tales como los errores en la documentación clínica (N=46) y en la evaluación preoperatoria del paciente y planificación de la intervención (N=186). La revisión documental, sobre todo de informes operatorios, permitió identificar el mayor número de incidentes con daño al paciente; esencialmente las complicaciones transoperatorias de la cirugía (N=31) entre las que predominó la ruptura de cápsula posterior. Las complicaciones posoperatorias (N=33) en cambio fueron detectadas casi exclusivamente por la auditoría.

Conclusiones

La combinación de varios métodos para la detección de ISP en el proceso de la cirugía de catarata permitió alcanzar una perspectiva más completa sobre la seguridad del paciente sometido a este tipo de intervención, al identificar las áreas más vulnerables del proceso donde deben implementarse nuevas medidas encaminadas a reducir los riesgos.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE LA ATENCIÓN DE UN CUIDADOR PRINCIPAL INFORMAL

Autores: RÍO MARTÍN SR, VICENTE SEVILLANO C, CRESPO CISNEROS T, RODRÍGUEZ CORRAL B, PARRA MÉNDEZ ME, ÁLVAREZ CODESAL

Palabras clave: Seguridad del paciente, Atención al paciente, Cuidadores, Agotamiento psicológico

Introducción

Un cuidador principal informal, realiza cuidados para los que no está preparado, resultando difícil, exigiendo adaptación y dedicación. Responsabilidad y tarea tanto dura como estresante.

Nos preguntamos cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y la asistencia del cuidador, que intenta fomentar un entorno seguro, como un profesional. Su vínculo con el paciente suele hacerle superar los problemas, frustraciones, desánimos... Las nuevas responsabilidades generan más carga y puede adaptarse a la situación ofreciendo seguridad y confort, o no hacerlo surgiendo problemas que ponen en riesgo la seguridad del paciente, motivo por el que se realizó este estudio.

Objetivos

Valorar la percepción de personal de enfermería sobre la seguridad del paciente ante los cuidados de un cuidador principal informal.

Metodología

Realizamos una encuesta al personal de enfermería de diferentes áreas de trabajo. Obtuvimos datos a través de las respuestas de estos profesionales, que están muy familiarizados con la gran variedad de cuidadores existentes.

Resultados

El personal de enfermería encuestado afirmó que los cuidadores:

- Mejoraban la asistencia, si conocían la enfermedad y sabían pedir ayuda obteniéndola de forma sencilla (96%). Al final de la encuesta, después de haber hecho reflexionar sobre el tema, se realizó la misma pregunta y esta respuesta cambió (89%).
- Eran familiares a veces (57%) o siempre (43%) y podían existir problemas económicos para realizar esa labor asistencial (100%).
- Mantenían la seguridad a veces (54%) o siempre (12%) y podían tener dudas sobre la forma correcta de actuar (100%).
- Podía deteriorarse su salud (100%) pudiendo tener que tratarse para sobrellevar la situación (100%) y mantener la seguridad del paciente. Los cambios en su vida y salud, podían afectar al modo en que interpretaba los síntomas del paciente siempre (86%) o a veces (14%) y ponen en riesgo la seguridad siempre (71%) o a veces (29%).
- No colaboraban en mantener la seguridad (79%), por falta de conocimientos (71%), implicación (46%) y otras (25%).

Los encuestados opinaron que podían ofrecer apoyo, para evitar el síndrome de sobrecarga y como resultado, mantener una correcta seguridad del paciente (100%).

Conclusiones

Valorando la percepción de los profesionales de enfermería, llegamos a las conclusiones, que los cuidadores suelen mantener la seguridad del paciente, pero, debido a los cambios en su vida y salud, dudas que les surgen... a veces necesitan tratamiento y siempre el apoyo del personal sanitario para mantener esta seguridad.

COMPARACIÓN DE DOS VERSIONES DE ENCUESTAS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD

Autores: BLANCO ESPESO T, SÁNCHEZ DEL MORAL R, LÓPEZ MANCHA MT, SÁNCHEZ GÓMEZ E

Palabras clave: AHRQ, Cultura de seguridad, Seguridad del paciente, SOPS

Introducción

El análisis del clima de seguridad permite detectar áreas de mejora y puntos débiles de un servicio clínico para implantar medidas de mejora y garantizar una atención segura y de calidad a los pacientes. Las encuestas diseñadas por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)(SOPS®) son una herramienta para cumplimentar por el personal sanitario sobre las medidas a su disposición para garantizar la seguridad del paciente.

Objetivos

Analizar y comparar los resultados de las versiones (v1; v2) en español de las encuestas SOPS® del ámbito hospitalario realizadas en un servicio de farmacia hospitalaria para comprobar si ambas versiones son equivalentes.

Metodología

Estudio descriptivo realizado durante septiembre de 2021. El personal de farmacia fue invitado a rellenar anónimamente las versiones SOPS®,v1 fue cumplimentada dos semanas antes que v2.

Las encuestas engloban diferentes tipos de medida: preguntas sencillas y compuestas (≥ 2 preguntas que tratan sobre la misma dimensión). V1 cuenta con 45 preguntas agrupadas en 12 mediciones compuestas mientras que v2 tiene 34 agrupadas en 10. Se compararon las medidas compuestas similares y dos preguntas simples.

Los resultados de las encuestas se analizaron en excel, siguiendo la guía de preguntas y medidas compuestas de la AHRQ.

En las medidas compuestas se consideró punto fuerte si al menos el 75% de las respuestas fueron positivas y área de mejora si el 50% fueron negativas.

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó la aplicación Adb estadística®. Se realizó una prueba de hipótesis de dos proporciones, cuyas hipótesis fueron: $H_0: p_1 - p_2 = D$ y $H_a: p_1 - p_2 \neq D$, siendo $D=0.05$ con un $\alpha=0,05$.

Resultados

El personal de farmacia lo constituyen 46 profesionales. La tasa de respuesta fue 95% en v1 y 85% en v2.

Resultados de las medidas compuestas analizadas v1 versus v2:

- Trabajo en equipo: 69%; 62%.
- Personal y ritmo de trabajo: 38%; 27%.
- Aprendizaje organizativo y mejora continua: 51%; 47%.
- Respuesta al error: 39%; 38%.
- Apoyo del supervisor, director o líder clínico en la seguridad del paciente: 64%; 65%.
- Comunicación de errores: 47%; 46%.
- Comunicación transparente: 57%; 53%.
- Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente: 38%; 48%.
- Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente: 37%; 24%.
- Intercambio de información en traslados y cambios de turno: 29%; 26%

Número de eventos comunicados v1 versus v2 fueron: cero (69%; 62%), 1-2 (21%; 18%), 3-5 (7%; 10%), 6-10 (3%; 0%), ≥ 11 (0%; 3%). Valoración de la seguridad del paciente v1 versus v2: muy buena (48%; 31%), aceptable (43%; 49%), mala (9%; 15%), muy mala (0%; 5%).

Conclusiones

De las 10 medidas compuestas comparadas, sólo en notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente las diferencias observadas no se deben al azar.

No se detectó ninguna fortaleza y las áreas de mejora encontradas son similares en ambas versiones.

Con los datos obtenidos se puede concluir que las dos versiones son equiparables.

ANÁLISIS DE EXTRAVASACIONES DEL MEDIO DE CONTRASTE: CARACTERÍSTICAS Y FACTORES INFLUYENTES

Autores: VÁZQUEZ GONZÁLEZ A, DÍAZ PÉREZ MR, MORALES PÉREZ JM, PÉREZ LLORENTE MA, GALLEGO GALLEGO P, MARTÍNEZ CHECA MI

Palabras clave: Extravasación, Riesgo, Prevención, Pruebas radiológicas

Introducción

Desde la puesta en marcha del registro de extravasaciones en mayo de 2022 las notificaciones se han ido cumplimentando. Esta práctica ya está implantada con alta de aceptación de los profesionales. Queremos ir más allá y conocer si existen algunos factores que aumenten la probabilidad de que aparezca, y conocer la evolución de los pacientes.

Objetivos

- Exportar los datos del registro de extravasaciones para conocer las características de estos eventos.
- Relacionar las variables estudiadas para conocer si existe relación entre ellas
- Realizar un seguimiento de la evolución del paciente.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal y analítico con el programa SSPS 28.0. Periodo de estudio de mayo de 2022 hasta marzo 2023.

Variables: edad, en tratamiento para quimioterapia, tipo de estudio solicitado, localización de vena canalizada, grosor del catéter, dificultad para la canalización de la vía, comprobación previa de la permeabilidad de la vía, tipo de contraste, volumen previsto de contraste administrado, velocidad de infusión en ml/seg, cantidad aproximada de contraste extravasado (c.c.), sintomatología.

Seguimiento telefónico de los pacientes.

Resultados

Total de estudios realizados en ese periodo: 58.105. Número de extravasaciones registradas: 64. Correspondería al 0,11%.

Edad media: 64,25 años. Tratamiento Quimioterapia: 17,2% sí. Tipo de Estudio: TC 81,3%. Localización de la vena: mano 14,1%, antebrazo 43,8%, flexura 42,2%. Calibre catéter: nº20: 29,7%, nº22: 57,8%, nº24: 12,5%.

Dificultad en la canalización: 43,8% sí. Comprobación permeabilidad de: 100%. Cantidad media extravasada: 36,8ml. Velocidad de infusión: 3ml/seg, el 48,4%, seguido por 2ml/seg el 34,4%.

No existen relaciones entre las variables excepto calibre de catéter con velocidad de infusión.

Conclusiones

Resultados muy similares al estudio piloto que realizamos cuando implantamos el registro. La mitad de los profesionales tuvieron dificultad para canalizar la vía, la velocidad de infusión predominante no es demasiado alta, tenemos que tener esto en consideración porque sí que existe relación entre calibre del catéter y velocidad de infusión, para evitar problemas de seguridad. El seguimiento telefónico se realizó después del estudio piloto, a la mitad de los pacientes de esta muestra, y en todos la evolución fue favorable, no tuvieron complicaciones con una resolución entre 2 y 3 días.

NIVELES DE REFERENCIA DIAGNÓSTICOS PARA PROCEDIMIENTOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Autores: REGUILÓN MARTÍN A, GUTIÉRREZ RUIZ M, ALONSO MURIEDAS J, CAMACHO DE LA VEGA G, MARQUES FRAGUELA E, FERREIROS VÁZQUEZ N, RODRÍGUEZ COBO C

Palabras clave: Tomografía computarizada, Niveles de referencia, Dosis

Introducción

En las exposiciones médicas, tanto el riesgo como el beneficio se miden en términos de salud. No se establecen límites de dosis al paciente, pero debe asegurarse la optimización de la protección radiológica. El Real Decreto 601/2019 sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes en exposiciones médicas exige la necesidad de establecer Niveles de Referencia Diagnósticos (NRD) como herramienta para optimizar la protección de pacientes sometidos a procedimientos de diagnóstico e intervencionismo.

Objetivos

El objetivo es establecer los NRDs locales de los procedimientos de tomografía computarizada (TC) más frecuentes y compararlos con los NRDs nacionales, proporcionados en el proyecto DOPOES II, y europeos, proporcionados en RP180.

Metodología

El indicador de la dosis de radiación empleado es el producto dosis-longitud (PDL), de acuerdo con el protocolo IAEA TRS-457. El PDL es el principal indicador del riesgo radiológico en TC y tiene en cuenta la influencia de la configuración de los protocolos y de la longitud de las exploraciones. El PDL es automáticamente extraído de las cabeceras de las imágenes o de los informes estructurados de la dosis de radiación DICOM y registrados por el Sistema de Información Dosimétrica de Cantabria (DISCA) basado en la plataforma Radimetrics de Bayer.

Se determinan los NRDs locales de los procedimientos más frecuentes realizados en 2021 en 8 equipos TC de diferentes fabricantes (GE, Philips, Siemens y Canon) siguiendo la metodología propuesta en la publicación ICRP-135 (como el tercer cuartil de la distribución de las medianas del PDL).

Los NRDs locales (NRD-CA) establecidos se comparan con los NRD nacionales (NRD-ES) y europeos (NRD-UE).

Resultados

Los NRD-CA en TC Craneal, Abdomen, Abdomen-Pelvis, Tórax-Abdomen, Tórax, Lumbosacra y Arterias-Coronarias son más bajos que los NRD-ES y los NRD-UE, excepto los correspondientes a TC Craneal, TC Colonoscopia Virtual y UroTC. Los dos primeros superan los NRD-ES, pero se mantiene por debajo de los NRD-UE. El NRD-CA del procedimiento de UroTC supera tanto los NRD-ES como los NRD-UE, debido a una duración excesiva de las exploraciones.

Conclusiones

Se han establecido los NRD-CA y se han comparado con los NRD-ES y NRD-UE, los resultados de esta comparación muestran que la mayoría de procedimientos están en un nivel de optimización similar al resto de los hospitales españoles participantes del proyecto DOPOES II. El resto de procedimientos se beneficiarían de un proceso de optimización adicional para situarlos por debajo de los NRD-ES.

DETECCIÓN DE ERRORES DURANTE EL PROCESO DE CODIFICACIÓN DE EPISODIOS HOSPITALARIOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DE PACIENTES

Autores: FERRETE GORDILLO IC, GUERRERO LÓPEZ J, IRALA PÉREZ FJ, OBALLE GARCÍA PA

Palabras clave: Notificación, Riesgos, Aprendizaje

Introducción

La Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, el Área 4 Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria. Las Tecnologías de la Información Sanitaria son la base de una asistencia sanitaria segura y de calidad, pero al mismo tiempo introducen riesgos capaces de alcanzar al paciente y provocarle algún daño.

La detección de errores en la historia clínica y el estudio detallado de los registros electrónicos de episodios hospitalarios pueden permitir la detección de incidentes y aumentar el conocimiento que nos permita mejorar la seguridad de pacientes.

Objetivos

Detectar errores durante el proceso de codificación de episodios de Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico y Médico, que pueden llegar a producir incidentes relacionados con la seguridad en pacientes.

Metodología

Se realizó formación periódica y específica del personal Técnico en Documentación Sanitaria sobre Seguridad de Pacientes, y durante el proceso de codificación de episodios hospitalarios se revisaron, analizaron, registraron y notificaron los incidentes detectados. Los episodios correspondían a Hospitalización, Hospital de Día Médico y Quirúrgico de 2021 y 2022 (39.036 episodios). Equipo formado por 3 Técnicos en Documentación Sanitaria y un Médico de Admisión y Documentación Clínica.

Resultados

Durante los años 2021-2022 se detectaron 1.737 errores, de los cuales el 58.5% estaba relacionado con la falta de informe clínico al alta, reduciéndose tras la notificación en un 27.9%. El 18.7% de los errores correspondían a Tipo de alta errónea, figuraban como curación/mejoría y en realidad eran traslados a otros centros, exitus o altas voluntarias. También se detectaron errores relacionados con ingreso: 9.2% y errores en la asignación del servicio de alta: 6.9% (Ginecología/Obstetricia, Obstetricia/Pediatría).

Otros errores estaban relacionados con datos erróneos en el informe de alta (1.2%) y errores de lateralidad en Traumatología y Oftalmología (0.9%). En 3 episodios se detectaron errores de identificación de pacientes.

Relacionados directamente con aplicaciones informáticas: duplicidad de episodios, informes de urgencias que no aparecen el Historia Clínica, episodios en centro desconocido y estancia negativa de episodios (7.8%).

Conclusiones

- La detección de errores durante la codificación de episodios hospitalarios, permite corregir fallos que pueden llegar a provocar incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.
- El 20.1% de los errores encontrados podrían producir algún tipo de incidente relacionado con la seguridad de pacientes.
- El 90.8% de los errores detectados podría originar una reclamación de pacientes.
- Un 7.8% de los errores detectados estaba relacionado directamente con la aplicaciones informáticas.

PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RESONANCIA MAGNÉTICA

Autores: MORALES PÉREZ JM, VÁZQUEZ GONZÁLEZ A, MUÑOZ CELADA MM, QUESADA MUÑOZ FR, CLAUDIO FERNÁNDEZ E, CASTELL MONSALVE FJ

Palabras clave: Resonancia magnética, Seguridad, Protocolo

Introducción

Tras 20 años de predominancia de la RM de 1,5 Tesla en nuestra Unidad, en vísperas de la adquisición de dos máquinas de 3T, planteamos la necesidad de revisar los criterios de seguridad en un servicio radiológico de gran complejidad (más de 300 profesionales y con una elevada dispersión geográfica).

Objetivos

1. Crear un documento donde se resuman los criterios de seguridad, analizándolos mediante un protocolo actualizado que ayude a identificar los riesgos y a establecer medidas preventivas para minimizarlos.
2. Difundirlo a todos los profesionales de nuestra área hospitalaria que intervienen en el proceso de diagnóstico por la imagen.

Metodología

1. Se creó un grupo de trabajo específico durante los meses de Febrero y Marzo 2022 integrado por todas las categorías profesionales, y consensado con las unidades peticionarias cuyos pacientes portan dispositivos de riesgo.
2. Se envió el documento para su aprobación al responsable de Electromedicina del centro, difundiéndose a todo el personal de la unidad a través de nuestros métodos de comunicación interna (sesiones clínicas presenciales y online, inclusión en el área privada de la intranet, colocación resumen/algoritmo en cada sala y envío vía email), y personal del centro hospitalario (a los responsables de UGC vía email y ubicado en la intranet, área externa).

Resultados

El protocolo consta de las siguientes secciones:

1. BLOQUE INTRODUCTORIO (¿Cómo afectan el helio y los campos magnéticos al paciente? ¿Cómo debe ubicarse la sala de RM y cuáles deben ser los controles previos? ¿Cómo se clasifican los diferentes dispositivos en términos de seguridad? ¿Cuáles deben ser las medidas preventivas a la llegada del paciente? ¿Quiénes presentan mayor riesgo y cómo debe actuarse ante ellos?).
2. MONITORIZACIÓN E INDICADORES.
3. ACTUACIÓN ANTE DISPOSITIVOS E IMPLANTES: Desarrollamos dos tablas (1,5T y 3T), en las que de una forma rápida pueden consultarse las generalidades sobre los diferentes tipos de dispositivos e implantes, clasificándolos preliminarmente como seguros, condicionales o prohibidos. Incluimos, tras aquellas, una lista de anexos en las que se amplía información particularizada sobre cada uno de aquellos.
4. PROTOCOLOS INTERNOS: consensados con las unidades de arritmias, neurocirugía y anestesia de nuestro centro, ilustran sobre los circuitos de citación y exploración establecidos para pacientes que portan dispositivos potencialmente peligrosos.
5. DECÁLOGO DE SEGURIDAD
6. RECOMENDACIONES modificación Consentimiento Informado

Conclusiones

Consideramos crucial la difusión, comprensión y el conocimiento de cuáles son estos riesgos y cómo evitarlos, desarrollamos exhaustivamente en el presente documento, y cuya adhesión al procedimiento será rutinariamente monitorizada dentro de los indicadores de nuestro cuadro de mandos.

IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE SEGURIDAD ON LINE EN SALAS DE PRUEBAS DE RADIODIAGNÓSTICO

Autores: PÉREZ LLORENTE MA, ALOST MARÍN PJ, VÁZQUEZ GONZÁLEZ A, HERNÁNDEZ GALLEGO FJ, PÉREZ FERRETE JM, BREA FRANCO P

Palabras clave: Seguridad, Verificación, Radiodiagnóstico

Introducción

En servicios de Radiodiagnóstico es necesario protocolizar técnicas y cuidados para disminuir la variabilidad y actuar según recomendaciones sobre buenas prácticas. La elevada cantidad de profesionales (más de 315), y su gran dispersión geográfica (68 salas), plantean como un reto la estandarización de prácticas y cultura de seguridad en nuestro contexto.

Objetivos

Implantar un checklist diario on line previo al inicio de la jornada. Conocer la adherencia de los profesionales a esta práctica.

Metodología

Se realizó un plan de trabajo durante los meses de Marzo Abril y Mayo de 2022. Se desarrolló en distintas fases:

1. Proceso reflexivo y puesta en común de los responsables/ gestores sobre la necesidad de las revisiones.
2. Identificación de los aspectos más críticos que precisan una realización óptima y segura
3. Realización del registro on line con el apoyo de servicio de informática en el espacio privado dentro de la intranet del centro.
4. Difusión de la implantación a través de sesión informativa presencial y a través de mensajería instantánea y correo corporativo.
5. Evaluación piloto de la implantación del registro a fecha de septiembre 2022

Resultados

1. Creación de un registro on line en cada sala con los aspectos de seguridad que hemos detectado que no se realizaban correctamente y que presentaba más variabilidad en su práctica. Cada aspecto/pregunta presenta un campo cerrado con tres opciones (si, no, no aplica) y finalmente un campo abierto de observaciones.

- Calibración del equipo
- Impresión de listado de trabajo
- Preparación de la Bomba de Infusión
- Verificación buen funcionamiento de aspirador y toma de oxígeno
- Comprobación sellado del carro de Paradas
- Estocaje de medicación de emergencia (Actocortina IV) (Dexclorfeniramina o Polaramine IV), (Atropina IV) (Adrenalina IV) (Urbason IV)
- Comprobar que la sala esté en orden

2. Adherencia: variabilidad de datos de cumplimentación según salas. Salas de TC y ecografía mejores datos de registros que en salas de RM.

Conclusiones

Elevada aceptación de esta buena práctica, en todos los aspectos que se han incluido en el registro, resaltando el sellado de los carros de paradas (ocho en nuestro ámbito), que era un aspecto que no conseguíamos normalizar. No obstante, hay salas donde el registro no se realiza diariamente, ante esta situación hemos decidido incluirlo en los objetivos individuales de los profesionales del año 2023, e incluir evaluaciones periódicas semestrales de resultados para obtener una monitorización continua.

INTERVENCIÓN FORMATIVA EN UN ÁREA DE SALUD PARA FOMENTAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

Autores: PINO MERLO G, MARTÍN DÍAZ M, MUÑOZ PEREGRINA S

Palabras clave: Mejora de la calidad, Gestión de incidentes, Formación, Notificación

Introducción

Los sistemas de notificación de incidentes son herramientas cruciales para la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria. Estos sistemas permiten a los profesionales de la salud informar de forma confidencial y segura sobre eventos adversos, eventos centinela y otros incidentes que ocurren en la práctica clínica diaria. Se fomenta la cultura de seguridad del paciente y el aprendizaje organizacional. Los profesionales de la salud pueden compartir experiencias y lecciones aprendidas para la mejora de la Calidad asistencial.

El sistema de notificación de incidentes de Andalucía (notificASP) se puso en marcha como respuesta a los objetivos planteados por la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Área de Gestión Sanitaria donde trabajamos, está formada por 10 Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, 10 hospitalarias y 3 intercentros. En el año 2021 se recibieron sólo 57 notificaciones de incidentes a través de notificASP en todo el Área. Además, se percibió un desconocimiento frecuente del sistema de notificación entre los profesionales, mayor en Atención Primaria que en el Hospital.

Se proyectó una actividad formativa para resolver este déficit.

Objetivos

- Divulgar entre los profesionales el sistema de notificación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.
- Identificar los riesgos comunes que pueden derivar en incidentes.
- Fomentar la cultura de seguridad del paciente

Metodología

Se diseñó una actividad formativa acreditada sobre el sistema de notificaciones y la cultura de seguridad, que fue impartida presencialmente por el responsable de seguridad del paciente en las Unidades de Gestión Clínica del Área. Se realizó en 8 Unidades de Atención Primaria y en 2 de Hospital; también se dio una sesión a los residentes de nueva incorporación y un taller para los gestores locales, solventando las dudas en la resolución de estas notificaciones. Las sesiones presenciales tuvieron una alta tasa de asistencia y la mayoría de los profesionales mostraron un elevado nivel de interés y participación identificando problemas comunes.

Resultados

En el año 2022 se realizaron 106 notificaciones, que supone un aumento del 85% con respecto al año anterior. En el año 2023 continúa la misma tendencia, con 28 notificaciones en el primer trimestre.

Conclusiones

Las sesiones formativas son bien acogidas por los profesionales siendo útiles para fomentar la cultura de seguridad, identificar problemas comunes y actualizar los conocimientos de estos profesionales sobre el sistema de notificación de incidentes, elementos claves para una mejora de la calidad asistencial.

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS SEGUROS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE LA PRIMERA OLA DE COVID-19

Autores: MOYA SUÁREZ AB, MORALES ASECIO JM, SEPÚLVEDA SÁNCHEZ JM, ARANDA GALLARDO M, MORA BANDERAS AM, CANCA SÁNCHEZ JC

Palabras clave: Eventos adversos, Cuidados seguros, Covid-19

Introducción

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de pandemia global por COVID-19. Más de dos años y medio después se han declarado más de 617 millones de casos en todo el mundo con un total de 6.531.048 de fallecidos. Gracias a las medidas sociales y de protección personal adoptadas y a la eficacia de la vacunación, los casos, hospitalizaciones y muertes han ido decreciendo en todo el mundo. Sin embargo, durante los primeros meses de pandemia principalmente, los sistemas sanitarios se vieron altamente tensionados requiriendo unos elevados niveles de exigencia sin precedentes que obligó a la adopción de múltiples intervenciones de contingencia. España fue uno de los países más afectados, con una seroprevalencia estimada del 5%. Además, hubo que sumar la elevada incidencia de profesionales con la infección que previo al 11 de mayo de 2020 ya contaba con 40.961 casos de infectados generando serias dificultades de cobertura para ofrecer una atención sanitaria de calidad. Es conocida la asociación entre el déficit de enfermeras y la aparición de eventos adversos, y algunos estudios ya apuntan a la existencia de infradotación de plantillas en el curso de la atención a la pandemia. Además, la situación de aislamiento en los pacientes COVID-19 produce una minimización de la frecuencia de contactos con el paciente, sobre todo de las enfermeras, incrementando los eventos. Todos estos factores pueden haber contribuido a un aumento de los eventos adversos, sobre todo en los pacientes con COVID-19, aunque no hay estudios hasta la fecha que hayan constatado esta posibilidad.

Objetivos

El principal objetivo de este estudio fue determinar si la situación de adaptación y desafíos de la atención generada por la pandemia podía suponer una mayor probabilidad de desarrollar eventos adversos relacionados con los cuidados seguros en los pacientes hospitalizados con diagnóstico clínico de infección por COVID-19.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de cohortes sobre los pacientes adultos que estaban ingresados en unidades de hospitalización y en la unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario público de agudos con una consolidada cultura en seguridad del paciente. Todos los pacientes hospitalizados fueron sometidos a cribado para descartar infección mediante evaluación de síntomas y confirmación clínica mediante test de PCR. La cohorte de pacientes estaba distribuida en dos grupos en función de la exposición a la infección confirmada y aquellos pacientes hospitalizados sin diagnóstico clínico de la infección. El estudio se desarrolló en los meses comprendidos entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2020, coincidiendo con el primer período de la epidemia declarada en España. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente que recogía información detallada sobre el episodio de ingreso. Las cohortes fueron seguidas hasta el alta hospitalaria. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del centro. Se recopilaron características de los pacientes para ajustar los análisis en función de la edad, sexo, comorbilidades, nivel funcional y cognitivo, estado nutricional y tipo de unidad en la que estuvo ingresado. El resultado primario fue tener cualquier evento adverso prevenible relacionado con los cuidados seguros como úlceras por presión, flebitis, caídas, extravasaciones de vías venosas, lesión de presión resultante del uso de dispositivos y la retirada no programada de dispositivos. Se estimó una muestra de 514 sujetos para obtener una óptima potencia estadística. Se llevó a cabo análisis bivalente mediante pruebas de chi cuadrado con corrección de Fisher y pruebas de t de Student/U de Mann Whitney o prueba de diferencia de medianas con estimación de Hodges-Lehman, para las comparaciones de variables cuantitativas entre los dos grupos (expuestos y no expuestos), en función de las distribuciones que permitieron análisis paramétricos o no. Se calculó la OR

cruda y ajustada de los eventos adversos en estudio mediante modelos de regresión logística. Se introdujeron como predictores aquellas variables que en los análisis bivariantes mostraron una asociación significativa. Todos los análisis se establecieron con un umbral de significación de $p = 0.05$. Todos los análisis fueron realizados con SPSS 25.

Resultados

Los pacientes hospitalizados con COVID-19 eran significativamente más jóvenes, con una estancia superior y con menos comorbilidades, aunque con mayor mortalidad que los pacientes hospitalizados sin la infección (OR: 2.2 95%CI: 1.2 - 4.3). Ambos grupos tenían un riesgo similar de desarrollar úlceras por presión durante su estancia, sin embargo, los pacientes sin COVID-19 presentaban un mayor riesgo de caídas (OR: 2.8; 95% CI: 1.3 - 5.9). El evento adverso más frecuente fue la retirada no programada de dispositivos (44.4%; $n = 119$), seguida de las extravasaciones de catéteres (24.3%; $n = 65$), flebitis (11.6%; $n = 31$), úlceras por Presión (11.6%; $n = 31$), y caídas (4.1%; $n = 11$). La incidencia de eventos adversos fue mayor entre los pacientes hospitalizados con la infección, 44 (46.3%) frente a los pacientes que no presentaban la infección, 136 (25.9%) (OR cruda: 2.5; 95% CI: 1.6 to 3.9; $p < .001$). En el análisis multivariante de regresión logística tras introducir todas las variables que pudieran influir en el desarrollo de eventos adversos, salvo el riesgo de caídas, todas los demás predictores mostraron asociación significativa, siendo la presencia de COVID-19 el factor con mayor riesgo para la presentación de eventos adversos (OR ajustada: 3.6; 95% CI 2.2 - 6.0).

Conclusiones

Los pacientes con COVID-19 presentan un mayor riesgo de padecer eventos adversos durante el ingreso hospitalario. La pandemia ha puesto de manifiesto como la cultura de prevención de errores ha pasado a un segundo plano dejando al descubierto diversas condiciones latentes. Se necesitan establecer defensas más sólidas capaces de afrontar de forma eficiente los diferentes desafíos ante un entorno cambiante de alta incertidumbre.

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE AZITROMICINA A LAS GUÍAS TERAPÉUTICAS ANTIMICROBIANAS LOCALES

Autores: ÁLVAREZ FERNÁNDEZ MA, VIGO ORTEGA R

Palabras clave: Azitromicina, Prescripción, Inadecuación, Usos terapéuticos, Medicamentos

Introducción

Azitromicina es un antibiótico indicado para el tratamiento de infecciones respiratorias. A raíz de la pandemia del COVID-19 fue utilizada como profilaxis de infecciones virales severas del tracto respiratorio reforzando la eficacia de la hidroxicloloroquina. Posteriormente, ha habido un aumento de su prescripción que no se ajusta a las guías locales de referencia: Guía Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe y Guía para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas del Hospital Universitario Virgen del Rocío (PRIOAM). Como consecuencia, aumenta el riesgo de favorecer la aparición de resistencias a azitromicina, empeorando la situación que padecemos en relación a la falta de antibióticos activos frente a un número cada vez mayor de bacterias.

Objetivos

Evaluar las prescripciones, tanto de atención primaria como de hospital, y detectar aquellas que no se ajustan a las indicaciones de la Guías locales correspondientes.

Metodología

Se extrajeron los datos de las prescripciones de azitromicina de pacientes adultos correspondientes a los meses de octubre 2022 a enero 2023, ambos inclusive, de nuestro distrito. Se analizó en la historia clínica el diagnóstico y la prescripción de cada paciente y se evaluó si la prescripción se ajustaba a las indicaciones de las guías locales de referencia.

Resultados

Se revisaron 50 prescripciones. El 100% de las prescripciones de azitromicina no se ajustan a ninguna de las dos guías locales. El 40% de los tratamientos corresponden al diagnóstico de exacerbaciones de EPOC, que en la mayoría de los casos no se ha informado el cumplimiento de los criterios de Anthonisen. El 15% corresponde a bronquiectasias sin análisis del esputo y aun así las prescripciones corresponden al diagnóstico de bronquiectasias con colonizaciones por *P. aeruginosa*. El 15% de las prescripciones corresponden a profilaxis a pacientes trasplantados de pulmón; esta indicación no está contemplada en la guía PRIOAM. El 38% corresponde a prescripciones inducidas desde los hospitales, que los médicos de Atención Primaria continúan renovando.

Conclusiones

Este estudio pone de manifiesto el desconocimiento por parte de los prescriptores de la necesidad de que sus prescripciones de antimicrobianos se ajusten a las guías farmacoterapéuticas antimicrobianas locales, porque estas recogen los tratamientos para las infecciones de los microorganismos prevalentes en la zona, con lo que se intenta evitar el incremento de las resistencias. Como consecuencia, se hace necesario realizar acciones formativas que promuevan la adherencia a estas guías por parte de los profesionales a todos los niveles, primaria y especializada.

UTILIZACIÓN DE UN BUSCADOR DE FÁRMACOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA SELECCIÓN DEL DONANTE DE SANGRE

Autores: GIMÉNEZ RICHARTE A, ORTIZ DE SALAZAR MARTÍN MI, CLAVIJO C, COLLADO CEBRIÁN M, FERNÁNDEZ RUIZ A, ARBONA CASTAÑO C

Palabras clave: Buscador farmacos, Selección donante, Seguridad transfusional

Introducción

En el proceso de selección de donantes es importante garantizar la seguridad de la sangre y componentes sanguíneos. La ingesta de fármacos puede influir en la calidad y seguridad de dichos componentes y la gran cantidad de fármacos y marcas comerciales existentes en el mercado dificulta y enlentece la correcta selección del donante por parte del entrevistador.

Objetivos

1. Facilitar la labor del entrevistador que realiza la selección del donante
2. Establecer criterios homogéneos de actuación frente a la decisión de aceptar o rechazar al donante.

Metodología

Se ha desarrollado un buscador en una hoja de Microsoft Excel (Microsoft Office 2019) utilizando tablas y fórmulas de búsqueda.

El buscador de fármacos recoge la siguiente información: nombre comercial, principio activo, afectación de la función plaquetaria, tiempo de afectación de la función plaquetaria, actitud ante la donación de sangre (aceptación/exclusión), tiempo de exclusión y observaciones. Esta información se ha obtenido a partir del manual Criterios básicos para la selección de donantes de sangre y componentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, estándares CAT 5ª edición, Guía del Consejo de Europa para la preparación de componentes sanguíneos (19 edición), página web transfusionguidelines.org, propiedades farmacocinéticas recogidas en fichas técnicas y tiene en cuenta la posibilidad de discontinuar o no el tratamiento.

Resultados

Se han incluido un total de 524 fármacos (164 principios activos diferentes) y 32 categorías genéricas. 234 fármacos afectan a la función plaquetaria. 160 fármacos son causa de exclusión del donante (32 de forma definitiva y 128 de forma temporal). 16 fármacos condicionan que únicamente el CH tenga uso transfusional.

Para la búsqueda de un fármaco, se introduce el nombre comercial o el principio activo en el campo correspondiente. El buscador es válido introduciendo sólo uno de los dos campos citados. Tras la introducción del fármaco, el entrevistador pulsa "Intro" y automáticamente aparecen los datos que informan de si el donante debe ser aceptado, rechazado, si la ingesta de este fármaco afecta a la producción de plaquetas y tiempo que debe transcurrir tras dicha ingesta. Ejemplo: se introduce Fármaco: Tacrón y aparece la siguiente información: Principio activo: Naproxeno / Actitud donación sangre total: Aceptar si causa que motiva el tratamiento es OK / Duración de la exclusión: - / Observaciones - / ¿Afectación plaquetaria? Si / Tiempo afectación: 5 días

Conclusiones

La utilización de este buscador ha facilitado el adecuado proceso de selección del donante garantizando la seguridad de la sangre obtenida y ha permitido utilizar criterios homogéneos entre los diferentes entrevistadores con lo que se ha conseguido una mejor estandarización de la selección de donantes en relación con la ingesta de fármacos.

RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. IMPORTANCIA DEL CUIDADO Y LA SEGURIDAD DEL ADULTO MAYOR

Autores: MILLÁN REYES MJ, PEINADO MEDINA M, AIBAR ALMAZÁN A

Palabras clave: Riesgo de caídas, Seguridad, Adulto mayor, Intervención, Programa de ejercicio, Prevención

Introducción

La seguridad y la calidad de los cuidados de las personas cada vez genera un mayor interés tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios. Al fomentar una cultura de seguridad, se genera un aumento en la calidad asistencial y una disminución de los costes sanitarios. En este sentido, la prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería. Las caídas son definidas como sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga. Todo esto conlleva a la necesidad de elaborar programas de prevención e intervención para disminuir el número de caídas, de las lesiones derivadas de las mismas y del coste sanitario, por lo que es necesario elaborar un protocolo que ayude a los profesionales sanitarios a identificar los pacientes en riesgo.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue investigar los efectos de un programa de ejercicio de fuerza sobre el equilibrio en personas mayores de 65 años.

Metodología

Un total de 28 personas participaron en este estudio. Se realizó un programa de ejercicios de fortalecimiento a un grupo durante doce semanas, y se comparó con un grupo control que no realizó ningún tipo de intervención. El riesgo a caerse se midió con la escala de Tinetti, para la valoración de la marcha y el equilibrio. A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12, para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones evalúa el riesgo de caídas.

Resultados

Después de realizar la intervención de doce semanas, pudimos observar que el riesgo a caídas disminuyó significativamente ($p < 0.005$) en las personas involucradas en el estudio con respecto al grupo control, el cual se mantuvo.

Conclusiones

Un programa de ejercicios de fuerza en personas mayores de 65 años, minimiza el riesgo de caerse, por lo que habría que potenciar en el sistema sanitario este tipo de actividades para fomentar la seguridad de los pacientes.

Índice autores

ABAD QUEROL J.....	27, 73
AIBAR ALMAZÁN A	114
ALAOUI BENABDERRAHMAN N	16
ALMANSA LÓPEZ JF	81
ALONSO LÓPEZ L.....	34
ALONSO MURIEDAS J.....	7, 105
ALOST MARÍN PJ	108
ALOST-MARÍN PJ.....	44
ÁLVAREZ FERNÁNDEZ MA.....	112
ÁLVAREZ LEÓN E.....	33
AMOR RAMOS MA.....	92
ANAYA ORDÓÑEZ S	90
ANGULO PAIN E.....	81
APARICIO DE LA TORRE P.....	89
ARANDA GALLARDO M	110
ARANDA MORA A	85
ARAQUE PERAGÓN MC	14
ARAQUE SÁNCHEZ L	40
ARBONA CASTAÑO C	113
ARES CARRASCO L	76
ARJONA FERNÁNDEZ R	59
ARNALDOS ESTEBAN M.....	65
ARNEDO K.....	69
AROCA AGUILAR EM.....	3
ARREBOLA MM	57
ARROYO BERMÚDEZ M	66
ARTACHO REINOSO MJ.....	38
AYALA MAQUEDA MR.....	26
AZNAR GARCÍA M.....	22, 71
AZNAR MÉNDEZ R.....	81
BAÑOS ÁLVAREZ E	42
BAREA RODRÍGUEZ MD.....	86
BARRANCO RUBIO A	86
BARROSO GARCÍA P	82
BARROSO GUTIÉRREZ C	97
BECERRA MALDONADO F	20
BELTRÁN JIMÉNEZ L.....	91
BENÍTEZ MUÑOZ HM.....	85
BLANCO ESPESO T.....	102
BOLÍBAR RIBAS I.....	99
BONACHELA MORALES P.....	40
BORGES N.....	69
BOSCA MAYANS CH.....	75
BOTO PÉREZ J.....	51
BOYER POSADAS R.....	20
BREA FRANCO P	108
BRETONES PEDRINACI JI.....	22
BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA E...	42
BRUZÓN AGUILERA E.....	100
BRUZOS LÓPEZ D	31
BUJALANCE HOYOS J.....	49, 55, 88
BURGOS GABRIELE N.....	23
CABELLO DOMÍNGUEZ M.....	55
CABRERA MUÑOZ S.....	86
CALLEJÓN GARCÍA M.....	22
CALVO BONACHERA MD	6
CAMACHO DE LA VEGA G	7, 105
CANCA SÁNCHEZ JC.....	110
CANDELAS GARCÍA-CERVIGÓN Y	10
CANO MARTÍNEZ G.....	53
CANTO MANGANA J.....	71
CAÑADO GÓMEZ Y	75
CAÑAS TORNERO F.....	92
CAÑETE PÉREZ LASTRA G.....	85
CAPARRÓS ANDÚJAR A	83
CAPARRÓS BELMONTE J.....	63, 74
CARAVACA CRESPO C.....	94
CARBALLO HECHAVARRÍA BL.....	100
CARMONA MOZOTA M	65
CARRANZA PINEL A.....	15
CASTELL MONSALVE FJ.....	107
CASTIGLIA SOLÉ JA.....	47
CASTRO CAMPOS JL.....	72
CASTRO VIDA MA	2, 71
CAZALLA DE LA CÁMARA I	59
CHICA SÁEZ V	18
CLAUDIO FERNÁNDEZ E.....	107
CLAVIJO C	113
CLAVIJO SEGADO AB	58, 79
COLLADO CEBRIÁN M.....	113
CRESPO CISNEROS T.....	76, 101
CRUZ LENDÍNEZ C	93

CRUZ SALGADO O	97	FRENICHE SÁNCHEZ M.....	26, 27, 73, 82
CUEVAS VALENZUELA P	69	FUENTE CEBADA L.....	28
DAOUDI EL BOUKHRISSI AE	18	GALINDO CUESTA AM.....	45
DÁVILA CANSINO O	98	GALINDO SACRISTÁN E.....	48
DE LA TORRE GÁLVEZ I.....	36	GALLEGO GALLEGO P.....	104
DELGADO MORENO S.....	28	GALLEGO-GALLEGO P.....	44
DÍAZ CORTÉS MM.....	29	GALLEGOS RUIZ R.....	83
DÍAZ PÉREZ MR.....	104	GARCÍA AGUILAR N.....	4, 43
DÍAZ-PÉREZ MR.....	44	GARCÍA ALONSO L.....	10
DÍAZ PIEDRA C	25	GARCÍA BONILLA A	51
DÍAZ SEGURA MB.....	63, 74	GARCÍA CABALLERO F.....	30
DÍAZ ZAYAS MD	38, 57	GARCÍA CINTAS J.....	26
DÍEZ MORENO E.....	10	GARCÍA DELGADO M.....	18
DÍEZ REQUENA MJ.....	8, 14	GARCÍA GARCÍA M.....	34
DI STASI LL	25	GARCÍA HITA S.....	2
DOMÍNGUEZ CANTERO M	53	GARCÍA JABALERA I	34
DOMÍNGUEZ PEREIRA B.....	31	GARCÍA JUÁREZ MR.....	28
DOMÍNGUEZ SANTANA CM.....	53	GARCÍA LIROLA MA.....	77
DORADO PLAZA F	51	GARCÍA MARTÍN M.....	2, 70
DORMIDO SÁNCHEZ M	86	GARCÍA RÍOS MR	2
DOTTA AGUSTINA T.....	47	GARCÍA VALVERDE I.....	12
DUARTE SOTELO L.....	47	GARCI CEJUDO MM.....	22
DURO LÓPEZ C.....	80	GARRIDO ASENSIO J	59
EGIDO GONZÁLEZ A.....	75	GAVILÁN PARRAS J	4, 43
ENRÍQUEZ DE LUNA M	88	GIL GÓMEZ R.....	6
ESCALERA PÉREZ R.....	4, 43	GIMÉNEZ RICHARTE A.....	113
ESCOBAR CONESA R	30	GÓNGORA BELTRÁN C	73
ESPINA LOZANO JM.....	72	GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T ..	86
ESPÍNOLA GARCÍA E	67	GONZÁLEZ DAZA J	70
FABREGAT BORRÁS R.....	31, 87	GONZÁLEZ ESCOBOSA AC.....	88
FERNÁNDEZ CABEZA R.....	24	GONZÁLEZ GARCÍA L	48, 52, 67, 77, 90
FERNÁNDEZ CALDERERO A.....	71	GONZÁLEZ LEMUS GS.....	78
FERNÁNDEZ ELÍAS M.....	6	GONZÁLEZ MARÍA C.....	72
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ SM.....	27	GONZÁLEZ RODRÍGUEZ R.....	12
FERNÁNDEZ GÓMEZ MA.....	28	GONZÁLEZ SORIA L.....	92
FERNÁNDEZ MAZA.....	32	GUERRERO LÓPEZ J.....	46, 106
FERNÁNDEZ RIEJOS P.....	97	GUIL GIL M.....	63, 74
FERNÁNDEZ RUIZ A	113	GUÍO CONCEPCIÓN M.....	100
FERNÁNDEZ RUIZ L	15	GUIRADO ARANDA J	93
FERREIROS VÁZQUEZ N.....	7, 105	GUIRADO RAMOS M.....	70
FERRETE GORDILLO IC.....	46, 106	GUTIÉRREZ RUIZ M.....	7, 31, 87, 105
FLORES DORADO M	51	HERNÁNDEZ BELMONTE RM	29
FLORES GONZÁLEZ C.....	6	HERNÁNDEZ CARMONA F.....	55
FRANCO SANTOS L	24	HERNÁNDEZ GALLEGO FJ.....	108

HERNÁNDEZ ORTIZ JA.....	59
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ MA	93
HERNANDO LOECHES G	10
HERRERO FERNÁNDEZ M.....	19, 69
IRALA PÉREZ FJ.....	46, 106
JIMÉNEZ BIEDMA C	42
JIMÉNEZ CARBELO N	22
JIMÉNEZ GARCÍA JF.....	26, 27, 73, 82
JIMÉNEZ GONZÁLEZ EM	80
JIMÉNEZ LIRIA MJ.....	26, 27, 73, 82, 91
JIMÉNEZ PASADAS MJ.....	80
JODAR VARGAS CA	60
JÓDAR VARGAS MC	89
LADRÓN DE GUEVARA GARCÍA M...6	
LEÓN CAÑADILLA C	42
LÓPEZ BLANCO F.....	33
LÓPEZ DE LA COVA JA.....	62
LÓPEZ LLORET G.....	23
LÓPEZ LOZANO OS	89
LÓPEZ MANCHA MT	102
LÓPEZ MARTÍN CR	89
LÓPEZ MARTÍNEZ.....	32
LÓPEZ MORAGRERA DC.....	84
LOZANO COSCOLLUELA N	87
LUCERNA MÉNDEZ MA.....	83
LUQUE FERNÁNDEZ A	34
MALDONADO CASTILLO JR.....	83
MALDONADO MALDONADO Y	39
MALO PÉREZ N	55
MANCHEÑO ÁLVARO A.....	75
MANCHÓN MORILLO M	72
MAQUEDA MARTÍNEZ MA.....	63, 74
MARCHENA LEÓN A	48, 52, 67, 77, 90
MARÍN ZAMORANO MA.....	61
MARQUES FRAGUELA E.....	7, 105
MÁRQUEZ SAAVEDRA E.....	72
MARTÍN BELTRÁN MT.....	94
MARTÍN DÍAZ M	109
MARTÍN DOMÍNGUEZ R.....	20
MARTÍNEZ CHECA MI	104
MARTÍNEZ DE LA TORRE A.....	25
MARTÍNEZ LARIOS B.....	34
MARTÍNEZ MIRAS MV	83
MARTÍN GONZÁLEZ JC	33
MARTÍN MORENO PA.....	80
MARTÍN PÉREZ FJ.....	35, 45
MARTÍN SANCES MS.....	52
MARTÍN UTRILLA S.....	75
MARTOS ROSA A	71
MATEO VALLEJO FA.....	4
MEDINA ACHIRICA C.....	4, 43
MEDINA RODRÍGUEZ MP	28
MENA GALLARDO C.....	84
MÉNDEZ ESTEBAN MI	78
MÉNDEZ SERRANO B	24
MILLÁN REYES MJ.....	114
MINGORANCE GARVI MC	89
MÍNGUEZ MORENO I	65
MIRAS DE PRAT ML	91
MOISE COSANO P	81
MONTIJANO GUTIÉRREZ J.....	8, 14
MONTORO PÉREZ AM.....	59
MORA BANDERAS AM	110
MORA CORTÉS M	53
MORALES ASENCIO JM.....	110
MORALES ESTURILLO I	2
MORALES PÉREZ JM.....	104, 107
MORALES TORRES JL	35
MORAL ZAFRA Y.....	93
MORA MORILLO IM	49
MORA NAVARRO D	6
MORENATE SÁNCHEZ MT	56
MORENO AGUILAR R.....	84
MOYA MOLINA MA.....	28
MOYANO PARÍS MT	55
MOYA SUÁREZ AB.....	110
MUÑOZ ALBARRACÍN RM	99
MUÑOZ CELADA MM	107
MUÑOZ MEGÍAS V	14, 54, 96
MUÑOZ PARRA EV	82
MUÑOZ PEREGRINA S.....	109
MUÑOZ SÁNCHEZ C.....	84
MUÑOZ URBANO MJ.....	24
NAVARRO CABALLERO A.....	66
NUCETE GALLEGO B	48, 52, 67, 77, 90
NUÑEZ ADÁN AF	85
OBALLE GARCÍA PA.....	46, 106
OCHANDO GARCÍA A.....	79

OCHANDO-GARCÍA A	58	REINOSO CAMINO ME	35
OÑA GONZÁLEZ AM.....	88	REYES SÁNCHEZ JA	93
ORDÓÑEZ DÍAZ MD.....	3	RICARDO SUÁREZ FS.....	100
ORTIZ DE SALAZAR MARTÍN MI	113	RICO ROBLES JI	69
ORTIZ JIMÉNEZ F.....	26, 27, 73, 82	RÍO MARTÍN SR	101
OSTÁRIZ CÁRCAMO MC.....	65	RIVAS CASTILLO MT	89
PAREJA MUÑOZ S.....	54, 96	RIVERO PÉREZ AL	31, 87
PÁRRAGA QUILES MJ.....	3	RODRÍGUEZ ÁGUILA MM	35
PARRA MÉNDEZ ME.....	101	RODRÍGUEZ ARIZA F.....	17, 36
PASCUAL PLA FJ.....	75	RODRÍGUEZ BENÍTEZ MV.....	3
PAYÁ GINÉS C.....	78	RODRÍGUEZ CALERO MA	29
PEDROSA MORALES M	8, 14	RODRÍGUEZ CASTILLO M.....	81
PEDROSA POUSIBET C.....	8, 14	RODRÍGUEZ COBO C.....	7, 105
PEINADO MEDINA M	114	RODRÍGUEZ CORRAL B.....	101
PENDÓN NIETO ME	94	RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ MJ.....	86
PEÑA-BARREIRO R.....	44	RODRÍGUEZ SÁNCHEZ F.....	30
PEÑALBA NOVO MC	99	RODRÍGUEZ SÁNCHEZ I.....	38, 57
PÉREZ CATALÁN MJ.....	59	RODULFO CASTILLO A.....	91
PÉREZ DÍAZ MJ	54, 96	ROJAS LLAMAS JI.....	54, 96
PÉREZ ESLABA M.....	51	ROLDÁN GARRIDO A.....	42
PÉREZ FERRETE JM.....	108	ROLDÁN RUBIO M	48, 52, 67, 77, 90
PÉREZ GALIÁN F	61	ROMÁN FUENTES M	97
PÉREZ HOYO MD.....	49	ROMÁN RODRÍGUEZ F.....	84
PÉREZ JIMÉNEZ MT	55, 88	ROMERO MANJÓN MI	45
PÉREZ LLORENTE MA.....	104, 108	ROYANO GÓMEZ JJ	66
PÉREZ-LLORENTE MA.....	44	RUANO FERRER F	33
PÉREZ PACHECO MD.....	51	RUEDA DOMINGO MT.....	35, 45
PÉREZ POLAINO EM	23	RUIZ CARA J.....	30
PERNIA MEDINA F	12	RUIZ FUENTES MC	45
PINA COBOS MM.....	99	RUIZ GARCÍA E	91
PINO MERLO G	109	RUIZ MARTÍNEZ JM.....	8, 14
PINTO GUEVARA F	87	RUIZ PALOMINO A.....	85
PINTO MELERO M	12	RUIZ PÉREZ D.....	51
POMARES MARTÍN E.....	70	RUMBAO AGUIRRE JM.....	3
PORRINO HERRERA MC	57	SABORIDO CANSINO C	72
PORTELL RIGO I.....	30	SALAS ANTOLÍNEZ AG.....	16
PUERMA JIMÉNEZ J.....	18	SÁNCHEZ DEL MORAL R.....	102
QUESADA MUÑOZ FR.....	107	SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ R	49
QUESADA YÁÑEZ E	34	SÁNCHEZ FORNIELLES E	30
RABA DÍEZ JI.....	87	SÁNCHEZ GÓMEZ E.....	102
RAMÍREZ ARREBOLA MM	38	SÁNCHEZ GÓMEZ S.....	88
RAMÍREZ MORENO C	13	SÁNCHEZ MARTÍNEZ N.....	25
REDONDO ORTS M.....	18	SANTOS ROMERO A	95
REGUILÓN MARTÍN A.....	7, 105	SANTOS SANTOS AD	70

SEGURA GARCÍA MT.....	2, 16, 71	TORTOSA SALAZAR.....	23
SEGURA RIQUELME J.....	83	UCEDA MELERO FR.....	61
SEMPERE CANTÓN C.....	84	UGENCIO ISARRE A.....	65
SEPÚLVEDA SÁNCHEZ JM.....	110	VASCO GÓMEZ MC.....	93
SERA VELÁZQUEZ S.....	100	VÁZQUEZ GONZÁLEZ A.....	104, 107, 108
SERRANO CALVACHE JA.....	23	VÁZQUEZ-GONZÁLEZ A.....	44
SIERRA SÁNCHEZ J.....	51	VÁZQUEZ RODRÍGUEZ JA.....	31
SOLER PÉREZ G.....	31	VECINO SOLER A.....	65
SORIANO BUENO MG.....	57	VELÁZQUEZ DE CASTRO C.....	30
SORIANO REDONDO E.....	81	VELLIDO GONZÁLEZ D.....	45
SUÁREZ LÓPEZ S.....	23	VICENTE RUEDA J.....	3
TAMAYO CALLEJAS I.....	15	VICENTE SEVILLANO C.....	101
TENDERO LLORCA L.....	85	VIGO ORTEGA R.....	112
TORRALBA SUÁREZ C.....	35	VILLAREJO AGUILAR L.....	40
TORRALBO OJEDA E.....	70	VILLAR SEQUERA ME.....	40
TORRE GÁLVEZ I.....	17	ZAFRA ARROYO MC.....	24
TORRES PÉREZ LF.....	17, 36	ZALDÍVAR RODRÍGUEZ I.....	100
TORRES VERDÚ B.....	17, 36	ZURITA ROPERÓ S.....	12
TORTOSA GALLARDO M.....	12		

Índice temático

Atención integral segura	42, 43, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 88, 89, 90, 96, 110, 111, 112
Conocimiento e innovación en seguridad del paciente	2, 3, 25, 26, 27, 28, 45, 46, 47, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114
Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua	4, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 87, 109
Implicación activa de pacientes y ciudadanía	75, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 114
Seguridad del paciente y Tecnologías de la Inf. Sanitaria	44, 87, 113, 24, 83, 84, 85, 86
Seguridad en la Organización	2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 41, 71, 72, 73, 74, 86, 95, 107, 108